



HAL
open science

Vaginisme : connaissances et représentations des sages-femmes des Bouches-du-Rhône et influence sur le parcours de soins proposé aux patientes atteintes

Mélanie Serret

► To cite this version:

Mélanie Serret. Vaginisme : connaissances et représentations des sages-femmes des Bouches-du-Rhône et influence sur le parcours de soins proposé aux patientes atteintes. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03385634

HAL Id: dumas-03385634

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03385634v1>

Submitted on 19 Oct 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.



Ecole de Maïeutique

**Vaginisme : connaissances et représentations
des sages-femmes des Bouches-du-Rhône et
influence sur le parcours de soins proposé aux
patientes atteintes**

Présenté et publiquement soutenu

Le 09 juin 2021

Par

SERRET Mélanie

Né(e) le 06/05/1995

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année universitaire : 2020/2021

Membres du jury :

- Matteo Caroline, sage-femme enseignante
- Nina Cécile, directrice de mémoire et sage-femme coordinatrice
- Rosso Aurélie, sage-femme libérale

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole de Maïeutique

Vaginisme : connaissances et représentations des sages-femmes des Bouches-du-Rhône et influence sur le parcours de soins proposé aux patientes atteintes

SERRET Mélanie

Née le 06 mai 1995

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de
Sage-Femme**

Année universitaire 2019-2020

Validation 1^{ère} session 2020 : **oui** **non**

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2020 : **oui** **non**

Mention :

Visa et tampon de l'école

Remerciements

Premièrement, je tiens à remercier Mme Nina Cécile, ma directrice de mémoire, qui m'aura soutenue tout au long de ce projet et qui aura été d'une bienveillance sans pareil.

Merci à tous les praticiens sages-femmes sans qui tout cela n'aurait pas été possible. Merci d'avoir participé à mon étude, d'avoir porté de l'intérêt à mon sujet. Merci également à toutes les cadres sages-femmes que j'ai contactées et qui ont accepté de m'apporter leur précieuse aide.

Un grand merci également à M. Ali Yasser, mon ami, statisticien hors pair qui a su me guider et m'éclairer durant nos longues sessions de visioconférence. Merci pour ton temps.

Merci à M. Gauthier Francis d'avoir accueilli mes joies, mes pleurs, mon stress et toute autre émotion démesurée qui a pu exister en moi durant ces cinq années d'étude. Merci pour tout, et plus encore.

Merci à Mme Combet Lauren et à Mme Seguin Louise, mes amies, qui m'ont permis de prendre du recul sur ce travail. Merci pour votre soutien et votre amitié durant ces dernières années et pour les prochaines j'en suis sûre.

Un grand merci à ma famille, spécifiquement à ma petite sœur Serret Amélie. Du haut de ses sept années de vie, elle m'a toujours donné l'impulsion de faire du mieux que je peux. Merci d'être ma lumière parmi les doutes.

Merci également à mes amies sages-femmes, pour ces rires et ce soutien. Merci d'avoir participé à l'élaboration de ce projet avec moi. Je pense tout particulièrement à Mme Lebrun Mathilde, Mme Tir Séléna et Mme Vallantin Clara.

Et enfin un sincère et profond merci à toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de mon projet, qui m'ont écoutée, qui m'ont conseillée. Merci pour votre temps.

Sommaire

I. Introduction	1
I.1. La santé sexuelle	1
I.2. Le rôle des sages-femmes concernant la sexualité	2
I.3. Le vaginisme : fréquences et définitions	2
I.4. La sage-femme et le vaginisme	3
I.5. Terminologie et objectifs de recherche	3
II. Matériels et méthodes	5
II.1. Concernant la partie quantitative de l'étude	5
II.2. Concernant la partie qualitative de l'étude	6
III. Résultats	8
III.1. Résultats quantitatifs	8
III.2. Résultats qualitatifs	26
IV. Analyse et discussion	35
IV.1. Biais et limites de l'étude	35
IV.2. Analyse et discussion autour des résultats descriptifs	36
IV.3. Analyse et discussion autour des résultats analytiques	43
V. Conclusion	48
VI. Bibliographie	49

I. Introduction

I.1. La santé sexuelle

La santé sexuelle fait partie intégrante de la vie d'un individu. Tout d'abord, il faut savoir que la sexualité est encadrée par des droits. En effet, il existe des droits humains appliqués à la sexualité. Les droits sexuels incluent notamment les droits « *à la meilleure santé possible en matière de sexualité, y compris l'accès à des services de santé sexuelle et génésique, à l'éducation sexuelle, au respect de l'intégrité de leur corps, à rechercher une vie sexuelle satisfaisante, sûre et agréable* » (OMS, 2006).

En outre, l'OMS met au point une définition de la santé sexuelle : « *La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés* » (OMS, 2006).

De plus, la première stratégie nationale de santé sexuelle a démarré en 2017 (2017 – 2030). Cette stratégie nationale a été élaborée par plusieurs organismes considérés comme des piliers de la santé : HAS (Haute Autorité de Santé), ANSP (Agence Nationale de la Santé Publique), CNGOF (Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France), CNSF (Collège National des Sages-Femmes), Collèges de Médecine Générale (CMG), etc.

Ce plan comporte 6 axes. L'axe I s'intitule « *Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive* » et comporte notamment l'objectif suivant : « *renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé, du médico-social, de l'éducation et de la justice intervenant dans le champ de la santé sexuelle et de l'éducation à la sexualité* ». Cette stratégie nationale rappelle l'importance d'une formation adaptée pour tout professionnel jouant un rôle et exerçant une influence sur la santé sexuelle de la population.

I.2. Le rôle des sages-femmes concernant la sexualité

Les sages-femmes exercent un rôle essentiel quant à la vie sexuelle des femmes et/ou des couples. Elles sont compétentes concernant le suivi gynécologique, la contraception, le suivi et la pratique des IVG médicamenteuses, le suivi de grossesse, l'éducation à la vie sexuelle et à la vie affective, etc. Ces thèmes ne peuvent faire sens si la sexualité n'est pas abordée.

De plus, les sages-femmes tiennent un rôle central quant au dépistage et à l'orientation des femmes, que ce soit lors d'un suivi de grossesse mais aussi lors d'un suivi gynécologique de prévention. Effectivement, elles ont les connaissances nécessaires et toutes compétences légales pour choisir une stratégie de prise en charge concernant un suivi de routine et de dépistage (contraception, frotti cervico-utérin, prescription de mammographie, etc.). L'éducation est également au cœur de leur métier. Les sages-femmes vont pouvoir expliquer la physiologie de la femme, des cycles et discuter autour de la sexualité. Il est important de noter que les sages-femmes sont également compétentes pour réaliser la première consultation gynécologique avec les adolescentes (CNSF – référentiel métier, 2010).

Par ailleurs, les sages-femmes ont toute capacité à prodiguer une éducation sexuelle dans les écoles, les collèges et les lycées (CNSF – référentiel métier, 2010). L'éducation à la vie sexuelle et affective (à raison de trois cours par an minimum) dans le parcours scolaire a été rendue obligatoire grâce à la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001. Il sera cependant noté que cette obligation est régulièrement peu honorée : 25 % des écoles élémentaires, 11 % des lycées et 4 % des collèges déclarent n'avoir mis en place aucune action ou séance d'éducation sexuelle (Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 2016).

I.3. Le vaginisme : fréquences et définitions

Le vaginisme est une pathologie courante dont la prévalence varie entre 5 et 17% (Pacik and Geletta, 2017). Elle représente également 25% des dysfonctions sexuelles féminines et seulement 20% des femmes consultent pour ce motif (Cloppet, 2017). Le vaginisme fait partie de la catégorie « *Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration* » du DSM V.

Le vaginisme est caractérisé comme un trouble de la pénétration dans lequel toute forme de pénétration vaginale est impossible. Cela se traduit par une contraction involontaire

des muscles du plancher pelvien à la suite d'une tentative ou à l'anticipation d'une relation sexuelle, d'une pénétration par un doigt, ou encore par un objet (Pacik et al., 2019).

Le vaginisme est alors un trouble sexuel interférant sur la santé sexuelle des femmes et/ou des couples. Il est important de privilégier une éducation sexuelle adéquate afin d'abolir les fausses croyances des patientes concernant le vaginisme. En effet, elles pensent souvent que leur vagin est trop étroit, qu'il ne peut pas contenir un pénis ou autre. Ne parvenant pas à avoir une sexualité pénétrante, concevoir un enfant devient un réel combat pour ces femmes pour qui la parentalité est souvent une pression qui les pousse à consulter (Pacik et al., 2019).

I.4. La sage-femme et le vaginisme

Le vaginisme peut faire l'objet d'une altération de la sexualité et les sages-femmes sont régulièrement confrontées à cette problématique. Selon une étude menée sur 280 sages-femmes, 88% d'entre elles ont dû prendre en charge des patientes atteintes de vaginisme dans le cadre d'une grossesse. Parmi ces 88%, seulement 9% d'entre elles ont orienté leurs patientes pour une prise en charge adaptée (Grulier, 2012).

Néanmoins des traitements existent et certains d'entre eux peuvent même être prescrits et/ou réalisés et/ou conseillés par des sages-femmes : la kinésithérapie périnéale, la sexothérapie cognitivo-comportementale, la psychothérapie générale, les traitements pharmacologiques ou encore l'approche sexocorporelle par exemple (Cloppet, 2017).

Ainsi, face à la prévalence importante de cette pathologie régulièrement rencontrée par des sages-femmes et à l'errance des patientes malgré l'existence de traitements (Reissing, 2012), la question de recherche est alors la suivante :

En quoi les connaissances et les représentations des sages-femmes concernant le vaginisme peuvent-elles influencer le parcours de soins des femmes atteintes ?

I.5. Terminologie et objectifs de recherche

La définition du terme « représentation » sera ici rappelée : *« du point de vue de la psychologie, une représentation est définie comme une perception, image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet »* (Larousse).

De la même manière, le terme « influence » sera également défini : « *pouvoir social et politique de quelqu'un, d'un groupe, qui leur permet d'agir sur le cours des événements, des décisions prises, etc.* » (Larousse).

Afin de répondre au mieux à la question de recherche, deux objectifs principaux ont été définis :

- Faire un état des lieux des connaissances et identifier les représentations des sages-femmes concernant le vaginisme
- Établir les freins et les facteurs favorisant le parcours de soins des patientes atteintes de vaginisme

II. Matériels et méthodes

Pour commencer, cette section va rappeler les objectifs de la recherche. Ensuite, elle va décrire le protocole de recherche utilisé ainsi que la population à l'étude. Enfin, seront présentées les modalités du recueil de données.

Dans un premier temps sera décrite la méthode quantitative, puis la méthode qualitative.

Afin de répondre à la question de recherche « **en quoi les connaissances et les représentations des sages-femmes concernant le vaginisme peuvent-elles influencer le parcours de soins des femmes atteintes ?** », plusieurs objectifs ont été formulés :

- Faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes concernant le vaginisme en les interrogeant via un questionnaire en ligne
- Établir les freins et les facteurs favorisant le parcours de soins des patientes atteintes de vaginismes en interrogeant les sages-femmes via un questionnaire en ligne et par des entretiens individuels semi-directifs.

II.1. Concernant la partie quantitative de l'étude

Le questionnaire (annexe I) permettant de répondre aux objectifs de l'étude a été diffusé en ligne, grâce à la plateforme « *framaform* » et distribué par courriels aux sages-femmes. L'envoi du questionnaire a débuté en mai 2020. Le recueil des réponses au questionnaire a été clôturé en septembre 2020. Ce recueil de données a duré 4 mois. Les sages-femmes ont pu répondre à ce questionnaire de façon totalement anonyme et confidentielle grâce à l'impossibilité de remonter l'adresse IP.

Premièrement, le questionnaire a cherché à connaître plus amplement les participants étudiés : âge, sexe, année d'obtention du diplôme de sage-femme, lieu de formation, exercices professionnels. Deuxièmement, le questionnaire a sondé les connaissances globales des sages-femmes participantes sur le vaginisme, puis leurs conduites à tenir en pratique face à une patiente vaginique. Une partie du questionnaire s'est également consacrée au vaginisme et à la sexologie dans la formation initiale.

Le seul critère d'inclusion de l'étude a été le suivant : exercice de la profession de sage-femme dans le département des Bouches-du-Rhône.

Le critère d'exclusion de l'étude a été le suivant : ne pas répondre à l'ensemble des questions posées selon l'algorithme d'affichage du questionnaire.

Les adresses électroniques des sages-femmes libérales ont été récoltées en grande partie par l'intermédiaire du site internet de l'Ordre des Sages-Femmes (section « *annuaire des sages-femmes libérales* »). D'autres ont été recueillies grâce aux sites internet des cabinets de sages-femmes libérales. Néanmoins certaines sages-femmes libérales n'ont pas pu être contactées : soit car leurs adresses électroniques sont restées introuvables, soit car leur messagerie était indisponible. Les sages-femmes de PMI ont été contactées par leur adresse électronique professionnelle.

Enfin, les sages-femmes exerçant en clinique ou à l'hôpital ont été contactées grâce à l'aide des sages-femmes coordinatrices qui ont accepté de transférer mon questionnaire à leurs équipes de sages-femmes.

Au total, les 920 sages-femmes du département des Bouches-du-Rhône ont été contactés, que ce soient les sages-femmes hospitalières, libérales ou territoriales. C'est 167 sages-femmes qui ont finalement répondu au questionnaire, soit un taux de participation sur le département supérieur à 15%.

Plusieurs types de réponses ont été proposés aux participants. Une échelle comportant les items suivants : « pas du tout d'accord » ; « plutôt pas d'accord » ; « plutôt d'accord » ; « tout à fait d'accord » a majoritairement été utilisée pour sonder les connaissances et représentations des sages-femmes. Une échelle de fréquence a couramment été employée : « jamais » ; « rarement » ; « régulièrement » ; « souvent ». Une échelle numérique de 0 à 10 a aussi été proposée. Parfois, des questions à choix multiples ou des questions avec des réponses à champ libre ont été adoptées.

En premier lieu, afin d'organiser les résultats récoltés via *framaform*, chaque valeur a été transformée en pourcentage. Cela a permis de dégager une vue d'ensemble utile pour créer une grille de recueil (annexe II). Cette dernière a été élaborée pour diriger les entretiens semi-directifs.

Secondairement, le test du khi2 est le test statistique qui a été retenu afin d'analyser les résultats. Cela a permis d'affirmer des associations entre différentes variables, ou au contraire de les infirmer.

II.2. Concernant la partie qualitative de l'étude

Afin de compléter l'étude quantitative, une étude qualitative a été menée grâce à la réalisation d'entretiens semi-directifs avec des sages-femmes. Pour se faire, une grille d'entretien (annexe II) a été construite avec l'aide des premiers résultats de l'étude

quantitative. Pour contacter les sages-femmes, un message a été posté sur les réseaux sociaux (Facebook) grâce au groupe « *Sages-femmes Marseille* » au mois d'octobre 2020. Les critères d'inclusion ont donc été les suivants :

- Sage-femme volontaire pour participer à l'étude
- Sage-femme exerçant dans les Bouches-du-Rhône

Une fois les sages-femmes volontaires contactées, il a été convenu d'un rendez-vous. Les praticiens ont pu décider entre un entretien par téléphone ou par la plateforme Zoom ou encore en face-à-face. A noter que les entretiens en face-à-face n'ont jamais été choisis au vu du contexte sanitaire actuel (pandémie Covid-19). Au total, 4 entretiens ont été réalisés.

Chaque entretien fait par le biais de la plateforme Zoom (2/4) a été enregistré via Zoom directement afin de conserver l'image et le son. Ils ont également été enregistrés grâce à l'enregistreur vocal de l'ordinateur afin de réduire les risques de perte de données. De la même façon, les entretiens téléphoniques (2/4) ont été enregistrés à la fois par l'enregistreur vocal de l'ordinateur mais également par celui du téléphone portable. Chaque sage-femme interrogée a donné son autorisation pour l'enregistrement de l'entretien avec l'assurance par l'interviewer qu'il sera ensuite détruit pour assurer la protection des données. Tous les entretiens ont été anonymisés afin de conserver la confidentialité. Les entretiens n'ont pas été limités dans le temps. Cependant, tous ont duré entre 30 et 45 minutes.

Par la suite, ils ont été intégralement dactylographiés sur le logiciel Word. Chaque tapuscrit a ensuite été analysé à l'aide de la méthode d'analyse de contenu de Laurence Bardin.

Ci-dessous seront détaillés les caractéristiques des sages-femmes ayant participé aux entretiens. Les prénoms choisis sont des pseudonymes choisis arbitrairement par l'auteur.

- Zoé, diplômée en 1991, a travaillé à l'hôpital, en clinique et en libéral actuellement
- Pietra, diplômée en 2009, a travaillé à l'hôpital et en libéral actuellement
- Jade, diplômée en 2017, travaille actuellement à l'hôpital
- Leïla, diplômée en 2020, travaille actuellement à l'hôpital

III. Résultats

III.1. Résultats quantitatifs

III.1.a. Résultats descriptifs découlant du questionnaire

- **Caractéristiques de la population étudiée**

Dans cette section, les résultats de l'étude via le questionnaire en ligne seront présentés. Le questionnaire aura permis de réunir 167 participants sur une période de 4 mois. Parmi les participants, 162 (97,00%) d'entre eux sont des femmes et 5 (3,00%) sont des hommes.

La moyenne d'âge des participants est de 38,4 ans. L'âge minimal est de 23 ans tandis que l'âge maximal est de 63 ans. L'écart-type autour de la moyenne d'âge est de 10,3. Afin de faciliter la lecture des résultats, des catégories d'âges ont été créés :

- Catégorie 1 : 23-29 ans → 39 participants (23,35%)
- Catégorie 2 : 30-39 ans → 64 participants (38,32%)
- Catégorie 3 : 40-49 ans → 35 participants (20,96%)
- Catégorie 4 : 50 ans et plus → 29 participants (17,37%)

Le choix de ces catégories repose principalement sur l'effectif trop mince pour les participants de 60 à 63 ans (4 participants seulement).

En moyenne, l'année d'obtention du diplôme d'état de sage-femme des participants à l'étude est 2005. L'année minimale est 1980 et l'année maximale est 2019.

Des sections relatives à l'année d'obtention du diplôme d'état ont également été créés. Le choix de ces sections est également lié au respect de l'équilibre des effectifs entre chaque classe :

- Section 1 : 1980 – 1994 → 32 participants (19,16%)
- Section 2 : 1995 – 2004 → 34 participants (20,36%)
- Section 3 : 2005 – 2014 → 67 participants (40,12%)
- Section 4 : 2015 et plus → 34 participants (20,36%)

En ce qui concerne les lieux de formation des participants, il est à noter que 106 (63,47%) d'entre eux ont fait leurs études à l'école de Marseille et 58 (34,73%) ailleurs en France. 3 (1,80%) participants ont réalisé leur cursus en Belgique.

En ce qui concerne la diversité des formes d'exercice professionnel :

- 152 sages-femmes ont déjà travaillé à l'hôpital / en clinique (91,02%)
- 68 sages-femmes ont déjà travaillé en libéral (40,72%)
- 14 sages-femmes ont déjà travaillé dans un centre de protection maternelle et infantile (PMI) (8,33%)

88 (52,69%) sages-femmes interrogées n'ont pratiqué leur métier qu'à l'hôpital / en clinique et 13 (7,78%) d'entre elles ont exclusivement travaillé en libéral. Seulement 2 (1,20%) participants n'ont exercé qu'en PMI.

Parmi les participants, 64 (38,32%) d'entre eux ont déjà expérimenté au moins 2 formes d'exercice professionnel (exercice mixte), tandis que 103 (61,68%) n'ont pratiqué qu'un seul type d'exercice (exercice unique, qu'il soit hospitalier, libéral ou territorial).

Il a également été demandé aux 167 participants s'ils s'étaient spécialisés en sexologie. 162 (97,01%) sages-femmes ne le sont pas tandis que seules 5 (3,00%) sages-femmes le sont.

Ceux qui ont répondu qu'ils étaient spécialisés en sexologie ont eu une série de questions différentes de ceux qui ne le sont pas. Les résultats des sages-femmes spécialisées en sexologie ne seront pas détaillés car l'effectif est restreint (5 sages-femmes seulement).

La première partie du questionnaire, détaillée ci-dessus, avait pour but de mieux connaître les sages-femmes qui ont répondu au questionnaire. En outre, il a été décidé que les réponses des participants soient analysées en fonction de ces différentes variables : âge, année d'obtention du diplôme d'état, lieu de formation et enfin type d'expérience professionnelle.

- **Définition et représentation du vaginisme**

Ensuite, les résultats des questions concernant le vaginisme à proprement dit vont maintenant être abordés. Les différents items que le participant peut cocher sont : « Pas du tout d'accord » ; « Plutôt pas d'accord » ; « Plutôt d'accord » ; « Pas du tout d'accord ». Il n'est possible de donner qu'une seule réponse.

Concernant la définition du vaginisme (question 8 du questionnaire), il sera noté que 154 (92,22%) sages-femmes participant à l'étude ont donné une réponse exacte (cela regroupe les participant ayant coché « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord »). Seuls

13 (7,78%) sages-femmes ont donné une réponse incorrecte. La quasi-totalité des participants sont d'accords sur le caractère « involontaire » du vaginisme.

La figure suivante recense les réponses aux questions 9 et 10 du questionnaire.

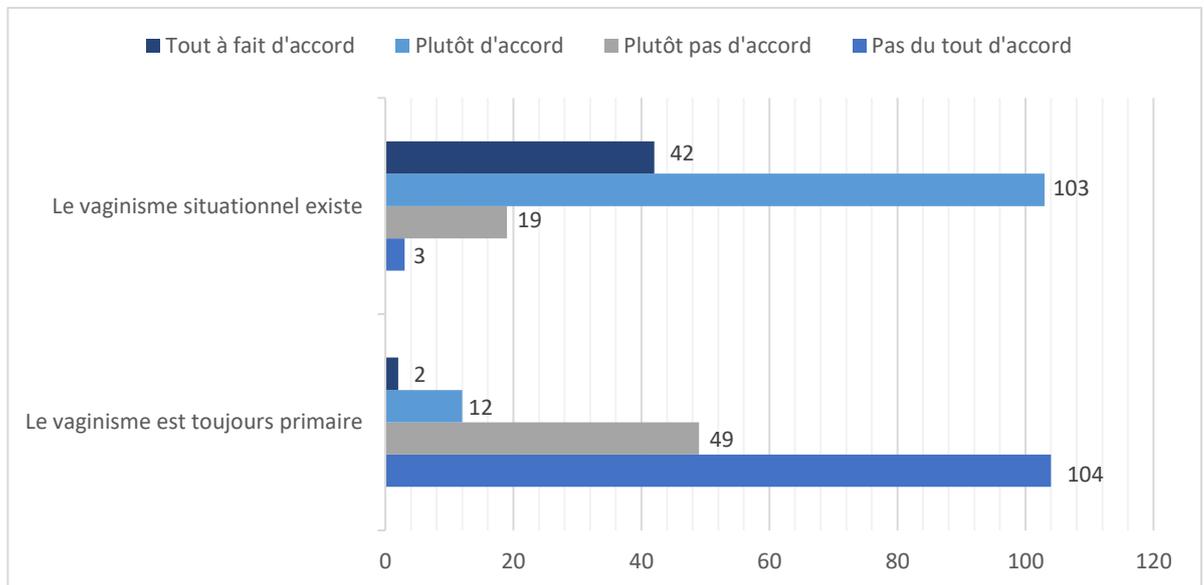


Figure 1 : Réponses aux questions 9 et 10

Les sages-femmes de l'étude sont majoritairement compétentes quant aux différentes caractéristiques définissant le vaginisme. Ici le vaginisme situationnel (vaginisme qui survient lors de certaines situations bien précises seulement) est connu par 86,83% des participants à l'enquête. Globalement, les sages-femmes de l'étude (91,62%) sont également avisées du fait que le vaginisme ne soit pas toujours primaire. Le taux de mauvaises réponses pour ces deux questions est de 10,78% seulement.

Ensuite, il sera noté que le groupe est mitigé concernant la possibilité d'avoir des rapports sexuels pénétrants pour une patiente vaginique : 87 (52,10%) sages-femmes ne pensent pas que cela est possible tandis que 80 (47,90%) sages-femmes considèrent que cela est possible.

De la même façon, le groupe émet un taux de réponses nuancées quant à la possibilité de pratiquer un examen gynécologique (pose de spéculum ou toucher vaginal) chez une patiente vaginique. 64 participants pensent que cela est possible, tandis que 103 ne sont pas d'accord.

Ici il est difficile d'établir une réalité stricte pour chacune de ces propositions. En effet, le vaginisme dit situationnel va supposer l'existence de diverses classes de vaginisme : celles pour qui les rapports sexuels pénétrants vont être possibles avec un partenaire

en particulier, celles pour qui l'examen gynécologique va être possibles sans que les rapports sexuels pénétrants le soient, etc.

Ainsi, ces questions vont plutôt sonder les représentations des sages-femmes concernant le vaginisme plutôt que leurs connaissances au sens stricte. Ici, il n'est alors pas possible de conclure à une méconnaissance du vaginisme.

Cependant, la quasi-totalité du groupe est d'accord pour dire qu'une patiente vaginique peut avoir des rapports sexuels sans pénétration. Seulement 6,59% des sages-femmes ne sont pas d'accord avec cela.

Maintenant, ce sont les facteurs favorisant la survenue du vaginisme, selon les sages-femmes, qui vont être abordés.

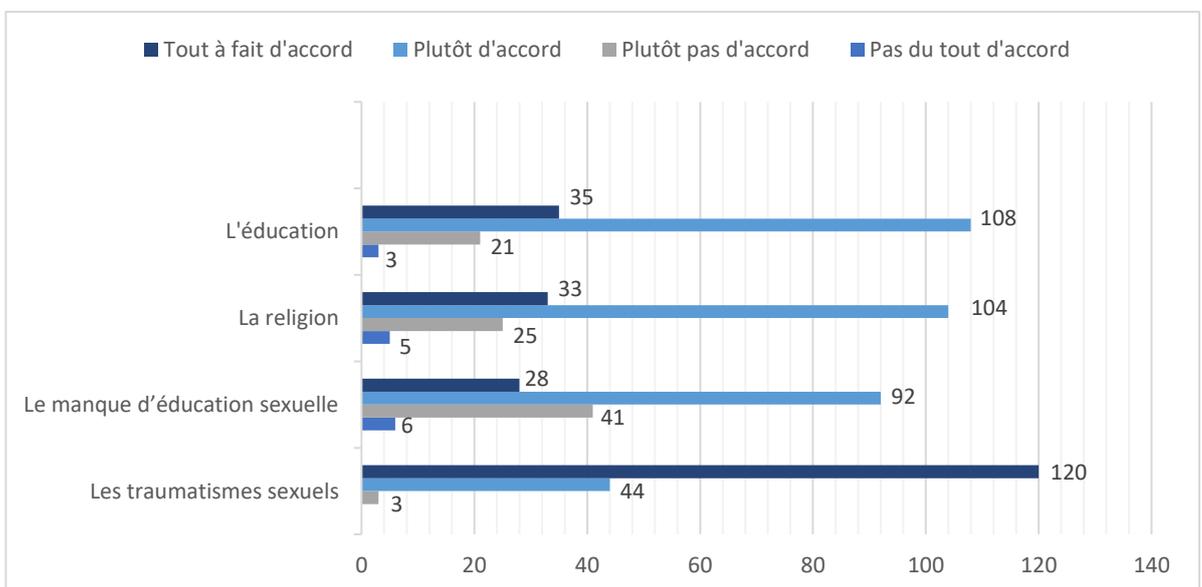


Figure 2 : Les facteurs favorisant la survenue du vaginisme

Globalement, les sages-femmes s'accordent plus volontiers sur les traumatismes sexuels. En effet, seulement 3 (1,80%) sages-femmes ne pensent pas que les traumatismes sexuels soient un facteur favorisant la survenue du vaginisme contre 164 (98,20%) qui le pensent.

Il est aussi notifié que quasiment un tiers des sages-femmes interrogées (28,14%) n'assimilent pas le manque d'éducation sexuelle à un facteur favorisant la survenue du vaginisme.

Maintenant, ce sont les idées reçues concernant le vaginisme qui vont être étudiées grâce au diagramme suivant.

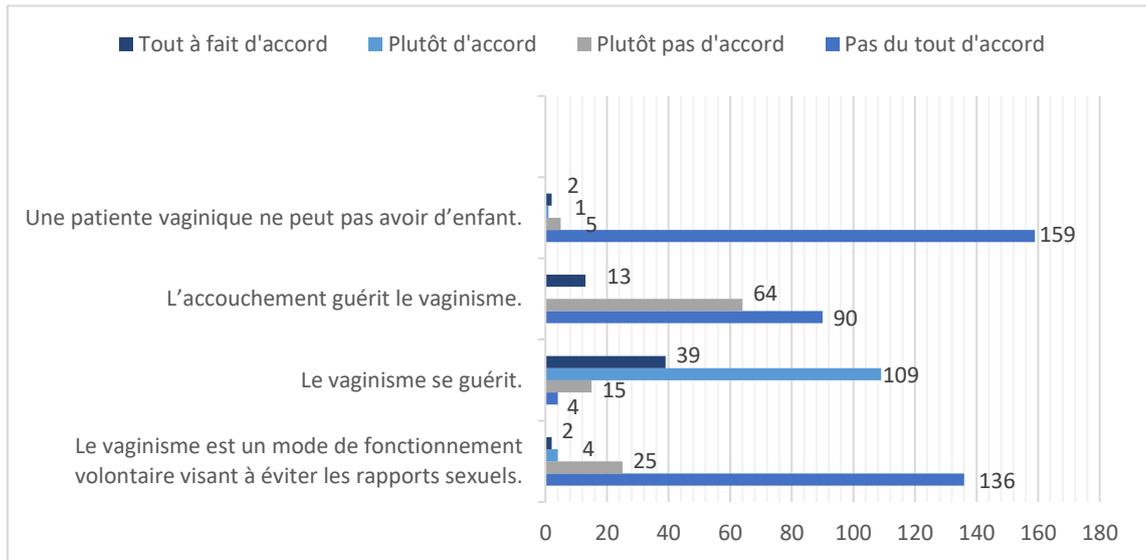


Figure 3 : Les idées reçues concernant le vaginisme

Ici, il est important de préciser que, d'une manière générale, les sages-femmes de l'étude n'adhèrent pas aux fausses croyances concernant le vaginisme. En effet le taux de réponses inexactes à ces quatre items ci-dessus est de 6,14% seulement : une patiente vaginique peut avoir des enfants, l'accouchement ne guérit pas le vaginisme, le vaginisme ne s'appuie pas sur un mode de fonctionnement volontaire (Les Clés de Vénus, 2014).

Ensuite, les représentations des sages-femmes concernant le pourcentage de chances de guérison du vaginisme ont été sondées. Afin de faciliter la lecture des résultats et afin de respecter une certaine équité entre les effectifs, des classes ont été créées concernant cette question :

- Classe 1 : 38 (22,75%) sages-femmes pensent que le pourcentage de de chance de guérison se situe entre 0 et 30%
- Classe 2 : 66 (39,52%) sages-femmes pensent que le pourcentage de de chance de guérison se situe entre 30 et 50%
- Classe 3 : 63 (37,72%) sages-femmes pensent que le pourcentage de de chance de guérison se situe entre 50 et 100%.

- **Les thérapeutiques pour guérir le vaginisme**

Le graphique suivant relate les différentes thérapeutiques connues par les sages-femmes de l'étude.

La psychothérapie et la sexothérapie sont les méthodes de guérison les plus réputées pour guérir le vaginisme, selon les sages-femmes de l'étude. L'éducation sexuelle se positionne en troisième place avec 68,26% de praticiens l'ayant coché.

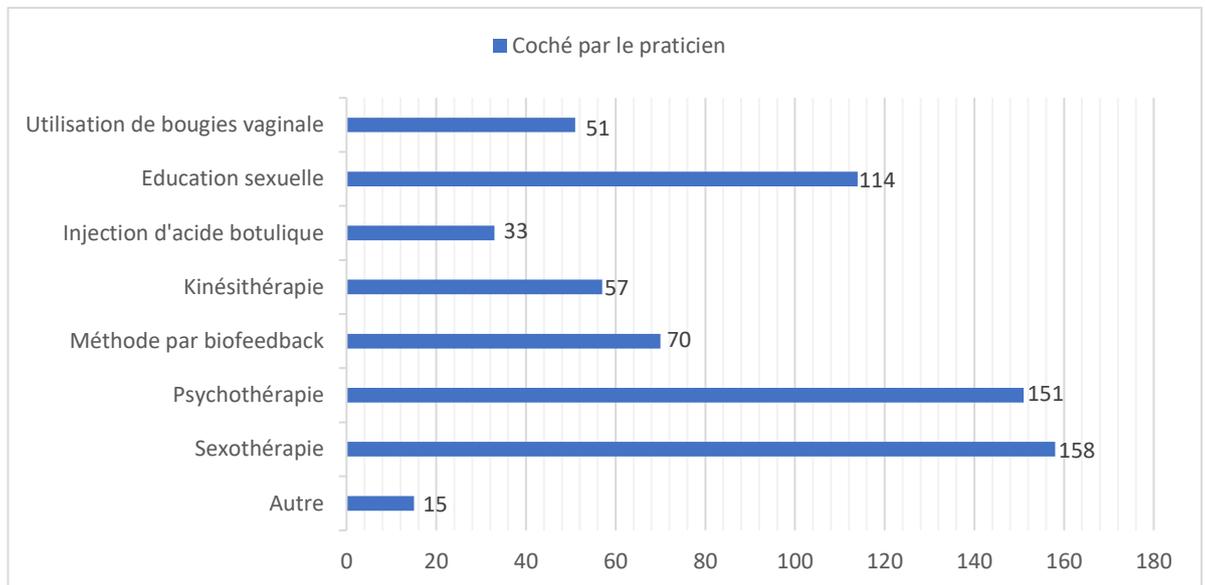


Figure 4 : Les thérapeutiques connues pour guérir le vaginisme par les sages-femmes de l'enquête

- **La prise en charge du vaginisme par les sages-femmes**

100% des participants à l'étude ont déjà dû prendre en charge au moins une fois une patiente atteinte de vaginisme : 106 (63,47%) sages-femmes l'ont fait rarement, 33 (19,76%) sages-femmes l'ont souvent fait et enfin 28 (16,77%) sages-femmes l'ont régulièrement fait.

138 (82,63%) sages-femmes ont déjà posé le diagnostic de vaginisme. Seulement 17,37% des sages-femmes de l'études ne l'ont jamais fait. Ces chiffres sont notables car ils témoignent de l'importance en fréquence de nombre de patientes vaginiques.

Maintenant, seront abordées les techniques que le ou la sage-femme met en œuvre pour faciliter un examen gynécologique (toucher vaginal, pose de spéculum par exemple) chez une patiente atteinte de vaginisme.

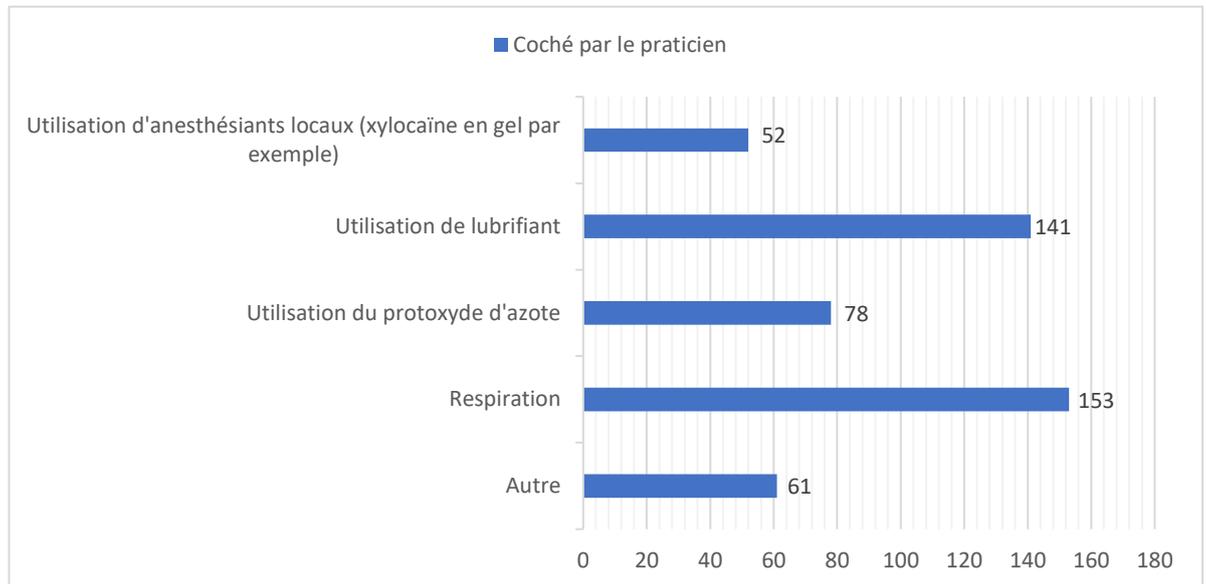


Figure 5 : Les méthodes utilisées pour faciliter l'examen gynécologiques des patientes vaginiques

Il est à noter que la grande majorité des sages-femmes interrogées utilisent au moins le lubrifiant **et** la respiration (135 sages-femmes, soit 80,84%) afin de faciliter l'examen gynécologique d'une patiente atteinte de vaginisme.

A présent, vont alors être abordées les réponses des professionnels qui ont répondu qu'ils ne sont pas spécialisés en sexologie. Pour rappel, cela regroupe 162 sages-femmes.

120 (74,07%) sages-femmes n'ont jamais proposé de traitement à leurs patientes vaginiques, contre 42 seulement (25,93%) qui l'ont déjà fait. En outre, 100 (61,73%) sages-femmes de l'étude ont déjà orienté leurs patientes vaginiques chez des spécialistes tandis que 62 (38,27%) ne l'ont jamais fait.

Parmi les 120 sages-femmes qui n'ont jamais proposé de traitement à leurs patientes vaginiques, **55 (45,83%) d'entre elles ne les orientent pas vers un professionnel compétent**, tandis que 65 (54,17%) les orientent.

Parmi les 42 sages-femmes qui proposent un traitement à leurs patientes atteintes de vaginisme, 35 (83,33%) d'entre elles les orientent également vers un professionnel compétent et seulement 7 (4,19%) d'entre elles ne les orientent pas.

Tableau 1 : Proposition de traitement et nombre de traitements connus

Nombre de traitements connus	Traitement proposé		
	Non	Oui	Total général
1 à 2	27	5	32
3 à 4	56	21	77
5 et +	37	16	53
Total général	120	42	162

Parmi les 120 sages-femmes qui n'ont pas proposé de traitement aux patientes atteintes de vaginisme, 93 (77,50%) d'entre elles connaissent entre 3 et 7 types de traitements permettant une prise en charge de la pathologie.

Ici les traitements concernés sont : utilisation de bougies vaginales, éducation sexuelle, méthode par biofeedback, injection d'acide botulique, kinésithérapie, psychothérapie ou encore sexothérapie.

Tableau 2 : Orientation des patientes et nombre de traitements connus

Nombre de traitements connus	Orientation de ces patientes		
	Non	Oui	Total général
1 à 2	17	15	32
3 à 4	26	51	77
5 et +	19	34	53
Total général	62	100	162

Parmi les 62 sages-femmes qui n'ont pas orienté les patientes atteintes de vaginisme vers un professionnel compétent, 45 (72,58%) d'entre elles connaissent entre 3 et 7 types de traitements permettant une prise en charge de la pathologie.

A présent, la totalité des sages-femmes ont répondu à la question suivante. Il a été demandé aux sages-femmes à combien (sur une échelle de 0 à 10) elles estiment qu'il soit de leur rôle d'aborder la sexualité avec leurs patientes. La note moyenne est de 8,3. L'écart-type autour de la moyenne est de 1,9.

7 (4,19%) sages-femmes ont donné une note comprise entre 0 et 4, tandis que 160 (95,81%) sages-femmes ont donné une note allant de 5 à 10.

- **La sexologie durant les études de sage-femme**

Maintenant, vont être abordés les résultats aux questions concernant la sexologie durant les études de sage-femme. Les questions posées aux sages-femmes via le questionnaire et leurs réponses ont été condensées dans le tableau suivant.

Tableau 3 : Notes données par les sages-femmes concernant l'enseignement relatif à la sexologie et au vaginisme durant la formation initiale

Réponses	Sages-femmes ayant donné une note < 5	Sages-femmes ayant donné une note > 4	Note moyenne	Ecart-type autour de la moyenne
Note concernant...	n (%)	n (%)		
La pertinence de la formation initiale à propos du vaginisme	132 (79,04)	35 (21,00)	2,5	2,3
La satisfaction à propos de l'enseignement en sexologie durant la formation initiale	129 (77,25)	38 (22,75)	2,5	2,3
L'utilité d'approfondir les connaissances en sexologie durant la formation initiale	5 (3,00)	162 (97,01)	7,9	1,9

Il est important de relever que les notes données traduisent un manque de formation important de la part de la formation initiale, que ce soit concernant le vaginisme ou la sexologie de façon plus générale. En effet, 79,04% des sages-femmes interrogées ne jugent pas la formation initiale pertinentes. Seules 35 sages-femmes ont donné une note allant de 5 à 10. Il est cependant indispensable de préciser que seules 3 personnes ont mis un 10 (formation initiale totalement pertinente) et 11 personnes ont mis une note entre 6 et 9. C'est alors 24 sages-femmes qui ont mis un 5.

Pour la question concernant la satisfaction vis-à-vis de l'enseignement en sexologie, les mêmes types de représentations sont extirpées du questionnaire : parmi les 38 sages-

femmes ayant donné une note entre 5 et 10, 20 d'entre elles ont mis un 5, tandis que les notes 9 et 10 n'ont jamais été attribuées.

- **Les freins relatifs à l'abord de la sexualité**

Enfin, la dernière question de ce questionnaire concerne les freins des sages-femmes à l'évocation de la sexualité. Tous les participants ont répondu à cette question (167).

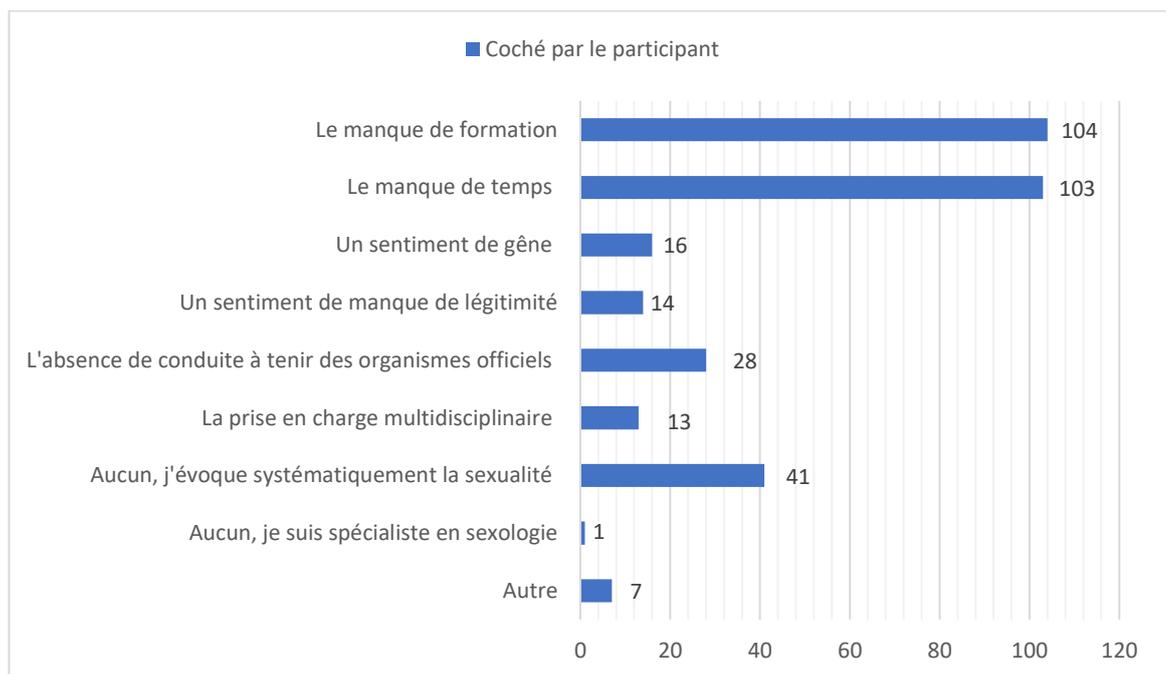


Figure 6 : Les facteurs considérés comme des freins par les sages-femmes de l'étude quant à l'évocation de la sexualité

Ici, il sera noté que les principaux freins sont le manque de formation et le manque de temps. 24,55% des sages-femmes interrogées évoquent la sexualité avec leurs patientes de façon systématique.

Les résultats suivants ne prendront en compte que 162 participants, les 5 autres sages-femmes étant spécialistes en sexologie, elles n'ont pas eu le même déroulé de questions.

Tableau 4 : Le manque de temps et l'orientation des patientes

Orientation de ces patientes ?	Le manque de temps est un frein ?		
	Non	Oui	Total général
Non	18	44	62
Oui	44	56	100
Total général	62	100	162

Tableau 5 : Le manque de temps et la proposition d'un traitement

Traitement proposé ?	Le manque de temps est un frein ?		
	Non	Oui	Total général
Non	40	80	120
Oui	22	20	42
Total général	62	100	162

Parmi les 62 sages-femmes non spécialisées en sexologie qui considèrent que le manque de temps n'est pas un frein, 22 (35,48%) participants ont proposé un traitement à leurs patientes atteintes de vaginisme.

Parmi les 40 sages-femmes non spécialisées en sexologie qui considèrent que le manque de temps n'est pas un frein et qui n'ont pas proposé de traitement à leurs patientes atteintes de vaginisme, 31 (77,50%) d'entre elles connaissent entre 3 et 7 types de traitements possibles.

Ensuite, en ce qui concerne le manque de formation :

Parmi les 104 sages-femmes non spécialisées en sexologie qui le considèrent comme un frein, 41 sages-femmes n'ont pas orienté leurs patientes vers un spécialiste, contre 63 qui l'ont fait. Parmi les 58 sages-femmes non spécialisées en sexologie qui ne considèrent pas le manque de formation comme un frein à l'évocation de la sexualité :

- 21 sages-femmes n'ont pas orienté leurs patientes atteintes de vaginisme chez un professionnel compétent

- 37 sages-femmes ont orienté leurs patientes atteintes de vaginisme chez un professionnel compétent

Tableau 6 : Le manque de formation et la proposition d'un traitement

Traitement proposé ?	Le manque de formation est un frein ?		
	Non	Oui	Total général
Non	35	85	120
Oui	23	19	42
Total général	58	104	162

Parmi les 58 sages-femmes non spécialisées en sexologie et qui ne considèrent pas le manque de formation comme un frein à l'évocation de la sexualité, 35 (60,34%) participants n'ont pas proposé de traitement à leurs patientes atteintes de vaginisme.

Parmi les 85 sages-femmes non spécialisées en sexologie qui considèrent le manque de formation comme un frein et qui n'ont pas proposé de traitement à leurs patientes atteintes de vaginisme, **63 d'entre elles connaissent entre 3 et 7 traitements possibles pour la prise en charge du vaginisme.**

A présent, la totalité des sages-femmes (167) sont concernées par les résultats suivants.

Parmi les 104 sages-femmes qui considèrent le manque de formation comme un frein, **80 (76,92%) participants connaissent entre 3 et 7 traitements possibles pour la prise en charge du vaginisme.**

Parmi les 63 sages-femmes qui ne considèrent pas le manque de formation comme un frein, 55 (87,30%) participants connaissent entre 3 et 7 traitements possibles pour la prise en charge du vaginisme.

III.2.a. Résultats analytiques découlant du questionnaire

Dans cette rubrique, les résultats concernant les tests statistiques réalisés (khi2) vont être abordés. Il a été retenu qu'une association statistiquement significative est représentée par un $p < 0,05$.

- **Selon l'âge**

Tout d'abord, la variable « âge » sera étudiée en fonction de différentes variables. Le test statistique retenu pour rechercher des associations entre ces différentes variables est le test du khi2.

En premier lieu, des associations seront recherchées entre les connaissances des différentes thérapeutiques pouvant guérir le vaginisme et la catégorie d'âge des participants.

Tableau 7 : Association entre la méthode par biofeedback et l'âge des sages-femmes

Âge	Méthode par biofeedback	
	Non	Oui
	n (%)	n (%)
23 - 29 ans	17 (10,18)	22 (13,17)
30 - 39 ans	33 (19,76)	31 (18,56)
40 – 49	26 (15,57)	9 (5,39)
50 ans et plus	21 (12,57)	8 (4,79)
P	0,013	

L'utilisation de la méthode par biofeedback est la seule thérapeutique associée de manière significative à la catégorie d'âge à laquelle appartiennent les participants. Parmi les sages-femmes connaissant la méthode par biofeedback, la majorité d'entre elles ont entre 23 et 39 ans. **Seules 17 sages-femmes ayant entre 40 ans et plus de 50 ans connaissent cette méthode.**

Dans un second temps, des associations seront recherchées entre les différentes méthodes pouvant être utilisées pour faciliter l'examen gynécologique des patientes vaginiques et la catégorie d'âge des participants.

Tableau 8 : Association entre l'utilisation de lubrifiant et l'âge des sages-femmes

Âge	Lubrifiant	
	Non	Oui
	n (%)	n (%)
23 - 29 ans	2 (1,20)	37 (22,16)
30 - 39 ans	8 (4,79)	56 (33,53)
40 – 49	5 (2,99)	30 (17,96)
50 ans et plus	11 (6,59)	18 (10,78)
P	0,002	

L'utilisation de lubrifiant est la seule méthode étant associée de manière significative à la catégorie d'âge à laquelle appartiennent les participants. **Plus de la moitié des sages-femmes utilisant du lubrifiant (55,69%) ont entre 23 et 39 ans.**

Ensuite, il a été créé la variable « indice d'utilisation des méthodes ». Cet indice d'utilisation des méthodes a été élaboré sur la base du nombre très important de personnes ayant coché respiration (153) ou lubrifiant (141). Sur l'échantillon de l'étude, il a été convenu que ces deux variables soient considérées comme des méthodes classiques pouvant faciliter l'examen gynécologique d'une patiente atteinte de vaginisme.

Cette variable est définie comme telle :

- Si l'indice = 0 : le participant n'a pas coché respiration **ou** qu'il n'a pas coché lubrifiant (32 sages-femmes)
- Si l'indice = 1 : le participant a coché respiration **et** lubrifiant (34 sages-femmes)
- Si l'indice = 2 : le participant a coché respiration **et** lubrifiant **et** une autre méthode (101 sages-femmes)

Cependant $p = 0,103$, il n'est alors pas possible de conclure à une association statistiquement significative entre les variables âge et indice d'utilisation des méthodes.

Les autres variables ayant été testées en fonction de la catégorie d'âge des participants n'ont retrouvé aucune valeur significative.

- **Selon l'année d'obtention du diplôme d'état**

L'année d'obtention du diplôme d'état sera étudiée en fonction de différentes variables. De la même façon que précédemment, le test du khi2 a été retenu afin d'affirmer ou d'infirmer des associations entre les différentes variables.

Concernant les différentes thérapeutiques connues par les participants, la kinésithérapie ainsi que la méthode par biofeedback sont associées de façon statistiquement significative à l'année d'obtention du diplôme d'état.

Dans l'étude, le plus grand nombre de praticiens connaissant ces méthodes ont obtenu leur diplôme d'état en 2005 ou plus. En effet, 43 sages-femmes sur 57 connaissant la kinésithérapie comme thérapeutique ont eu leur diplôme en 2005 ou plus. De la même façon, 54 sages-femmes sur 70 connaissant le biofeedback ont eu leur diplôme en 2005 ou plus.

Tableau 9 : Association entre thérapeutiques connues et années d'obtention du DE

Année obtention DE	Kinésithérapie		Biofeedback	
	Non	Oui	Non	Oui
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
< 1995	26 (15,57)	6 (3,59)	25 (14,97)	7 (4,19)
< 2005	26 (15,57)	8 (4,79)	25 (14,97)	9 (5,39)
< 2015	40 (23,95)	27 (16,17)	34 (20,36)	33 (19,76)
2015 et +	18 (10,78)	16 (9,58)	13 (7,78)	21 (12,57)
P	0,03		0,001	

Aucune autre variable n'a montré d'association statistiquement significative avec l'année d'obtention du diplôme d'état.

- **Selon le lieu de formation des participants**

A présent, des associations entre le lieu de formation des participants et différentes variables ont été recherchées. Un seul résultat statistiquement significatif a été retrouvé.

Le tableau de résultats suivant concerne la pertinence de la formation initiale par rapport au vaginisme. Les participants ont dû répondre en utilisant une échelle de 0 (pas du tout pertinente) à 10 (totalement pertinente).

Tableau 10 : Pertinence de la formation initiale concernant le vaginisme et lieu de formation

Lieu de formation	Note attribuée	
	< 5	> 4
	n (%)	n (%)
Marseille	78 (46,71)	28 (16,77)
Autre	54 (32,34)	7 (4,19)
P	0,022	

Il existe alors une association entre la note attribuée à la pertinence de la formation initiale par rapport au vaginisme et le lieu de formation des participants à l'étude. Dans l'étude, la majorité (73,58%) des sages-femmes ayant été formées à l'école de Marseille ont donné une note strictement inférieure à 5. En outre, parmi les sages-femmes ayant donné une note inférieure à 5, c'est 59,10% d'entre elles qui ont été formés à Marseille.

- **Selon la diversité des expériences professionnelles**

Maintenant, vont être présentés les résultats recherchant des associations entre la diversité des expériences professionnelles et diverses variables.

Pour rappel : une expérience professionnelle mixte concerne les participants ayant coché au moins deux types d'exercice pratiqués durant leur carrière.

Tableau 11 : Thérapeutiques connues et expérience professionnelle

Expérience professionnelle	Acide botulique	
	Non	Oui
	n (%)	n (%)
Unique	88 (52,69)	15 (8,98)
Mixte	46 (27,54)	18 (10,78)
P	0,032	

Il existe alors une association statistiquement significative entre l'acide botulique et les différents types d'exercice professionnel exercés par les sages-femmes de l'étude. 88 (65,68%) sages-femmes ne connaissant pas l'acide botulique ont une expérience professionnelle unique. Dans l'étude, l'expérience professionnelle unique peut être envisagée comme étant un **facteur défavorisant** la connaissance de l'acide botulique.

Ensuite, les résultats concernant les différentes méthodes connues par les participants pour faciliter l'examen gynécologique d'une patiente vaginique vont être abordés.

Tableau 12 : Techniques facilitant l'examen d'une patiente vaginique et expérience professionnelle

Expérience professionnelle	Protoxyde d'azote	
	Non	Oui
	n (%)	n (%)
Unique	43 (25,75)	60 (35,93)
Mixte	46 (27,54)	18 (10,78)
P	0,0001	

Le protoxyde d'azote est la seule méthode utilisée par les participants qui est significativement associée à la diversité de leurs expériences professionnelles. Au vu des chiffres du tableau 12 ci-dessus, les sages-femmes n'ayant eu qu'une seule expérience professionnelle (« expérience unique ») ont plus tendance à utiliser le protoxyde d'azote.

Puis, une association a été recherchée entre la variable « indice d'utilisation des méthodes » et la diversité de l'exercice professionnelle.

Tableau 13 : Indice d'utilisation des méthodes et expérience professionnelle

Expérience professionnelle	Indice d'utilisation des méthodes		
	0	1	2
	n (%)	n (%)	n (%)
Unique	20 (11,98)	14 (8,38)	69 (41,32)
Mixte	12 (7,19)	20 (11,98)	32 (19,16)
P	0,019		

Il existe alors une association statistiquement significative entre la diversité des expériences professionnelles et l'indice d'utilisation des méthodes. Dans l'étude et au vu des chiffres du tableau ci-dessus, les sages-femmes n'ayant pratiqué qu'un seul type d'exercice professionnel utilisent plus de techniques facilitant l'examen gynécologique.

Maintenant, une association sera recherchée entre les différents freins pouvant évoquer la sexualité avec les patientes selon les participants et la diversité des expériences professionnelles.

Tableau 14 : Freins évoqués par les sages-femmes de l'étude et expérience professionnelle

Expérience professionnelle	Le manque de temps		Aucun, j'évoque systématiquement la sexualité avec mes patientes	
	Non	Oui	Non	Oui
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Unique	32	71	87	16
Mixte	32	32	39	25
P	0,014		0,0005	

Le manque de temps est un frein associé de façon statistiquement significative à la diversité d'expériences professionnelles des participants à l'étude. Dans l'étude, les sages-femmes qui ont une expérience professionnelle unique sont plus enclines à considérer le manque de temps comme un frein à l'évocation de la sexualité.

A contrario, dans l'étude et au vu des chiffres du même tableau, l'expérience professionnelle mixte peut être envisagée comme un facteur favorisant l'évocation de la sexualité avec les patientes.

Après avoir exposé les résultats descriptifs et analytiques de l'étude quantitative, vont être abordés les résultats des entretiens semi-directifs.

III.2. Résultats qualitatifs

Les résultats extraits des entretiens ont été répertoriés dans différents tableaux. Un tableau correspond à une rubrique permettant d'apporter un élément de réponse à la question de recherche. Les réponses ont été fractionnées selon différentes sous-rubriques et thématiques.

III.2.a. Les représentations du vaginisme

Tout d'abord, les deux premiers tableaux vont réunir les représentations que se font les sages-femmes du vaginisme mais également des patientes atteintes de vaginisme.

Zoé et Leïla associent le vaginisme à une contraction involontaire des muscles du plancher pelvien : « *une grande difficulté ou une impossibilité pour la femme d'être pénétrée au niveau du vagin, que ce soit avec des doigts, un spéculum ou des relations sexuelles... par des contractions musculaires qui sont plus ou moins involontaires je pense* », explique Leïla (L.6-9).

Pietra quant à elle n'inclue pas la notion de contraction « involontaire » mais définit le vaginisme comme : « *l'impossibilité d'avoir un rapport sexuel ou toute sorte de pénétration* » (L.7-8).

Enfin, Jade définit le vaginisme comme une douleur : « *C'est une douleur, une gêne ressentie par les patientes au niveau de la sphère génitale.* » (L.5-6).

La suite des résultats détaillés se trouve en annexe.

Tableau 15 : Les représentations du vaginisme selon les sages-femmes interrogées (1)

Rubrique	Représentation du vaginisme (1)													
Sous-rubriques	Définitions						Etiologies							
Thématiques	Contractions involontaires	Pénétration +/- impossible	Fréquence	Sexualité conservée	Douleurs physiques	Blocage psychologique	Violences sexuelles	Violences physiques	Violences psychiques	Violences gynéco-obstétricales	Education / tabou dans la famille	Cultures / religions	Evénement traumatique, choc	Pathologies organiques
Zoé	X		X	X		X	X	X	X		X	X		
Leïla	X	X	X			X	X	X	X				X	
Jade				X	X	X	X						X	X
Pietra		X		X	X	X	X			X		X	X	X

Tableau 16 : Les représentations du vaginisme selon les sages-femmes interrogées (2)

Rubrique	Représentation du vaginisme (2)													
Sous-rubriques	Le point de vue des patientes selon les sages-femmes						Le point de vue des professionnels de santé selon les sages-femmes							
Thématiques	Fausse croyance par rapport à l' anatomie	Relation privilégiée avec la SF, par rapport à d' autres catégories de professionnels de santé	Motif de consultation : désir d' enfant	Apaisement, réassurance, relation de	Sentiment de peur	Tension physique et/ou psychique	Relations sexuelles non pénétrantes possibles et épanouies	Sentiment d' agacement	Sentiment de jugement négatif	Sentiment d' indifférence	Méconnaissance de la pathologie	Prise en charge inconnue	Prise en charge inadaptée	Personne-dépendant
Zoé	X	X	X	X	X		X	X			X	X	X	
Leïla				X			X	X	X		X			X
Jade		X		X	X	X				X				X
Pietra	X	X			X						X	X		

III.2.b. La prise en charge des patientes vaginiques

Le tableau suivant relate ce que les sages-femmes mettent en pratique face à une patiente vaginique.

De façon générale, les 4 sages-femmes interrogées ont confié qu'elles orientent et/ou orienteraient leurs patientes si nécessaire : vers un psychologue pour 3 d'entre elles, chez un psychiatre ou encore un ostéopathe.

Seront également énumérés les traitements connus par les sages-femmes ainsi que les méthodes qu'il est possible d'utiliser selon elles pour réussir l'examen gynécologique d'une patiente vaginique.

Tableau 17 : La prise en charge des patientes vaginiques selon les sages-femmes interrogées

Rubrique	Prise en charge d'une patiente atteinte de vaginisme																								
	Quelles méthodes utiliser face à une patiente atteinte de vaginisme ?										Les traitements possibles						Orientation des patientes chez des spécialistes								
Thématiques	Douceur et communication	Prendre son temps	Réassurance, confiance	Méthodes de relaxation	Explication des gestes	Demander le consentement	Protoxyde d' azote	Péridurale précoce	Lubrifiant	Pour les PV → auto-prélèvements	Expectative tant que c' est possible	Dilatateurs vaginaux	Relaxation	Education sexuelle / anatomique	Education du périnée	Médecines alternatives	Toxine botulique	EMDR	Hypnose	Psychologue	Psychiatre	Sexologue	Spécialistes de la douleur	Ostéopathe	Dermatologue
Zoé	X	X	X		X	X					X			X	X	X	X				X	X		X	X
Leïla	X	X	X				X		X	X	X				X			X	X	X					
Jade		X	X	X	X	X	X	X	X				X		X				X	X					
Pietra	X	X		X		X	X					X	X	X	X					X		X	X		

EMDR [3], PV [4]

III.2.c. La sage-femme au quotidien face au vaginisme

Ensuite, le tableau suivant dresse le portrait de la sage-femme face au vaginisme : sa place, ses qualités et freins et ses sentiments face à la pathologie.

Toutes ressentent des sentiments différents face à cette problématique. Zoé par exemple est plutôt contente de recevoir des patientes vaginiques : « *Moi je suis contente que ces femmes aient une réponse ou un début de réponse. Qu'elles aient trouvé quelqu'un qui va pouvoir... Les aider. Ou en tous cas, essayer* » (L.443-445). Au contraire, Pietra ressent de l'appréhension, elle a peur de ne pas être à la hauteur : « *Je me suis sentie pas très confiante. Oui voilà c'est ça. Je me suis sentie pas très confiante, je me suis dit "mince, est-ce que moi je vais pouvoir lui apporter ce qu'il faut là ?" »* (L.209-211). Les réponses sont variables à ce sujet.

Cependant, les 4 sages-femmes reconnaissent que l'instauration d'une relation de confiance entre le soignant et la patiente est l'une des qualités phares de la profession. Jade le souligne : « *Et je trouve cela hyper important d'installer un cadre de confiance* » (L.200-201). Leïla est du même avis : « *Mais oui je pense que la mise en confiance, créer une relation, qu'elles essaient tant que possible de ne voir qu'une seule personne pour justement garder la relation avec la personne. Je pense que c'est mieux* » (L.273-276).

Quant aux freins, ce sont 3 sages-femmes sur 4 qui décrivent le manque de temps comme un frein à la prise en charge du vaginisme. Cependant Zoé n'est pas d'accord avec cette affirmation : « *Le manque de temps, ça je n'y crois pas. La surcharge du travail, ça c'est déplorable ça c'est sûr, mais en peu de temps on peut quand même, je pense, expliquer des choses ou dire des choses* » (L.278-280).

Tableau 18 : La place de la sage-femme par rapport au vaginisme

Rubrique	La sage-femme au quotidien face au vaginisme																
Sous-rubriques	La place de la sage-femme face au vaginisme		Les qualités de la sage-femme pour la prise en charge du vaginisme				Les freins de la sage-femme pour la prise en charge du vaginisme						Le sentiment de la sage-femme face au vaginisme				
Thématiques	Très importante	Ponctuel	Patience, les sages-femmes prennent plus de temps	Relation de confiance	Douceur	Compétences adaptées	Argent	Manque de temps	Identification à la patiente	Manque de formation	Freins socio-culturels	Personnalité de la sage-femme	Manque d' outils	Satisfaction	Appréhension	Frustration	Impuissance
Zoé	X		X	X	X		X		X					X			
Leïla	X		X	X		X		X									X
Jade	X			X		X	X	X			X	X	X			X	
Pietra		X		X	X			X		X	X				X		

III.2.d. La formation concernant le vaginisme et la sexologie

Ce dernier tableau décrit ce que pensent les sages-femmes de la formation tant initiale que continue concernant le vaginisme et plus largement la sexologie.

3 sages-femmes sur 4 s'accordent pour dire que la formation initiale est insuffisante et qu'il serait nécessaire d'étayer les cours à ce sujet. « *Pour moi c'est clairement insuffisant* » (L.261), confie Pietra.

Cependant, 3 sages-femmes sur 4 souhaitent se former davantage en sexologie par la suite : « *Mais j'aimerais, une fois que je serais allée au bout des choses pour la rééducation, m'intéresser plus au vaginisme et à la sexologie* » (L.322-324), dit Pietra.

Zoé, quant à elle, a déjà pu faire des formations l'ayant aidée à prendre en charge les patientes atteintes de vaginisme, à tel point que certains gynécologues lui adressent des patientes vaginiques : « *maintenant plus de 5 ans qu'on m'adresse des patientes pour ça* » (L.11-12), confie-t-elle.

Tableau 19 : La formation concernant le vaginisme et la sexologie selon les sages-femmes interrogées

Rubrique	La formation concernant le vaginisme et la sexologie											
Sous-rubriques	Formation initiale : cours théoriques					Formation initiale : stage			Formation continue			
Thématiques	Insuffisante	Manque d'information sur les conduites à tenir et sur la prise en charge	Nécessité d'amélioration	UE libre éducation à la sexualité suffisante et complète	Formation satisfaisante	Expériences en tant qu'étudiante sage-femme	Se nourrir du savoir-faire des sages-femmes expérimentés	Insuffisante	Nécessaire	Désir de se former d'avantage	Formation au quotidien grâce à l'expérience des collègues sages-femmes	Formation autodidacte
Zoé	X								X			
Leïla	X	X	X			X	X			X		
Jade				X	X	X				X	X	
Pietra	X		X					X		X		X

IV. Analyse et discussion

IV.1. Biais et limites de l'étude

Il est à noter que différents biais et limites ont été rencontrés.

Premièrement, la pandémie covid-19 a été une limite à l'étude. En effet, il est à supposer que l'effectif de sages-femmes participant à l'étude quantitative a été restreint au vu du contexte sanitaire et ce malgré l'envoi du questionnaire après le confinement. Les professionnels de santé ont fortement été sollicités durant cette période. Cela a également influencé les modalités d'entretien : tous les professionnels interviewés ont choisi un entretien par visioconférence ou par téléphone. Il aurait en effet pu être intéressant de réaliser une analyse corporelle. De la même façon, le nombre d'entretiens réalisés a été bien trop restreint : seulement quatre ont pu être réalisés. Bien qu'ils aient déjà apporté des éléments de réponse à la question de recherche, il est possible de supposer qu'un plus grand nombre d'entretiens aurait permis de mieux définir les besoins, les freins et les atouts des sages-femmes quant au vaginisme et d'atteindre la saturation des résultats.

La méthodologie par questionnaire induit un biais d'information. En effet, il peut y avoir des défauts de compréhension des questions. Certaines réponses n'ayant été choisies que par très peu de participants, il est possible de se demander si la question était suffisamment claire. De plus, il n'y avait pas d'item « je ne sais pas » dans le questionnaire. Cela peut alors induire des réponses mises au hasard. Pour une étude souhaitant notamment mesurer le niveau de connaissances des sages-femmes, c'est un élément essentiel manquant.

Ensuite, il existe un biais de sélection. Effectivement, il est possible de supposer que les sages-femmes ayant répondu au questionnaire et ayant accepté de réaliser les entretiens portent un intérêt particulier pour le sujet. Cela pourrait signifier qu'elles ont alors plus de connaissances sur le vaginisme. L'échantillon recueilli n'est alors pas forcément représentatif de la population générale de sages-femmes.

Un biais de mémoire est également présent, que ce soit pour les entretiens semi-directifs ou pour le questionnaire. La prise en charge des femmes vaginiques par les sages-femmes pouvant remonter à des délais temporels plus ou moins longs, parfois les informations fournies par les praticiens peuvent alors être approximatives.

Enfin, il existe un biais d'interprétation inhérent à la méthodologie qualitative.

IV.2. Analyse et discussion autour des résultats descriptifs

IV.2.a. Définitions

Tout d'abord, vont être abordées les connaissances théoriques des sages-femmes ayant répondu à l'enquête. Concernant les définitions et idées reçues relatives au vaginisme, les sages-femmes participantes s'accordent en général vers une même direction.

Pour rappel, seulement 7,78% des participants à l'enquête ne sont pas d'accord avec la définition suivante : « le vaginisme est une contraction involontaire des muscles du plancher pelvien ». Il est alors convenu que la plus grande majorité des sages-femmes sont d'accords avec cette définition du vaginisme. Bien que succincte et simplifiée, le terme « involontaire » de la définition proposée est capital quant à la compréhension du mécanisme incombant au vaginisme.

Ensuite, concernant les deux propositions suivantes :

- « Le vaginisme est toujours primaire, c'est-à-dire qu'il n'y a jamais eu de période sans vaginisme au préalable ».
- « Il existe un vaginisme situationnel qui rend possibles certains types de pénétration ».

153 (91,62%) sages-femmes ne sont pas d'accord avec la première affirmation tandis que 145 (86,83%) sages-femmes sont d'accord avec la seconde affirmation.

Ces items ont pour objectif de sonder les connaissances des sages-femmes quant à la définition théorique du vaginisme.

Pour la plus grande majorité des sages-femmes interrogées, les connaissances concernant les caractéristiques du vaginisme s'avèrent exactes. Cela peut d'ailleurs se confirmer avec des définitions retrouvées dans la littérature : « *il [le vaginisme] se caractérise par une impossibilité de pénétration liée à une contracture invincible venant fermer le vagin par un réflexe de défense non volontaire* » (Colson, 2016).

Néanmoins, dans ce même article et contrairement aux définitions données par le DSM V [2] dans lequel le vaginisme fait partie de la rubrique « *trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration* », il est dit que le mécanisme du vaginisme n'inclut pas de notion de douleur : « *plutôt qu'une douleur à la pénétration, les femmes vaginiques se plaignent d'une peur de la douleur dont elles investissent la pénétration. La principale différence entre vaginisme et dyspareunie réside dans l'appréhension de la douleur*

davantage que dans la douleur elle-même, et cette appréhension interdit toute pénétration, y compris avec le doigt, ou un tampon » (Colson, 2016).

Ceci peut également être illustré avec les entretiens semi-directifs réalisés auprès de 4 sages-femmes. En effet, dans l'entretien avec Pietra, celle-ci rapporte qu'elle suit une patiente vaginique. Après plusieurs séances avec elle, la patiente a pu se laisser examiner et Pietra confie : *« elle essaie même un petit peu des rapports avec son mari mais là on met maintenant le doigt sur une douleur physique. Donc là je suis en train de me dire que je vais peut-être devoir l'orienter pour cette douleur physique alors que jusqu'à maintenant c'était peut-être le fait de ... alors c'est peut-être la douleur physique qui fait que les rapports n'étaient pas possibles, mais en tous cas ce n'était pas identifié comme ça avant » (L.94-99).*

Il est important de notifier que Pietra n'a pas fait le diagnostic du vaginisme à cause de la douleur ressentie par la patiente mais du fait de l'impossibilité pour celle-ci d'avoir des relations sexuelles pénétrantes. Néanmoins, Pietra n'a aucune certitude quant au rôle de la douleur concernant le vaginisme *« c'est peut-être la douleur physique qui fait que les rapports n'étaient pas possibles » (L.98).*

Sur ce point, les sages-femmes de l'étude ne sont pas toutes en accord. En effet selon Jade, la définition-même du vaginisme se caractérise par une douleur : *« C'est **une douleur, une gêne** ressentie par les patientes au niveau de la sphère génitale » (L.5-6).*

Quant à Zoé et Leïla, aucune des deux ne notifie la notion de douleur lorsqu'elles abordent la définition du vaginisme.

Cela met le doigt sur la difficulté pour les sages-femmes à avoir une définition précise du vaginisme. Bien que le questionnaire fasse ressortir des connaissances avérées chez les sages-femmes à propos du vaginisme, les entretiens quant à eux mettent en lumière l'omission de caractéristiques plus détaillées. **En l'occurrence, la spirale dans laquelle s'engouffrent les patientes vaginiques est méconnue, alors que c'est le cœur-même de l'entretien du mécanisme du vaginisme : « il s'installe un cercle vicieux d'appréhension de la douleur renforçant la difficulté de pénétration » (Colson, 2016).**

Par ailleurs, il aurait été intéressant d'interroger plus directement les sages-femmes sur le cercle vicieux qu'entraîne le vaginisme. Effectivement, les résultats du questionnaire mettent en évidence que plus de 90% des sages-femmes de l'étude sont d'accord pour dire qu'une patiente vaginique peut avoir des rapports sexuels sans pénétration. Seulement 6,59% des sages-femmes ne sont pas d'accord avec cela.

Bien qu'en effet, le vaginisme en lui-même permette la conservation d'une sexualité non pénétrante, la baisse de libido associée aux douleurs, la diminution de l'estime de soi et finalement l'appréhension des rapports sexuels vont dans le sens d'une stratégie d'évitement de ceux-ci, qu'ils soient pénétrants ou non (Les Clés de Vénus, 2014).

IV.2.b. Les thérapeutiques connues

Dans cette partie de l'analyse, les sages-femmes spécialisés en sexologie vont être exclus des chiffres. Cela regroupe alors 162 sages-femmes.

L'enquête via le questionnaire en ligne révèle que 130 (80,25%) sages-femmes participantes à l'étude connaissent au moins 3 méthodes thérapeutiques pour guérir le vaginisme. Une fois de plus, l'étude quantitative révèle alors une bonne connaissance de ce sujet par les professionnels en maïeutique. Cependant, malgré les connaissances avérées sur le vaginisme, d'après le mémoire de Mme Suponter, seule la moitié des sages-femmes se sentent en capacité de prodiguer des conseils aux patientes vaginiques (Suponter, 2005). C'est également ce qui a pu être illustré grâce aux entretiens, grâce à Pietra notamment : « c'est me mettre un petit peu plus la pression sur une dame comme ça parce que je ne me sens pas toujours très... Suffisamment calée » (L.218-219). Leïla le souligne également : « je me sens démunie » (L.287).

IV.2.c. La prise en charge des patientes vaginiques par les sages-femmes (conduites à tenir, freins, pistes d'amélioration)

Toujours concernant les 162 sages-femmes non spécialisées en sexologie, 93 (57,41%) d'entre elles n'ont pas proposé de traitement aux patientes vaginiques et 45 (27,78%) ne les ont pas orientées vers des professionnels compétents. Par ailleurs, la majorité des sages-femmes (61,73%) orientent leurs patientes vers des spécialistes.

Toutefois, il est possible de se demander ce qui explique des chiffres aussi disharmonieux : Pourquoi, malgré les connaissances des sages-femmes concernant le vaginisme, n'orientent-elles pas ou ne proposent-elle pas de traitement à leurs patientes vaginiques ?

L'auteure avait rédigé une question incluse dans le questionnaire afin d'évaluer quels seraient les facteurs pouvant freiner l'évocation de la sexualité selon les sages-femmes

participantes à l'étude. Cela pourrait être expliqué par un manque de formation et un manque de temps. Ce sont les deux facteurs majoritaires ayant été retenus par les sages-femmes participant à l'étude.

- **En ce qui concerne le manque de formation :**

104 (62,28%) sages-femmes sur 167 considèrent que le manque de formation est un frein à l'évocation de la sexualité, pourtant 80 (76,92%) d'entre elles connaissent au moins 3 traitements possibles pour la prise en charge du vaginisme. 85 sages-femmes considèrent le manque de formation comme un frein et ne proposent pas de traitement à leurs patientes vaginiques, pourtant 63 d'entre eux connaissent au moins 3 types de thérapeutiques possibles.

Malgré tout, il n'est pas possible de faire une association statistiquement significative entre « manque de formation = frein » et « nombre de traitements connus » car $p = 0,089$.

Il est par ailleurs possible de se questionner ici sur la compréhension du terme « connaître » par les participants à l'étude. Pour rappel, la question de départ est la suivante : « Quelles sont les thérapeutiques actuelles que vous connaissez pour guérir le vaginisme ? ».

Il est possible de supposer que les sages-femmes disant connaître une thérapeutique savent l'utiliser. Néanmoins, il est également possible de supposer qu'elles savent seulement que cela existe. Il existe alors un biais de compréhension des questions.

Parmi les 104 sages-femmes ayant répondu que le manque de formation est un facteur freinant l'évocation de la sexualité, 63 (60,58%) d'entre elles ont orienté leurs patientes vaginiques chez un professionnel compétent.

Cependant, il n'est pas possible d'affirmer une association statistiquement significative entre « manque de formation = frein » et « orientation des patientes vaginiques » car $p = 0,686$.

Pourquoi 40% des sages-femmes n'orientent pas leurs patientes vaginiques alors qu'elles considèrent que le manque de formation est un frein à l'évocation de la sexualité ?

Ce sont les entretiens qui vont tenter d'apporter un élément de réponse à cette question.

Leïla par exemple va parler d'une méconnaissance du professionnel vers qui orienter une patiente vaginique : « *On ne nous dit pas ce qu'il faut faire pour accompagner, vers qui orienter ... Franchement je trouve qu'on n'est pas du tout assez formé que ce soit pour l'orientation ou la prise en charge de ces femmes* » (L.397-399).

Au-delà d'une information précise concernant le vaginisme et sa guérison, Leïla évoque la carence de l'enseignement théorique au sujet du vaginisme. Elle estime que la formation initiale n'est pas suffisamment riche sur le vaginisme malgré son importance en termes de fréquence notamment : « *Il y a plein de choses pour lesquelles on nous bourre le crâne alors qu'on sait très bien qu'on va l'oublier alors que ça on va le mettre en pratique et qu'on va en avoir besoin* » (L.402-404). Leïla propose même une solution pour améliorer la formation initiale sur le vaginisme : « *Par contre la formation initiale ... Alors qu'on a quand même un module gynécologie et ça peut rentrer là-dedans* ».

Jade quant à elle, pense qu'au-delà d'une formation plus approfondie sur la sexologie, il faut au minimum savoir chez qui orienter les patientes : « *peut-être aussi que c'est à nous de nous former un peu plus en sexologie ou au moins avoir un réseau, un carnet d'adresses* » (L.169-170). La question initiale concernait les pistes d'amélioration pour une prise en charge plus adaptée des patientes vaginales. Cela semble sous-entendre que Jade elle-même n'a pas un carnet d'adresses suffisamment important pour orienter ses patientes vaginales. Cependant cela reste une supposition car l'interviewer n'a pas réagi davantage là-dessus.

Pietra, sage-femme libérale, confie avoir un carnet d'adresses insuffisant : « *Je ne connais pas beaucoup de sexologues **malheureusement**, là mon expérience fait que je ne connais pas trop de sexologue dans le coin* » (L.257-258). Il est évident que cela semble constituer une lacune pour elle.

Zoé, sage-femme libérale également, admet que cela est difficile à constituer mais néanmoins indispensable pour la prise en charge de ces patientes vaginales : « *C'est super compliqué de se faire un réseau mais c'est super important d'en avoir un* » (L.398-399).

Ici, il est possible de notifier que la méconnaissance d'un réseau suffisant de praticiens compétents en sexologie est un réel frein à la prise en charge des patientes vaginales, pour les sages-femmes hospitalières comme pour les sages-femmes libérales.

Cela n'avait pas été abordé par le questionnaire mais via les entretiens les sages-femmes ont pu s'exprimer librement et toutes quatre ont évoqué le même obstacle. Ceci

pourrait par ailleurs expliquer le nombre restant de sages-femmes n'orientant pas leurs patientes vaginiques.

Pourtant il existe des réseaux disponibles et facilement accessibles en lignes dans lesquels il est possible de trouver des professionnels spécialisés en sexologie. Par exemple, l'AIUS (association interdisciplinaire post-universitaire de sexologie) relate un annuaire dans lequel différents professionnels spécialisés en sexologie (médecins, kinésithérapeutes, sages-femmes, infirmiers, etc.) sont listés (AIUS, 2020). De la même manière, il existe ce type d'annuaire sur le site internet de l'association les Clés de Vénus (Les Clés de Vénus, 2014) ou encore sur celui de l'association du Centre de Formation en Sexocorporel France (CFSF, 2021).

Finalement, les sages-femmes ont des connaissances sur le vaginisme cependant elles ne se sentent pas suffisamment formées pour se permettre de conseiller voire d'orienter leurs patientes malgré le nombre important d'annuaires regroupant les spécialistes en sexologie.

Il est possible de supposer que les sages-femmes ne se sentent pas suffisamment légitimes quant aux problématiques relatives à la sexologie. Pourtant, les résultats ont mis en évidence que les sages-femmes de l'étude considèrent qu'il est de leur rôle propre d'aborder les thématiques autour de la sexualité avec leurs patientes.

Par ailleurs, il est possible de supposer que les sages-femmes n'ont pas connaissance de ces annuaires. Mais pourquoi ne sont-ils pas suffisamment mis en avant, alors qu'ils pourraient être un réel outil au quotidien ?

Cela peut être expliqué par le fait que la sexualité reste un sujet tabou. Cela été mis en évidence par le questionnaire : 14 sages-femmes (8,38%) considèrent qu'elles manquent de légitimité face à l'évocation de la sexualité et 16 (9,58%) éprouvent un sentiment de gêne. Les entretiens l'ont aussi mis en avant : « *En France, la sexualité, oui c'est tabou* » (L.279) confie Zoé.

- **En ce qui concerne le manque de temps :**

Parmi les 162 sages-femmes non spécialisées en sexologie participant à l'étude, 100 (61,73%) d'entre elles considèrent le manque de temps comme un frein à l'évocation de la sexualité avec leur patiente. C'est seulement 56 sages-femmes parmi ces 100 qui vont orienter leurs patientes chez un spécialiste.

Il est alors possible de se demander pourquoi les praticiens qui jugent que le manque de temps est un frein à l'évocation de la sexualité n'orientent-ils pas systématiquement leurs patientes vaginiques chez des spécialistes.

Cependant il est légitime de se demander si un praticien qui considère le manque de temps comme un frein à l'évocation de la sexualité pourra dépister toutes les situations pathologiques. Il est important de garder à l'esprit que les sages-femmes ont un outil de taille pour dépister le vaginisme : l'examen clinique. Néanmoins, il sera rappelé ici que l'errance des patientes vaginiques est importante : seules 20% des patientes concernées consultent (Cloppet, 2017).

Un frein supplémentaire est alors extirpé de l'étude : le tabou des patientes face aux situations sexuelles pathologiques.

En supposant qu'un praticien qui considère le manque de temps comme un frein à l'évocation de la sexualité parvient tout de même à dépister des situations pathologiques (en salles de naissances ou par l'abord spontané par la patiente par exemples), alors il faudrait que ce professionnel puisse orienter aisément les patientes. Cependant, une fois de plus, le problème du carnet d'adresses insuffisant se pose.

D'après les résultats de l'étude qualitative abordés ci-dessus, et d'après les chiffres retenus de la partie quantitative, il serait alors judicieux de diffuser plus amplement les annuaires regroupant les spécialistes en sexologie. Une idée serait par exemple de les distribuer aux maternités, aux sages-femmes libérales et en PMI par exemple.

Il est nécessaire ici de rappeler que ce type d'outils sont accessibles gratuitement sur le site de l'association *Les Clés de Vénus* (Association Les Clés de Vénus, 2014) ou sur le site de l'AIUS (AIUS, 2020) par exemple. Cependant, ils semblent méconnus par les professionnels. Il faudrait alors pouvoir étendre ce type de dispositifs au plus grand nombre car les sages-femmes sont demandeuses.

Il est cependant important de souligner qu'il n'est pas possible de généraliser les réponses des entretiens car l'effectif est trop faible (4 sages-femmes interrogées). Le biais de nombre est d'autant plus visible pour la partie qualitative de l'étude, bien qu'il existe également pour la partie quantitative (l'effectif des répondants n'atteint pas les 20% de la population de sages-femmes des Bouches-du-Rhône). En revanche, il est possible de se questionner sur le fait que cela puisse constituer un besoin pour l'ensemble des sages-femmes.

IV.3. Analyse et discussion autour des résultats analytiques

IV.3.a. Les thérapeutiques autour du vaginisme

Ici, vont être abordés les résultats analytiques.

De nombreuses associations ont été testées statistiquement : est-ce que l'âge, l'année d'obtention du diplôme d'état, le lieu de formation ou encore la diversité des expériences professionnelles peuvent-ils être liés aux réponses des participants ?

Tout d'abord, il est à noter que la méthode par biofeedback est associée de façon statistiquement significative à l'âge des participants. Le tableau 6 indique que les sages-femmes de moins de 40 ans (cela représente 53 sages-femmes) connaissent d'avantage cette méthode. Les sages-femmes de 40 ans et plus qui connaissent cette méthode sont au nombre de 17 seulement.

Cela va par ailleurs de pair avec l'apparition de la méthode par biofeedback. En effet, la rééducation périnéale via la méthode par biofeedback a fait ses débuts dans les années 1980. Et ce n'est qu'une décennie plus tard que la rééducation du périnée a fait son entrée dans la sphère de la sexologie (Association CNSF, 2011).

De la même façon, la méthode par biofeedback et la kinésithérapie sont toutes deux associées de manière statistiquement significative à l'année d'obtention du diplôme d'état des participants. La plupart du temps, l'année d'obtention du diplôme d'état est intimement liée à l'âge.

Il est cependant notable qu'il n'existe aucune association statistiquement significative entre les thérapeutiques connues et le lieu de formation des participants à l'étude. D'après cette étude, les différentes écoles seraient équivalentes en termes de connaissances apportées concernant les diverses thérapeutiques connues par les sages-femmes ayant répondu à l'enquête.

IV.3.b. La formation autour du vaginisme et de la sexologie

Malgré le fait que les différentes écoles paraissent comparables du point de vue des thérapeutiques relatives au vaginisme, une association significative a été retrouvée entre « la note attribuée à la pertinence de la formation initiale concernant les connaissances relatives au vaginisme et à sa prise en charge » et « le lieu de formation des sages-femmes participants ».

Dans un premier temps, il est possible de se questionner sur ces chiffres et concernant la généralisation à une plus grande échelle au vu de l'effectif restreint des sages-femmes ayant été formés ailleurs qu'à Marseille (biais de nombre). Effectivement, il n'a pas été possible de comparer plusieurs villes mais seulement « Marseille » et « les autres villes ». L'étude étant basée sur les Bouches-du-Rhône, il a surtout été recueilli des réponses de sages-femmes ayant été formés à Marseille (106, soit 63,47% de l'effectif total).

Dans un second temps, il est possible d'émettre l'hypothèse que les sages-femmes connaissant des thérapeutiques pour guérir le vaginisme se sont documentées par elles-mêmes, soit par des lectures en autonomie par exemple, soit par des formations continues.

L'expérience des sages-femmes plus âgées dans leur diplôme est également considérée comme un support par les plus jeunes. Cela est notamment illustré via les entretiens. Jade et Leïla, qui sont les plus jeunes diplômées des sages-femmes ayant participé aux entretiens le soulignent :

- « *C'est vrai qu'on parle avec des collègues plus anciennes, nous on a la chance d'être 5 à 6 sages-femmes par garde, on a toujours un peu des anciennes avec nous et on demande des conseils comme ça ...* » (L.274-275), relate Jade.
- « *Mais d'en avoir entendu parler, voir ce que les sages-femmes faisaient pour la prise en charge, c'est ce qui m'a amenée à faire pareil une fois diplômée. En refaisant ce que j'avais entendu, du fait de l'expérience des sages-femmes. Donc ça c'est sûr j'ai plus appris sur le terrain de stage qu'à l'école en théorie* », (L.395-397) signale Leïla.

Leïla cible ici l'importance de l'expérience des autres sages-femmes mais également l'apprentissage en stage. Elle confie en avoir plus appris sur le terrain concernant le vaginisme qu'en cours. Jade souligne également l'importance de l'apprentissage en stage : « *quand j'étais en stage avec une sage-femme libérale, on avait beaucoup parlé de rééducation du périnée et j'avais bien aimé son approche de l'intimité de la femme* » (L.349-351).

En outre, il est important de rappeler ici que le questionnaire a mis en évidence le fait que les sages-femmes auraient trouvé largement utile d'approfondir les connaissances en sexologie pendant la formation initiale.

Cela indique alors que les sages-femmes ne se sentent pas suffisamment armées face à des problématiques concernant la sexologie. Par ailleurs, des cours

supplémentaires auraient été appréciés. Bien que les stages aient pu être bénéfiques aux sages-femmes participantes à l'enquête, il n'est pas possible de réduire l'enseignement en sexologie à l'apprentissage pratique. En effet, il est toujours incertain d'avoir des problématiques en rapport avec la sexologie sur les terrains.

IV.3.c. La diversité des expériences professionnelles

La diversité des expériences professionnelles est la variable qui rapporte le plus d'associations statistiquement significatives.

Il est notamment important de souligner qu'il existe une association statistiquement significative entre la variable « diversité des expériences professionnelles » et « indices d'utilisation des méthodes » avec un $p = 0,019$. Il y aurait alors un intérêt à avoir pratiqué dans diverses structures (hôpital/clinique, PMI, libéral), cela donnerait aux sages-femmes de l'étude plus d'outils pour la prise en charge des patientes vaginiques.

Cependant, l'effectif étant trop faible, il n'est pas possible de généraliser ce résultat à la population générale.

Il est également à noter que les sages-femmes ayant une expérience unique considèrent plus volontiers le manque de temps comme un frein à l'évocation de la sexualité. Il faut également savoir que les sages-femmes de l'étude ayant une expérience unique sont principalement des sages-femmes hospitalières ou exerçant en clinique.

Il est rappelé que les sages-femmes sont amenées à accompagner les femmes tout au long de leur vie et à toutes les étapes de leur vie sexuelle : cours d'éducation sexuelle dans les établissements scolaires, première consultation gynécologique chez les jeunes filles, suivi gynécologique de prévention, contraception, désir de grossesse, suivi de grossesse, post-partum, rééducation du périnée et ménopause notamment. La sage-femme est alors un interlocuteur préférentiel pour aborder la sexualité (Code de santé publique, article L4151-1). L'abord de la sexualité fait partie intégrante des compétences de la sage-femme.

Les sages-femmes exerçant en maternité écartent la prise en charge sexologique d'une patiente par manque de temps, comme le dit Zoé : « la surcharge de travail, ça c'est déplorable » (L.262-263), mais ce ne sont pas les seules raisons. Quelles sont-elles ?

Il est possible d'émettre l'hypothèse que la sexualité est encore taboue en France. Comme dit précédemment, les patientes n'accordent pas encore assez de crédit à une sexualité épanouie et errent malgré leurs problématiques.

La sexualité demeure une barrière qu'il est difficile de contourner pour plusieurs raisons évoquées par le questionnaire notamment.

Hormis le manque de temps et le manque de formation, 16 sages-femmes ont répondu qu'elles ressentent un sentiment de gêne à l'évocation de la sexualité et 14 ressentent un manque de légitimité face à cette problématique.

Ici, en complément de l'hypothèse formulée plus haut concernant le tabou des femmes sur leur sexualité, des freins qui concernent cette fois le tabou du professionnel-même sont évoqués.

De la même façon, dans les entretiens, des éléments marquants le tabou du côté de la patiente, comme celui de la sage-femme sont retrouvés.

Zoé l'illustre d'ailleurs par cette réponse relative aux facteurs freinant la prise en charge d'une patiente vaginique : « *si la sage-femme elle-même a été victime de quelque chose et que pour elle c'est compliqué* » (L.260-261). Jade dit également que l'évocation de la sexualité peut dépendre de la personnalité-même de la sage-femme

De plus, Zoé reconnaît le tabou général vis-à-vis de la sexualité : « *en France, la sexualité, oui c'est tabou. Et on n'en parle pas, ni aux enfants à qui il faudrait dire que ... enfin il y aurait aussi des choses à expliquer au niveau des enfants, ni aux adolescents* » (L.279-281).

Par ailleurs, Jade relate : « *Et puis après il y a aussi des freins sociaux et culturels où parfois la sexualité reste très taboue* » (L.148-149).

De la même façon, Pietra dit d'une patiente vaginique : « *Je pense que cette femme serait réticente à aller voir un sexologue parce qu'il y a beaucoup de barrières... la religion, son mari...* » (L.238-240).

Finalement, les freins personnels, socio-culturels, relatifs à l'histoire de chaque personne, concernant les patientes et les sages-femmes sont à prendre en compte dans l'énumération des facteurs pouvant entraver l'évocation de la sexualité avec les patientes.

Il est également important de souligner qu'il existe une association statistiquement significative entre la diversité des expériences professionnelles et l'évocation systématique de la sexualité avec les patientes. La multiplicité des expériences professionnelles aiderait-elle à faciliter l'évocation de la sexualité avec les patientes ? C'est en tous cas une piste qu'il serait intéressant de poursuivre plus amplement.

IV.3.d. L'orientation des patientes vaginiques par les sages-femmes

Enfin, il est nécessaire de se demander qui sont les sages-femmes qui orientent les patientes vaginiques au vu des freins mis en évidence.

Une association statistiquement significative a été retrouvée entre l'âge des sages-femmes et le fait qu'elles orientent ou pas leurs patientes vaginiques. De la même façon, une association a été retrouvée entre l'année d'obtention du diplôme d'état et le fait d'orienter ou pas les patientes vaginiques.

Il est possible de supposer qu'au plus les sages-femmes sont jeunes et diplômées tardivement, au plus elles orientent leurs patientes vaginiques.

La sexologie s'est largement diffusée ces dernières années et malgré le tabou persistant, les sages-femmes s'accordent de plus en plus à s'ouvrir à cette discipline faisant partie intégrante de leurs compétences. Pour rappel, les sages-femmes estiment en moyenne qu'il est de leur rôle d'aborder la sexualité avec leurs patientèles.

V. Conclusion

Malgré les nombreux biais et limites, l'étude aura tout de même permis de mettre en lumière certains éléments de réponse à la question de recherche qui était : En quoi les connaissances et les représentations des sages-femmes concernant le vaginisme peuvent-elles influencer le parcours de soins des femmes atteintes ?

Le questionnaire et les entretiens ont permis de mettre en évidence que les sages-femmes avaient des connaissances concernant le vaginisme, cependant celles-ci ne sont pas suffisamment approfondies. Il a également été souligné que le manque de formation et le manque de temps sont des éléments cruciaux de la prise en charge des patientes vaginiques. Cependant, des éléments beaucoup plus ancrés et plus difficilement modelables sont également au cœur de cette problématique : le tabou autour de sexualité, tant du côté des professionnels, que du côté des patientes.

Malgré de vifs efforts de la société pour contourner cet obstacle avec notamment la première stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030), du travail reste encore à faire. Il est important de préciser que les sages-femmes sont intéressées par la sexologie, comme le met en exergue l'étude. Elles se sentent concernées par ces problématiques et notamment par le vaginisme, pathologie courante rencontrée au détour de la salle de naissance ou des consultations gynécologiques par exemple.

Des études avec de plus grands effectifs seraient intéressantes à réaliser. Par exemple, il serait opportun d'étudier si la personnalité et l'histoire de vie des sages-femmes ont un réel impact sur la prise en charge sexologique des patientes. De la même façon, il serait intéressant d'initier une étude qui aurait comme objectif principal de comparer les différents terrains d'exercice (libéral ou PMI versus hospitalier par exemple).

VI. Bibliographie

- Association interdisciplinaire post-universitaire de sexologie, 2020. Liste des membres URL <https://www.trouverunsexologue.fr/page/1201983-tous-les-membres>
- Association Les Clés de Vénus, 2014a. Le vaginisme, c'est quoi? URL <http://www.lesclesdevenus.org/vaginisme/cest-quoi/> consulté le 12/11/2019
- Association Les Clés de Vénus, 2014b. Des exercices progressifs URL <http://www.lesclesdevenus.org/vaginisme/exercices/> consulté le 12/11/2019
- Association Les Clés de Vénus, 2014b. Annuaire professionnel URL <http://www.lesclesdevenus.org/annuaire-pro/>
- Brambilla, M., 2016. La place des sages-femmes en sexologie : étude descriptive auprès des sages-femmes sexologues de la région Rhône-Alpes. Grenoble Alpes UFR de médecine - Département maïeutique.
- Cloppet, C., 2017. Prise en charge d'un symptôme sexuel par les médecins généralistes : le vaginisme. Faculté de médecine Paris Descartes.
- Colson, M.H., 2016. Fréquent et peu connu, focus sur le vaginisme.
- Crocq, M.-A., Guelfi, J.D., American Psychiatric Association, 2016. DSM-5 ®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition. ed. Elsevier Masson.
- Edward John Tilt, M.D., 1869. On Vaginismus.
- Grulier, A., Puppo, S., 2010. Pour une meilleure prise en charge des femmes souffrant de vaginisme lors de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites : d'après l'expérience professionnelle de 260 sages-femmes des Bouches du Rhône.
- Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 2016. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes.
- Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, 2001. URL <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631/> consulté le 01/04/2021

- Macey, K., Gregory, A., Nunns, D., das Nair, R., 2015. Women's experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties diagnosed vaginismus: a qualitative interview study. *BMC Womens Health* 15.
- Organisation Mondiale de la Santé, 2006. Santé sexuelle. URL https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/ consulté le 05/04/2021
- Pacik, P.T., Babb, C.R., Polio, A., Nelson, C.E., Goekeler, C.E., Holmes, L.N., 2019. Case Series: Redefining Severe Grade 5 Vaginismus. *Sex. Med.* 1–9.
- Pacik, P.T., Geletta, S., 2017. Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients. *Sex. Med.* 5, p114–p123.
- Pr. Dirk, H., 2019. La thérapie d'exposition : dans quels cas ? [medipedia.be](https://fr.medipedia.be/troubles-anxieux/temoignages/la-therapiedexposition-dans-quels-cas). URL <https://fr.medipedia.be/troubles-anxieux/temoignages/la-therapiedexposition-dans-quels-cas> consulté le 14/11/2019
- Référentiel métier sage-femme, ordre des sages-femmes, conseil national, 2010. URL <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/> consulté le 02/04/2021
- Reissing, E.D., 2012. Consultation and Treatment History and Causal Attributions in an Online Sample of Women with Lifelong and Acquired Vaginismus. *J. Sex. Med.* 9, p251–p258.
- Yitzchak, M.B., 2010. The DSM Diagnostic Criteria for Vaginismus. *Arch. Sex. Behav.* 39, p278–p291.

Annexes

Annexe I

Questionnaire distribué aux sages-femmes

1) Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

2) Quel âge avez-vous ? *Champ libre*

3) En quelle année avez-vous été diplômé(e) ? *Champ libre*

4) Quel a été votre lieu de formation ? *Champ libre*

5) Vous exercez et/ou avez exercé :

- A l'hôpital / en clinique
- En libéral
- En PMI

6) Votre pratique comprend :

- De la rééducation du périnée
- Des consultations de suivi de grossesse
- Des consultations de suivi gynécologique
- Des suivis à domicile (pour des grossesses à risque et/ou des PRADO)
- L'animation de cours de préparation à l'accouchement et à la parentalité
- La réalisation d'échographie gynéco-obstétricales
- Une activité dans le service des suites de couches
- Une activité dans le service des grossesses à risque
- Une activité en salles de naissances
- Autre

7) Si vous avez coché « Autre », merci de préciser. *Champ libre*

8) Le vaginisme est une contraction involontaire des muscles du plancher pelvien.

Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord

9) Le vaginisme est toujours primaire, c'est-à-dire qu'il n'y a jamais eu de période sans vaginisme au préalable.

Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord

10) Il existe un vaginisme situationnel qui rend possibles certains types de pénétration.

Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord

11) Le vaginisme rend impossibles les rapports sexuels avec pénétration.

Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord

12) Le vaginisme rend possibles les rapports sexuels sans pénétration.

Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord

13) Le vaginisme rend impossible l'examen gynécologique (pose de spéculum, toucher vaginal).

Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord

14) Une vision péjorative de la sexualité transmise par l'éducation est un facteur favorisant la survenue du vaginisme

Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord

15) Une vision péjorative de la sexualité transmise par la religion est un facteur favorisant la survenue du vaginisme.

Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord

16) Le manque d'éducation sexuelle est un facteur favorisant la survenue du vaginisme.

Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord

17) Les traumatismes sexuels sont des facteurs favorisant la survenue du vaginisme.

Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord

18) Une femme atteinte de vaginisme ne peut pas avoir d'enfant.

Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord

19) L'accouchement guérit le vaginisme.

Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord

20) Le vaginisme est une maladie qui se guérit.

Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord

21) Le vaginisme est un mode de fonctionnement volontaire de la femme visant à éviter les rapports sexuels.

Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord

22) Quelles sont les thérapeutiques actuelles que vous connaissez pour guérir le vaginisme ?

- Bougies vaginales
- Education sexuelle
- Injection d'acide botulique
- Kinésithérapie
- Méthode par biofeedback
- Psychothérapie
- Sexothérapie
- Autre

23) Si vous avez coché « Autre », merci de préciser. *Champ libre*

24) Selon vous, à l'heure actuelle, quel est le pourcentage de chance de guérison du vaginisme ?

- 0 - 10%
- 10 - 30%
- 30 - 50%
- 50 - 70%
- 70 - 100%

25) A quelle fréquence avez-vous reçu des patientes atteintes de vaginisme (en salle d'accouchement, en consultation gynécologique de routine, etc.) ?

- Jamais
- Rarement
- Régulièrement
- Souvent

Les question 26 à 36 concernent celles et ceux qui ont répondu « Jamais » à la question 25 :

26) A quelle fréquence avez-vous reçu des patientes pour qui le toucher vaginal ou la pose d'un spéculum a été difficile ?

- Jamais
- Rarement
- Régulièrement
- Souvent

27) Les femmes pour lesquelles l'examen gynécologique est difficile ont sûrement subi des violences sexuelles.

Pas du tout d'accord - Plutôt pas d'accord - Plutôt d'accord - Tout à fait d'accord

28) Selon vous, quelle(s) méthode(s) est-il possible d'utiliser afin de rendre l'examen gynécologique moins difficile ?

- Utilisation d'anesthésiants locaux (xylocaïne en gel par exemple) ?
- Utilisation de lubrifiant
- Utilisation de protoxyde d'azote
- Respiration
- Autre

29) Si vous avez coché « Autre », merci de préciser. *Champ libre*

30) Utilisez-vous préférentiellement une ou plusieurs de ces méthodes ?

- Oui
- Non

31) Si oui, lesquelles ? *Champ libre*

32) Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous l'intérêt de rechercher les causes rendant cet examen difficile ? *Menu déroulant allant de 0 à 10*

33) Sur une échelle de 0 à 10 à combien estimez-vous qu'il soit de votre rôle de rechercher les causes rendant cet examen difficile ? *Menu déroulant allant de 0 à 10*

34) Sur une échelle de 0 à 10 à combien estimez-vous l'intérêt d'orienter ces patientes chez un spécialiste en sexologie ? *Menu déroulant allant de 0 à 10*

35) A quelle fréquence avez-vous orienté ces patientes pour qui l'examen gynécologique a été difficile chez un spécialiste en sexologie ?

- Jamais
- Rarement
- Régulièrement
- Souvent

36) Vers quel(s) praticien(s) avez-vous orienté ces patientes ? *Champ libre*

Les question 37 à 44 concernent celles et ceux qui ont répondu « rarement » ou « régulièrement » ou « souvent » à la question 25 :

37) A quelle fréquence avez-vous posé le diagnostic de vaginisme ?

- Jamais
- Rarement
- Régulièrement
- Souvent

38) Selon vous, quelle(s) méthode(s) est-il possible d'utiliser afin de faciliter l'examen gynécologique d'une patiente atteinte de vaginisme (par exemple dans le cadre d'un suivi de travail) ?

- Utilisation d'anesthésiants locaux (xylocaïne en gel par exemple)
- Utilisation de lubrifiant
- Utilisation de protoxyde d'azote
- Respiration
- Autre

39) Si vous avez coché « Autre », merci de préciser. *Champ libre*

40) Utilisez-vous préférentiellement une ou plusieurs de ces méthodes ?

- Oui
- Non

41) Si oui, lesquelles ?

42) Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous la pertinence de votre formation initiale concernant les connaissances relatives au vaginisme et à sa prise en charge ? *Menu déroulant allant de 0 à 10*

43) Sur une échelle de 0 à 10, quelle est votre satisfaction concernant l'enseignement en sexologie durant votre formation initiale ? *Menu déroulant allant de 0 à 10*

44) Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous qu'il aurait été utile d'approfondir vos connaissances en sexologie pendant votre formation initiale ? *Menu déroulant allant de 0 à 10*

45) Vous êtes-vous spécialisé(e) en sexologie ?

- Oui
- Non

Les question 46 à 52 concernent celles et ceux qui ont répondu « Oui » à la question 45 :

46) Quel(s) diplôme(s) supplémentaire(s) vous qualifiant en sexologie avez-vous obtenu(s) ? *Champ libre*

47) Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous l'intérêt de cette formation supplémentaire dans votre pratique quotidienne ? *Menu déroulant allant de 0 à 10*

48) Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous la pertinence des connaissances que cette formation vous a apportées concernant la prise en charge des femmes atteintes de vaginisme ? *Menu déroulant allant de 0 à 10*

49) Avez-vous des remarques personnelles à faire concernant cette formation (points forts, points faibles) ? *Champ libre*

50) En tant que spécialiste en sexologie, quels sont les moyens de prise en charge/thérapeutiques que vous proposez aux patientes atteintes de vaginisme ? *Champ libre*

51) Avez-vous déjà orienté vos patientes atteintes de vaginisme chez d'autres praticiens afin de mettre en œuvre une prise en charge multidisciplinaire ?

- Oui
- Non

52) Si oui, le(s)quel(s) ? *Champ libre*

Les question 53 à 56 concernent celles et ceux qui ont répondu « Non » à la question 45 :

53) Avez-vous proposé un ou des traitement(s) à vos patientes atteintes de vaginisme ?

- Oui
- Non

54) Si oui, le(s)quel(s) ? *Champ libre*

55) Avez-vous orienté ces patientes chez un ou des spécialiste(s) ?

- Oui
- Non

56) Si oui, le(s)quel(s) ? *Champ libre*

57) Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous qu'il soit de votre rôle d'aborder la sexualité avec vos patientes ? *Menu déroulant allant de 0 à 10*

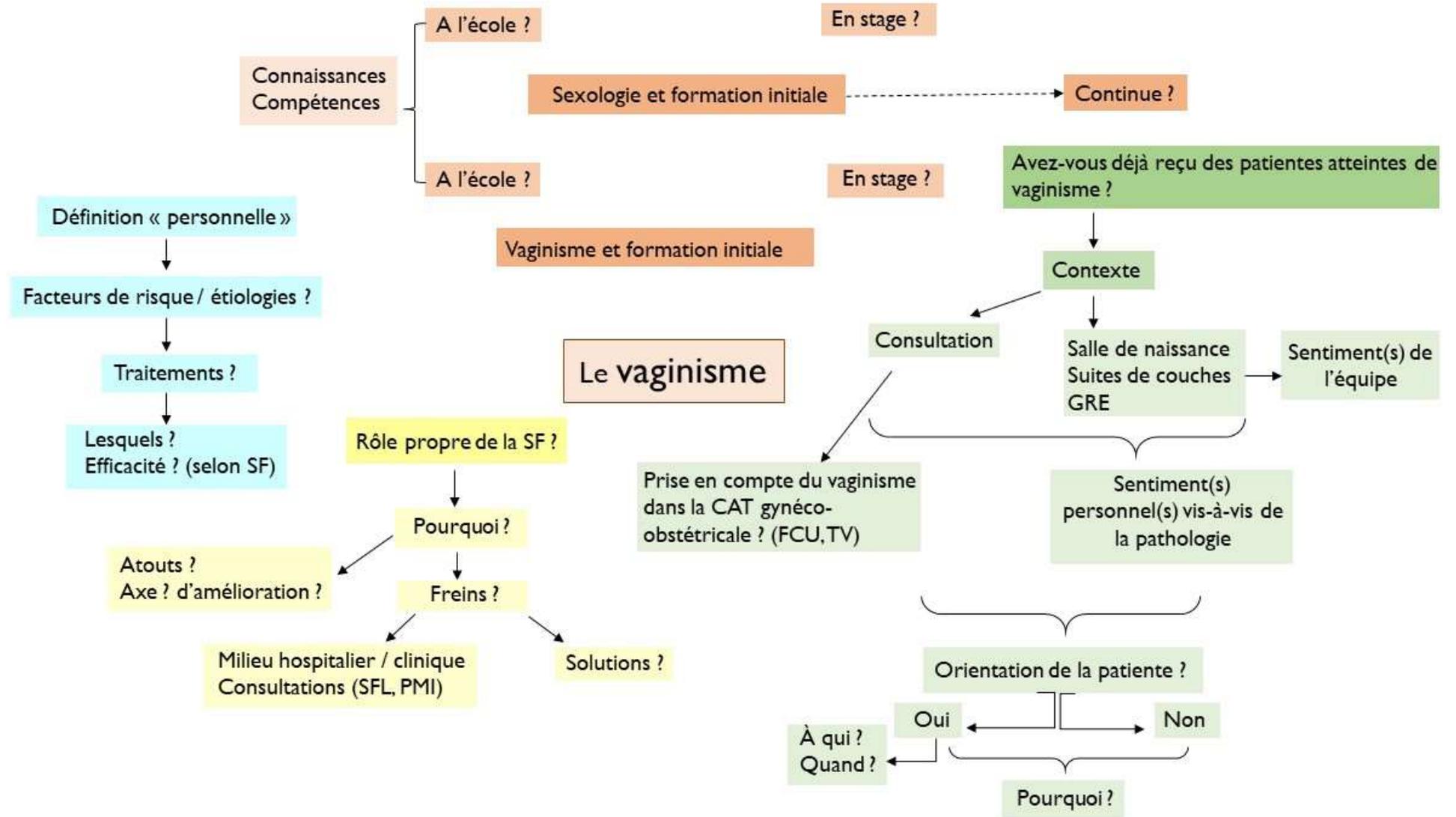
58) Quels sont les facteurs pouvant freiner l'évocation de la sexualité avec vos patientes ?

- Le manque de temps
- Le manque de formation
- Un sentiment de gêne à l'évocation de la sexualité
- Un sentiment de manque de légitimité à l'évocation de la sexualité
- L'absence de conduite à tenir de la part des organismes officiels (CNGOF, HAS, etc.)
- La prise en charge multidisciplinaire avec une partie majoritaire non biomédicale
- Aucun, j'évoque systématiquement la sexualité avec mes patient(e)s
- Aucun, je suis spécialiste en sexologie
- Autre

59) Si vous avez coché "Autre", merci de préciser

60) Avez-vous des remarques supplémentaires à faire concernant ce questionnaire, le vaginisme, sa prise en charge, etc. ? *Champ libre*

Annexe II : Grille de recueil



Annexe III : Tableau récapitulatif concernant la réalisation des Khi2 entre différentes variables

	Selon l'âge des participant	Selon l'année du DE des participants	Selon le lieu de formation des participants	Selon la diversité des expériences professionnelles des participants
	<ul style="list-style-type: none"> • Catégorie 1 : 23 – 29 ans • Catégorie 2 : 30 – 39 ans • Catégorie 3 : 40 – 49 ans • Catégorie 4 : 50 ans et + 	<ul style="list-style-type: none"> • Section 1 : < 1995 • Section 2 : < 2005 • Section 3 : < 2015 • Section 4 : 2015 et + 	<ul style="list-style-type: none"> • Marseille • Autre ville 	<ul style="list-style-type: none"> • Expérience unique (hôpital/clinique OU libéral OU PMI) • Expérience mixte (hôpital/clinique ET autre ; libéral ET autre ; PMI ET autre)
<i>P</i>				
Utilisation de bougies vaginale	0,476	0,740	0,570	0,615
Education sexuelle	0,159	0,469	0,571	0,654

Injection d'acide botulique	0,560	0,434	0,218	0,032
Kinésithérapie	0,093	0,033	0,460	0,289
Méthode par biofeedback	0,013	0,001	0,609	0,956
Catégorie de traitements	4,76169E-12	0,017	0,692	0,842
Représentation du % de chance de guérison	0,064	0,140	0,182	0,154
Anesthésiants locaux	0,380	0,100	0,486	0,476
Lubrifiant	0,002	0,072	0,824	0,649
Protoxyde d'azote	0,274	0,145	0,261	0,0001
Respiration	0,978	Non faisable	0,220	0,433
Autre	0,406	0,470	0,708	0,649
Test « BT »	0,103	0,349	0,813	0,019
Nombre de méthodes	0,222	0,120	0,364	0,063
Note concernant le vaginisme dans la formation initiale	0,495	0,329	0,022	0,345
Note concernant la sexologie dans la formation initiale	0,371	0,405	0,137	0,553

Note concernant l'approfondissement de la sexologie durant la formation initiale	Non faisable	Non faisable	0,436	Non faisable
Note concernant le rôle de la sage-femme dans l'évocation de la sexualité	Non faisable	Non faisable	Non faisable	Non faisable
Manque de temps	0,367	0,400	0,420	0,014
Manque de formation	0,587	0,772	0,318	0,205
Sentiment de gêne	Non faisable	Non faisable	0,580	0,943
Manque de légitimité	Non faisable	Non faisable	0,094	0,174
Absence de CAT	0,685	0,495	0,446	0,164
Prise en charge multidisciplinaire	Non faisable	Non faisable	0,294	0,991
Aucun, j'évoque systématiquement la sexualité avec mes patientes	0,197	0,341	0,716	0,0006
Autre	Non faisable	Non faisable	Non faisable	0,181

Lorsque le test du χ^2 est non faisable, cela signifie que le critère de Cochran n'est pas satisfait : moins de 80% des valeurs théoriques sont supérieures ou égales à 5 ou alors un effectif est égal à zéro.

Annexe IV : Entretien avec Jade, sage-femme hospitalière, diplômée de 2017

Interviewer : Merci d'avoir accepté de participer à l'étude. L'entretien se déroule sous la forme d'une discussion, on commence quand vous voulez !

Jade : Ok pour moi c'est bon !

Interviewer : Qu'est-ce que le vaginisme pour vous ?

5 **Jade** : C'est une douleur, une gêne ressentie par les patientes au niveau de la sphère génitale.

Interviewer : D'accord. Est-ce que cette douleur ou cette gêne ressentie apparaît, selon vous, dans certaines situations particulières ?

10 **Jade** : Oui et non. Je pense que d'un côté oui en situation de stress ou quand les patientes ne sont pas à l'aise, un peu brusquées, et à la fois non parce que ça peut aussi venir d'un traumatisme. Dans ces cas-là, les patientes, qu'elles soient à l'aise ou pas à l'aise, il y a aura des problèmes.

15 **Interviewer** : D'accord je vois. Du coup, pour vous ces douleurs-là apparaîtraient dans le cadre de la pénétration par les doigts pour un examen par exemple ? C'est ça ou je n'ai pas très bien compris ?

Jade : Oui mais aussi dans la vie personnelle et intime de la patiente.

Interviewer : Oui d'accord ! Est-ce que, selon vous, c'est une douleur qui peut gêner complètement la vie sexuelle d'une patiente ? Est-ce que ça peut complètement la stopper ? Est-ce que la pénétration est possible selon vous ?

20 **Jade** : Je pense que ça dépend car on en parle avec elles, ça dépend des patientes déjà, et certaines nous disent qu'elles n'ont pas de douleur avec leur partenaire et au moment de l'examen elles ont des douleurs affreuses et il y en a d'autres qui disent qu'elles ont tout le temps des douleurs, d'autres ça va dépendre de plein de choses.

25 **Interviewer** : D'accord, est ce selon vous, une sexualité avec pénétration est quand même possible malgré tout ?

Jade : Oui selon comme la patiente se sent et sa relation avec son partenaire.

Interviewer : D'accord ok ! Admettons qu'une patiente n'ait pas de relation sexuelle avec pénétration, est ce que ça vous semble logique qu'elle puisse avoir des relations sexuelles non pénétrantes ? Ou serait-ce plutôt un « non » catégorique ?

30 **Jade** : Je pense que parfois les douleurs peuvent être dues simplement à l'intimité, parce qu'il y a un rapprochement et du coup elles sont complètement braquées et ont peur. Et

du coup c'est non catégorique. Et parfois ça peut être, oui, des relations sexuelles normales sauf pénétration.

Interviewer : D'accord je comprends. Est-ce que vous pensez, qu'en tant que sage-femme, il est important de motiver les patientes justement à conserver une intimité avec leur partenaire ? Est-ce qu'il serait bon d'après vous, pour ses patientes-là, qu'elles conservent une vie sexuelle malgré l'absence de pénétration ? Peut-être afin d'éviter l'engouffrement dans un cercle vicieux qui ferait qu'elles appréhenderaient encore plus leur vie intime ?

Jade : C'est vrai que moi je bosse beaucoup en salle d'accouchement, forcément ce n'est pas le moment où on peut le plus facilement en parler parce que c'est une consultation d'urgence. Et je pense que c'est important qu'elles puissent être libres de faire comme elles le sentent et soit elles ne veulent plus du tout avoir d'intimité avec leur compagnon et ça c'est une chose dont elles vont devoir parler avec le compagnon. Soit si effectivement elles le peuvent, et bien tant mieux, si elles peuvent avoir d'autres façons de partager l'intimité tant mieux.

Interviewer : D'accord ! Est-ce que pour vous il existe des facteurs de risque principaux ou des étiologies principales à la survenue du vaginisme ? Et si oui lesquels ?

Jade : Oui je pense. Déjà il y a des pathologies qui peuvent entraîner ça. Comme l'endométriose, c'est ce qui me vient en premier mais après je pense qu'il peut y avoir d'autres types de pathologies. Après ça peut être des chocs émotionnels avec des traumatismes, des attouchements ou voire même des viols. Ou même un antécédent qui devait bien partir, et finalement la relation fait mal. Surtout pour des premières fois et après il y a un blocage complet.

Interviewer : Si je récapitule, ça serait donc à la fois des causes physiques et des causes psychiques ?

Jade : Oui !

Interviewer : Est-ce que vous connaissez des traitements pour le vaginisme ?

Jade : Non. Non j'avoue que ce n'est pas quelque chose... Enfin... J'aborde un petit peu quand les patientes sont vraiment bloquées et qu'au moment des examens c'est compliqué pour elles mais c'est vrai que dans le cadre de l'urgence c'est compliqué de parler des traitements tout ça. Moi je leur en parle plus facilement en suites de couches, au moment des conseils de sortie tout ça, quand je vois que ce sont des patientes un peu crispées, dans ce cas-là je leur dis que ... Quand je sens que ce sont des patientes

65 qui sont tendues plus au niveau musculaire qu'au niveau psychologique et que du coup
l'examen est compliqué, je leur parle de la rééducation du périnée pour qu'elles
apprennent à contrôler leur périnée. Parce que parfois ce sont simplement des
crispations qui font qu'elles n'arrivent pas à se détendre, le périnée est hypertendu et du
coup les pénétrations deviennent douloureuses. Après c'est vrai que je n'ai pas trop de
70 notion de ce qu'elles pourraient faire d'autre, à part plus le côté psychologique à jouer
avec par exemple de la sophrologie ; peut-être même de l'hypnose pour régler un
traumatisme ou des choses comme ça, mais pas de choses concrètes.

Interviewer : D'accord ! Du coup, vous me dites que vous leur en parlez en suites de
couches, vous avez alors une relève de vos collègues de salle qui vous diraient « cette
75 patiente-là a un vaginisme » ou c'est selon votre appréciation clinique lors de votre
examen ?

Jade : Les deux parce que c'est vrai qu'on en parle... Enfin comme c'est hyper important
de mettre en confiance les patientes, moi c'est ce que je leur dis quand on est en
consultation d'urgence et que je sens que pour le premier toucher, déjà c'est la galère
80 et que la dame elle est complètement crispée, qu'il faut 5 minutes pour l'examiner et qu'à
la fin elle dit « bon je n'ai pas eu si mal que ça », je leur dis en fait « si je vous garde et
que je vous garde pendant 12 heures et qu'il va falloir que je vous examine à chaque
fois et que je vous brusque dès le premier coup, c'est foutu » et souvent c'est vrai
qu'après elles se sentent un peu plus en confiance. Et si ce sont des patientes que je
85 revois en suites de couches, j'en parle un petit peu, et même quand il y a le conjoint je
parle de la reprise des rapports, de l'intimité et tout ça. Et sinon quand je sens qu'en
suites de couches, rien que de regarder le périnée c'est un peu compliqué, si je suis là
au moment des conseils de sortie, j'aborde la question. Enfin j'essaie en tous cas.

Interviewer : D'accord ok. Et du coup, est-ce que vous, vous le dites à vos collègues ?
90 Par exemple dire « attention, j'ai l'impression qu'il y a un blocage au niveau de la sphère
intime de cette patiente » ?

Jade : Oui c'est hyper important ! Il faut que l'on garde en tête que ce n'est pas comme
aller chez le dentiste, c'est une intimité particulière, on rentre dans l'intimité propre de la
patiente, et si on fait de manière... pas du tout délicate eh bah... C'est là aussi qu'on
95 commence à parler de violences obstétricales.

Interviewer : D'accord ça va, ok ! Malgré tout, vous avez des notions de traitements,
vous avez parlé d'hypnose, de sophrologie, et ça fait partie des choses que j'ai pu lire
dans la littérature !

Jade : D'accord ok ! Parce que c'est vrai que quand c'est une cause, on va dire plus « physique », je t'avoue que je ne sais trop ce qu'il y a comme traitement à part...
100 Effectivement si c'est de l'endométriose, traiter l'endométriose bah... Après peut-être que ça va aller mieux. Mais on va dire qu'en traitement « sur le coup », je ne vois pas trop ce que l'on peut leur proposer à ces patientes-là malheureusement.

Interviewer : D'accord je vois. Peut-être déjà de la psychologie, de l'éducation ?

Jade : C'est vrai qu'en France, au niveau éducation sexuelle on est nul ! Très clairement. Moi la première quand j'étais à l'école, on ne m'en a jamais parlé. Et quand j'étais étudiante sage-femme j'avais fait l'option « éducation à la sexualité », et c'est là qu'on se rend compte, quand on va dans les collèges, qu'il y a beaucoup beaucoup beaucoup à faire ! Et peut-être que si on commençait par-là, peut être que ça passerait mieux après
110 pour les premiers rapports, et il y aurait peut-être moins de problèmes aussi après.

Interviewer : Donc on devrait peut-être commencer par l'éducation des adolescents ?

Jade : Oui c'est ça.

Interviewer : Est-ce que pour vous, le vaginisme est une problématique propre à la sage-femme ? Et si oui, en quoi ça l'est ?

Jade : Pour moi oui car nous sommes censés être les acteurs majoritaires dans la vie des femmes et que si nous on ne s'en préoccupe pas, je ne vois pas qui va le faire. Très clairement, je vois mal un gynécologue prendre 10 minutes pour examiner une patiente. Après il y en a qui sont très bien hein. Mais voilà.

Interviewer : D'accord ! Est-ce que vous aurez des qualités à donner aux sages-femmes pour dire que oui c'est vraiment le rôle propre de la sage-femme ? Quel est notre point fort ?
120

Jade : Je pense que c'est effectivement plutôt le côté humain et plutôt le... enfin ça va être très cliché dit comme ça mais... Si on fait ce métier-là c'est parce qu'on aime les femmes et qu'on veut qu'elles aient une vie qui se passe bien. Je pense que c'est ça qui fait qu'on est les mieux placés pour, en plus des connaissances que l'on a là-dessus, et qu'on est là pour en gros « protéger les femmes » et ça en fait partie.
125

Interviewer D'accord. Est-ce que pour vous il y des petites choses à améliorer quand même, au niveau de notre rôle à jouer ? Est-ce que l'on pourrait faire mieux ?

Jade : Oui, beh peut-être que pour ces patientes-là du coup il faudrait réussir à limiter les touchers vaginaux, mais ça de manière assez instinctive on le fait parce que ça arrive
130

135

plusieurs fois que par exemple une patiente qui est à terme, qui vient qui est pliée en deux de contractions, beh tant pis on n'arrive pas à l'examiner on pose une péridurale et on verra après histoire de pas la brusquer. Après c'est vrai que je pense qu'il manque un gros chemin à faire sur l'éducation sexuelle et l'éducation de la femme sur son propre corps.

Interviewer : D'accord, ok. Et cela, pour vous, c'est de votre ressort aussi ? D'éduquer la femme au niveau de sa sphère intime, sexuelle et génitale ?

Jade : Oui oui !

140

Interviewer : Est-ce que selon vous, il y a quand même des freins qui nous empêchent d'être là à 100% pour ces femmes ? Quand on est, par exemple vous vous êtes majoritairement en salle de naissance, mais en consultation à l'hôpital ou en libéral, en suites de couches ou même en GRE : est-ce que pour vous il y a des freins qui font qu'on ne peut pas les prendre en charge comme il le faudrait ?

145

Jade : Le manque de temps déjà, effectivement sur des consultations d'urgence ou même quand on a des services pleins... On aimerait pouvoir passer du temps avec ces patientes-là. Et le manque d'outils aussi. Et encore maintenant on a une petite formation là-dessus. Mais comme on n'est pas suffisamment formé, je pense qu'on manque de supports là-dessus. Et puis après il y a aussi des freins sociaux et culturels où parfois la sexualité reste très taboue. Alors après ça dépend aussi de la personnalité de la sage-femme. Moi je sais que ça ne me gêne pas du tout d'en parler avec les patientes, mais aussi parce que j'ai vieilli. Quand on a 18 ans et qu'on commence à faire des conseils de sortie et parler de sexualité avec les patientes.... Bah c'est un peu compliqué. Et puis au niveau culturel à Marseille on a quand même une grosse population magrébine chez qui c'est une énorme barrière et un énorme souci de parler de ça.

155

Interviewer : D'accord. Est-ce qu'il y aurait des solutions à apporter pour ces dames-là par exemple à votre avis ? Que pourrait-on faire selon vous pour un peu « démystifier » la sexualité ?

160

Jade : Beh Proposer un entretien. Peut-être aussi que c'est à nous de nous former un peu plus en sexologie ou au moins avoir un réseau, un carnet d'adresses chez qui on peut orienter ces patientes. Et pour pouvoir leur proposer des choses.

Interviewer Et pour en revenir au manque d'outils dont vous m'avez parlé, vous avez évoqué une formation. C'était une formation à l'école ou sur votre lieu d'exercice ?

Jade : Non à l'école. A l'école je trouve qu'on nous... En tous cas moi avec l'option « éducation à la sexualité » je trouve qu'on nous en parle pas mal on nous donne les outils.
165 Et c'est vrai qu'on ne peut pas tous faire cela mais au moins pour les personnes qui font le suivi gynécologique en libéral ou à l'hôpital : c'est bien de pouvoir en parler aux patientes.

Interviewer : D'accord ok ! Et en consultation en libéral auriez-vous une idée des freins qu'il pourrait y avoir, hormis la culture ? Le temps ne serait peut-être plus une barrière
170 en cabinet ou pas forcément ?

Jade : Un peu plus mais bon après la sage-femme a quand même ses rendez-vous de prévu, il faut aussi qu'elle fasse sa journée donc ce n'est pas forcément optimal. Et en même temps on ne peut pas faire de consultation de groupe vu que c'est quand même quelque chose de très intime. J'avoue que là je n'ai pas trop d'idée sur la manière
175 d'améliorer.

Interviewer : D'accord ça va. Vous parliez de proposer un entretien tout à l'heure, ce serait un entretien réservé à la sexologie ?

Jade : C'est vrai que ça serait bien que lors de la première consultation en suivi gynécologique ou en suivi de grossesse, au tout début, où on a un peu plus le temps de parler de cela, c'est hyper important de pouvoir mettre la patiente en confiance là-dessus et de ne pas la brusquer. Et de rappeler aussi que le frotti ce n'est pas à chaque examen annuel, le toucher vaginal n'est pas obligatoire, la pose du spéculum non plus n'est pas obligatoire. Et moi j'ai eu la chance de faire des stages avec des sages-femmes qui respectaient cela hyper bien. Et du coup, première consultation : patiente paniquée, la
185 sage-femme lui a dit « je n'ai pas à vous examiner aujourd'hui si vous ne me le demandez pas ; ou si je n'ai pas d'indication ; ou alors on peut se revoir dans quelques jours le temps que psychologiquement vous vous prépariez ». Et je trouve cela hyper important d'installer un cadre de confiance. Et pourquoi pas effectivement de proposer à ces patientes-là où on sent dès le début que c'est un peu compliqué, effectivement
190 une consultation plus basée là-dessus.

Interviewer : D'accord, peut-être serait-ce un peu compliqué de mettre cela en place en libéral pour les cotations ?

Jade : Eh oui en effet, je pense que c'est un peu compliqué. Sinon il faut passer le DU de sexologie. Après le fait de bien débroussailler le terrain en entretien pour voir si la patiente a besoin d'être très enveloppée ou pas, ça peut être déjà pas mal. D'aborder
195 cela, effectivement de se forcer à aborder cela à chaque première consultation avec une

nouvelle patiente. C'est sûr qu'au 6ème mois de la grossesse par exemple, c'est un peu compliqué. Mais quand elle vient parce qu'elle sait qu'elle est enceinte, ça peut être intéressant d'en parler.

200 **Interviewer** : C'est vrai ! Et à ce moment-là éventuellement orienter vers quelqu'un qui a plus de connaissances et de compétences en la matière ?

Jade : Oui !

Interviewer : D'accord. Du coup, avez-vous eu beaucoup de patientes atteintes de vaginisme ?

205 **Jade** : Oui moi j'en ai eu plusieurs. Alors te dire combien je ne saurai pas exactement mais il y en avait certaines pour lesquelles c'était vraiment impressionnant parce que même sous péridurale, il fallait 5 minutes pour examiner la dame. Parce que... Je pense qu'il n'y avait plus de douleur physique à ce moment-là mais qu'il y avait une douleur psychologique derrière qui bloquait complètement l'examen et qui faisait que la patiente
210 était tellement tendue que c'était impossible de l'examiner. Physiquement les portes étaient fermées, ce n'était vraiment pas possible. Et c'est vrai que c'est impressionnant de se dire qu'avec une péridurale qui permet à certaines patientes de les plomber complètement et de ne rien sentir, que la dame n'arrive même plus à bouger ses jambes et qu'on s'approche pour l'examiner en lui demandant son autorisation, on voit tout son
215 corps de crisper... On se dit déjà : comment a-t-elle fait pour tomber enceinte ? Quel chemin et quel « traumatisme » a-t-elle vécu pour en arriver là ? C'est vrai que c'est un peu impressionnant parfois...

Interviewer : D'accord ! Vous souvenez-vous de l'issue pour cette patiente, avait-elle accouché voie basse ?

220 **Jade** : Oui ! Et ça c'était très bien passé après ! Mais c'est vrai que les premiers examens sous péri avaient été très très compliqués. Il a fallu beaucoup de temps et après... Je pense qu'il y avait pendant au moins 3-4 heures, à chaque examen horaire, où il fallait 5-10 minutes avant de pouvoir l'examiner alors qu'elle nous disait très bien « je n'ai pas mal, mais j'ai peur ».

225 **Interviewer** : D'accord ! Donc c'est vraiment l'anticipation du geste chez elle qui...

Jade : Oui ! Qui rappelle un traumatisme, qui rappelle un « truc » qui fait qu'elles sont complètement bloquées.

Interviewer : Vous-a-t-elle parlé de ce traumatisme qu'elle aurait pu avoir ?

Jade : Non, je trouve qu'elles n'en parlent pas. Enfin, après c'est un peu particulier aussi.
230 On les reçoit dans le cadre d'une naissance et du coup je pense qu'elles n'ont pas envie de parler d'un traumatisme, sachant qu'elles sont déjà « flippées » de l'accouchement et du comment cela va se passer. Donc je pense que ce n'est pas le moment optimal pour les faire parler de cela. Et effectivement, il vaut mieux pouvoir les revoir à postériori pour déblayer un petit peu le terrain.

235 **Interviewer** : Oui d'accord je vois ! Est-ce que vous ressentez un sentiment prédominant face à ce type de patiente ?

Jade : La frustration ! Une fois qu'on a parlé avec elle, qu'on a essayé de la détendre, d'instaurer un climat de confiance, de voir qu'il y a toujours ce blocage-là c'est un petit peu frustrant parce qu'on se dit « je ne sais plus quoi faire, j'ai déjà tout fait et là c'est un
240 peu compliqué de savoir quoi faire ».

Interviewer : Oui d'accord ! Hormis le climat de confiance, qu'aviez-vous mis en place ? Du gel sur le doigtier par exemple ?

Jade : Ça moi je le fais en systématique. Et je dis à chaque fois aux patientes tout ce que je fais, qu'elles aient ou pas un vaginisme. Même si c'est la dixième fois que je
245 l'examine, je demande toujours son autorisation à la patiente parce que c'est chez elle et pas chez moi. Et j'explique tout ce que je vais faire puis je leur dis « si à un moment c'est trop désagréable ou c'est douloureux, vous me le dites et j'arrête ». Parce que c'est vrai que certaines se disent « bon beh on m'examine car on doit m'examiner et tant pis j'ai mal je souffre en silence ». Alors que notre but ce n'est pas d'être des tortionnaires,
250 c'est faire notre boulot mais en respectant la patiente.

Interviewer : Oui d'accord je comprends tout à fait ! Est-ce que vous êtes amenée parfois à instaurer autre chose, comme du protoxyde d'azote par exemple ?

Jade : Oui alors pas toujours mais en effet ça peut arriver ! Quand il y a en vraiment besoin on le met. Mais souvent on arrive à examiner sans proto.

255 **Interviewer** : D'accord ok ! Est-ce que dans votre maternité il y aurait des sages-femmes qui sont spécialisés et qui pourraient aider à ce type de prise en charge ? Type hypnothérapie, ...

Jade : Oui ! On en a une qui fait de l'hypnose, je sais qu'elle a son diplôme et d'autres se préparent à le passer cette année. On a un anesthésiste aussi qui fait de l'hypnose
260 et de l'acupuncture et qui propose une préparation à l'accouchement avec l'hypnose. Et on a pas mal de sages-femmes qui font de l'acupuncture aussi.

Interviewer : D'accord ! Est-ce que ça vous est déjà arrivé de solliciter un.e collègue qui pratique ce type de prise en charge pour une patiente atteinte de vaginisme ou pas encore ?

265 **Jade** : Non car elles ne sont pas suffisamment nombreuses et c'est vrai que ça va être sur l'urgence, on va essayer d'utiliser des techniques de sophrologie en travaillant beaucoup sur la respiration mais c'est vrai que... Moi je leur fais visualiser aussi. Je me sers un peu des outils que des sages-femmes m'ont donnés en cours de rééducation du périnée où j'utilise les images pour serrer et pour imaginer les muscles se détendre.
270 Donc soit ça fait rigoler la patiente et du coup ça détend un petit peu l'atmosphère, soit ça fonctionne franchement bien parfois.

Interviewer : D'accord ok ! Finalement vous avez beaucoup d'astuces pour vous en sortir avec ces patientes-là quand même !

Jade : Oui ! En fait ça vient au fur et à mesure. C'est vrai qu'on parle avec des collègues plus anciennes, nous on a la chance d'être 5 à 6 sages-femmes par garde, on a toujours un peu des anciennes avec nous et on demande des conseils comme ça ...

Interviewer : D'accord ! Et justement vis-à-vis de l'équipe (des sages-femmes, gynécologues ou encore anesthésistes), selon vous, quel est leur ressenti en général quand ils ont une patiente atteinte de vaginisme ?

280 **Jade** : Beh ça dépend. Je n'aime pas cracher sur le dos d'autres professions mais on va dire que les vieux gynécos quand ils doivent y aller ils y vont. Moi ça m'est arrivé sur une patiente, dans le cadre d'un déclenchement, le gynéco me disait « tu n'as toujours pas rompu ? » et je lui dis « beh non quand j'examine la dame elle a trop mal ». Il y est allé lui et a fait pleurer la dame. Et après il me dit « bon on pose une péri et après tu essaies de rompre après », et sur une dame qui n'a pas de vaginisme. Enfin moi ça me choque. Et après il y en a effectivement qui prennent le temps mais ... ça dépend complètement des personnes. Et ça dépend aussi parfois des patientes face auxquelles on est parce qu'il y en a certaines où on a du mal à savoir si c'est un vrai traumatisme ou si ce sont des patientes malheureusement qui sont un peu « chiantes ». Parfois c'est
285 un peu compliqué de savoir la vérité. Les patientes sous péri qui nous disent « j'ai mal »
290 c'est pareil. C'est un peu dur de savoir si elles ont vraiment mal ou si elles ont peur. Et ça je pense qu'on essaie tous d'y faire attention car on est censé être là dans un moment où c'est censé être beau pour les parents, pour le couple, et qu'on n'a pas envie que ça se transforme en torture. Mais après parfois il y a des moments où ça se transforme un

295 peu comme ça parce que... Il n'y a pas vraiment le choix, même si on n'aime pas ces moments-là.

Interviewer : Oui d'accord. Et vous, si vous deviez orienter une patiente vers un autre professionnel de santé, vers qui l'orienterez-vous en priorité ?

Jade : Pour le vaginisme ?

300 **Interviewer** : Oui.

Jade : Je pense, déjà si c'est vraiment d'ordre psychologique, où la dame nous dit « dès que mon compagnon s'approche de moi je sens que je me crispe » ou « lorsqu'on doit m'examiner je me crispe car j'ai peur », je pense qu'il faut régler le côté psychologique. Donc soit par des séances de psy soit par de la sophrologie. Après je pense qu'il peut
305 vraiment y avoir un intérêt à la rééducation du périnée parce que c'est aussi se réapproprier son corps. Et sinon il faut aussi penser à faire des examens pour vérifier qu'il n'y ait pas une pathologie qui se cache derrière la douleur. Si c'est un traumatisme psychologique, il faut régler le côté psychologique, et s'il n'y a pas d'élément d'appel au niveau psychologique, il faut quand même vérifier qu'il n'y ait pas de problème gynéco.

310 **Interviewer** : D'accord je comprends ! Donc ça serait orientation vers un psychologue et/ou gynécologue/sage-femme ?

Jade : Oui !

Interviewer : D'accord ! Et vous me parliez d'un vaginisme apparu après un traumatisme, est-ce que selon vous il est possible d'avoir un vaginisme dès le début de
315 la vie ?

Jade : Oui je pense. Je pense qu'il n'y a pas forcément besoin d'avoir un traumatisme physique, je pense que même un traumatisme psychique ou des histoires de copines qui racontent les premiers rapports, bah forcément peut être que si la copine d'à côté n'a pas encore eu de rapport, peut-être que ça peut la crisper complètement. Et puis je
320 pense aussi que selon les familles, si on n'en parle jamais, s'il y a des tabous là-dessus, je pense que de manière innée et spontanée il y a une peur qui s'installe et pourquoi pas un vaginisme qui s'installe dès le début.

Interviewer : D'accord ça va. On rajoute du coup des étiologies plus familiales qui concerneraient l'éducation alors ?

325 **Jade** : Oui !

Interviewer : D'accord ! Et du coup, selon vous, à l'école, quelle place avait le vaginisme dans votre formation initiale ?

330 **Jade** : Alors j'avoue que je ne me souviens plus si on avait des cours ou pas là-dessus, j'ai un gros doute. A moins que Cécile Nina nous en ait parlé, parce que je sais qu'on parle pas mal des consultations gynécologiques et de l'importance de bien prendre en charge la patiente dans sa globalité et pas juste son périnée. Et après je trouve que l'option en L2-L3... C'est hyper important de pouvoir faire cette option-là.

Interviewer : D'accord, donc ça ne devrait pas être une « option » selon vous mais une « obligation » ?

335 **Jade** : Oui et non parce que si l'étudiant n'est pas du tout à l'aise avec ça, d'un côté ça peut l'aider d'avoir des cours là-dessus et en étant face à des gens qui en parlent facilement. Mais en même temps je pense que si on n'est pas à l'aise avec ça, se retrouver face à une classe d'étudiants... Je pense que ce n'est pas facile non plus.

340 **Interviewer** : Oui je vois d'accord. Et selon vous, l'école vous a-t-elle apporté suffisamment de connaissances pour mettre en pratique des compétences sur le terrain à propos du vaginisme ?

345 **Jade** : Je trouve que ce n'est pas focalisé sur le vaginisme. Mais déjà quand on nous parle de la prise en charge bienveillante d'une patiente, c'est déjà prendre en compte plus ou moins ce vaginisme-là et ça et s'adapter à la patiente. Et ça je trouve que... Je pense qu'à l'école on nous l'enseigne quand même pas mal.

Interviewer : D'accord ok. Et en stage, lorsque vous étiez étudiante sage-femme, avez-vous appris des choses par l'expérience des autres sages-femmes etc., sur le vaginisme ?

350 **Jade** : Oui. Comme je vous disais, quand j'étais en stage avec une sage-femme libérale, on avait beaucoup parlé de rééducation du périnée et j'avais bien aimé son approche de l'intimité de la femme. Après c'est pareil, ce n'était pas spécialisé vaginisme, pas précisément : « quand tu as une patiente vaginique tu fais ça, ça et ça ». Après effectivement en salle d'accouchement un peu plus, mais plutôt dans les dernières années. C'est vrai qu'au début on n'examine pas forcément et que si une sage-femme se retrouve à accompagner une patiente qui est vaginique, on va éviter qu'il y ait deux personnes qui l'examinent.

355

Interviewer : D'accord je comprends. Et au niveau de la sexologie en général, que pensez-vous de votre formation ? Est-ce que cette approche par l'UE libre a vraiment pu ouvrir les portes de la sexologie en général, ou auriez-vous aimé avoir plus ?

360 **Jade** : Beh je pense que plus après c'est un peu compliqué, on a déjà tellement de choses. Mais quand on fait déjà les cours sur la contraception, je pense que ça a fait partie intégrale de la sexualité car parler de contraception sans parler de sexualité, il n'y a pas vraiment d'intérêt. Donc oui je pense qu'on est plutôt pas mal.

Interviewer : D'accord ça va. Est-ce vous, vous envisageriez de faire des petites
365 formations continues, pas forcément un DU de sexologie...

Jade : Beh moi j'aimerais bien le passer le DU de sexologie ! C'est un truc qui m'intéresse, ça fait partie de mes projets sur les futures années.

Interviewer : D'accord ok ! Du coup, ça serait plutôt pour un exercice en salle de naissance ou plutôt du libérale par la suite ?

370 **Jade** : Les deux. C'est comme le DU d'écho, pour l'instant je ne vais m'en servir qu'en salle de naissances ou en grossesses à risque. Mais c'est vrai que pourquoi pas, plus tard, faire du libéral en utilisant cet outils-là.

Interviewer Ok d'accord, je vois. J'ai tout ce qu'il me faut pour l'entretien. Est-ce vous avez quelque chose à rajouter ?

375 **Jade** : Bah non, non c'était sympa.

Interviewer : Je vous remercie pour votre participation !

**Annexe V : Entretien avec Zoé, sage-femme
hospitalière et libérale, diplômée de 1991**

Interviewer : L'entretien se fera sous la forme d'une discussion, on commence quand vous voulez !

Zoé : Oui c'est bon !

Interviewer : Pour commencer, pouvez-vous me donner une définition de ce qu'est pour vous le vaginisme ?

Zoé : Oula (rires) ! Alors en fait pour moi le vaginisme... Alors comment je vais dire ça... Pour moi c'est quelque chose qui est extrêmement rare. Par contre j'ai 95% des patientes qui viennent qui me disent « *on m'a dit que j'avais du vaginisme* ». Donc après, pour moi le vaginisme c'est un réel problème musculaire ou nerveux, organique en tous cas. Mais c'est extrêmement rare. En tous cas moi dans ma pratique, maintenant plus de 5 ans qu'on m'adresse des patientes pour ça, je n'ai jamais constaté de vrais, réels physiques ou organiques. C'était autre chose.

Interviewer : D'accord. Ça veut dire que vous avez pu les examiner à chaque fois c'est cela ?

Zoé : Oui. Mais pas au premier rendez-vous. Je leur dis toujours que je ne vais jamais les examiner au premier rendez-vous.

Interviewer : D'accord ok !

Zoé : Après moi je peux continuer à parler parce que j'ai plein de choses à dire à ce sujet (rires).

Interviewer : Je vous en prie !

Zoé : Même les patientes que je connais qui au détour d'une conversation me parlent d'un problème comme ça, je leur dis que je peux tout à fait les écouter, leur expliquer mais que je ne vais ni regarder ni toucher à ce moment-là, quand elles commencent à m'en parler. Parce qu'avant ça, je leur pose des petites questions et je leur dis « le jour où vous serez prête, où vous aurez envie vraiment de vous occuper de ça, je serai là ». Voilà.

Interviewer : D'accord. Mais du coup, vous me dites que vous n'avez jamais vraiment eu de « vrais » vaginismes...

Zoé : Oui parce que celles-là on ne me les adresse pas en fait. Et moi dans mes patientes je n'en ai jamais eu avec des problèmes comme ça, d'hyper contractions, des muscles du périnée, CONSTANTES. Parce que pour moi le vaginisme ça va être ça, ça je n'en ai jamais eu.

Interviewer : D'accord ça va. Et les patientes que vous avez récupérées, qui avaient un vaginisme un peu plus « atténué », comment les prenez-vous en charge, quelles sont vos méthodes pour arriver à les examiner au fil du temps et des consultations ?

Zoé : Premier rendez-vous : je fais tout mon anamnèse très générale. Je ne parle pas que du périnée. Je parle même de l'ensemble de leurs antécédents (médicaux, chirurgicaux, contraception, etc.). Je demande, comme une consultation gynéco, je commence toujours comme ça : la date des premières règles, comment ça s'est passé...
Parce que souvent là, il y a déjà des petites réponses, elles ne s'en rendent pas compte mais elles me donnent des réponses. Et dans toutes les consultations je pose toujours la question à un moment donné : « avez-vous conscience d'avoir subi une agression verbale, physique ou sexuelle ? ». Et ça elles répondent toujours, soit « oui », soit « non », mais dans leur « non » elles ont un regard qui veut dire « oui ». Donc là je dis « si jamais un jour ça vous revient on pourra en discuter ». Et dans ces cas-là, avant la fin de la consultation, voire même sur le pas de la porte elles me disent « pour ce que vous m'avez dit tout à l'heure, peut-être que je prendrai rendez-vous avec vous ». Voilà. Pour moi le problème de vaginisme, c'est qu'il y a eu quelque chose avant, soit physique soit une agression verbale aussi, soit elles ont entendu parler de choses... On leur a expliqué, alors là je vais tout mélanger : que ce soit la religion, que ce soit l'éducation... Que ce soit une éducation trop stricte ou au contraire trop liberticide, il y a les deux ! Chez une patiente que j'ai eue la semaine dernière, elle était encore choquée d'avoir toujours vu ses parents tous nus à la maison, se balader, de la chambre à la salle de bain, etc. Elle me dit « j'ai toujours vu mon père, j'ai toujours vu le sexe de mon père depuis que je suis petite ». Et ça c'est quelque chose qui ne lui convient pas, pas qui la traumatise, encore que...

Interviewer : Qui lui est resté marqué ?

Zoé : Qui lui est resté marqué, ça c'est sûr.

Interviewer : D'accord !

Zoé : Et du coup après je pars dans des explications anatomiques, je leur montre des schémas parce que le trois quarts des femmes, pour ne pas dire plus, ne savent pas comment elles sont faites. Je leur demande si elles ont déjà regardé leur vulve, leur sexe. Souvent elles me disent que non. Je leur demande si elles ont déjà touché, si elles mettent des tampons, si elles mettent une cup, alors là aussi souvent c'est « non ». Alors n'importe quel âge, n'importe quelle culture, n'importe quelle coutume, tout ça mélangé, ça n'a rien à voir. Et ensuite je leur dis « est-ce que vous êtes d'accord pour que je

regarde ? ». Là elles disent « oui ». Alors ça dépend, mais souvent à la même consultation, une fois qu'elles sont d'accord pour se déshabiller, sur la table, sachant qu'elles n'enlèvent que le bas et que sur elles, elles ont toujours soit un paréo soit un
70 plaid, ça dépend de la saison. Voilà toujours. Et quand elles se déshabillent je ne les vois pas se déshabiller, ou alors elles sont derrière un paravent et moi je suis encore à mon bureau. Ça dépend des patientes. Et ensuite quand je commence à toucher, je fais toujours juste avec le doigt, je touche. Je leur explique avant ça, à la consultation précédente « je toucherai au niveau des grandes lèvres, des petites lèvres ». Et après
75 si elles sont d'accords, je pourrais toucher l'entrée du vagin.

Interviewer : D'accord ! Et en général ça se passe bien ?

Zoé : Très bien, ha oui oui ! toujours, toujours. Déjà le fait de leur demander l'autorisation, elles disent « oui », toujours elles disent oui les femmes. Et du coup là elles sont d'accords. Et après celles qui ont encore une appréhension, ça arrive aussi, je leur
80 propose de mettre de l'huile de massage pour périnée. Et du coup ça elles ont l'impression que ça va être extraordinaire, mais peut-être que ça l'est effectivement, du coup voilà, c'est un petit truc en plus pour pouvoir toucher plus facilement.

Interviewer : D'accord ok ! Du coup on va dire qu'en deux consultations vous arrivez à avoir une vraie consultation gynécologique complète avec un toucher vaginal, et la pose
85 d'un spéculum également ?

Zoé : Alors le spéculum non, pas à la deuxième consultation parce que ça, elles ont très peur. Donc à cette consultation-là je leur montre un spéculum, et j'en ai des petits, j'ai toutes les tailles en fait, des petits fins, des petits courts, des fins un peu plus longs... Je leur montre tout ça. Et elles me disent, par exemple pour celles qui ont plus de 25 ans
90 et que les gynéco m'adressent pour faire un frotti, elles me disent « mais pour faire le frotti il faut lequel », alors je leur dis « il faut celui-là car sinon la petite brosse ne rentre pas ». Donc là elles sont au départ très effrayées de se dire « mais ça, ça va rentrer ». Alors oui. D'autant que là il y en a qui ont du mal avec l'idée d'un spéculum dans le vagin alors qu'elles ont des relations sexuelles. Voilà ce n'est pas forcément celles qui n'y
95 arrivent pas, il y a aussi des patientes qui n'arrivent pas à avoir de relation sexuelle même si elles sont mariées et tout ça quoi. Voilà, il y a toute l'idée de la représentation de ce spéculum. Alors tout dépend de comment on le pose. Si on le fait doucement, ça se passe toujours bien.

Interviewer : Oui d'accord. Vous parlez des relations sexuelles, est-ce que vous pensez
100 que les femmes qui ont du vaginisme peuvent avoir une sexualité ?

Zoé : Oui ! Parce qu'elles s'arrangent. Souvent le problème c'est la pénétration profonde, mais sinon elles font d'autres choses. D'ailleurs je les rassure souvent sur le fait que la sexualité ne se limite surtout pas à la pénétration d'un sexe ou d'un doigt ou d'un sextoxy dans le vagin. Et dans ces cas-là, quand je leur dis ça, leur visage s'illumine parce que peut-être que finalement ce dont elles ont peur c'est de la pénétration. Pour X raisons. En même temps ça peut se comprendre que la pénétration ce ne soit pas le moment le plus ... jouissif pour une femme. Le fait d'expliquer tout ça, ça les rassure quand même. Sauf que certaines veulent des bébés, et du coup... C'est sûr que s'il n'y a pas de pénétration c'est compliqué de faire un bébé quand même.

105
110 **Interviewer** : Je comprends, c'est sûr que c'est plus compliqué ! Dans ce cas, vous proposez des traitements ? De la kinésithérapie, ou autre ?

Zoé : Non (rires) ! Je souris parce que c'est vrai que je pourrais déléguer à des kinés. Mais je leur propose de faire comme une sorte d'éducation du périnée. Je ne parle pas de rééducation périnéale mais je me sers des mêmes exercices que j'utilise pour la rééducation. Je leur propose et elles sont d'accords. C'est vrai que le fait qu'elles contractent et relâchent, et qu'elles le fassent aussi à la maison, ça les rassure sur le fait ... C'est vrai que souvent le mot qui revient c'est « ah mais je suis normale alors ». C'est une phrase qui revient très très souvent !

Interviewer : D'accord ! Toujours concernant les traitements, j'ai souvent pu lire que les bougies vaginales étaient assez conseillées, qu'en pensez-vous ?

125
130 **Zoé** : Alors moi je n'en pense pas du bien. Parce que c'est encore quelque chose d'externe qui va rentrer. En fait ces femmes-là qui souffrent de vaginisme, elles ont du mal à accepter la pénétration de quelque chose. Elles ont très peur parce qu'elles ont la sensation qu'elles ont une vulve, alors elles ne le disent pas comme ça, mais « qu'en bas » comme elles disent, alors moi je leur mets toujours des mots justes, c'est rare qu'elles, elles les utilisent, mais « qu'en bas c'est serré » et puis qu'elles, ça ne va pas rentrer. Elles ont essayé, même un tampon par exemple, elles ont essayé et ce n'est pas rentré. Elles croient qu'elles ont un problème. Donc de partir avec une sonde ou avec une bougie ou avec quelque chose... Moi c'est comme la rééducation du périnée, je préfère manuel plutôt qu'avec une sonde, en première intention. Après pourquoi pas la sonde en entretien ou pour des femmes qui ont déjà eu plein d'enfants, enfin plein d'enfants, au moins deux, pourquoi pas. Mais pas pour ces femmes-là. Et moi je pars de leurs ressentis. Je voudrais qu'elles ressentent vraiment que c'est possible, que ce n'est pas du tout fermé, coincé, qu'il y a ... Ha oui j'explique aussi la fameuse petite membrane

135 qui n'en est pas une : l'hymen. J'explique aussi tout ça, à la première ou deuxième consultation.

Interviewer : Oui donc ce sont vraiment des consultations que vous prenez pour leur fait de l'éducation.

Zoé : Ha oui complètement !

140 **Interviewer** : Donc l'éducation fait partie des thérapeutiques que vous proposez à vos patientes. Est-ce que l'ostéopathie, le toucher thérapeutique, ce sont des pratiques que vous utilisez dans votre quotidien pour ces patientes-là par exemple ?

Zoé : Oui, alors oui le toucher thérapeutique. Moi j'ai une formation aussi en niromathé, c'est une réflexologie vertébrale et périphérique donc j'utilise aussi ça et j'utilise aussi de
145 l'homéopathie. Parce que quelques fois il y a des raisons un peu psychiques et du coup on travaille aussi là-dessus, le sommeil... C'est assez global en fait.

Interviewer : Oui c'est une prise en charge globale.

Zoé : Oui, après je ne fais pas d'ostéopathie pure, je connais plusieurs choses mais je ne leur dis pas que je fais de l'ostéopathie parce que je ne suis pas compétente pour ça
150 et après je les adresse à des ostéopathes.

Interviewer : D'accord ! Je reviens juste sur les étiologies du vaginisme, vous avez parlé d'éducation, de la religion, est-ce que vous pensez qu'il y aurait d'autres causes qui pourraient entraîner un vaginisme ?

Zoé : Alors moi je mets en premier les antécédents de violences sexuelles, c'est ce que
155 je mets en premier. En deuxième je mets la religion et je mets dedans aussi les coutumes car ce n'est pas forcément religieux mais ça peut être des coutumes. Je mets en troisième l'éducation, donc ce qui a été fait ou pas fait de la part des parents, ce sont des explications ou même de l'anatomie, ou même de l'arrivée des règles, pourquoi, comment... ça c'est toute ma patientèle en fait, c'est comme ça que moi je place les
160 choses.

Interviewer : D'accord ok ! Concernant la sage-femme en elle-même, pensez-vous qu'on a un rôle propre à jouer dans la prise en charge du vaginisme auprès de nos patientes ?

Zoé : ESSENTIEL ! Essentiel parce qu'une femme va d'avantage se confier, se libérer,
165 expliquer des choses à sa sage-femme. On est les seuls qui apprenons à prendre du temps, ce qu'on nous apprend et le cœur de notre métier, bon ce n'est pas que les

accouchements mais grâce aux accouchements, on sait que le travail dure plusieurs heures et du coup on est dans l'accompagnement pendant plusieurs heures. C'est pour ça que nos consultations sont longues. Et c'est pour ça que les patientes reviennent vers nous et c'est à nous qu'elles disent tout ça. Alors ça peut fâcher les généralistes, les gynécos et même les sages-femmes hospitalières, mais elles n'ont pas tort, ce n'est pas que ce ne sont pas de bonnes sages-femmes, elles ont beaucoup moins de temps, c'est sûr.

Interviewer : D'accord oui je comprends. Donc pour vous, nos atouts seraient qu'on prenne le temps avec ces femmes en libéral, en consultation, que l'on crée une relation de confiance, c'est bien ça ?

Zoé : Oui oui !

Interviewer : Et du coup, selon vous, quels seraient les freins à ce rôle que l'on peut jouer ?

Zoé : Alors le frein ça va être... Le nerf de la guerre qui est l'argent, parce qu'une consultation de 30 minutes à 25 euros, c'est sûr que moi en une demi-heure je n'ai pas le temps de faire tout ça avec une patiente. Sauf la première consultation gynéco pour les jeunes filles qui peut durer une heure et qui est cotée 46 euros et des bananes. Le reste ce sont des consultations à 25 euros la demi-heure. Et c'est ridiculement bas par rapport à tout ce que l'on fait. Sans compter l'économie d'argent que l'on va faire aussi, même à la sécu hein, puisque ... Si ces femmes ne sont pas écoutées, elles vont partir dans des processus... Moi j'en ai une en décembre dernier quand même qui est venue me voir parce qu'elle était mariée depuis l'été dernier et qu'elle n'arrivait pas à accepter la pénétration et qu'elle voulait un enfant. Elle me dit « c'est trop serré, c'est trop serré, ça ne rentre pas ». Bon, malheureusement je l'ai vue une fois, c'était début décembre. Je lui ai dit que ça allait prendre plusieurs consultations mais je ne savais pas combien. Donc pour elle ce n'était pas assez rapide. Moralité, la semaine d'après elle s'est retrouvée avec un médecin dans une clinique privée, qui le lendemain, l'a opérée. Il lui a fait comme vous direz une épisiotomie médiane vous voyez ? Il lui a dit « ne vous inquiétez pas je vous ai tout élargi ». Voilà. Depuis elle souffre comme des conséquences d'une épisio qui aurait mal cicatrisée. Ça a bien cicatrisé au niveau des cellules, ça ce n'est pas le problème. C'est cicatriciel, donc c'est encore moins élastique qu'avant et elle a... Alors elle est revenue vers moi en pleurs en me disant « c'est pire qu'avant, pire pire pire, il n'y a même pas un petit bout qui rentre désormais ». Et là on a commencé un travail d'anatomie, de physio, d'exercices de rééducations du périnée et tout ça. Et elle était déçue d'elle de ne pas avoir eu la patiente parce qu'elle m'a dit «

ça fait plus d'un an et je ne suis toujours pas enceinte quoi ». Sauf que ce médecin-là lui voilà il l'a opérée, il l'a vue et le lendemain il l'opère quoi. Et ça c'est super fréquent, surtout maintenant où on est beaucoup dans l'esthétisme, dans le... C'est hallucinant !
205 Hallucinant... Donc elle m'a servi de leçon hein. Désormais je leur dis aux patientes, je leur dis « moi ça va prendre du temps, mais au moins ça sera pour toujours, après vous pouvez très bien tomber sur quelqu'un qui soi-disant va vous redonner, non allez je ne dis pas « soi-disant », qui vont vous proposer une solution, une opération, vous faites comme vous avez envie ». Donc là du coup ça leur allume une petite lumière et ...

210 **Interviewer** : Et elles comprennent ?

Zoé : Et elles comprennent ! Après je ne dis pas qu'elles restent forcément avec moi, elles peuvent aller voir quelqu'un d'autre, ce n'est pas ça que je dis, mais qu'elles ne se précipitent pas parce qu'il faut prendre du temps pour ça.

Interviewer : D'accord je vois ! Je ne savais pas du tout que certains pratiquaient des
215 opérations pour cela. Est-ce que selon vous ça va dans le même principe que les injections d'acide botulique ?

Zoé : Alors... Non ça, ça peut aider parce que c'est transitoire. Donc quelques fois ça peut permettre à la patiente de se rendre compte que c'est possible. Pour elle, peut-être que c'est ce chemin-là qu'il faut. Parce que c'est vrai que ça ne peut pas être le même
220 chemin pour toutes, c'est vrai. Donc pourquoi pas ! ça peut être une piste.

Interviewer : D'accord ok je vois ! Et vous avez quand même aussi travaillé à l'hôpital et en clinique, selon vous quels sont les atouts d'une sage-femme à l'hôpital concernant le vaginisme ? Et à contrario, quels seraient les freins à la prise en charge d'un vaginisme à l'hôpital, en tant que sage-femme hospitalière ?

225 **Zoé** : Alors les atouts ça serait de... d'être toujours... Alors, demander l'autorisation pour faire un toucher vaginal : « est-ce que je peux maintenant ? », même une fois qu'on a mis le doigtier ou le gant et que la patiente est là devant nous. De poser... De commencer à poser le doigt ou les doigts sur le vagin de manière très délicate. Et ensuite lui demander « est-ce que je peux avancer mes doigts ? ». Et alors là après on peut y
230 aller sans aucun problème. Tout va bien. Et ça, ça ne prend pas de temps. Parce que moi on m'a souvent objecté, mes collègues disaient « oui mais ça va moi je n'ai pas temps ! », je disais « mais si, ça, ça prend que 8 secondes, ça ne prend pas trois quarts d'heure ». Donc voilà. Ça pour une sage-femme c'est avoir un geste le plus doux possible. Même quand elle a ses contractions, euh pardon, même quand elle est en
235 travail mais qu'elle est sous péridurale. Parce que ça c'est comme pour la sonde urinaire,

mes collègues qui s'amuse à passer les sondes évacuatrices, pour prétexte que la dame est sous péri on peut y aller franco, sauf qu'elle a mal encore après ! Donc ça aussi, ça crée... ça crée des douleurs de mémoire cellulaire, qu'elles n'arrivent même pas à corréliser à quelque chose hein ! Par exemple là, elles me disent qu'elles ont des cystites après l'accouchement, ce n'est pas une infection urinaire hein, c'est juste parce qu'elles ont eu un passage ou plusieurs fois de la sonde. Donc voilà. Ce n'est pas parce qu'elle est endormie en tous cas, ou analgésifiée, qu'il n'y aura pas de douleur derrière.

Interviewer : Oui je comprends. C'est comme les patientes vaginiques qui, même sous péri, restent très contractées.

Zoé : Oui, oui beh oui ! Oui parce que ça reste dans leur tête quand même, ça contracte bien sûr ! Et puis d'ailleurs ces femmes-là, souvent, ce n'est pas pour rien qu'elles ne veulent que rien ne rentre parce qu'elles veulent que rien ne sorte non plus hein ! Donc parfois ça finit en césarienne et on ne comprend pas pourquoi, le bébé ne descend pas, le col ne s'ouvre pas... Alors que nous-mêmes on se dit « pourtant elle a un bon bassin, le bébé s'engage bien etc., il y a une bonne dynamique utérine ». Oui, mais il y a autre chose derrière. Au moment de l'accouchement, ça peut être compliqué de lui demander la fameuse question des antécédents d'agression, mais, moi je crois et si maintenant je faisais des gardes encore, je poserais quand même la question quand ça coince. Parce qu'il y a très souvent quelque chose de cet ordre-là. Alors ce jour-là, soit la femme se met à pleurer et elle libère tout puis voilà, enfin quelqu'un la reconnaît comme une victime. Ou alors elle n'est pas d'accord parce qu'elle a... Ou alors elle n'en est pas consciente parce que c'est dans sa mémoire... La mémoire traumatique est là. Mais... Je pense vraiment que nous, les sages-femmes, on a un rôle hyper important. Ça c'est vrai. Alors après le frein, vous m'avez demandé les freins... Qu'est-ce que ça pourrait être... Ha si, si la sage-femme elle-même a été victime de quelque chose et que pour elle c'est compliqué. Donc moi je verrais ça, sinon qu'est-ce que je dirais d'autre comme frein... Le manque de temps, ça je n'y crois pas. La surcharge du travail, ça c'est déplorable ça c'est sûr, mais en peu de temps on peut quand même, je pense, expliquer des choses ou dire des choses. Donc je ne dirai pas que c'est un frein ça. Mais par contre c'est épuisant pour la sage-femme, quand il y a beaucoup de travail et qu'il faut quand même avoir... hmm... comment dire... de réfléchir aux mots que l'on va utiliser pour la patiente, ça c'est sûr que ça demande encore une énergie supplémentaire.

Interviewer : Oui je comprends. Là on parlait essentiellement de la salle de naissances, est-ce que vous pensez qu'en suites de couches par exemple, aux GRE peut-être un peu moins car il y a une pathologie derrière, mais est-ce qu'en suites de couches, ça

devrait être quelque chose d'abordé : la sexualité de façon générale, et d'autant plus pour les patientes vaginiques, si on arrive à le savoir en suites de couches ?

275 **Zoé** : Ha oui oui oui ! Bien sûr, bien sûr ! D'ailleurs la sexualité devrait être abordée quasi à chaque consultation ! Parce que ça fait partie de la vie ! Et ça devrait être abordé, sauf
280 que, quand on parle de sexualité, souvent les gens associent ça à quelque chose de tabou, de pervers, de porno ou de... Il ne s'agit pas de ça, moi mes patientes, je ne sais pas ce qu'elles font dans leur sexualité, moi ça, ça ne me regarde pas. Donc c'est vraiment vraiment qu'en France en tous cas, je ne sais pas pour les autres pays, mais en France, la sexualité, oui c'est tabou. Et on n'en parle pas, ni aux enfants à qui il faudrait dire que ... enfin il y aurait aussi des choses à expliquer au niveau des enfants, ni aux adolescents, ni... Parce que, ha oui je me souviens de ma fille quand elle a eu ses cours d'éducation sexuelle au collège et au lycée, j'étais morte de rire moi hein. Enfin c'est dramatique quoi, dramatique. Donc oui, oui bien sûr qu'il faut en parler.

Interviewer : D'accord je vois ! Tout à l'heure vous me parliez d'une patiente qui a fini
285 en césarienne parce que l'enfant ne descendait pas etc., est-ce que vous pensez que le vaginisme pourrait être un motif médical de césarienne ?

Zoé : Oui, oui oui, ha oui ! Parce que les gynécos se disent, ce que je peux comprendre, c'est vrai que de péjorer l'avenir obstétrical d'une patiente en lui faisant une césarienne pour son premier enfant, j'ai envie de dire ne sachant pas si elle en aura d'autres ou pas,
290 alors que finalement pour un homme médecin, mais même pour des gynécos femmes, mais surtout pour les hommes : « ça va hein, on va lui faire une péri et elle ne va rien sentir et au moins ça passera par en bas ». On n'a juste pas réglé son problème à cette patiente. On ne fait que l'aggraver en plus hein !

Interviewer : Oui je comprends. J'imagine que les accouchements doivent être encore
295 plus traumatisants en fait.

Zoé : Ha oui bien sûr, d'ailleurs après elles ont des soucis d'épiso ou de déchirure vaginale qui ne cicatrise pas bien. Alors que normalement, objectivement, il n'y a pas de raison que ça se passe comme ça. Elles ont des problèmes d'incontinence, soit urinaire, soit anale aussi. Et en fait le problème n'est pas là, c'est tout. D'ailleurs je t'invite à te
300 rapprocher de l'association que moi j'ai connue et qui m'a beaucoup aidée par rapport au vaginisme. En fait moi dans mon parcours, pour tout te dire, quand j'ai fait la rééducation du périnée au bout de quelques années, au moment des consultations de périnée, les patientes me parlaient de leur sexualité, elles me posaient des questions. J'avoue que moi, avec ma formation de sage-femme, je ne savais pas grand-chose, au

305 niveau anatomie, physio, tout ça. Après je n'allais pas leur parler de ma sexualité, parce
qu'on s'en fout. Et du coup c'était compliqué pour moi, donc j'ai fait une formation de
sexualité avec une sage-femme d'ailleurs et qui a déjà abordé le sujet du vaginisme.
Donc déjà, il y a plein de petites patientes qui me sont revenues dans la tête. Et puis
suite à cette formation, en parlant sexualité avec les patientes, en leur répondant, il y en
310 a qui m'ont parlé, qu'elles avaient eu des problèmes, ou qu'elles avaient du mal, que
c'est comme ça depuis tout le temps. Enfin moi je dis « mais comment on peut avoir mal
et s'en contenter ? ». Et elles me disaient « non mais j'en ai parlé mon médecin, gynéco,
qui m'a dit que bon, voilà c'est comme ça ; ou alors qui m'a donné des crèmes ; ou alors
ils m'ont envoyée chez le sexologue, et le sexologue a touché mon périnée et n'a rien
315 trouvé ». Enfin voilà. Surtout, elles n'allaient toujours pas bien ces femmes-là en fait. Et
du coup je me suis rapprochée de l'association qui s'appelle SVS – Stop aux Violences
Sexuelles. Et je suis allée faire le premier week-end de formation qui est ouvert à tout le
monde, pas du tout qu'aux professionnels de santé, c'est ouvert à tout le monde, les
policiers, les avocat, des gens lambda... Et alors j'ai été effarée des chiffres que j'ai
320 entendus, des témoignages et tout ça et je me suis dit... J'avais touché du doigt qu'il y
avait beaucoup, beaucoup à faire. Et depuis, c'est vrai que grâce à eux j'ai appris plein
de choses, dont notamment, l'incidence de ces antécédents-là sur la vie sexuelle, sur le
vaginisme, mais aussi sur les césariennes, sur les accouchements par voies naturelles.
Tout à l'heure vous parliez des grossesses à risque, mais dans les grossesses à risque
325 aussi, on devrait poser la question à ces patientes de leurs antécédents personnels, et
on serait très étonné des réponses.

Interviewer : D'accord ok, vous pensez qu'il peut y avoir un lien entre le pronostic
obstétrical, fœtal et les antécédents ?

Zoé : Ah oui ! Tout à fait ! Et puis je te passe, le fait que cette femme attende une fille
330 par exemple. Elle n'a peut-être pas envie que sa fille, consciemment ou inconsciemment,
que sa fille subisse ce qu'elle a subi. Que ce soit une agression ou simplement une
éducation trop stricte ou pas assez stricte, enfin, vous voyez ? Tout ça aussi hein.

Moi : D'accord oui ! Et tout à l'heure vous me parliez de la formation de sage-femme,
est-ce vous pensez qu'à l'école on est assez formé en tant que futures sages-femmes ?

335 **Zoé** : Euh non (rires) ! Non non du tout, du tout. Moi au cabinet on en voit des étudiantes
sages-femmes, enfin on en voyait parce que là depuis le premier confinement on n'en
voit plus malheureusement. Mais quand elles assistent à mes consultations elles sont
étonnées de ce que toutes les patientes peuvent dire et me disent « mais comment,
vous, vous arrivez à poser ces questions-là et en arriver là, etc. ». Bon c'est vrai que

340 c'est l'expérience, moi à mon âge, j'ose poser les questions ça c'est sûr. Mais c'est aussi parce que j'ai appris, je me suis formée pour ça.

Interviewer : D'accord oui. Vous avez fait quelles formations, à part celle de l'association du coup ?

Zoé : Alors c'était avec Nicole Andrieu, une sage-femme sexologue, par le biais de
345 l'association des sages-femmes libérales. C'est elle qui organise ça. Donc c'est un sage-femme qui est sexologue, qui a fait un DU en sexologie. Ce que moi, je ne ferai jamais parce que je ne vais pas perdre un an de ma vie à parler de ... j'ai vu le programme hein, les trois quarts du programme de vont pas m'aider pour mes patientes hein. Donc moi je veux quelque chose de pratico-pratique.

350 **Interviewer** : De plus concret ?

Zoé : Absolument. D'ailleurs j'ai fait plusieurs formations avec elle et au bout d'un moment, vous savez on parle toujours au début de formation, de nos parcours et tout ça, et il y avait des sages-femmes qui disaient « ha oui moi je m'intéresse je vais faire le DU de sexo » et moi j'étais la seule à ne pas vouloir le faire. Forcément, tout le monde
355 me dit « ah bon pourquoi tu ne veux pas le faire ? », j'ai dit « beh parce que le programme ne m'intéresse absolument pas et que je ne veux pas perdre un an de ma vie » donc elle ça l'a fait sourire et je lui ai dit « il n'y a rien contre vous ». Et après elle me dit « non mais je te comprends tout à fait, moi ce n'est pas mon DU qui m'a aidée pour mes patientes, par contre, ça permet d'être formatrice », ça oui. Moi ça, ça ne m'intéresse
360 pas d'être formatrice pour des sages-femmes. Moi ce que je veux c'est être utile à mes patientes voilà.

Interviewer : D'accord je comprends. Donc vous avez fait cette formation de « sexologie pratique » on va dire, et vous avez aussi une formation sur le périnée c'est ça ?

Zoé : Oui alors ça c'était la formation de Dominique Trinh Dinh, alors ça je ne sais pas
365 si vous connaissez car c'est une vieille formation. C'est une rééducation manuelle. Manuelle donc on touche le périnée et les patientes ont un travail à faire tous les jours.

Interviewer : D'accord ! Donc ce sont vos formations continues qui vous ont aidée à prendre en charge des patientes vaginiques.

Zoé : Oui ! Oui, oui.

370 **Interviewer** : Du coup est-ce que vous pensez que la solution pour que notre rôle de future sage-femme soit optimal auprès de ces patientes soit de creuser au niveau de la formation continue ? Afin de prendre en charge au mieux ces patientes-là ?

Zoé : Oui, mais je trouve que la formation de base de sage-femme devrait déjà inclure cela. Parce que même votre formation de rééducation du périnée ? Enfin moi ça fait
375 longtemps que je ne connais plus votre programme par contre, mais je ne crois pas que
... Moi la dernière que j'ai eue, on a eu une sage-femme qui a été diplômée il y a plus
d'un an qui avait travaillé chez nous, elle avait... Oui 8 ou 10 heures où ils parlaient des
différentes formes de rééducation du périnée qu'on peut faire. Mais vous êtes sensés,
lorsque vous êtes diplômés pouvoir FAIRE de la rééducation, et il faut encore aller vous
380 former ailleurs pour le faire. Bon après ça c'est peut-être le système de Oui de payer
les formations, bon pourquoi pas. Mais enfin moi je trouve dommage que ce ne soit pas
dans la formation initiale. Mais en tous cas c'est nécessaire. C'est sûr qu'il faut faire
quelque chose en rééducation du périnée, voilà.

Interviewer : Je comprends, en plus de ça, ça pourrait aider à la prise en charge de la
385 sexologie peut-être ?

Zoé : Oui bien sûr, oui oui !

Interviewer : D'accord ! Et, est-ce que vous, vous avez déjà orienté une patiente qui a
du vaginisme pour une prise en charge pluridisciplinaire ? Pour un travail à plusieurs ?

Zoé : Oui ! Voilà, soit j'oriente vers une dermato, quelques fois je peux le faire parce que
390 j'ai une dermato là pas loin du cabinet que maintenant je connais qui travaille à ce sujet,
donc voilà, l'acide hyaluronique ou autre chose, voilà. Donc je travaille comme ça. Je
travaille aussi avec l'ostéopathe. Mais ça peut être aussi une... comment dire... une psy,
oui une psychologue ou un psychiatre, ou quelque chose comme ça. Et, alors là je n'ai
pas beaucoup de référence. Le problème de la psychologue c'est qu'elle n'est pas prise
395 en charge, donc les patientes, ça les rebute. Les psychiatres le sont mais... Il y en a un
là, que je crois un petit peu cerner, lui je pourrais lui envoyer des patientes parce que
c'est un jeune psychiatre qui s'intéresse vraiment aux femmes. Donc ça c'est bien. Et
deux patientes m'en ont parlé. Mais sinon c'est super compliqué de se faire un réseau
mais c'est super important d'en avoir un. Ça c'est sûr.

Interviewer : D'accord, oui je comprends ! Et du coup, avez-vous déjà eu des patientes
400 avec du vaginisme mais à l'hôpital ?

Zoé : Euh... Non. Non, ça je n'en ai pas eu.

Interviewer : D'accord. Et est-ce, quand vous les voyez au cabinet, ça change la prise
en charge gynécologique ? Est-ce que ça vous est arrivé de repousser de plusieurs mois
405 un frotti ou quelque chose comme ça ?

Zoé : Ah oui bien sûr ! Ah oui oui !

Interviewer : D'accord ! Et quand vous les voyez au cabinet, est-ce qu'il y a un sentiment prédominant face à cette pathologie ?

Zoé : De ma part ?

410 **Interviewer** : Oui.

Zoé : Moi j'aurais ce sentiment ... Euh ... Comment dire, non moi je trouve que... Non, non. Moi je ressens plutôt... Moi je suis contente que ces femmes aient une réponse ou un début de réponse. Qu'elles aient trouvé quelqu'un qui va pouvoir... Les aider. Ou en tous cas, essayer.

415 **Interviewer** : D'accord oui je vois. Et lorsque vous étiez hospitalière, et que l'une de vos collègues tombait sur une patiente, pas forcément vaginique, mais que l'on avait du mal à examiner, selon vous, que pouvaient ressentir ces sages-femmes-là, ou ces gynécologues, ou les anesthésistes ? Le sentiment de l'équipe en général ?

Zoé : Un sentiment d'agacement, car ils ne pouvaient pas faire ce qu'ils voulaient comme ils voulaient, et que les choses coïnciaient, pour quelque chose qui n'est pas.... Comment dire... J'allais dire qui n'est pas... Non ce n'est pas ça. Je veux dire que ce n'est pas identifié au niveau médical. On peut dire que cette femme a un diabète, donc c'est pour ça qu'il y a ça. Mais là le cas du vaginisme, souvent c'est dans sa tête. Et de toutes manières « si elle est prête à accoucher c'est qu'elle a quand même bien pu être
425 pénétrée, donc elle ne va pas nous saouler ». C'était beaucoup de l'agacement mais je pense par manque de... Par peur de l'inconnu et manque de savoir-faire sur la prise en charge, moi je pense. Moi la première, maintenant que j'ai fait toutes ces formations je suis beaucoup plus à l'aise pour en parler, c'est sûr. Et qu'au départ, si j'avais l'envie d'aider ces femmes, je ne savais pas comment poser les questions, alors que
430 maintenant je les pose très facilement.

Interviewer : D'accord ok je vois. C'est aussi avec l'expérience alors. Et quels sont vos petites astuces pour poser facilement les questions aux patientes ?

Zoé : Alors faire une question type, toujours la même d'ailleurs, moi c'est, par rapport aux antécédents d'agressions, c'est toujours la même question, et en la regardant droit
435 dans les yeux : « est-ce que vous avez connaissance d'avoir subi une violence verbale, physique ou sexuelle ? ». Du coup ça ouvre le champ et les femmes répondront toujours. Ça ma formatrice me l'avait dit, la sexologue, elle nous l'avait dit, moi je n'y croyais pas. Je me disais « n'importe quoi, il y en a qui ne vont pas me répondre », beh je me suis

trompée. Parce qu'après ça, je la pose toujours la question, même à des patientes que
440 je ne connais pas. La première consultation gynécologique, hop, hop, hop ! Bon ce n'est
pas la première question bien sûr. Franchement elles répondent. Parfois, il y en a qui
me répondent « oui mais je n'ai rien à dire ». Ok je passe à la question suivante. Mais
même elles, elles y reviennent quand même. Parce qu'elles savent que si moi je leur ai
posé la question, c'est un sujet sur lequel on peut me poser des questions.

445 **Interviewer** : Oui d'accord je vois, vous avez ouvert une porte.

Zoé : C'est exactement ça ! Et comme on est malheureusement trop rare à poser cette
question, elles sont à la fois étonnées... J'ai aussi d'ailleurs beaucoup de patientes,
maintenant que j'y pense, qui après coup, soit qu'on a réussi à faire le frotti, soit qu'elles
450 ont réussi à accepter la pénétration, elles me disent « mais en fait vous savez que ça
fait des années que je vois des tas de médecins, de spécialistes, vous êtes la seule à
m'avoir posé cette question-là ». Et c'est ce qui a tout déclenché, et qu'après tout se
déroule et on trouve une solution. Donc il faudrait que même les médecins, dans leur
cursus, il faudrait qu'on leur apprenne ça aussi.

Interviewer : Oui d'accord, que l'on nous apprenne à parler aux patientes en fait.

455 **Zoé** : Oui, oui bien sûr. Tout à l'heure vous disiez « en suites de couches, est-ce que
c'est important de parler de sexualité ? ». Eh oui ! On parle de contraception ! Ce matin
encore, je suis allée faire un PRADO à une patiente qui sort avec son ordonnance et elle
me dit « mais il y a un compte rendu aussi pour l'accouchement car je ne sais pas
exactement ce que l'on m'a fait au niveau du vagin ». Donc déjà, ça moi je suis choquée,
460 qu'on ne sache pas si c'est une déchirure ou une épisiotomie, vous voyez ? Donc je lis
le compte rendu et je lui dis que c'est marqué « déchirure vaginale ». Et je vois
l'ordonnance et je lui dis... Sur l'ordonnance elle avait doliprane, bupropion, optimizette
et je ne sais plus quoi. Et je lui dis « donc en contraception... », je savais en posant ma
question, mais je la pose sciemment comme ça : « donc tu as choisi l'optimizette, la
465 pilule progestative ? ». Elle me regarde et me fait « c'est marqué ça sur l'ordonnance ?!
». Elle n'était pas au courant donc on lui a donné l'ordonnance sans explication. Et donc
sa question a été, parce qu'elle ne veut pas de pilule, elle veut un stérilet comme la
dernière fois, donc voilà : « et du coup avec ma déchirure, quand est-ce que je peux
avoir des relations sexuelles ? ». Voilà, ça, on ne lui en a pas parlé. Par contre on lui a
470 collé la contraception sans lui en parler en plus. Ça c'est quelque chose que maintenant,
à mon âge, je ne supporte plus. Ça je trouve ça... Wahou... Comme dans un hôpital
marseillais, quand j'apprends, une patiente aussi à 6 mois qui vient pour me dire « voilà
je ne comprends pas, depuis que j'ai accouché, je n'ai toujours pas eu mes règles »

alors qu'elle n'allaitait plus, bref. Du coup je lui demande quelle est sa contraception, et
475 elle me dit « bah non en fait justement je n'en ai pas mais comme je n'ai pas eu mon
retour de couches », bref. On discute on discute, et pour te la faire courte, elle avait un
implant dans son bras. Et elle me dit « ah mais avant de sortir, je ne sais pas, le docteur
est venu et il m'a dit qu'il fallait faire ça et comme ça je serai tranquille je n'aurai pas de
bébé, moi je n'ai pas compris que c'était une contraception ». Voilà, ce n'est pas une
480 femme avec un déficient mental hein, vous voyez ? Voilà, voilà. J'aurais plein de choses
à raconter (rires).

Interviewer : D'accord oui je vois, c'est volontiers (rires) ! Concernant l'entretien, j'ai tout
ce qu'il me faut ! Je vous remercie d'avoir participé à mon enquête.

Annexe VI : Entretien avec Pietra, sage-femme hospitalière et libérale, diplômée de 2009

Interviewer : L'entretien se déroulera sous la forme d'une discussion, vous me dites quand vous êtes prête !

Pietra : C'est bon !

Interviewer : Pour vous, qu'est-ce que le vaginisme ?

5 **Pietra** : Le vaginisme pour moi c'est l'impossibilité... euuuh, d'avoir un rapport ou un examen vaginal. Pour moi, dans ma définition, je ne mets pas la cause mais plutôt la conséquence. Voilà, le vaginisme c'est l'impossibilité d'avoir un rapport sexuel ou toute sorte de pénétration.

Interviewer : D'accord ! Du coup, pensez-vous qu'il est possible, pour une patiente qui
10 est atteinte de vaginisme, d'avoir des rapports sexuels sans pénétration ?

Pietra : Oui, oui ! Rapports sexuels sans pénétration, c'est ça ce sont les préliminaires. C'est ce que je leur conseillerais, elles peuvent le faire en tous cas ! Moi je pense qu'elles peuvent le faire.

Interviewer : Vous auriez alors tendance à encourager cela afin que la patiente ne
15 s'engouffre pas dans un cercle vicieux ?

Pietra : Oui ! Alors c'est vrai que mon expérience est un peu limitée, ça ne s'est pas
présenté de nombreuses fois. Mais c'est vrai que pour les dames qui ont des difficultés j'encourage plutôt à ce qu'elles aient un contact agréable au niveau de la zone et qu'elles
puissent explorer autrement, donc oui les préliminaires, les caresses, sans pénétration,
20 mais quand même qui participent aux rapports.

Interviewer : D'accord ! Auriez-vous des idées concernant les causes pouvant entraîner
un vaginisme chez une patiente ?

Pietra : Alors c'est vrai qu'il y a beaucoup de causes d'ordre psychologique. Peut-être
un traumatisme ancien. Ça peut être un attouchement, un traumatisme sexuel ou alors
25 même lors d'examens médicaux dans lesquels on peut générer un peu de stress à la
patiente. Les croyances aussi, religieuses, quelqu'un qui associerait ça à quelque chose
de sale. En fait tout ce qui peut causer un blocage psychologique. Et après au niveau
anatomique, je ne sais pas, peut-être un « mini vagin », quelque chose qui ferait que
c'est peut-être impossible physiquement.

30 **Interviewer** : Oui d'accord. Ça pourrait donc être entraîné par une cause physique ?

Pietra : Oui dans de rare fois ! Moi j'ai rarement vu ça, c'était plus des causes d'ordre
psychologique.

Interviewer : Oui d'accord ! Et vous me parliez des examens gynécologiques qui pourraient être vécus comme traumatisants pour la patiente, auriez-vous une idée de
35 quels seraient les examens et quels types de comportements pourraient mettre la patiente dans une situation inconfortable ?

Pietra : Je pense qu'il y a les premiers rendez-vous gynécologiques où on a pu être pas très doux et pas trop préparé ou expliqué. Il faut demander son accord aussi à la dame. Demander l'accord ne serait-ce que pour le toucher vaginal qui peut peut-être en
40 traumatiser certaines je pense. Et après, il va y avoir les examens avec spéculums et autres qui peuvent être vécus comme ... Voilà une pénétration avec un objet qui peut être violente selon la façon dont ça a été fait ou présenté. Parce que parfois les dames peuvent avoir un peu peur, elles ont besoin d'être rassurée. Parfois on entend des patientes qui ont des retours des gynécologues ou même sages-femmes (mais moins)
45 qui ont pu leur dire des choses comme « ha bah ça va... en gros faut serrer les dents et c'est normal et faut ça passe quoi ».

Interviewer : Je vois ok. Auriez-vous des idées de traitements pour soigner le vaginisme ?

Pietra : Hmm alors moi je dirais plutôt, parce que justement ça m'intéresserait beaucoup
50 d'avoir plus d'idées que ça mais... euh... je dirais plutôt aller chercher quel pourrait être le traumatisme s'il y en a un, tout ce qui est suivi psychologique, un vrai suivi psychologique. Sans parler d'entrée de jeux de sexologie mais juste de la psychologie peut-être. Après ça va être faire une sorte de rééducation périnéale dans le sens où il faut lui expliquer l'anatomie, le fonctionnement de cette zone pour peut-être un peu
55 casser des idées reçues ou des méconnaissances. Car je pense qu'il y a des dames qui n'ont pas trop exploré. Après pourquoi pas l'utilisation de dilateur pour qu'elle-même puisse progressivement y arriver, avec de la respiration aussi et de la sophrologie, des méthodes et des techniques de relaxation. Je dirais un mélange de plein de choses !

Interviewer : Au final ça serait plus une prise en charge multidisciplinaire ?

60 **Pietra** : Je pense oui. Après ça c'est mon regard à moi un peu biaisé qui n'est pas trop formé sur la chose. Mais oui j'aurais tendance à dire ça, peut-être que je l'adresserai à deux trois autres professionnels en complément oui.

Interviewer : D'accord. Avez-vous déjà pu expérimenter cela en pratique ?

Pietra : En pratique très peu, j'en ai vu deux ou trois qui avaient des résistances mais
65 l'examen était quand même possible donc on n'a pas vraiment exploré ni traité ça

comme un vaginisme. Tu prends le temps, tu discutes avec elles et puis tu arrives à faire ton examen et voilà. Après le vrai vaginisme, j'ai eu une fois une dame en consultation qui venait pour ça mais c'était une nullipare et en tant que sage-femme on ne peut pas donc je l'ai réorientée. Parce que c'est vrai que nous on a des femmes qui ont accouché
70 donc ça va peut-être un peu restreindre la possibilité, on a peut-être moins de vaginisme... Si j'en ai une là actuellement ! J'ai commencé à la voir pendant la grossesse, elle a obtenu une grossesse sans rapport juste avec une insémination du sperme du mari. Elle je la vois vraiment en pointsillés parce qu'entre temps il y a eu l'accouchement et la covid, la pauvre... ce n'est pas facile. Mais j'essaie de mettre en
75 application, de beaucoup lui expliquer, de travailler sa respiration. Et on progresse, doucement, mais on progresse.

Interviewer : Vous voyez donc une amélioration du vaginisme de la patiente. L'aviez-vous orientée vers d'autres professionnels (psychologues ou autres par exemple) ?

Pietra : Oui du coup elle était allée voir la psychothérapeute. En fait elle avait même
80 commencé par voir la psychothérapeute quand je l'ai vue. Mais dans tous les cas c'est une piste que j'aurais explorée. Et puis... pour l'instant je ne l'ai pas orientée vers d'autres.

Interviewer : D'accord ok ! Finalement peut-être que maintenant elle se sent bien avec vous vu qu'il y a déjà des résultats... ?

Pietra : Oui il y a de ça ! Et puis au final maintenant j'ai l'impression qu'on a fait un peu
85 tomber quelques barrières, ça pourrait même être possible par exemple pour l'examiner... Bon par contre pour son accouchement ça a été plus compliqué, il y a eu une péridurale car elle n'aurait pas pu être examinée. Mais sinon moi, à force de se connaître, elle y arrive et elle essaie même un petit peu des rapports avec son mari mais
90 là on met maintenant le doigt sur une douleur physique. Donc là je suis en train de me dire que je vais peut-être devoir l'orienter pour cette douleur physique alors que jusqu'à maintenant c'était peut-être le fait de ... alors c'est peut-être la douleur physique qui fait que les rapports n'étaient pas possibles, mais en tous cas ce n'était pas identifié comme ça avant.

Interviewer : D'accord, donc là on serait plutôt sur d'autres dyspareunies ?

Pietra : Oui, oui... Je pense à une vestibulodynie ou quelque chose comme ça je ne sais pas. Là maintenant comme on est en post-partum et qu'il y a eu la cicatrice, je ne sais pas si c'est la cicatrice qui vient gêner aussi. C'est un peu compliqué de savoir par quel bout le prendre. Je comptais plutôt l'orienter par rapport aux douleurs en fait avec un

100 professionnel qui pratique la radiofréquence, ce genre de chose pour travailler la cicatrice et ça pourrait peut-être aider à détendre la zone, je ne sais pas... Il faut que je voie comment elle est réceptive.

Interviewer : Est-ce que du coup, vous avez pu en savoir plus sur son accouchement, pour savoir comment elle, elle l'avait vécu ?

105 **Pietra** : Hmm ... Bah... ça a plutôt été, j'ai la sensation, mais après c'est une patiente qui ne va pas trop exprimer et en plus elle ne parle pas complètement bien le français. Donc peut-être qu'elle dit « ça va ça va » mais que ça ne va pas tant que ça. En tous cas à moi elle m'a juste dit « c'était pas possible de m'examiner, du coup j'ai eu la péridurale très tôt ». Mais elle avait l'air d'être plutôt contente d'avoir pu faire je n'ai pas
110 cru percevoir un mauvais vécu. Par contre je ne l'ai pas sentie non plus rassurée et soulagée de se dire « j'ai pu accoucher donc maintenant ça veut dire que tout le reste est possible » et d'ailleurs je pense que même pour son mari ça complique un peu les choses car il va se faire un peu plus insistant.

Interviewer : Parce qu'il ne comprendrait pas qu'un bébé puisse passer et pas un
115 rapport sexuel j'imagine ?

Pietra : Oui ... ça elle ne me le dit pas trop mais je me demande s'il n'insiste pas beaucoup

Interviewer : D'accord je vois. Vous prenez donc globalement en charge cette patiente. Est-ce vous pensez que la sage-femme en général (une sage-femme de salle de
120 naissances, de suites de couches ou de consultation en libéral ou à l'hôpital) a un rôle propre dans la problématique du vaginisme ? Et si oui en quoi elle aurait ce rôle propre ?

Pietra : Je pense qu'elle a un rôle propre parce que du coup... Je parle pour le libéral peut-être d'abord. Maintenant les sages-femmes ont de plus en plus de suivi
125 gynécologique ou autre, c'est vrai qu'on va être confronté à ça et déjà dans le diagnostic, dans la constatation du vaginisme. Alors que dans d'autres circonstances moins. Après je pense que notre... qualité de sage-femme fait aussi que les femmes vont peut-être plus facilement traiter leur vaginisme avec nous que d'aller voir par exemple un sexologue. Je pense que pour certaines personnes ça pourrait être connoté déjà tout de
130 suite... Surtout si leur vaginisme est associé à un blocage. Je pense que oui, nous les sages-femmes on pourrait avoir un rôle là-dessus du fait de notre proximité, notre contact et par l'activité qu'on fait en libéral. Ensuite à l'hôpital le rôle va être un peu plus... ça va être ponctuel. Ça va peut-être être effectivement dans la prévention des

135 vaginismes, sur des urgences, sur ce genre de choses, pouvoir être douce et justement éviter des traumatismes à postériori. Mais après je me dis, à l'hôpital, dans mon idée, on intervient plus sur des moments très brefs, très ponctuels et je vois moins le rôle qu'on pourrait avoir dans la prise en charge du vaginisme. Ou alors si on est en consultation, ça finit par être comme si on était en libéral.

140 **Interviewer** : Oui d'accord je comprends. Puisque l'on parle de l'hôpital, quels y sont pour vous les freins principaux de la prise en charge d'une patiente qui a un vaginisme ? En quoi cela pourrait modifier l'organisation du service par exemple ?

145 **Pietra** : Je pense qu'il faut être beaucoup plus disponible pour cette femme, il faudrait créer un bon relationnel, une confiance... Tout cela génère plus de temps voire même l'exclusivité pour cette patiente. Et donc après il faudrait de la diplomatie, de la patience, de la douceur, peut-être des qualités qu'on devrait déjà avoir spontanément avec tout le monde mais là il faudrait vraiment avoir du temps à consacrer à ces patientes. Et puis je pense que certaines personnes ne connaissent peut-être pas suffisamment le vaginisme et seraient peut-être tenté de... « pffouu »... et ça agacerait et elles voudraient aller un petit plus vite car c'est vrai que ça freinerait à ce moment-là la prise en charge. Donc
150 peut-être qu'il manquerait aussi un petit peu des connaissances aussi. Des petits exercices pratiques, rapides, peut-être de respiration, d'explications pour pouvoir... examiner une femme. Mais à ce moment-là ça sera dans un contexte qui est encore un peu plus difficile, pour se détendre. Pour moi le frein c'est surtout, peut-être moins les connaissances, mais le manque de temps peut-être.

155 **Interviewer** : Est-ce vous pensez qu'il y aurait des solutions à apporter ? Par exemple vous me parliez de l'exclusivité, est-ce que selon vous ça pourrait être une solution (n'avoir qu'une seule patiente en garde si celle-ci est atteinte de vaginisme) ?

160 **Pietra** : Dans l'idéal ça serait bien mais comme certains autres cas de figure aussi en salle d'accouchement. Sur les interruptions de grossesses ou ce genre de chose, c'est toujours dommage parce qu'on sent qu'il y aurait besoin de s'attarder plus. Oui ça pourrait être une bonne solution. Et puis aussi peut-être aussi des protocoles... Je ne sais pas... Je pense un peu d'anesthésie... Enfin d'anesthésie, ce n'est peut-être pas le bon mot. Moi j'ai eu connu quelques fois, ce n'était pas spécialement avec des patientes à moi mais de mes collègues, qui avaient des difficultés à se faire examiner, et bon c'était
165 associé aussi à la douleur probablement des contractions, pour lesquelles on avait utilisé des Meopa®, les faire respirer dans un gaz pour les détendre un peu plus. Alors je ne sais pas s'il pourrait y avoir des protocoles pour ce genre de chose. Parce que je pense que pour certaines dames ça pourrait les rassurer peut-être un peu de pouvoir avoir ce

genre de chose. Souvent ça va être plutôt une péridurale très précoce. Et donc voilà...
170 Sinon des choses très concrètes à mettre en place je n'ai pas trop d'autres idées.

Interviewer : D'accord ça va. C'est vrai qu'il n'y a rien de vraiment établi, c'est toujours à l'appréciation de la sage-femme à chaque fois.

Pietra : Oui complètement.

Interviewer : Je reviens sur la patiente vaginique que vous prenez en charge au cabinet,
175 est-ce que votre prise en charge gynécologique est différente avec cette patiente ?

Pietra : Oui, gynécologique oui parce que par exemple typiquement cette dame je ne lui ai pas encore fait d'examen sous spéculum parce que... voilà je voulais que ce soit vraiment très progressif. J'attendais. Donc c'est vrai qu'elle n'a jamais fait de frotti, elle a 29 ans. Donc on s'est dit qu'on le ferait progressivement, sur la fin c'est presque
180 devenu un objectif après. Donc oui ça modifie forcément parce que je vais être beaucoup moins invasive et je vais essayer de retarder, d'alléger au maximum les raisons de la faire se déshabiller, se dévêtir, et puis l'examiner.

Interviewer : Du coup, les touchers vaginaux sont quand même faits, ça vous donne quand même une indication sur l'état global de sa santé génésique ?

185 **Pietra** : Oui oui les touchers vaginaux j'arrive à les faire mais c'est vrai que pour le col, les frottis c'est plus compliqué. Mais oui avec le toucher on arrive déjà à faire un petit peu des choses.

Interviewer : Est-ce que vous avez déjà dû faire des prélèvements vaginaux chez cette patiente par exemple ?

190 **Pietra** : Non c'est vrai que je n'ai pas été amenée à faire ça avec cette patiente, il n'y a pas eu de raison de le faire.

Interviewer : D'accord je comprends. Quand vous avez reçu cette patiente en consultation, quel était votre sentiment prédominant ? Comment vous êtes-vous sentie ? Est-ce qu'il y avait une émotion qui gagnait du terrain sur d'autres ?

195 **Pietra** : Et bien hmm... J'étais plutôt... Comment je pourrais qualifier ça... Sur le coup j'ai eu moi un peu de l'appréhension. Je ne sais pas si c'est de l'appréhension d'ailleurs mais je me suis dit... Je me suis sentie pas très confiante. Oui voilà c'est ça. Je me suis sentie pas très confiante, je me suis dit « mince, est-ce que moi je vais pouvoir lui apporter ce qu'il faut là ? ». Parce que c'est vrai que je trouve qu'elles attendent quelque
200 chose, elles mettent un grand espoir là-dedans parce qu'il y a souvent quand même

beaucoup de souffrance et puis des vies de couples compliquées. Et donc souvent beh voilà, je sens que ça me stresse un peu. Alors ce n'est pas souvent car je n'en ai pas eu beaucoup. Je me dis « est-ce que je vais réussir ? ». Donc voilà ce n'est pas un sentiment négatif vis-à-vis d'elle, presque moi, j'ai hâte et je souhaite au maximum, si je
205 pouvais trouver même des choses pour l'aider... C'est me mettre un petit peu plus la pression sur une dame comme ça parce que je ne me sens pas toujours très... Suffisamment calée. D'ailleurs je me suis dit qu'il fallait que je fasse une formation pour ce thème-là.

Interviewer : D'accord, est-ce vous connaissez des formations là-dessus d'ailleurs ?

210 **Pietra** : J'ai vu sur mediformation, ce sont des formations un peu classiques mais il semble avoir vu « techniques applicables au vaginisme ». C'est une formation qui doit durer deux jours. C'est vrai qu'en ce moment il y a pas mal de petites choses que je voudrais faire mais ça fait partie de la liste des choses que j'aimerais faire peut-être à un peu plus long terme. Parce que c'est bien beau de leur dire « détendez, ouvrez, relâcher
215 » mais au bout d'un moment j'ai l'impression qu'on est bloqué. Et moi je reste bloquée à ce stade-là.

Interviewer : D'accord je comprends. Dans votre cabinet, est-ce que vous êtes plusieurs à avoir vu cette patiente ?

Pietra : Oui alors on est deux à l'avoir vue. Au début c'était la sage-femme qui fait les
220 échographie, sûrement à cause de l'échographie précoce de datation où on passe par voie endovaginale. Et après cela, elle orientée la patiente vers moi.

Interviewer : Est-ce que vous avez le sentiment que cette sage-femme avait le même ressenti que vous concernant cette patiente ?

225 **Pietra** : Oh bah oui oui oui. Et puis pour le coup elle s'est dit « bon ok périnée ce n'est pas moi, c'est la fille qui fait la rééducation du périnée ». Du coup c'est vrai qu'elle s'est tout de suite mise... Je ne sais pas, ce n'est pas du tout une critique hein. Mais elle s'est plutôt mise en retrait en se disant « oula oula moi je n'y connais rien à ça, je ne suis pas sûre de savoir ce que je pourrais lui proposer » ...

Interviewer : D'accord, elle a orienté ?

230 **Pietra** : Oui voilà elle l'a orientée, elle a tout de suite dit « ce n'est pas trop mon truc je ne saurais pas trop vous aider ».

Interviewer : D'accord ça va. Je reviens sur le fait que vous m'avez dit tout à l'heure que c'est une patiente qui a vu la psychologue de votre cabinet. Est-ce que vous pensez,

235 plus tard peut-être, l'orienter vers un sexologue ? Car vous m'avez dit que ce n'était pas le moment au début, mais peut-être tard ? Ou vers un kiné par exemple ? Ou un autre professionnel ?

240 **Pietra** : Alors kiné je ne sais pas, ça n'aurait pas été mon premier réflexe car je ne sais pas s'il y aura des apports mieux ou pas. Sexologue j'aurais pu y penser après... Je pense que cette femme serait réticente à aller voir un sexologue parce qu'il y a beaucoup de barrières... la religion, son mari... C'est vrai que son mari a beaucoup demandé qui elle allait voir, ce qu'elle allait faire et donc je pense qu'il serait un peu plus gêné de ça. Mais sinon je trouve que ce serait une bonne idée. Après je ne connais pas beaucoup de sexologues malheureusement là mon expérience fait que je ne connais pas trop de sexologue dans le coin.

245 **Interviewer** : d'accord ça va ! Que pensez-vous du vaginisme dans la formation initiale, à l'école ?

250 **Pietra** : Pour moi c'est clairement insuffisant. Après je pense qu'au bout de quelques années je n'ai plus de souvenir surtout qu'au début on fait plutôt de la salle d'accouchement et les services d'hospitalisation. Je n'ai peut-être pas trop... je n'ai pas trop entretenu mon savoir là-dessus. Mais pour moi j'ai peu de souvenirs. Déjà j'ai peu de souvenirs de la rééducation alors autant dire que le vaginisme hmm... Voilà.

Interviewer : ce n'est pas quelque chose qui vous a marqué en tant qu'étudiante c'est ça ?

255 **Pietra** : Non ! Je pense qu'on a dû l'aborder... Et encore je ne suis même pas sûre, je ne me souviens pas, il faudrait que je puisse retrouver... Je n'ai même pas le souvenir de l'avoir abordé, voilà on va dire ça.

Interviewer : D'accord ! Et concernant les stages en tant qu'étudiante sage-femme, avez-vous le sentiment que vous en avez plus appris sur le vaginisme, aux côtés de sages-femmes qui avaient de l'expérience ? Plutôt qu'à l'école ?

260 **Pietra** : Non, honnêtement non. Je ne pense pas que le sujet avait été trop abordé. J'ai peut-être le souvenir d'une fois en salle de naissance où une dame avait un vaginisme et elle avait eu des attouchements pendant l'enfance et autres. Mais voilà, je pense qu'on n'avait pas plus abordé le sujet que ça parce que souvent je pense que dans les équipes on part du principe que voilà, le constat est fait, il y a un vaginisme et on ne va pas....

265 **Interviewer** : « Et il faut faire avec ? »

Pietra : Oui voilà, il faut faire avec, c'est ça. Donc non je ne pense pas avoir plus appris. Honnêtement je pense que je n'ai pas appris grand-chose. Je ne sais pas d'ailleurs ce qui peut être transmissible en savoirs mais hmm... je n'ai pas l'impression d'avoir appris grand-chose.

270 **Interviewer** : D'accord ok ! Est-ce que c'est quelque chose que vous regrettez ? De ne pas avoir appris en tant qu'étudiante plus de choses sur le vaginisme ?

Pietra : Oui notamment, il n'y a pas que ce côté mais effectivement notamment oui. Je pense que de manière générale dans les études de sage-femme, pour tout ce qui est de l'abord, même l'abord psychologique, on n'est pas toujours... On n'est pas toujours très
275 accompagné. Donc oui, c'est quelque chose que j'aurais aimé avoir. Après, est-ce qu'à ce moment-là j'aurais été réceptive et j'aurais mis en application ? Je ne sais pas. Mais maintenant à posteriori oui.

Interviewer : D'accord je comprends. Et concernant la sexologie en général, que pensez-vous de l'enseignement à l'école et en stage ? Et en comparant les deux ?

280 **Pietra** : Oh bah c'est pareil hein ! La sexologie honnêtement ... on n'a aucun... Moi, après moi ça fait quelques années mais on n'a pas de formation là-dessus.

Interviewer : D'accord ! Est-ce que cela aussi vous le regrettez ? De plus au vue de votre pratique tournée vers la rééducation du périnée ?

Pietra : Oui oui complètement. Après je me dis comme, de manière générale, tout ce
285 que l'on aborde, on l'aborde « vite fait », est-ce que ça aurait vraiment tant changé ?

Interviewer : Oui, je comprends.

Pietra : Vous voyez ? Si on l'avait juste abordé pour le survoler, ça ne m'aurait peut-être pas plus aidée non plus.

Interviewer : D'accord.

290 **Pietra** : Mais oui oui, c'est vrai que c'est dommage que des sujets comme ça ... Après peut être qu'on nous en a parlé un petit peu mais ... C'est trop loin (rires). Je ne sais plus trop ça remonte un petit peu.

Interviewer : Je comprends. Et en formation continue sur la sexologie, vous n'en avez pas encore mais vous envisagez d'en faire ?

295 **Pietra** : Oui moi ça m'aurait beaucoup tentée. Alors moi j'ai fait plein de petites formations pour la rééducation du périnée en peu de temps mais ce sont des petites

formations donc là mon projet pour début 2021 c'est de faire un diplôme universitaire pour le périnée, de statique pelvienne, à Montpellier, donc l'idée c'est d'aller au bout des choses sur la rééducation du périnée, et finalement je trouve que dans la rééducation du
300 périnée on ne nous parle pas du côté vaginisme, relâchement, détente, on le met à part de la rééducation du périnée. En tout cas, moi, sur les petites formations que j'ai faites, voilà. Je trouve que j'ai plus d'exercices, d'idées, pour contracter mieux, que par exemple pour relâcher. Au bout d'un moment c'est vrai qu'il faut faire plein de formations différentes et compliquées dans un temps restreint. Mais j'aimerais, une fois que je
305 serais allée au bout des choses pour la rééducation, m'intéresser plus au vaginisme et à la sexologie. Pour moi cela est lié. Ça va être intéressant pour la rééducation aussi. J'en vois certaines qui ne viennent pas pour des vaginismes mais qui sont ... hyper contractées... qui mériteraient peut-être un peu ... Je ne sais pas, de se réconcilier avec la zone, de pouvoir se détendre et relâcher.

310 **Interviewer** : Oui je comprends. Il est vrai qu'au final vous me dites qu'il y a beaucoup d'exercices pour contracter et moins pour relâcher...

Pietra : Oui tout à fait c'est cela !

Interviewer : Du coup, je me dis que c'est peut-être aussi qu'au final, les femmes qui ont du vaginisme, c'est plus régulièrement du vaginisme primaire que du secondaire, et
315 sûrement qu'elles n'ont jamais même appris ce que c'est que leur périnée et l'éducation du périnée avant même la rééducation du périnée ?

Pietra : Oui c'est ça, c'est ça. Moi je le vois bien au final les femmes qui n'ont pas de problème à type de vaginisme mais qui méconnaissent énormément leur périnée. Donc elles, ça les embêtera moins, elles ont réussi à avoir une vie... j'allais dire « normale »
320 mais c'est vrai que oui je peux comprendre complètement que parfois ce soit juste lié à une méconnaissance. Donc oui ça m'intéresserait mais pour l'instant ce n'est pas prévu, j'aimerais bien faire le DU de sexologie mais alors ça ne sera pas tout de suite en plus il est plutôt long. Mais moi vraiment ça m'intéresserait beaucoup. Donc je me dis peut-être commencer par des petites formations de sexologie pour voir si ça me plaît et pareil
325 si j'ai envie d'aller au bout des choses. On verra quoi. Ça fait toujours un petit peu peur quand tu t'engages dans un truc un peu plus long, à posteriori ! Je pense que ça finira par être une suite logique, peut-être dans quelques années, je ne veux pas me mettre la pression. Petit à petit, je rajouterai des petites choses dans ma pratique, à me sensibiliser, des lectures, des choses comme ça mais c'est pareil ça m'intéresse et puis
330 parfois je ne sais pas trop ce que je peux lire ou ce que je peux rajouter quoi.

Interviewer : D'accord, je comprends ! J'ai tout pour mon entretien, avez-vous quelque chose à rajouter ?

Pietra : Non ça ira !

Interviewer : Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'étude, c'était un réel plaisir !

**Annexe VII : Entretien avec Leïla, sage-femme
hospitalière, diplômée de 2020**

Interviewer : L'entretien va se dérouler sous la forme d'un entretien, est-ce que vous êtes prête ?

Leïla : Oui allez-y !

Interviewer : Qu'est-ce que le vaginisme pour vous ?

5 **Leïla** : Hmm, alors... qu'est-ce que c'est pour moi le vaginisme ? Pour moi c'est... On va dire... une grande difficulté ou une impossibilité pour la femme d'être pénétrée au niveau du vagin, que ce soit avec des doigts, un spéculum ou de relations sexuelles ...par des contractions musculaires qui sont plus ou moins involontaires je pense

Interviewer : D'accord !

10 **Leïla** : Et au niveau des causes, je pense qu'elles peuvent être conscientes ou pas.

Interviewer : D'accord, ok ! Est-ce que pour vous le vaginisme va apparaître dans toutes les sphères de la vie d'une femme ? C'est-à-dire au niveau de la sexualité mais aussi dans le cas d'un suivi gynécologique par exemple ? Ou au contraire est-ce que vous pensez que certaines pénétrations vont pouvoir être possibles chez une patiente atteinte de vaginisme ?

15

Leïla : Hmm... Je pense que c'est global. Après je pense que par un suivi psychologique... et que pas par un traitement mais presque et que la patiente soit vraiment en confiance et une relation avec quelqu'un... Ça peut peut-être changer les choses

20 **Interviewer** : Et vous m'avez parlé de contractions plus ou moins involontaires, est-ce que vous pensez du coup qu'une patiente atteinte de vaginisme peut entraîner son vaginisme de façon volontaire pour éviter des rapports sexuels par exemple ou pour éviter un examen gynécologique ?

Leïla : En fait pour moi cela est compliqué, c'est un peu abstrait. Après je me fie beaucoup à ce que je vois car je trouve qu'on n'est pas trop informé... Honnêtement j'ai eu qu'un cours en dernière année avec une sage-femme justement

25

Interviewer : d'accord !

Leïla : On en a beaucoup parlé avec l'école que des informations nous manquaient là-dessus. Ensuite j'ai eu un congrès où c'était abordé. Après ce sont surtout des choses que je vois sur le terrain avec des dames avec qui j'ai des discussions. Et en fait je ne pense pas que ce soit volontaire, je pense que c'est une contraction musculaire qui est involontaire mais que les causes, elles, sont plus ou moins conscientes. Par exemple si

30

une femme entretient des rapports sexuels pas forcément consentis ou qu'elle ne prend pas de plaisir et qu'elle est consciente de cela, pour moi elle ne se dit pas « je vais
35 contracter mes muscles pour bloquer » mais puisqu'elle ne prend pas de plaisir par exemple, son corps va réagir de cette manière-là pour un peu se protéger.

Interviewer : D'accord donc pour vous, ça reste quelque chose d'inconscient et le corps met en place de mécanisme pour se défendre, c'est bien ça ?

Leïla : ça pourrait être ça oui ! Après je ne veux pas faire de généralités parce que je
40 pense que ça dépend des patientes.

Interviewer : D'accord ! Et vous avez abordé le plaisir et l'envie tout à l'heure, est-ce que pour vous, une femme atteinte de vaginisme peut avoir des rapports sexuels non pénétrants avec du plaisir à la clé et une libido « normale », non altérée par le vaginisme ?

Leïla : pour moi oui ! carrément ! En fait on a un schéma de la sexualité assez classique, qu'on connaît comme ça depuis toujours ... Mais je pense, et j'en ai d'ailleurs déjà discuté avec certaines patientes, que tout le monde n'a pas son plaisir de la même manière. Si une patiente a une relation avec un homme ou une femme et qu'elle explique son « problème », son vaginisme, que le partenaire est informé concernant cela, je
45 pense qu'elle peut avoir une sexualité à elle qui lui convient, peut-être non pénétrante en effet mais qu'elle peut éprouver du plaisir
50

Interviewer : je vois d'accord

Leïla : Même pour la conception d'un enfant ...

Interviewer : Oui ?

Leïla : Je pense que ce n'est pas obligé d'avoir des relations sexuelles « classiques ».

Interviewer : Est-ce que vous pensez aux fameux « bébés seringues » ?

Leïla : Oui je pense car c'est ce qui ressort le plus souvent. Après je pense aussi à ... Je ne sais pas s'il y a vraiment un mot scientifique pour cela... Les spermatozoïdes peuvent remonter la filière génitale, pendant les frottements, même sans pénétrations.

Interviewer : D'accord oui je vois. Tout à l'heure, vous me parliez des causes conscientes et non conscientes concernant l'apparition du vaginisme, est-ce que pour vous il existe des étiologies frappantes qui vont favoriser la survenue d'un vaginisme ou pas ? Et si oui, quelles seraient ces causes ?
60

Leïla : Hmm ... Alors c'est ce que je pense moi, ce que j'ai pu entendre auprès de
65 patientes qui avaient fait un travail pour rechercher les causes de la survenue de leur
vaginisme, un travail d'introspection je pense, avec diverses personnes, que ce soient
des psy ou des méthodes comme l'hypnose. Je pense que ça peut être d'une part une
mauvaise expérience autour de la sphère génitale, que ce soit lors d'un suivi gynéco,
70 d'un accouchement. Des événements qui ont pu être intrusifs pour la femme, choquants,
traumatisants, que ce soit conscient ou non sur le coup. J'ai déjà eu des patientes qui
m'ont dit que sur le coup elles n'étaient pas plus choquées sur ça. J'ai l'exemple d'une
patiente à qui le gynécologue a mis un spéculum sans vraiment expliquer ce qu'il se
passait. Sur le coup elle n'a pas eu mal mais ensuite ça a créé des blocages.
L'accouchement est un moment assez... intrusif pour une femme aussi. Ensuite dans la
75 sphère privée, personnelle, ça peut être un viol dans l'enfance ou plus tard, voire dans
une vie de couple avec des rapports qui ne sont pas consentis, des violences
psychiques, physique... voilà.

Interviewer : Vous me parliez de l'accouchement qui pouvait être un point de départ
pour la survenue d'un vaginisme. Pensez-vous du coup que le vaginisme n'est pas
80 forcément inné et qu'il peut survenir plus tardivement, en ayant vécu au préalable une
période sans vaginisme ?

Leïla : Oui tout à fait !

Interviewer : Ca vous est déjà arrivé d'avoir des patientes qui ont développé un
vaginisme tardivement ?

85 **Leïla** : Oui, il est survenu dans leur vie à la suite d'un événement mais qui initialement
n'avaient pas ce problème.

Interviewer : Est-ce que vous auriez des idées de traitements ou de prise en charge
concernant le vaginisme qui existent actuellement ? est-ce que vous savez si on propose
quelque chose ou pas ? Et si oui est-ce que vous savez ce que l'on propose ?

90 **Leïla** : Beh ... Je sais que certaines patientes ont un suivi psychologique

Interviewer : d'accord

Leïla : Hmm... avec des psy, des psychothérapeutes voilà... Certaines m'ont déjà parlé
de l'hypnose, de l'EMDR mais ça je pense que ça rentre dans la prise en charge
psychologique, s'il y a eu un traumatisme. Après je sais que certaines me parlaient
95 d'exercices ... mais je ne sais même pas par qui c'est fait en fait ... Je crois que ça peut
être fait avec des sages-femmes libérales... Pour se familiariser ... par exemple à un

examen gynéco ou à autre chose. Par exemple quand elles sont enceintes et qu'elles savent que ça va amener des gestes ou des actes qui vont les mettre en difficulté

100 **Interviewer** : Donc vous pensez à des sortes d'exercice de « rééducation » du périnée, c'est cela ?

Leïla : Oui voilà exactement, une approche, pour que ces patientes reprennent conscience de la contraction musculaire qu'elles font, pour essayer de se décontracter, accepter et moins souffrir en quelque sorte d'une pénétration par les doigts par exemple si on doit l'examiner.

105 **Interviewer** : D'accord je vois. Vous me parlez de la sage-femme et d'une possible « rééducation » ou éducation du périnée. Est-ce que pour vous, la sage-femme a un rôle clef dans la prise en charge du vaginisme ? Et déjà, est-ce qu'elle a un rôle dans cette pathologie ?

110 **Leïla** : Clairement, oui. Parce que déjà je pense que la sage-femme peut le dépister. Que ce soit en consultation à l'hôpital ou en libéral lors d'un examen, même si la femme peut en avoir conscience, sait qu'elle a un problème, qu'elle n'accepte pas la pénétration, la sage-femme pourra mieux dépister et du coup orienter vers le professionnel qui est adapté pour la patiente, ce dont elle a envie. Mais après je pense qu'elles ont un rôle surtout en libéral principalement pour cette éducation et cette
115 rééducation. C'est quelque chose pour laquelle il faut prendre du temps, je pense qu'il faut faire plusieurs séances comme pour la rééducation du périnée après un accouchement. Je pense qu'on peut jouer un rôle un peu central. Car on s'y intéresse déjà. On peut avoir un suivi, une relation avec la patiente qui peut l'aider dans son éducation ou rééducation.

120 **Interviewer** : Est-ce que pour vous il y a des qualités propres à la sage-femme qui vont être centrales dans la prise en charge de ce vaginisme, que ce soit à l'hôpital ou plutôt en libéral ?

125 **Leïla** : Déjà par rapport aux compétences de la sage-femme, la rééducation du périnée, la connaissance sur les muscles, sur l'anatomie, ça c'est évident. Après... Après c'est un peu des clichés quoi... c'est pas du tout... je pense qu'on est plus... hmm, peut-être pas toutes hein, mais on est plus ouvertes, aptes à entendre ce problème, à prendre de le traiter, d'en parler, d'essayer de comprendre les causes... Même à l'hôpital et même en salle d'accouchement... Je pense que, quand on prend une femme atteinte de vaginisme... pour l'avoir vécu, on est plus capable ou on a plus envie en tous cas, nous
130 les sages-femmes, de prendre un quart d'heure pour examiner une femme qui a un

vaginisme en utilisant du gaz, des choses pour la détendre, pour ce que ce soit le moins compliqué possible, qu'un médecin.

Interviewer : Et du coup vous me disiez que c'était peut-être un peu plus compliqué de prendre en charge le vaginisme à l'hôpital, pourquoi ? Ça serait quoi pour vous les freins que vous pensez majoritaires dans la prise en charge du vaginisme en salles de naissances, en suites de couches, voire en GRE ?

Leïla : Beh déjà je pense qu'on est vraiment dans un autre cadre. Tout ce qui concerne les grossesses à risque implique des pathologies. Donc on se concentre vraiment sur la pathologie, le problème, pourquoi la femme est-elle hospitalisée. Ce n'est clairement pas à ce moment-là que l'on va se poser avec quelqu'un et dire « qu'est-ce qui vous arrive », ce n'est pas forcément le moment où la discussion est ouverte sur ça. Et en salles d'accouchements encore moins. Le frein principal c'est clairement le temps. Le temps dont on dispose, le temps qu'on accorde aux patientes. Après cela est forcément biaisé parce que je travaille dans un niveau III et qu'il y a beaucoup d'activités. Je suppose que ce n'est pas partout pareil, que dans des petites structures avec moins d'accouchements et plus de temps ça pourrait être différent. Moi ce que je ressens c'est ça. Et je pense encore une fois qu'il faut quand même du temps pour prendre en charge et traiter un vaginisme, ce n'est pas en une consultation d'urgence en salle ou un travail pour un accouchement que l'on peut traiter cela. On peut faire le maximum pour essayer d'y ... Pas d'y remédier... mais de faire ce qu'on a à faire en palliant ce problème mais voilà. Je pense que c'est le temps. Quand elles arrivent en salles d'accouchement, c'est qu'elles vont potentiellement accoucher ou qu'elles sont peut-être en travail. A un moment donné, cette balance entre... ok c'est très dur pour elles la pénétration mais est-ce qu'elles sont en travail... Voilà ce diagnostic qu'on doit faire malheureusement avec les doigts... c'est compliqué.

Interviewer : d'accord, je vois. Est-ce que malgré tout, vous pensez qu'il y a des petites solutions à apporter ? Au vu du manque de temps dont vous me parlez, est-ce vous pensez qu'il serait utile d'orienter la patiente après son accouchement par exemple ?

Leïla : C'est sûr que si le vaginisme est dépisté au sein de la maternité, que ce soit en salle, en grossesses à risque, que ça n'a jamais été dit avant, que la patiente elle-même ne connaît pas le terme vaginisme, c'est évident qu'en effet en suites de couches ou même en salle, on peut en discuter, on peut déjà dire que ça a un nom, que ça peut se prendre en charge, que ça peut se traiter, qu'il y a des personnes habilitées à ça. Oui je pense que c'est notre rôle d'orienter les femmes en suites de couches. Quand on leur

165 parle avec beaucoup d'automatismes de la rééducation du périnée et de la consultation du post-partum, on peut leur parler de ça.

Interviewer : Oui d'accord ok.

Leïla : Mais ça c'est sûr ! Je pense que même si le vaginisme était connu mais que la femme n'a pas fait encore de démarche parce que peut-être qu'elle n'en avait pas envie
170 ou qu'elle ne sentait pas prête ou encore parce qu'elle ne savait pas que ça existait, je pense que ça peut être un bon moment. C'est toujours un bon moment de toutes façons l'accouchement pour dépister tout et n'importe quoi, dont le vaginisme et appuyer un peu sa prise en charge.

Interviewer : d'accord je vois. Que pensez-vous du fait de verbaliser à un.e collègue
175 qu'une patiente est atteinte de vaginisme lors d'une relève par exemple ?

Interviewer : Je trouve qu'on le fait toujours en salle, puisqu'on est amené à faire des examens et que c'est quelque chose qu'il faut savoir car ça amène une prise en charge différente. Moi j'ai vu mettre beaucoup de péri dites « précoces » sur des femmes avec un vaginisme, parce ce qu'on ne peut pas se permettre déjà de l'examiner toutes les
180 demi-heures dès qu'elle a un peu plus mal pour vérifier son col. Déjà que c'est une épreuve pour elle à chaque fois donc le moins d'examens possibles c'est le mieux. Et c'est très très dur quand on les examine, pour avoir une idée précise du col donc on prend en charge précocement la douleur pour potentiellement faciliter en suite les examens. Là on est obligé de se le dire. C'est pertinent de se le dire pour les examens
185 qu'on a à faire, pour prendre plus de temps, pour prendre de meilleures dispositions. Cependant je pense que ça se perd une fois que les patients passent en suites de couches car je pense qu'on ne se le dit plus après.

Interviewer : ok d'accord.

Leïla : Et ça je pense que ça serait pertinent de, soit se le redire, soit se le noter et en
190 effet de pouvoir l'aborder avec la sage-femme qui fait la sortie de la patiente par exemple au moment où elle donne les ordonnances. Sans lui dire de « penser à » mais sous la forme d'un « sachez que » ...

Interviewer : Sachez qu'il existe des choses à faire ?

Leïla : Oui voilà !

Interviewer : Vous me parlez de patientes à vous qui ont eu du vaginisme, est-ce vous
195 pouvez me raconter le contexte de la rencontre avec ces patientes (en salle, suites de couches...) ?

Leïla : Alors moi c'était toujours en salles.

Interviewer : D'accord.

200 **Leïla** : C'était toujours en salles, après le contexte... j'en ai eu 3 dont je me souviens, parce qu'il y en a d'autres dont je ne me souviens plus vraiment de l'histoire. Les trois cas étaient très différents. Une qui était consciente de son vaginisme, avait entrepris des démarches pour comprendre pourquoi elle avait ce vaginisme. Elle-même n'avait aucune idée de la cause de ce vaginisme, aucun événement qui aurait pu l'amener à
205 développer cela. C'est un vaginisme un peu secondaire on va dire, dans sa vie de jeune femme mais pas depuis le début. Une autre qui avait développé ce vaginisme, elle en était consciente aussi et avait fait un travail avec un psy et ensuite avec une sage-femme pour réapprendre à contrôler un peu plus ses muscles, à accepter que ce ne soit pas à chaque fois horrible pour elle (l'examen gynéco). Cette patiente avait développé le
210 vaginisme à la suite de ses premières relations sexuelles dans son adolescence qui pour elle n'étaient pas un viol sur le coup, c'étaient des relations sexuelles consenties. Elle s'est rendu compte plus tard que ça l'avait beaucoup marquée. La dernière c'est dans un contexte de mariage un peu ... pas forcément désiré... avec une personne qu'elle ne connaissait pas initialement. Les rapports sexuels n'étaient pas désirés par la patiente
215 et elle avait développé ce vaginisme un peu tardivement on va dire. Pour toutes les trois c'était très compliqué pour l'examen, surtout avant de poser une péridurale, qu'elles souhaitaient bien sûr. Il y a une infirmière anesthésiste à l'hôpital qui fait de l'hypnose médicale et qui avait essayé de faire une petite séance au moment d'un examen. Et sinon je propose souvent le protoxyde d'azote pour les examens, souvent elles acceptent.

220 **Interviewer** : Est-ce que ça se passe mieux avec le protoxyde d'azote ?

Leïla : Bah.... Hmm ... c'est toujours difficile parce qu'on sent toujours la contraction musculaire, c'est toujours hyper compliqué. Mais je pense que les patientes le vivent mieux « intellectuellement », elles le vivent mieux, elles sont un peu relaxées quoi. D'un point de vue physique ça ne change pas grand-chose.

225 **Interviewer** : Est-ce que vous avez d'autres petites astuces pour les examiner plus aisément ? Par exemple en mettant du gel sur le doigtier ou autre ?

Leïla : De toutes façons moi je mets toujours du gel tout le temps, clairement. Même pour les femmes qui n'ont rien à part si elles ont rompu ou quoi. Donc oui bien sûr tout le temps. J'utilise souvent des gants stériles et pas un doigtier. Déjà moi je suis plus à
230 l'aise avec les gants stériles et je trouve que c'est plus agréable qu'avec le petit doigtier en plastique. Oui je mets toujours de gel. Je ne mets jamais de spéculum sur une

235 patiente qui a un vaginisme. A part vraiment si indication médicale importante. Par exemple si la patiente vient parce qu'elle saigne, il faut bien regarder d'où vient le saignement. Sinon une dame qui a rompu ou qui a un suspicion de rupture pour laquelle on ferait normalement un examen au spéculum pour voir, là je ne le fais pas. Je me contente de regarder une protection, de lui poser des questions et je m'arrête là. Et pour tout ce qui est prélèvements vaginaux, tout ce qui se fait avec un coton-tige, je leur propose souvent de le faire elles si elles se sentent. Parce qu'au moins je me dis je leur laisse et si je n'ai pas le temps de rester tout le temps qu'il faut, au moins elles, elles
240 prennent leur temps elles le font tranquille et moi ça ne change rien.

Interviewer : Donc par exemple, vous pourriez proposer à une patiente de faire un Actim ou prélèvement vaginal en auto-prélèvement ?

Leïla : Oui !

Interviewer : Ok super ! Et en général, elles sont plutôt d'accords avec cette idée-là ?

245 **Leïla** : Certaines sont surprises car elles ne sont pas ... Comment dire ... Une dont je vous parlais tout à l'heure avait conscience de son vaginisme, elle connaît son corps, a une sexualité épanouie avec son compagnon. Elle était à l'aise avec ça. Pour les deux autres, c'était un petit peu plus compliqué, elles étaient un peu moins à l'aise. Après voilà, je leur dis « vous essayez, si vous n'y arrivez pas, je reviens et on le fait ensemble,
250 mais ça peut être peu moins intrusif pour vous » et en général ça passe bien. Elles le font sans problème.

Interviewer : Au final, vous alliez avec ça de la parole, de la réassurance, malgré tout il n'y a pas que l'auto-prélèvement seul qui permet le geste.

255 **Leïla** : Oui voilà, c'est encore plus important qu'avec les autres patientes, c'est toujours important mais encore plus, de prendre le temps, de parler, de discuter, dire qu'il n'y a rien de grave, il n'y a pas d'échec, dans tous les cas on va y arriver. Le mieux c'est avec la manière avec laquelle elles sont le plus à l'aise. Mais oui je pense que la mise en confiance, créer une relation, qu'elles essaient tant que possible de ne voir qu'une seule personne pour justement garder la relation avec la personne. Je pense que c'est mieux.

260 **Interviewer** : D'accord je comprends. Est-ce vous ressentez un sentiment prédominant lorsque vous recevez des patientes atteintes de vaginisme ?

Leïla : Déjà de l'impuissance... à mon niveau je me sens impuissante parce que c'est pour leur vie d'après, ce n'est pas juste pour maintenant quand elles là. Le gaz ça marche pour le toucher vaginal mais ça s'arrête là. Après je dirai... pas de

265 l'incompréhension parce que ce n'est pas ça... Hm... c'est quelque chose dont on ne
parle pas, c'est quelque chose qui n'est pas connu, c'est quelque chose pour laquelle
on n'est trop peu informé. Je me sens un peu ... Je ne suis pas surprise à chaque fois
mais limite vous voyez ? Même si je sais ce que c'est et tout... déjà de voir l'état des
270 femmes par rapport à ça... Tout ce qu'il faut faire autour d'un toucher vaginal... je me
sens démunie un peu, voilà c'est plus le mot, je me sens démunie. A chaque fois ça me
surprend, dans le « mauvais », ça me rend triste pour elles qu'elles le vivent comme ça
car on a l'impression de leur faire du mal en fait alors que ce n'est pas du tout notre
souhait. Mais on a l'impression que malgré nous on va être obligé de les mettre en
difficulté. Et ça je trouve ça difficile. On sait qu'elle n'a rien contre nous, mais ce qu'on
275 va faire ça va la mettre « pas bien », et on fait pas du tout ce métier pour ça...

Interviewer : C'est vrai... Vous vous sentiez donc démunie vis-à-vis du vaginisme ; et
par rapport à l'équipe avez-vous ressenti quelque chose lorsque vous recevez une
patiente atteinte de vaginisme ? Du gynécologue qui vient à la fin d'un accouchement
pour faire des spatules par exemple, ou de l'anesthésiste que l'on rappelle souvent pour
280 ré-injecter... Est-ce que vous ressentez un sentiment particulier les concernant ?

Leïla : Oui... Déjà vous avez aussi des sages-femmes qui ne veulent pas prendre en
charge des femmes qui ont un vaginisme parce que ça les gonfle clairement ... de
prendre du temps... ça les gonfle. Après moi je pense que c'est mieux d'être honnête et
de dire à une collègue « franchement là je ne me sens pas ». Comme ça une personne
285 avec plus de patience ou qui est plus prête va prendre en charge la personne. Après les
gynéco clairement j'ai l'impression que ça leur passe au-dessus quoi. Quand on les
appelle pour mettre des spatules ou d'autres instruments, ce n'est clairement pas
quelque chose qui les intéresse. Moi je pense qu'ils font comme si ça n'existait pas,
quand vraiment on les appelle pour instruments, pas dans un autre cas ! Les
290 anesthésistes pareil. Après ça dépend des gens c'est toujours pareil mais je pense qu'il
y a une certaine méconnaissance. La méconnaissance entraîne un jugement... Combien
de fois on entend « si elles sont là c'est qu'elles ont des rapports sexuels, elles ne sont
pas tombées enceintes par le saint esprit donc c'est bon quoi » et ça c'est très compliqué.
A chaque fois qu'on entend des trucs absurdes, on ne va pas s'embrouiller avec les
295 gens, mais d'un autre côté on a envie qu'ils fassent ce qu'on a envie, de réinjecter par
exemple... Donc voilà. Souvent ils le font, je n'ai jamais eu de soucis avec ça car on leur
dit que c'est nécessaire etc., on arrive à négocier. Mais je pense que la méconnaissance
du sujet entraîne forcément des idées reçues qui ne sont pas forcément vraies et qui ne
sont surtout pas positives ça c'est sûr !

300 **Interviewer** : Finalement, en quelques mois d'exercice, vous avez déjà rencontré pas mal de patientes atteintes de vaginisme.

Leïla : Oui en fait je pense que c'est plus courant que ce que l'on croit. Ou peut-être que je suis tombée sur des gardes comme ça. En tous cas moi, à la base, je ne pensais pas que c'était aussi courant. C'est récurrent et qu'on n'est un peu toujours nul finalement
305 sur la prise en charge et qu'on pourrait l'améliorer parce que ce n'est pas si rare que ça.

Interviewer : Est-ce que la prise en charge de ces patientes atteintes de vaginisme ont eu une prise en charge obstétricale différente ?

Leïla : Alors pour une patiente lambda qui arrive, je vais l'examiner une fois à l'entrée pour me faire une idée, est-ce qu'elle est en travail, est-ce que c'est un faux travail...
310 Après j'examine très peu sans péridurale, le moins possible. Si j'ai un col à peu près modifié par rapport à la première fois, ou un col de travail, et que la femme a super mal, je demande une péri précoce et je leur dis pourquoi. Je dis que c'est parce que la femme a un vaginisme et que je pense qu'elle se met en travail, elle a super mal. Et souvent, les gynécologues sont ok. Car il faut que l'on demande aux gynécologues l'accord pour
315 mettre une péridurale précoce. J'ai jamais été embêtée par un gynécologue qui m'aurait demandé de réexaminer. Donc j'examine le moins possible déjà sans anesthésie, quitte à ne pas examiner juste avant de mettre une péri, et c'est aussi ce que je fais pour une patiente qui n'a pas de vaginisme. Ensuite j'attends que la patiente soit au maximum soulagée avec la péri et j'essaie ensuite un premier examen pour voir comment elle
320 réagit. Ensuite si c'est un tout début de travail, oui je ne vais pas examiner toutes les heures. Nous on respecte la phase de latence, donc clairement si je suis à 3cm je vais faire un toucher sur deux jusqu'à la phase active pour éviter que ce soit un stress pour la patiente. Je leur dis que même si elles ont une péridurale je ne vais pas venir les embêter toutes les heures car clairement pour le moment ce n'est pas nécessaire. Je
325 trouve que direct aussi ça met un autre climat parce que la patiente se sent écoutée et comprise. Elle se dit « elle fait un effort pour moi » et quand ensuite il faudra faire des choses plus difficiles pour elle se sentira plus disposée. Après mes patientes ont accouché voie basse car même si c'était compliqué de les examiner, à l'accouchement elles ont poussé même si c'était difficile, même si elles sentaient car elles n'étaient pas
330 complètement plombées par la péri. J'essaie de faire en sorte qu'elles sentent un peu pour pousser parce que si c'est pour mettre des spatules ça ne sert à rien. Je trouve qu'au moment de l'accouchement, elles sont plus ... elles acceptent mieux les sensations que l'examen. Après pendant l'accouchement je ne mets pas les doigts comme on pourrait le faire pour des femmes qui n'ont pas de vaginisme et pour des

335 premiers sous péri qui ne sentent pas forcément, on met facilement les doigts en disant
« vous sentez mes doigts ? c'est là qu'il faut pousser », bon là j'évite au maximum et
franchement elles ont toujours accouché voie basse.

Interviewer : D'accord je vois ! Tout à l'heure nous discussions du fait de parler du
vaginisme lors des relèves, est-ce que ça vous est arrivé de le transmettre à la collègue
340 des suites de couches ?

Leïla : Hmm oui ! Oui franchement ! Quand je fais ma petite relève je dis toujours un peu
le contexte d'entrée, l'histoire en abrégée. Je leur parle de la péri très précoce et je leur
dis pourquoi, donc je parle du vaginisme. Après je ne sais pas si c'est entendu en suites
de couches. Et moi quand je suis en suites de couches on ne m'a jamais parlé du
345 vaginisme d'une patiente lors d'une relève.

Interviewer : D'accord, vous n'avez pas encore eu l'occasion d'orienter une patiente en
suite de couches ?

Leïla : Non.

Interviewer : D'accord, et si jamais vous deviez orienter une patiente en suites de
350 couches car une collègue vous aurez dit qu'une patiente a un vaginisme, vous pensez
que vous orientez plutôt vers quel professionnel de santé ? Sage-femme, sage-femme
sexologue, psychologue, ...

Leïla : Je pense que je discuterai d'abord avec la patiente, pour voir où elle en est par
rapport à ça, et voir ce qu'elle pense ce qui est le mieux. Après je pense que c'est quand
355 même important d'avoir une prise en charge vraiment psychologique, mais je pense
aussi que ça ne va pas sans une prise en charge par une sage-femme sexologue par
exemple. Je lui conseillerai aussi de se tourner plutôt vers une sage-femme pour la
rééducation du périnée car ça permettrait d'aborder plusieurs sujets, le vaginisme, la
rééducation, l'éducation...

360 **Interviewer** : D'accord je vois ! Il nous reste une partie à aborder : le vaginisme à l'école,
qu'est-ce que vous en pensez ?

Leïla : (rires) j'ai déjà un peu débordé tout à l'heure. Je trouve qu'on n'est pas du tout
informé. C'est courant, ça mérite d'être abordé. Que ce soit pour celles qui se destinent
à l'hôpital ou celles qui se destinent au libéral. Ce n'est pas la même prise en charge
365 mais on y est autant confronté. Celles qui se dirigent vers le libéral font souvent des
formations complémentaires mais en revanche celles qui se dirigent vers l'hospitalier...
Clairement en formation initiale, on n'a pas assez de formation là-dessus. Déjà il y a

plein de choses qui nous manquent hein. Bon comme c'est assez frais pour moi, en M2 j'ai eu tout un truc sur la rééducation du périnée mais pas du tout par rapport au
370 vaginisme. J'ai eu tout un truc sur la prise en charge des douleurs de l'appareil génital et plein de choses sont abordées, mais par contre le vaginisme c'est un diapo noyé dans d'autres où on nous dit que le vaginisme c'est la contraction musculaire. Mais en fait on n'en parle pas ! On ne nous dit pas ce qu'il faut faire pour accompagner, vers qui orienter ... Franchement je trouve qu'on n'est pas du tout assez formé que ce soit pour
375 l'orientation ou la prise en charge de ces femmes. Après je pense vraiment que celles qui font du libéral, elles peuvent s'informer plus avec des formations complémentaires avec des formations continues. Par contre la formation initiale ... Alors qu'on a quand même un module gynéco et ça peut rentrer là-dedans, il y a plein de choses pour lesquelles on nous bourre le crâne alors qu'on sait très bien qu'on va l'oublier alors que
380 ça on va le mettre en pratique et qu'on va en avoir besoin. Je trouve vraiment qu'on n'est pas assez formé, il faudrait vraiment qu'on ait des heures de cours consacrées à ça et pas un diaporama parmi les douleurs génitales...

Interviewer : D'accord je vois, du coup, pour vous c'est vraiment un regret de ne pas avoir eu plus de cours ?

385 **Leïla** : Ha oui oui. Je pense que la connaissance emmène plus de compréhension, le fait d'être plus à l'aise avec ça.

Interviewer : Est-ce vous en avez plus appris sur le sujet en tant qu'étudiante sage-femme sur le terrain ?

Leïla : Oui oui.

390 **Interviewer** : Vous avez déjà été confronté pendant vos études à des patientes atteintes de vaginisme ?

Leïla : Oui, alors même si du coup, moi pendant mes études on me disait « la patiente a un vaginisme, on ne va pas y aller à deux », j'ai toujours entendu ça et je trouve ça très juste. Car si moi demain je prends en charge une patiente qui a un vaginisme, je
395 pense que je dirai pareil. Mais d'en avoir entendu parler, voir ce que les sages-femmes faisaient pour la prise en charge, c'est ce qui m'a amenée à faire pareil une fois diplômée. En refaisant ce que j'avais entendu, du fait de l'expériences des sages-femmes. Donc ça c'est sûr j'ai plus appris sur le terrain de stage qu'à l'école en théorie.

Interviewer : Du coup ça vous a permis d'avoir plus de compétences que de
400 connaissances sur le sujet ?

Leïla : Clairement oui !

Interviewer : Là nous parlions du vaginisme dans la formation initiale, et concernant la sexologie en général dans tous ses aspects, qu'en pensez-vous ?

405 **Leïla** : Je crois qu'on a un module de sexologie, on a plusieurs fois trois heures si je me souviens bien, 6 ou 9h. Alors c'est bien, je trouve ça super intéressant, je pense que ça fait partie de la vie de la femme, c'est important d'avoir une formation là-dessus, peu importe le mode d'exercice et encore plus en libéral parce qu'on a plus de temps, on peut se spécialiser sage-femme sexologue en libéral je trouve que c'est bien. Mais encore une fois c'est trop peu. La sage-femme qui nous enseignait était très bien mais
410 du coup elle est obligée de concentrer tout un programme dans un temps réduit et d'aborder pleins de choses mais sans les approfondir. Il n'y a pas assez d'info je pense, c'était plus des listes.

Interviewer : Est-ce vous auriez aimé avoir plus d'heures sur la sexologie ?

415 **Leïla** : Oui j'aurais aimé avoir plus d'heures sur la sexologie et le vaginisme ça pourrait rentrer dans le module sexo. Je pense qu'il faudrait un plus gros module de sexo et intégrer le vaginisme.

Interviewer : D'accord ! Est ce vous auriez l'envie de faire des petites formations, pas forcément un DU de sexo, mais des formations courtes pas forcément diplômantes, pour vous renseigner plus amplement ?

420 **Leïla** : Oui clairement ! On avait fait des congrès en M2 et il s'est avéré qu'il y avait des modules sur ça et j'ai trouvé ça super intéressant. Faire des congrès dédiés à ça, enfin pas forcément qu'à ça mais sur la sexo, d'ailleurs il y avait un congrès SexoGyn qui était super intéressant. Et tous les modules sur la sexo nous apprennent plein de choses : dernières actualités, chiffres, prises en charge actuelles, dernières recommandations.
425 C'est super intéressant, ça peut nous informer et on peut rapidement mettre en pratique les connaissances acquises lors de ses congrès.

Interviewer : D'accord ! Moi j'ai toutes mes informations pour mon entretiens, avez-vous quelque chose à ajouter sur ce que l'on a dit, quelque chose que l'on aurait abordé ou pas d'ailleurs ?

430 **Leïla** : Non franchement je pense qu'on a abordé beaucoup de choses. La méconnaissance de ce sujet pourtant commun amène que chacun prend en charge comme il peut, à sa manière, il n'y a rien d'écrit. C'est toujours compliqué selon les professionnels (anesth, gynéco). On a clairement un rôle à jouer, il faudrait qu'on soit

435 mieux formé pour se sentir encore plus concernée et que l'on soit actrice dans cette problématique.

Interviewer : Je vous remercie pour votre temps et pour avoir accepté de participer à l'étude

Annexe VIII : Représentation du vaginisme selon les participantes à l'étude qualitative (1)

Rubrique	Représentation du vaginisme (1)													
Sous-rubriques	Définitions						Etiologies							
Thématiques	Contractions involontaires	Pénétration +/- impossible	Fréquence	Sexualité conservée	Douleurs physiques	Blocage psychologique	Violences sexuelles	Violences physiques	Violences psychiques	Violences gynéco-obstétricales	Education / tabou dans la famille	Cultures / religions	Evénement traumatique, choc	Pathologies organiques
Zoé	L.9-10 ; L.29-31 ; L.260-261		L.7 ; L.10	L.101-107		L.256-257	L.154	L.48-49	L.145		L.50 L.156-159 ; L.275	L.50 ; L.125-126		
Leïla	L.5-8	L.16-19	L.304-305			L.93-94	L.75-77	L.76-77	L.77				L.69-70	
Jade				L.30-33	L.5	L.51	L.52						L.51	L.49-51
Pietra		L.11-13		L.11-13	L.90-94	L.23-24 L.27	L.24			L.25 ; L.37-46		L.26-27	L.24	L.28-29

Annexe IX : Représentation du vaginisme selon les participantes à l'études qualitative (2)

Rubrique	Représentation du vaginisme (2)													
Sous-rubriques	Le point de vue des patientes selon les sages-femmes							Le point de vue des professionnels de santé selon les sages-femmes						
Thématiques	Fausse croyance par rapport à l'anatomie	Relation privilégiée avec la SF	Motif de consultation : désir d'enfant	Apaisement, réassurance, relation de confiance avec SF	Sentiment de peur	Tension physique et/ou psychique	Relations sexuelles non pénétrantes possibles et	Sentiment d'agacement	Sentiment de jugement négatif	Sentiment d'indifférence	Méconnaissance de la pathologie	Prise en charge inconnue	Prise en charge inadaptée	Personne-dépendant
Zoé	L.60-63	L.64-73	L.108-109	L102-109 ; L.168-169 ; L.174-177	L.86-87 ; L.104-105 ; L.123-127		L.99-101	L.419-427			L.426-430	L.426-427	L.312-315 ; L.286-293	
Leïla				L.254-259			L.45-51 ; L.245-247	L281-283	L.297-299		L290-291 ; L.297-299			L.289-290
Jade		L.115-117		L.77-78 ; L.180 : L.187-188	L.31 ; L.223-224 ; L.321-322	L.55-57				L.280-281				L.149-152
Pietra	L.53-56	L.127-129			L.42-43						L.146-149	L.146-149		

Annexe X : Prise en charge d'une patiente atteinte de vaginisme selon les sages-femmes interrogées

Rubrique	Prise en charge d'une patiente atteinte de vaginisme																									
Sous-rubriques	Quelles méthodes utiliser face à une patiente atteinte de vaginisme ?										Les traitements possibles						Orientation des patientes chez des spécialistes									
Thématiques	Douceur et communication	Prendre son temps	Réassurance, confiance	Méthodes de relaxation	Explication des gestes	Demander le consentement	Protoxyde d' azote	Péridurale précoce	Lubrifiant	Pour les PV → auto-prélèvements	Expectative tant que c' est possible	Dilatateurs vaginaux	Relaxation	Education sexuelle / anatomique	Education du périnée	Médecines alternatives	Toxine botulique	EMDR	Hypnose	Psychologue	Psychiatre	Sexologue	Spécialistes de la douleur	Ostéopathe	Dermatologue	
Zoé	L.233-234 ; L.21-26 ; L.73-75 ; L.107 ; L.132-136	L.165-168 ; L.174-177	L.102 ; L.107 ; L.115-118 ; L.174-177		L.72-75	L.72-78					L.403-406			L.60-62 ; L.104-102 ; L.134-139	L.113	L.143-146	L.215-220				L.393-397			L.389-391	L.391-392	
Leïla	L.254-259	L.238-240	L.257-259				L.218-219		L.227-229	L.236-240	L.310 ; L.316-318 ; L.321-324				L.99-104 ; L.115-117			L.92-94	L.92-94	L.354-355			L.356-359			
Jade		L.115-118 ; L.221-224	L.77-78 ; L.187-188 ; L.237-238	L.69-72 ; L.266-271	L.243-244	L.244-247	L.251-254	L.129-135	L.242-243				L.71		L.66-67				L.71	L.301-303						
Pietra	L.142-146	L.66-67		L.58		L.39-40	L.165-166					L.56-57	L.57-58	L.53-55	L.53					L.79			L.238-242			

Annexe XI : La sage-femme et la vaginisme au quotidien selon les praticiens interrogés

Rubrique		La sage-femme au quotidien face au vaginisme																
Sous-rubriques	La place de la sage-femme face au vaginisme		Les qualités de la sage-femme pour la prise en charge du vaginisme				Les freins de la sage-femme pour la prise en charge du vaginisme							Le sentiment de la sage-femme face au vaginisme				
	Thématiques	Très importante	Ponctuel	Patience, les sages-femmes prennent plus de temps	Relation, confiance	Douceur	Compétences adaptées	Argent	Manque de temps	Identification à la patiente	Manque de formation	Freins socio-culturels	Personnalité de la sage-femme	Manque d' outils	Satisfaction	Appréhension	Frustration	Impuissance
Zoé	L.164		L.165-166	L.174-177	L.233-234		L.180-187		L.260-261					L.412-414				
Leïla	L.109-119		L.124-132	L.124-128		L.123-124		L.142-146										L.262-263
Jade	L.115-116			L.122-126		L.124-125	L.171-172	L.144-146			L.148-149 ; L.152-154	L.149-152	L.146				L.237-240	
Pietra		L.132-133 ; L.135-138		L.144-146	L.145			L.153-154		L.149-150	L.238-240				L.195-208			

Annexe XII : La formation concernant le vaginisme et la sexologie selon les sages-femmes interrogées

Rubrique	La formation concernant le vaginisme et la sexologie											
Sous-rubriques	Formation initiale : cours théoriques					Formation initiale : stage			Formation continue			
Thématiques	Insuffisante	Manque d'information sur les conduites à tenir et sur la prise en charge	Nécessité d'amélioration	UE libre éducation à la sexualité suffisante et complète	Formation satisfaisante	Expériences en tant qu'étudiante sage-femme	Se nourrir du savoir-faire des sages-femmes expérimentés	Insuffisante	Nécessaire	Désir de se former d'avantage	Formation au quotidien grâce à l'expérience des collègues sages-femmes	Formation autodidacte
Zoé	L.333-341								L.366-369			
Leïla	L.367-368 ; L.377-382	L.373-375	L.380-386			L.387-401	L.395-397			L.310-316		
Jade				L.163-164	L.360-363	L.183-188 ; L.349-351				L.366-367	L.274-276	
Pietra	L.247 ; L.280-281		L.284-258					L.260-264		L.207-208 ; L.323-324		L.328-330

Glossaire :

[1] Critère de Cochran : Le théorème de Cochran permet d'établir la convergence en loi de certains tests statistiques. C'est le cas du test d'adéquation ou le test d'indépendance

[2] DSM V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ce qui signifie manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Vème éditions)

[3] EMDR : Eye movement desensitization and reprocessing, ce qui signifie désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires.

[4] PV : prélèvement vaginal

[5] SF : sage-femme

Résumé :

Objectifs :

- Faire un état des lieux des connaissances des sages-femmes concernant le vaginisme en les interrogeant via un questionnaire en ligne et par des entretiens individuels semi-directifs.
- Établir les freins et les facteurs favorisant le parcours de soins des patientes atteintes de vaginismes en interrogeant les sages-femmes via un questionnaire en ligne et par des entretiens individuels semi-directifs.

Méthode : étude mixte, descriptive multicentrique, dans un premier temps réalisé à l'aide d'un questionnaire distribué aux sages-femmes hospitalières, libérales et des PMI de mai 2020 à septembre 2020. 167 sages-femmes ont répondu au questionnaire. Dans un second temps, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 4 sages-femmes, sans tenir compte de leur secteur d'activité.

Résultats : Les sages-femmes connaissent le vaginisme mais ne s'estiment pas suffisamment compétentes pour le prendre en charge et ce malgré le fait qu'elles se sentent investies dans cette problématique. Des freins ont été mis en évidence : manque de temps, manque de formation, tabou général autour de la sexualité. Les sages-femmes non spécialisées en sexologie ne savent pas vers qui orienter leur patientes vaginiques. Il est à noter que c'est plus de 80% des sages-femmes qui ont déjà posé ce diagnostic et seulement 60% des sages-femmes qui orientent ces patientes.

Mots-clés : Vaginisme – Sage-femme – Connaissances – Représentations – Sexualité – Tabou

Summary and abstract :

Objective :

- Review the midwives' knowledge about vaginismus through an online questionnaire and semi-structured interviews.
- Set the factors and obstacles contributing the care pathway of vaginisms patients through an online questionnaire and semi-structured interviews.

Methods : A mixed, descriptive, multicenter study, initially conducted using a questionnaire sent to midwives working in hospital, private practice, and maternity and child welfare clinics from May 2020 to September 2020. 167 midwives answered it. In a second phase, semi-structured interviews were conducted with four midwives, regardless of their sector of activity.

Results : Midwives know about vaginism but do not consider themselves competent enough to handle it, despite the fact that they feel invested in this problem. Obstacles were highlighted: lack of time, lack of training, general taboo around sexuality. Midwives are not specialized in sexology do not know where to refer their vaginisms patients. It should be noted that it is more than 80% of midwives who have already made this diagnosis and only 60% of midwives who refer these patients.

Keyword : Vaginismus-midwife-knowledge-representation-sexuality-taboo