



HAL
open science

Les sages-femmes et la vulvodynie : état des lieux des pratiques et du souhait de formation

Léa Faucheux

► **To cite this version:**

Léa Faucheux. Les sages-femmes et la vulvodynie : état des lieux des pratiques et du souhait de formation. Gynécologie et obstétrique. 2022. dumas-04039420

HAL Id: dumas-04039420

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04039420v1>

Submitted on 21 Mar 2023

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Léa Faucheux

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

LES SAGES-FEMMES ET LA VULVODYNIE

État des lieux des pratiques et du souhait de formation

Soutenu le : 02 juin 2022

Directeur de mémoire : Dr Moyal-Barracco, dermatologue spécialisée en pathologie vulvaire

JURY

Mme Louis, sage-femme, enseignante à l'Université de Versailles-St-Quentin-en-Yvelines

Mme Habelski, sage-femme, enseignante à l'Université de Versailles-St-Quentin-en-Yvelines

Mme Canonge, sage-femme libérale

Numéro national d'étudiant : 21603919

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je tiens à remercier

Dr Moyal-Barracco, d'avoir été ma directrice de mémoire, de m'avoir soutenue, accompagnée et corrigée à chaque étape de l'élaboration de ce mémoire.

L'équipe pédagogique, et particulièrement Anne Rousseau et ma référente pédagogique Eléonore Hericher, pour leurs nombreux conseils.

Ma famille, pour leur soutien sans faille et leur croyance en mon projet.

Mes amis, pour leurs encouragements de tous les instants.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LEXIQUE	X
TITRE ET RESUME	XI
TITLE AND ABSTRACT	XII
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	2
1.1 Généralités sur la vulvodynie	2
1.1.1 Historique	2
1.1.2 Définition	2
1.1.3 Epidémiologie	3
1.1.4 Recommandations Françaises	3
1.1.5 Physiopathologie	4

1.1.6	Impact	4
1.1.7	Prise en charge de la vulvodynie	5
1.2	Diagnostic	5
1.2.1	Généralités	5
1.2.2	Interrogatoire	5
1.2.3	Examen clinique	7
1.2.4	Errance diagnostique	7
1.3	Les professionnels face à la vulvodynie	8
1.3.1	Formation	8
1.3.2	Difficultés rencontrées par les professionnels	8
1.3.3	Les sages-femmes et la vulvodynie	9
1.4	Question de recherche	10
2	MATERIEL ET METHODES	11
2.1	Généralités	11
2.1.1	Hypothèses	11
2.1.2	Objectifs	11
2.1.3	Type d'étude	11
2.2	Questionnaire	12
2.2.1	Elaboration du questionnaire	12
2.2.2	Principales variables	12
2.2.3	Diffusion	12
2.2.4	Stratégie d'analyse	13
2.2.5	Obligations réglementaires	13
2.3	Population d'étude	14
3	RESULTATS	15
3.1	Description de la population	15
3.1.1	Diagramme des flux	15
3.1.2	Caractéristiques de la population	16

3.2 Pratiques en consultation	17
3.2.1 Durée d'une consultation	17
3.2.2 Interrogatoire en consultation	18
3.2.3 Suspicion de vulvodynie	19
3.2.4 Orientation des patientes	19
3.3 Formation sur la vulvodynie	20
3.3.1 Sources de formation sur la vulvodynie	20
3.3.2 Souhait de formation	21
3.3.3 Types de formation	21
4 DISCUSSION	22
4.1 Principaux résultats	22
4.2 Discussion	23
4.2.1 Contenu de l'interrogatoire	23
4.2.2 Suspicion du diagnostic de vulvodynie	24
4.2.3 Orientation des patientes par les sages-femmes	24
4.2.4 Souhait de formation des sages-femmes	25
4.3 Points faibles de l'étude	26
4.3.1 Limites	26
4.3.2 Points faibles	27
4.3.3 Biais	27
4.4 Points forts de l'étude	28
4.4.1 Taille de la cohorte et représentativité de la population	28
4.4.2 Sujet inédit	29
4.5 Perspectives	29
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	33

Liste des tableaux

<u>Tableau 1</u> : Traduit de « <i>Vulvodynia : Assessment and Treatment</i> , Goldstein, 2016 »	6
<u>Tableau 2</u> : Description de la population (n = 799)	16

Liste des figures

<u>Figure 1</u> : Diagramme des flux	15
<u>Figure 2</u> : Durée d'une primo-consultation et d'une consultation de suivi (n = 799) ..	17
<u>Figure 3</u> : Question sur les douleurs vulvaires dans l'interrogatoire médical (n = 799)	18
<u>Figure 4</u> : Orientation des patientes vers d'autres professionnels de santé (n = 799)	19
<u>Figure 5</u> : Sources de formation sur la vulvodynie (n = 799)	20
<u>Figure 6</u> : Types de formation souhaités par les sages-femmes (n = 737).....	21

Liste des annexes

Annexe I : Fiche d'aide au diagnostic et à la prise en charge des vulvodynies (CLGE, 2018)	37
Annexe II : Questionnaire de l'étude	39

Lexique

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists

CLGE : Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IPPS : International Pelvic Pain Society

ISSVD : International Society for the Study of Vulvovaginal Disease

ISSWSH : International Society for the Study of Women Sexual Health

Titre et résumé

Objectifs

Recueillir l'expérience des sages-femmes en matière de vulvodynie et définir leur souhait de formation sur cette thématique.

Matériel et méthodes

Elaboration d'un questionnaire distribué par courrier électronique à 4100 sages-femmes libérales de tous les départements de France métropolitaine. Ce questionnaire comprenait 26 questions : 7 visant à décrire la population, 10 s'intéressant aux pratiques des sages-femmes sur la vulvodynie en consultation, puis, 9 questions portant sur les souhaits et modalités d'information et de formation sur la vulvodynie.

Résultats

799 sages-femmes libérales ont répondu au questionnaire. 75,2% des sages-femmes interrogeaient systématiquement leurs patientes sur la présence de douleurs vulvaires. 77,5% des sages-femmes ont déjà suspecté le diagnostic de vulvodynie. Les sages-femmes orientaient principalement leurs patientes vers les gynécologues (79,7%) et les sexologues (62%). Plus d'1/3 des sages-femmes n'avaient pas reçu de formation sur la vulvodynie. 92% des sages-femmes souhaitaient davantage se former à la vulvodynie.

Conclusion

Compte tenu du développement de leur champ de compétences en matière de gynécologie, les sages-femmes sont amenées à constituer un maillon essentiel dans le dépistage et la prise en charge multidisciplinaire des femmes souffrant de vulvodynie. A ce titre, des modules de formation méritent d'être développés.

Mots-clés : Vulvodynie / Sages-Femmes / Dépistage / Gynécologie / Formation

Title and Abstract

Objective

To collect midwives' experience with vulvodynia and define their desire for training on this subject.

Methods

Elaboration of a questionnaire distributed by electronic mail to 4100 liberal midwives in all departments of metropolitan France. This questionnaire included 26 questions: 7 aimed at describing the population, 10 focused on midwives' practices regarding vulvodynia in consultation, then, 9 concerned the wishes and modalities of information and training on vulvodynia.

Results and conclusion

799 liberal midwives answered the questionnaire. 75,2% of midwives systematically asked their patients about the presence of vulvar pain. 77,5% of midwives had already suspected the diagnosis of vulvodynia. Midwives mainly referred their patients to gynecologists (79.7%) and sexologists (62%). More than 1/3 of the midwives had not received any training on vulvodynia. 92% of the midwives would like to receive more training on vulvodynia.

Conclusion

Due to increasing implications in the gynecological care, midwives are expected to be an essential link in the screening and multidisciplinary management of women suffering from vulvodynia. In this respect, training modules deserve to be developed.

Keywords : Vulvodynia / Midwives / Screening / Gynecology / Training

Introduction

La vulvodynie est une maladie douloureuse chronique qui touche 8% des femmes. Sa prise en charge multidisciplinaire peut concerner gynécologues, sages-femmes sexologues, kinésithérapeutes, psychologues, dermatologues... Malheureusement, cette maladie est incomprise par le corps médical. Les femmes qui en sont atteintes font face à une longue errance diagnostique, ainsi qu'à une succession de traitements inadaptés. Par ailleurs, le champ de compétences des sages-femmes en matière de gynécologie de prévention et de dépistage se développe. Ce contexte nous a donc conduit à nous interroger sur l'expérience des sages-femmes en matière de vulvodynie.

L'objectif de ce mémoire était de réaliser un état des lieux des pratiques des sages-femmes en matière de vulvodynie et de définir leur souhait de formation dans ce domaine.

1 Contexte

1.1 Généralités sur la vulvodynie

1.1.1 Historique

Historiquement, c'est en 1976 que l'on commence à s'intéresser au « burning vulva syndrome » grâce à l'ISSVD (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease). En 1978 le mot « vulvodynia » est cité pour la première fois dans un article de Tovell et Young. Elle était définie comme un prurit, un inconfort ou une douleur à type de brûlure, pour laquelle, aucune preuve clinique ou paraclinique de maladie locale ou systémique n'a pu être mise en évidence. (1) Par la suite, plusieurs définitions lui ont été attribuées. C'est en 2015 que trois sociétés savantes [ISSVD, the International Society for the Study of Women Sexual Health (ISSWSH), International Pelvic Pain Society (IPPS)] ont précisé la dernière définition de la vulvodynie déjà établie par l'ISSVD en 2003. (2)

1.1.2 Définition

La vulvodynie est définie comme une douleur vulvaire d'une durée d'au moins trois mois, sans cause clairement identifiable et pouvant avoir des facteurs associés potentiels. Elle se différencie d'une douleur de cause spécifique : infectieuse (candidose récurrente, herpès simplex virus), inflammatoire (lichen plan, lichen scléreux), neurologique (compression nerveuse, névrome, névralgie post-herpétique), néoplasique (maladie de Paget, carcinome épidermoïde), hormonale (syndrome génito-urinaire de la ménopause, aménorrhée lactationnelle), traumatique (blessure obstétricale, excision génitale) ou iatrogène (radiation, post-opératoire). (2)

Cette définition a été assortie d'une classification de la vulvodynie qui sert actuellement de référence. Elle prend en compte les diverses caractéristiques de la douleur (2) :

- Le mode de déclenchement
 - Spontané (douleur présente en l'absence de tout contact)
 - Provoqué (douleur déclenchée par le contact)
 - Mixte (spontané + provoqué)
- Le siège
 - Généralisé (toute la vulve)
 - Localisé (une partie de la vulve)
- La date d'apparition (concerne les vulvodynies provoquées)
 - Primaire (avant les premiers contacts sexuels)
 - Secondaire (après une période de contacts sexuels indolores)
- La temporalité (concerne les vulvodynies provoquées)
 - Intermittente
 - Constante
 - Persistante
 - Immédiate
 - Retardée

1.1.3 Epidémiologie

Aujourd'hui, on estime que 6.5% à 8.5% des femmes sont atteintes de vulvodynie dans la population générale. (3-7)

1.1.4 Recommandations Françaises

En France, peu de recherches ont été menées sur la vulvodynie. Des recommandations pour la pratique clinique ont été éditées en 2005, par le collège de gynécologie et d'obstétrique (CNGOF), mais ces recommandations s'appuient sur d'anciennes définitions de la vulvodynie. De plus, les connaissances sur la vulvodynie, son diagnostic et sa prise en charge ont beaucoup évolué ces dernières années. (8)

1.1.5 Physiopathologie

La physiopathologie de la vulvodynie est multifactorielle, mais elle reste mal comprise. Le consensus de 2015 a établi huit facteurs associés potentiels (2) :

- Les mécanismes neurologiques : centraux et périphériques
- L'inflammation
- La génétique
- Les mécanismes musculosquelettiques : suractivité des muscles du plancher pelvien
- Les comorbidités : syndrome de vessie douloureuse, fibromyalgie, syndrome du côlon irritable, trouble temporo-mandibulaire
- Les facteurs psychologiques
- Les facteurs hormonaux
- Les anomalies structurales : descente périnéale

Même si la candidose n'a pas été directement citée dans les « facteurs associés potentiels », un certain nombre d'études ont retrouvé une association significative entre les candidoses récurrentes et la vulvodynie. (5,7,9)

1.1.6 Impact

La vulvodynie a de nombreuses conséquences sur la qualité de vie des femmes et des couples. Les patientes, présentent une baisse significative du désir et de la satisfaction sexuelle. (10)

En dehors de la sexualité, la vulvodynie provoque chez les femmes un sentiment de honte, une baisse de l'estime de soi, une détresse face à l'image corporelle et un moins bon épanouissement personnel. (10-12)

1.1.7 Prise en charge de la vulvodynie

La prise en charge de la vulvodynie doit être multidisciplinaire et individualisée. Son traitement doit prendre en compte les facteurs associés potentiels (les mécanismes neurologiques, l'inflammation, les mécanismes musculosquelettiques, les comorbidités, les facteurs psychologiques), ainsi que les difficultés et les besoins de la patiente. Il faut faire preuve d'une grande capacité d'écoute et d'empathie. (13,14) Selon les recommandations de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) de 2016, et celles de Goldstein publiées en 2016 dans *The Journal of Sexual Medicine*, il est recommandé de commencer par un plan de traitement non invasif comprenant, de la rééducation du périnée avec, si besoin, une sexothérapie ou une psychothérapie, puis, en deuxième intention, des traitements médicaux locaux ou systémiques. (13,14) Ces traitements peuvent être complétés de médecines alternatives comme l'acupuncture ou l'hypnose. (14)

1.2 Diagnostic

1.2.1 Généralités

Le diagnostic de vulvodynie repose sur un interrogatoire précis et un examen gynécologique, comprenant un examen minutieux de la vulve. C'est un diagnostic d'élimination reposant sur un faisceau d'arguments. (15,16) Les patientes décrivent le plus souvent une douleur vive, brûlante ou irritante, et dans 25% des cas, des démangeaisons. (3)

1.2.2 Interrogatoire

L'interrogatoire est un point clé dans le dépistage et le diagnostic de vulvodynie. L'étude de Goldstein de 2016, référence à la fois, le comportement le plus adapté pour mener une consultation de douleurs vulvaires chroniques, et le contenu de l'interrogatoire, essentiel pour établir le contexte médical et psychosocial de la patiente. (14)

Tableau 1 : Traduit de « *Vulvodynia : Assessment and Treatment*, Goldstein, 2016 »

Le tableau 1 représente le contenu de l'interrogatoire pour faire le diagnostic de vulvodynie. (14)

Caractéristiques de la douleur	Schéma temporel, durée, éléments déclencheurs, localisation, intensité
Antécédents musculosquelettiques	Interventions chirurgicales, blessures, chutes (région lombo-pelvienne)
Fonction intestinale ou urinaire	Infections, maladies, anomalies
Sexualité	Présence ou absence de sexualité, désir, satisfaction, orgasmes
Psychologique	Pensées, émotions, relation avec le conjoint, hypervigilance, anxiété, peur, dépression
Comorbidités	Fibromyalgie, dysfonction temporo-mandibulaire, côlon irritable
Examens et traitements antérieurs	Prélèvements vaginaux, traitements essayés
Traumatismes	Enfance, abus, violences vécues

Deux études ont évalué la sensibilité et la spécificité de l'interrogatoire pour diagnostiquer la vulvodynie. Poser la question : « Est-ce que vous ressentez des douleurs vulvaires depuis plus de trois mois ? » avait une sensibilité diagnostique de 81.8% et une spécificité de 96.6%. De même, poser la question : « Est-ce que vous avez eu plus de dix épisodes de douleur au contact qui limitaient ou empêchaient les rapports sexuels ? » avait une sensibilité diagnostique de 83% et une spécificité de 95%. Ces résultats ont montré que l'interrogatoire était très performant dans le diagnostic de la vulvodynie et que peu de questions sont nécessaires. (6,18)

1.2.3 Examen clinique

L'inspection vulvaire ne révèle aucune lésion susceptible d'expliquer la douleur. Le test au coton tige (Q-type test) permet d'identifier les vulvodynies provoquées. Ce test consiste en l'application d'une légère pression, à l'aide d'un coton tige, sur différentes zones de la vulve : grandes lèvres, sillon interlabial et le vestibule à 2,4,6,8 et 10 h. Le test est positif lorsqu'une légère pression, normalement indolore, provoque une douleur. (13,16)

Par la suite, une évaluation de la tension musculaire du plancher pelvien par un professionnel formé, permet d'orienter la stratégie thérapeutique. (13,14,16) En effet, on retrouve généralement dans la vulvodynie, une altération du système musculosquelettique, s'exprimant par une hypertension des muscles du périnée. (10,17)

1.2.4 Errance diagnostique

Les femmes souffrant de vulvodynie, font face à une longue errance diagnostique ainsi qu'à une succession de traitements inadaptés et à une incompréhension de leur souffrance par le corps médical. (19,20)

Plusieurs études ont démontré que seulement la moitié des femmes atteintes de vulvodynie, cherchait à se faire soigner. (3,11,18) Parmi les femmes atteintes, seulement 1,4% ont reçu le bon diagnostic. Pour cela, 18% des femmes ont consulté 5 professionnels ou plus, et 37% ont attendu 3 ans avant d'obtenir le bon diagnostic. (3,4,19)

Parmi les erreurs diagnostics les plus souvent évoqués on retrouve la candidose, la carence en œstrogènes, les infections sexuellement transmissibles, les infections bactériennes, l'herpès génital ou les troubles psychosomatiques. (3,4,19)

Cette errance diagnostique est source de frustration, avec l'impression de n'être ni écoutée, ni comprise. L'annonce du diagnostic de vulvodynie est ainsi souvent perçue comme un soulagement. (10,19,21) L'acceptation du diagnostic est le point de départ fondamental du parcours de soin.

Dans l'étude de Webber de 2020, les femmes expliquaient qu'elles souhaitaient que les professionnels abordent en consultation, la thématique de la santé sexuelle et des douleurs vulvaires. (20) Cependant, ce sont parfois des questions difficiles à aborder pour les professionnels.

1.3 Les professionnels face à la vulvodynie

1.3.1 Formation

Des étudiants en médecine ont été interrogés, et la moitié ne s'estimait pas assez formée pour interroger les patientes sur leur sexualité. (10)

Concernant la vulvodynie, 82.6% des médecins en formation de gynécologie – obstétrique au Royaume-Uni, qu'ils soient au début ou à la fin de leur formation, ont déclaré qu'ils n'avaient eu aucun cours sur la vulvodynie. (22)

Il a été montré que les professionnels ayant eu une formation en sexologie ou ayant assisté à une ou plusieurs conférences sur la vulvodynie, avait plus d'aisance quant au repérage d'une vulvodynie. (23)

1.3.2 Difficultés rencontrées par les professionnels

Dans l'étude de Leusink de 2018, les médecins généralistes hommes ont expliqué avoir plus de difficulté, à poser des questions sur la sexualité et les dyspareunies, que les médecins généralistes femmes. Ils étaient aussi plus réticents à faire un examen de la vulve, par peur d'être considérés comme curieux ou intrusifs, notamment lorsque les patientes avaient un âge similaire au leur.

Face à la vignette clinique d'une patiente souffrant d'irritation vulvaire sans écoulement, et consultant pour la 3^{ème} fois en 4 mois, les médecins généralistes (hommes et femmes) ont décrit ressentir de l'impuissance, de l'inconfort, de l'incompétence et de la frustration face au cas de cette patiente. (24)

1.3.3 Les sages-femmes et la vulvodynie

1.3.3.1 Littérature

Les études incluant les sages-femmes s'intéressaient aux patientes enceintes et à la prise en charge de leur vulvodynie pendant la grossesse et le post-partum. Les deux études retrouvées ont été conduites par Kelly B. Smith, publiées dans le journal d'obstétrique et de gynécologie du Canada, respectivement en 2016 et 2018. (25,26)

L'étude de 2016 cherchait à évaluer l'aisance des professionnels à prodiguer des soins de maternité aux femmes souffrantes de vulvodynie. L'étude était composée de 140 professionnels de santé, dont 49 sages-femmes et 91 médecins. La majorité (67,1%) a déclaré se sentir à l'aise pour prodiguer des soins de maternité. Cependant la moitié des sages-femmes était peu à l'aise. De plus, il a été retrouvé que le nombre d'années de pratique augmentait significativement l'aisance, et que plus les professionnels rencontraient de femmes atteintes de vulvodynie, plus ils étaient à l'aise pour prodiguer des soins de maternité aux femmes atteintes de vulvodynie. (25)

L'étude de 2018 avait pour objectif, de comparer les pratiques entre les médecins et les sages-femmes. Cette comparaison a mis en évidence le rôle complémentaire des deux professions, dans la prise en charge de la vulvodynie chez les femmes enceintes. Les sages-femmes proposaient aux patientes, significativement, plus de thérapies alternatives (acupuncture et hypnose) et de conseils pour améliorer le bien-être sexuel (utilisation de lubrifiant), tandis que les médecins proposaient significativement, plus d'utilisation de médicaments, notamment des anesthésiques topiques, ainsi qu'une rééducation périnéale par des kinésithérapeutes. (26)

Cette étude a aussi montré que la majorité des médecins (70%) et des sages-femmes (85%) adaptait leurs examens, et leur prise en charge du travail et de l'accouchement chez les patientes atteintes de vulvodynie (limitation des touchers vaginaux, analgésie péridurale précoce, utilisation de lubrifiant). (26)

1.3.3.2 Loi et champ de compétences

En fonction des pays, le champ de compétences et les modes d'exercices des sages-femmes sont différents. En France, depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention. (27) Cette loi initiale a été suivie par des arrêtés et des modifications d'articles donnant, aux sages-femmes françaises, de plus en plus de compétences en gynécologie. Depuis le 28 avril 2021, les sages-femmes peuvent orienter leurs patientes directement vers des spécialistes, tout en restant dans le parcours de soins. (28) Ainsi, les sages-femmes font désormais partie des professionnels de premier recours en gynécologie. Elles ont donc une grande probabilité de recevoir en consultation, des femmes souffrant de vulvodynie. Cependant, aucune étude ne s'est intéressée aux pratiques des sages-femmes en matière de vulvodynie, en dehors de la grossesse.

1.4 Question de recherche

Au regard de l'extension des compétences en gynécologie attribuées aux sages-femmes et à la prévalence élevée de patientes atteintes de vulvodynie, nous nous sommes demandé quelles étaient les pratiques des sages-femmes en matière de vulvodynie ?

2 Matériel et méthodes

2.1 Généralités

2.1.1 Hypothèses

Au regard de l'extension des compétences en gynécologie attribuées aux sages-femmes et de la prévalence élevée de la vulvodynie dans la population générale, nous nous sommes demandé quelles étaient les pratiques des sages-femmes en matière de vulvodynie ?

Nos hypothèses étaient les suivantes :

- Les sages-femmes sont des professionnels de santé impliqués dans le dépistage de la vulvodynie.
- Les sages-femmes souhaitent compléter leur formation sur la vulvodynie.

2.1.2 Objectifs

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux des pratiques des sages-femmes en matière de vulvodynie. L'objectif secondaire était d'identifier le souhait de formation des sages-femmes.

2.1.3 Type d'étude

Pour répondre à ces hypothèses, nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive.

2.2 Questionnaire

2.2.1 Elaboration du questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire comprenant 26 questions sur la plateforme Framiform (Annexe 1). Une phase de test a été réalisée au mois d'Avril 2021. Le questionnaire a ainsi été corrigé par trois sages-femmes, dont une spécialisée sur la vulvodynie, par une étudiante en droit, deux étudiantes en kinésithérapie et cinq étudiantes sages-femmes. Le but de cette phase test était d'identifier les questions ambiguës, d'adapter les modalités de réponse et d'estimer le temps nécessaire pour remplir le questionnaire. Nous avons ainsi pu enrichir et préciser certaines questions et propositions. Le temps de réponse a été estimé à 5 minutes.

2.2.2 Principales variables

Le questionnaire était divisé en trois grandes parties. La première partie comprenait sept questions visant à décrire la population interrogée. La deuxième partie comprenait dix questions et s'intéressait aux pratiques des sages-femmes en consultation. Cette partie incluait des questions générales, comme la durée moyenne d'une consultation, et des questions plus précises sur la vulvodynie, comme la suspicion de son diagnostic ou la réorientation des patientes vers d'autres professionnels. La troisième partie comprenait neuf questions et avait pour but d'identifier les sources de formation dont les sages-femmes avaient bénéficié, ainsi que leur souhait de formation sur la vulvodynie.

2.2.3 Diffusion

Par la suite, 4100 courriers électroniques ont été envoyés aux sages-femmes libérales de tous les départements de France métropolitaine entre le 8 juin 2021 et le 29 août 2021. Les sages-femmes libérales ont été invitées à répondre au questionnaire via leur boîte électronique professionnelle indiquée sur le site internet du CNOSF (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes).

Nous avons reçu 811 réponses complètes, ce qui représentait un taux de participation de 20,7%. Au vu du nombre important de réponses, aucune relance n'a été effectuée. Le questionnaire a été clôturé le 15 septembre 2021.

2.2.4 Stratégie d'analyse

Pour faciliter l'interprétation et l'analyse, la majeure partie des questions étaient à réponse « obligatoire » ; pour passer à la question suivante, les sages-femmes interrogées étaient obligées de répondre. Nous avons aussi fait le choix de ne pas proposer de réponse « inconnue » ou « je ne sais pas », pour que les sages-femmes se positionnent sur toutes les questions. Seuls les questionnaires remplis entièrement étaient enregistrés sur la plateforme.

L'analyse des réponses a été effectuée sur « Framiform » et « Excel ». Cette analyse nous a permis d'obtenir des effectifs, des pourcentages et des moyennes. S'agissant d'une analyse descriptive, aucune comparaison et aucun lien significatif n'a été recherché entre les variables.

2.2.5 Obligations réglementaires

Le questionnaire était anonyme ; aucune donnée identifiante n'était demandée. Dans la page d'introduction du questionnaire, il était précisé que les réponses seraient recueillies de façon anonyme. Ce mémoire a été déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) par le référent de l'Université.

2.3 Population d'étude

Notre population était composée de sages-femmes libérales de tous les départements de France métropolitaine.

Pour répondre au questionnaire, il était requis qu'elles aient une activité libérale ou mixte (institutionnelle ou hospitalière en plus du libéral) et qu'elles proposent des consultations de gynécologie dans leur cabinet.

Les sages-femmes échographistes ou réalisant uniquement du suivi de grossesse ne faisaient pas partie de la population ciblée. Ces conditions étaient précisées dans le texte d'introduction du questionnaire.

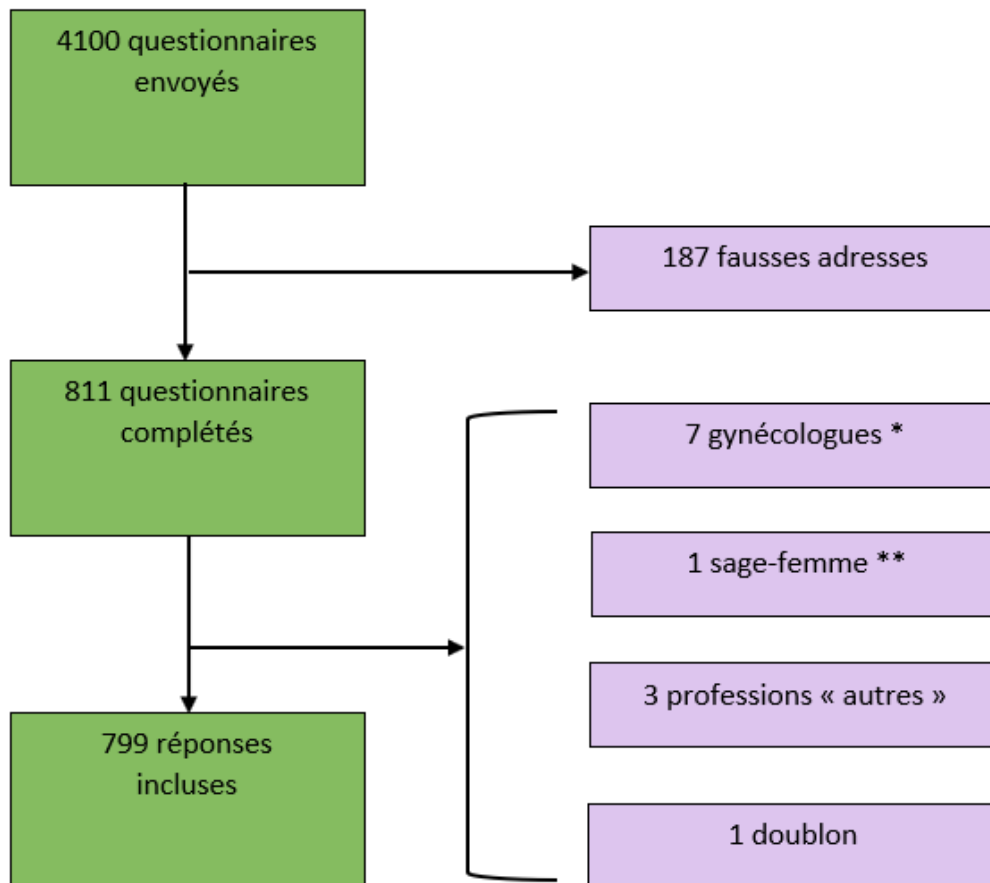
Nous souhaitons que les résultats soient représentatifs de toute la population de sages-femmes françaises, c'est pourquoi, les questionnaires ont été envoyés aux sages-femmes de tous les départements de France métropolitaine.

3 Résultats

3.1 Description de la population

3.1.1 Diagramme des flux

Figure 1 : Diagramme des flux



(*) 7 gynécologues avaient été sollicités initialement, mais nous avons décidé par la suite, de concentrer l'étude sur les sages-femmes.

(**) La sage-femme ne pratiquait que des échographies.

Notre population était composée de 799 sages-femmes libérales réalisant des consultations gynécologiques. Le taux de participation à l'étude s'élevait à 20,7%.

3.1.2 Caractéristiques de la population

Tableau 2 : Description de la population (n = 799)

Le tableau 2 présenté ci-dessous décrit les caractéristiques sociodémographiques de notre population (m = moyenne et sd = écart-type)

Variables		Effectifs n (%)
Sexe	Femme	778 (97,4)
	Homme	21 (2,6)
Age	20 – 30 ans	212 (26,5)
	31 – 40 ans	303 (37,9)
	41 – 50 ans	165 (20,7)
	51 – 60 ans	93 (11,6)
	> 60 ans	26 (3,3)
		m ± sd 38,4 ± 10,3
Mode d'exercice	Libéral	702 (87,9)
	Mixte	97 (12,1)
Années d'expérience	0 – 5 ans	198 (24,8)
	6 – 10 ans	193 (24,2)
	11 – 20 ans	209 (26,2)
	21 – 30 ans	136 (17,0)
	> 31 ans	63 (7,9)

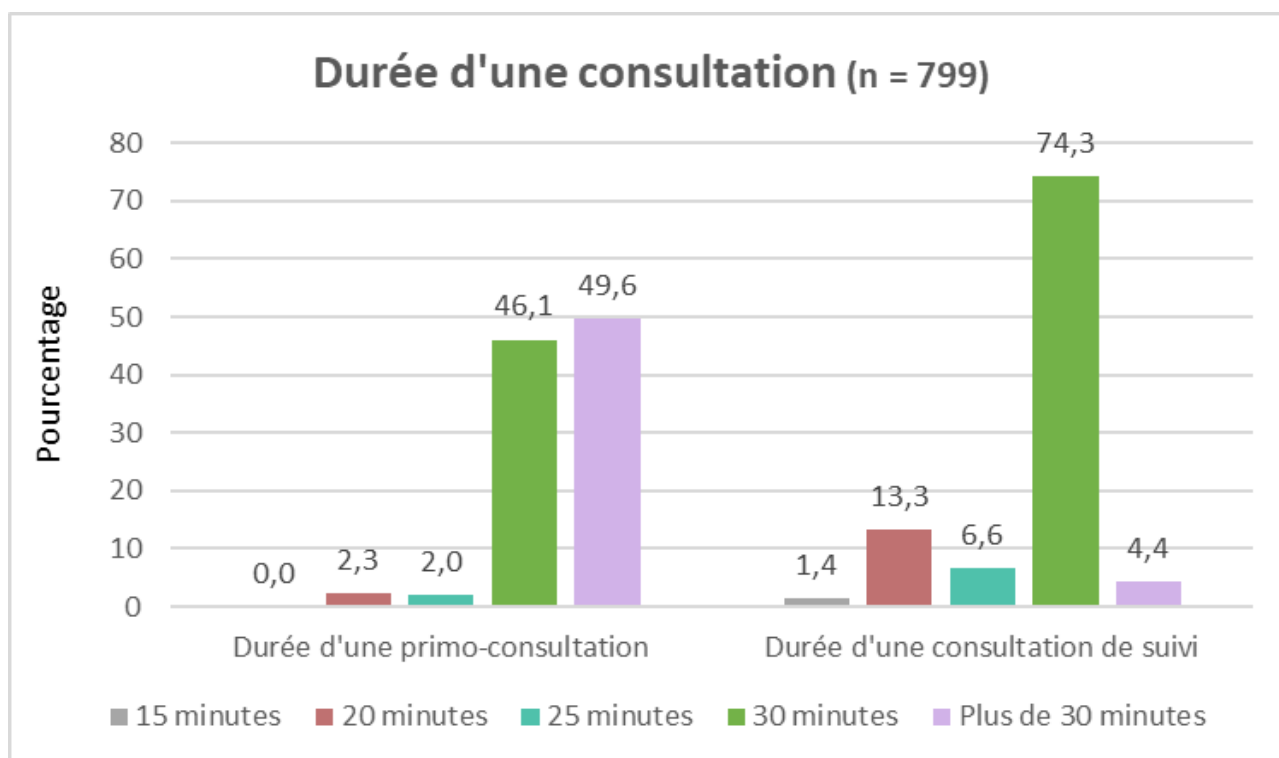
La majorité de notre population était composée de femme (97,4%), dont l'âge moyen était 38,4 ans. On retrouvait une répartition homogène entre les différentes tranches d'années d'expériences des sages-femmes, plus de 75% ont plus de 5 ans d'expérience professionnelle.

3.2 Pratiques en consultation

3.2.1 Durée d'une consultation

Figure 2 : Durée d'une primo-consultation et d'une consultation de suivi (n = 799)

La figure 2 présente la durée d'une primo-consultation et d'une consultation de suivi avec une sage-femme.

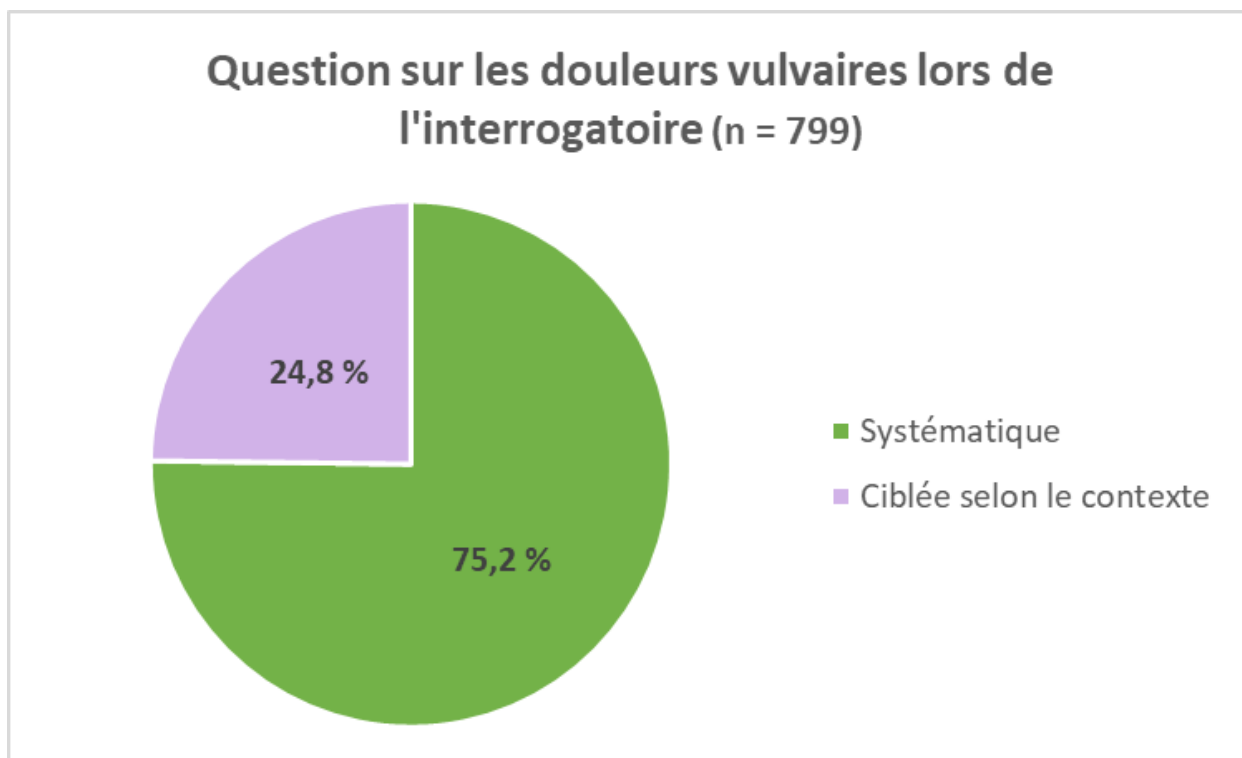


Lors d'une primo-consultation, la majorité des sages-femmes (95,7%) accordait 30 minutes ou plus de consultation à leur patiente. Pour une consultation de suivi, 3/4 des consultations duraient 30 minutes.

3.2.2 Interrogatoire en consultation

Figure 3 : Question sur les douleurs vulvaires dans l'interrogatoire médical (n = 799)

La figure 3 montre le pourcentage de sages-femmes intégrant, dans leur interrogatoire, une question portant sur les douleurs vulvaires pendant ou en dehors des rapports sexuels, en systématique ou en fonction du contexte.



Initialement, cette question comprenait trois propositions de contexte : « si la patiente en parle », « si la patiente présente des symptômes », « si vous observez une anomalie vulvaire », que nous avons décidé de rassembler en « ciblée selon le contexte » pour faciliter la compréhension. 3/4 des sages-femmes interrogeaient, de façon systématique, leurs patientes sur la présence de douleurs vulvaires pendant ou en dehors des rapports sexuels.

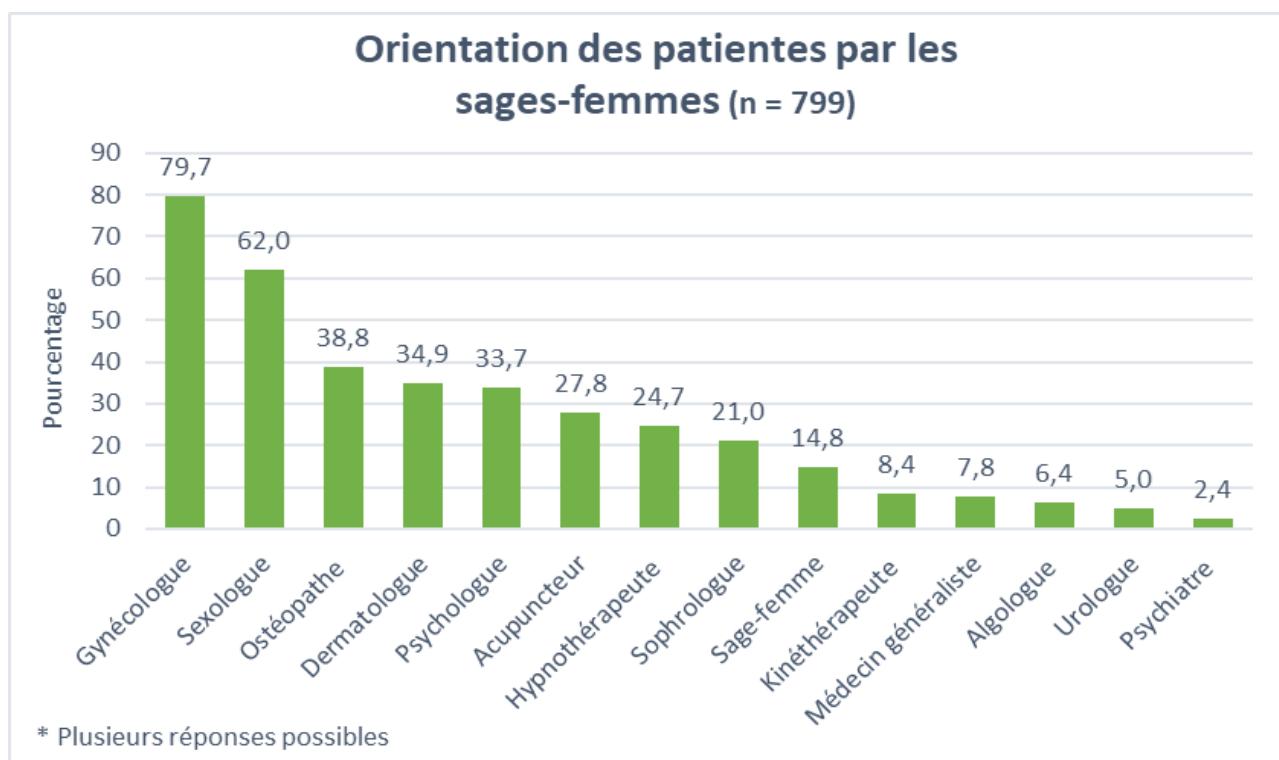
3.2.3 Suspicion de vulvodynie

77,5% des sages-femmes avaient suspecté le diagnostic de vulvodynie chez au moins une de leurs patientes (n = 799).

3.2.4 Orientation des patientes

Figure 4 : Orientation des patientes vers d'autres professionnels de santé (n = 799)

La figure 4 rassemble tous les professionnels vers lesquels sont orientées les patientes, pour la prise en charge de la vulvodynie.



Une majorité de sages-femmes orientait les patientes souffrantes de vulvodynie vers un gynécologue (79,7%) ou un sexologue (62%).

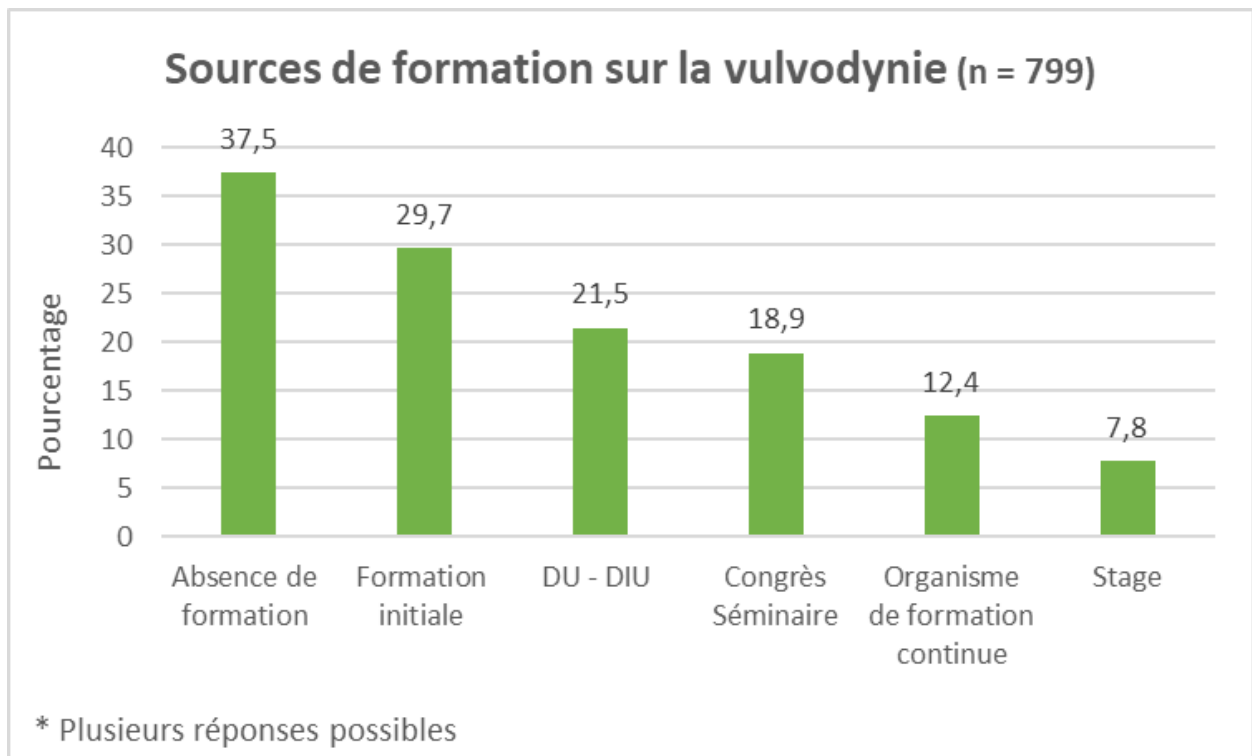
Nous avons calculé, qu'en moyenne, une même sage-femme orientait ses patientes atteintes de vulvodynie vers plus de 3 professionnels différents.

3.3 Formation sur la vulvodynie

3.3.1 Sources de formation sur la vulvodynie

Figure 5 : Sources de formation sur la vulvodynie (n = 799)

La figure 5 représente les différents types de formation sur la vulvodynie, réalisés par les sages-femmes, ainsi que l'absence de formation.



Plus d'1/3 des sages-femmes n'avaient pas reçu de formation sur la vulvodynie.

Pour les autres, la formation avait eu lieu, le plus souvent, au cours du parcours initial.

3.3.2 Souhait de formation

92% des sages-femmes (n = 737) souhaitaient compléter leur formation sur la vulvodynie alors que 8% (n = 62) ne trouvaient pas cela nécessaire.

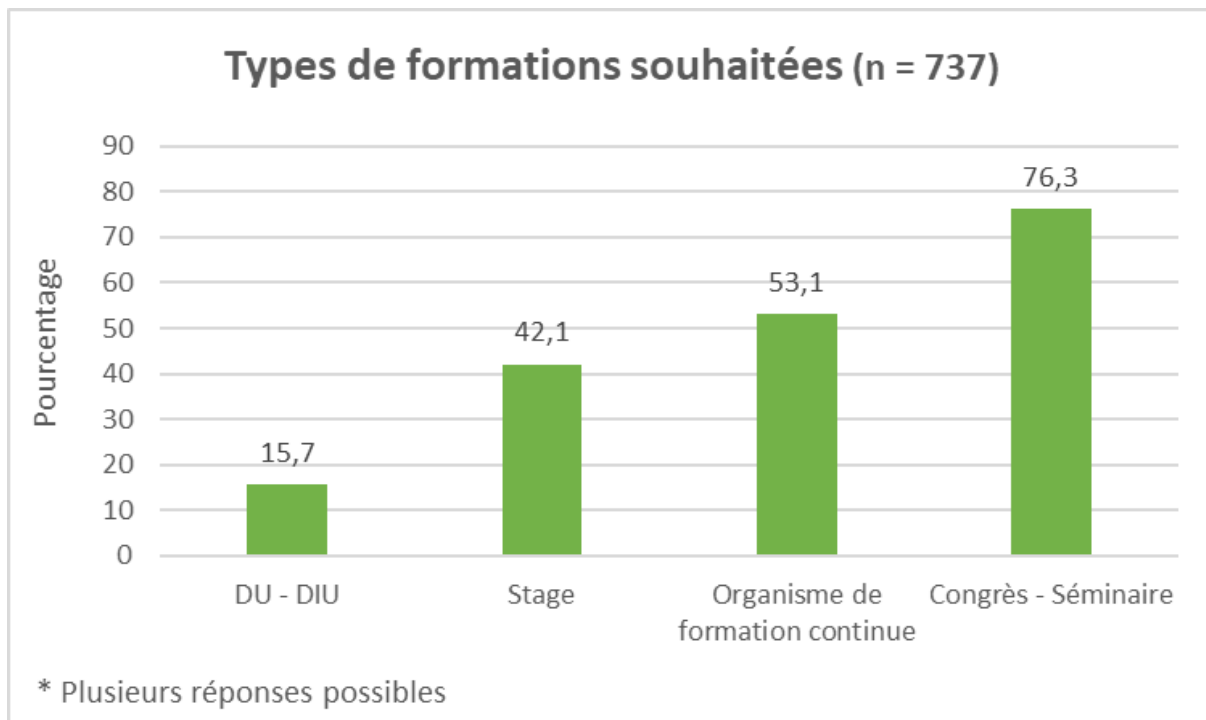
Les raisons évoquées par ces dernières étaient les suivantes :

- Connaissances suffisantes de la vulvodynie
- Peu de cas de vulvodynie dans leur patientèle
- Préférence pour des formations consacrées à d'autres thématiques
- Sentiment de ne pas être le/la professionnel(le) de santé adapté(e) pour suivre les vulvodynies

3.3.3 Types de formation

Figure 6 : Types de formation souhaités par les sages-femmes (n = 737)

La figure 6 rassemble les différentes formations souhaitées par les sages-femmes.



76,3% des 737 sages-femmes souhaitant se former à la vulvodynie préféraient une formation courte (congrès, séminaire) à une formation longue (DU, DIU).

4 Discussion

4.1 Principaux résultats

L'analyse des 799 réponses des sages-femmes libérales de France métropolitaine, à notre questionnaire sur la vulvodynie, nous permet de valider notre première hypothèse : Les sages-femmes sont des professionnelles impliquées dans le dépistage de la vulvodynie.

Nous entendons par « impliquées » que les sages-femmes prennent en compte la vulvodynie dans leurs pratiques, soit en la dépistant systématiquement, soit en étant capable de la suspecter selon le contexte, et d'orienter la patiente en fonction de ses besoins.

Nos résultats ont montré que 3/4 des sages-femmes demandaient à leurs patientes, si elles ressentaient des douleurs vulvaires pendant ou en dehors des rapports sexuels. Par ailleurs, plus des 3/4 des sages-femmes (77,5%) avaient déjà suspecté une vulvodynie chez une de leurs patientes.

En cas de suspicion de vulvodynie, les sages-femmes orientaient, le plus souvent, leurs patientes vers des gynécologues (79,7%) ou des sexologues (62%). En moyenne, une même sage-femme, orientait ses patientes vers plus de 3 professionnels différents.

Notre seconde hypothèse : « les sages-femmes souhaitent compléter leur formation sur la vulvodynie » est également validée par l'analyse des réponses au questionnaire. En effet, 92% des sages-femmes de notre cohorte souhaitaient une formation complémentaire, courte de préférence (congrès, séminaire).

4.2 Discussion

4.2.1 Contenu de l'interrogatoire

En 2010, le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) a édité des recommandations sur le contenu de l'interrogatoire en gynécologie. La liste des thématiques à aborder comprenait les « douleurs pelviennes » et les « difficultés sexuelles ». (29) Cependant aucune précision n'était donnée quant à la façon d'interroger les patientes au sujet de ces deux thématiques. Ainsi, l'abord pouvait être différent selon les professionnels de santé.

Concernant la vulvodynie, l'interrogatoire est un outil indispensable à la suspicion diagnostique et peu de questions sont nécessaires. L'examen clinique est cependant indispensable pour confirmer le diagnostic.

Dans la définition de la vulvodynie, on retrouve la notion de chronicité (douleur de plus de 3 mois). Deux études ont cherché à évaluer la fiabilité du questionnaire dans le diagnostic de vulvodynie. Reed BD avait, dans son étude en 2006, intégré à sa question un argument de durée, avec « douleur de plus de 3 mois » et Harlow BL en 2009, avait intégré un argument de fréquence, avec « plus de 10 épisodes de douleurs ». Avec ces précisions, la sensibilité diagnostique de l'interrogatoire dépassait les 80% et la spécificité dépassait les 95%. (6,18) Cependant ces données demanderaient, à être confirmées. Pour être performant, il semble important que l'interrogatoire, pour dépister la vulvodynie, contienne un argument de fréquence, de durée ou de temps.

Dans notre étude, nous n'avons pas d'information sur la façon dont les sages-femmes questionnent leurs patientes au sujet des douleurs vulvaires, et si leur question comprend une indication de fréquence, de durée ou de temps.

Il serait intéressant de calculer la sensibilité et la spécificité diagnostique d'une question, ne comprenant aucun critère de fréquence, de durée ou de temps, pour dépister la vulvodynie.

Notre résultat ne montre donc pas réellement comment les sages-femmes dépistent la vulvodynie, mais plutôt comment les sages-femmes dépistent les pathologies vulvaires et sexuelles au sens large, dont fait partie la vulvodynie.

Leuskin P en 2018, montrait qu'il était difficile, pour certains professionnels, d'aborder le thème de la sexualité en consultation. (24) Pourtant, nos résultats montrent que les sages-femmes de notre cohorte parlent aisément de sexualité avec leurs patientes. En effet, elles étaient 3/4 à interroger leurs patientes sur la présence de douleurs vulvaires, plus ou moins en lien avec les rapports sexuels. De plus, elles n'hésitaient pas à orienter leurs patientes vers des sexologues si cela leur semblait nécessaire (62%).

L'étude de Törnävä M en 2018, concluait que l'aisance des professionnels pour aborder les questions intimes, facilitait le dépistage de la vulvodynie. (23)

L'aisance des sages-femmes pour aborder la sexualité en consultation est donc un levier dans le dépistage de la vulvodynie.

4.2.2 Suspicion du diagnostic de vulvodynie

Dans l'étude de Reed BD, datant de 2012, 1,4% des patientes consultant pour des symptômes de vulvodynie avaient reçu le bon diagnostic par un des professionnels de santé consulté. (3)

Dans notre étude, les sages-femmes sont plus de 3/4 à avoir déjà suspecté une vulvodynie chez au moins une de leurs patientes. La discordance entre nos résultats et cette étude pourrait s'expliquer par le fait que les connaissances en matière de vulvodynie ont progressé depuis 2014 : les professionnels sont mieux informés (articles, formations, sensibilisation aux douleurs gynécologiques). Grâce au développement des réseaux sociaux et de l'accessibilité aux informations, les patientes évoquent, parfois elles-mêmes, le diagnostic au professionnel de santé consulté.

4.2.3 Orientation des patientes par les sages-femmes

Dans les recommandations du CNGOF de 2005 sur la vulvodynie, on retrouve la notion de prise en charge multidisciplinaire. Ce type de prise en charge est recommandé par la plupart des auteurs. (2,8,10,13)

Dans notre étude, les sages-femmes orientaient en moyenne leurs patientes vers plus de 3 professionnels différents ; cela témoigne de leur sensibilisation à l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire.

L'étude de Törnävä M de 2018, montrait que le contenu du traitement de la vulvodynie est peu connu par les professionnels. A l'inverse, dans notre étude, l'orientation des patientes par les sages-femmes est plutôt adaptée à la prise en charge de la vulvodynie (gynécologue, sexologue, psychothérapie ...). (23) Cela témoigne d'une bonne sensibilisation des sages-femmes aux bases du traitement de la vulvodynie.

Dans ses recommandations, le CNGOF énonce 4 stratégies de traitement de la vulvodynie : neurotrophe (traitement de la douleur), psychosexuelle, kinésithérapie (rééducation pelvienne avec biofeedback) et chirurgie. Il est important de préciser qu'aujourd'hui, la chirurgie ne fait plus partie des stratégies thérapeutiques et est utilisée en dernier recours, quand tous les autres traitements ont échoué. L'efficacité de la rééducation périnéale, dans le traitement de la vulvodynie, a été confirmé par plusieurs études plus récentes. (8,10,17) Cependant, dans nos résultats, les kinésithérapeutes sont en 10^{ème} position parmi les professionnels vers lesquels les sages-femmes orientaient leurs patientes. Ce recours modeste aux kinésithérapeutes pourrait s'expliquer par une méconnaissance de l'intérêt de la rééducation périnéale dans le traitement de la vulvodynie.

4.2.4 Souhait de formation des sages-femmes

Dans notre étude, 2/3 des sages-femmes ont indiqué avoir bénéficié d'une formation sur la vulvodynie. La majeure partie des sages-femmes formée l'ont été pendant leur cursus initial (29,7%). Ces chiffres sont supérieurs à ceux de l'étude de Toemia E en 2011, qui montrait que seulement 17,4% des jeunes gynécologues avaient déclaré avoir bénéficié d'une formation sur la vulvodynie. (22)

Comme nous le montre l'étude de Törnävä M en 2018, bénéficier d'une formation en sexologie ou participer à des conférences sur la vulvodynie augmentait de façon significative les connaissances sur la vulvodynie. (23)

Il serait judicieux que tout jeune professionnel en gynécologie puisse bénéficier d'une formation sur la vulvodynie. Mais la question du type de formation la plus pertinente se pose. Dans notre étude, les sages-femmes ont émis le souhait d'avoir accès à des formations de courte durée sur la vulvodynie, notamment sous forme de congrès ou de séminaire (76,3%). Le choix d'une formation courte pourrait s'expliquer par le fait que la vulvodynie n'est pas une pathologie fréquemment rencontrée au cours de leur pratique, et qu'elles préfèrent consacrer leur temps de formation à des problématiques plus courantes.

A notre connaissance, aucune étude n'a cherché à évaluer directement quelles étaient les meilleurs types de formation sur la vulvodynie. Dans l'étude de Törnävä M en 2018, la différence entre la formation en sexologie (formation longue durée) et la participation à des conférences (formation courte durée) n'a pas directement été étudiée. Cependant, au vu des résultats, le bénéfice de ces deux types de formation sur les connaissances en matière de vulvodynie, paraissait similaire. (23) Une formation courte serait donc tout aussi bénéfique qu'une formation plus longue.

92% des sages-femmes de notre échantillon souhaitaient davantage se former à la vulvodynie, alors qu'elles sont un peu moins de 2/3 à avoir déjà reçu une formation sur le sujet. Cela pose donc la question du contenu des formations existantes sur la vulvodynie. Il a été montré que plus les professionnels pratiquaient et rencontraient des patientes atteintes de vulvodynie, plus ils avaient d'aisance sur le sujet. Ces éléments nous laissent penser qu'une formation plus exhaustive et pratique (stage, mise en situation, table ronde, ect...) pourrait être pertinente.

4.3 Points faibles de l'étude

4.3.1 Limites

Nous avons rencontré, au cours de la phase de diffusion du questionnaire, une grande difficulté à recruter les gynécologues. L'accès à leur adresse électronique étant quasiment impossible, nous avons finalement décidé de ne pas les inclure dans la population d'étude. Il aurait pourtant été intéressant de réaliser la même étude avec les gynécologues.

Dans notre questionnaire, il aurait été pertinent de demander aux sages-femmes la manière dont elles interrogeaient leurs patientes sur la présence de douleurs vulvaires et si elles y incluaient un argument de fréquence, de durée ou de temps. Cela nous aurait permis, à la fois, d'identifier les différentes questions existantes lors de l'entretien, mais aussi, de savoir si les sages-femmes recherchent spécifiquement la vulvodynie.

Concernant l'élaboration du questionnaire, il aurait été judicieux qu'il puisse évoluer en fonction des réponses des sages-femmes. En effet, avec l'utilisation de « framaform », il n'était pas possible, pour les professionnelles interrogées, de passer directement à la question suivante. Par exemple, si une sage-femme répond « non » à une question, elle avait quand même accès à la question suivante qui ne concernait que les sages-femmes ayant répondu « oui ». Cela a pu perturber ou influencer les réponses des sages-femmes.

4.3.2 Points faibles

Un des points faibles de notre étude se retrouve dans la formulation du questionnaire. Quatre questions, que nous avons posées, abordaient la notion de diagnostic. Ces questions étaient inadaptées au champ de compétences de notre population d'étude, les rendant ininterprétables. Il aurait été plus judicieux, de construire notre questionnaire en abordant uniquement la notion de dépistage.

4.3.3 Biais

4.3.3.1 Biais de sélection

Notre étude présente un biais de sélection. En effet, seules les sages-femmes présentant une adresse électronique professionnelle, référencée sur le site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, ont reçu le questionnaire. Cela a pu rendre notre population moins représentative. Cependant, en comparant notre cohorte et la population des sages-femmes françaises, les caractéristiques démographiques, comme l'âge et la proportion de professionnels femme ou homme, sont similaires aux moyennes nationales.

De plus, comme souvent en matière de questionnaire, on peut se demander si les sages-femmes qui ont répondu n'étaient pas plus sensibilisées au problème des douleurs vulvaires que les non-répondants. Cela a pu augmenter le taux de sages-femmes ayant suspecté une vulvodynie dans notre étude.

4.3.3.2 Biais de désirabilité sociale

Le biais de désirabilité sociale, qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs, a pu majorer les réponses des sages-femmes en matière de questionnement sur les douleurs vulvaires pendant ou en dehors des rapports sexuels (figure n°3 : partie résultats) ou sur leur souhait de formation (3.3.2 : partie résultats). Cependant notre outil d'étude, un questionnaire anonyme, devrait avoir limité ce biais.

4.4 Points forts de l'étude

4.4.1 Taille de la cohorte et représentativité de la population

Un des points forts de notre étude est la taille de notre cohorte de sages-femmes libérales. Sur les 4100 questionnaires envoyés, 799 réponses exploitables ont été obtenues, représentant un taux de participation de 20,7%.

En France, on compte environ 7955 sages-femmes libérales. Notre étude représentait donc 10% de la population des sages-femmes libérales.

L'âge moyen des sages-femmes de notre étude était de 38,4 ans similaire à la moyenne d'âge de la profession qui est de 41 ans.

La population des sages-femmes françaises est composée de 3% d'hommes, notre étude en était composée de 2,6%. (30)

En France, 32,7% des suivis gynécologiques sont réalisés par des sages-femmes contre 57,8% par des gynécologues. (31) Les habitudes évoluent car de plus en plus de femmes envisagent de consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique, d'autant plus que le nombre de gynécologues médicaux a considérablement diminué ces dernières années. (32)

Dans un premier questionnaire diffusé par le CNOSF (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes) en 2014, 59% des femmes envisageaient de consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique.

Trois années plus tard, 69% envisageaient de consulter une sage-femme. (32) Au regard de cette évolution, les sages-femmes seront amenées à rencontrer de plus en plus de femmes atteintes de vulvodynie. Elles sont donc un maillon essentiel dans le dépistage de la vulvodynie.

4.4.2 Sujet inédit

Notre étude a abordé un sujet inédit. En effet, à notre connaissance, aucune étude n'a cherché à connaître les pratiques des sages-femmes en matière de vulvodynie en dehors de la grossesse. Les deux seules études faisant le lien entre les sages-femmes et la vulvodynie, ont été menées par Kelly B. Smith et s'intéressaient aux femmes atteintes de vulvodynie pendant la grossesse et le post-partum. (25,26)

Le champ de compétences en gynécologie des sages-femmes françaises étant particulièrement développé, il nous paraissait intéressant, dans ce contexte, de faire un état des lieux des pratiques des sages-femmes à propos d'une pathologie souvent méconnue des professionnels de la santé des femmes.

4.5 Perspectives

Les études existantes sur la vulvodynie démontrent un manque de formation des professionnels.

Notre étude fait apparaître des demandes de formation sur la vulvodynie et des orientations pour les modalités de formation. Aussi, il serait intéressant d'évaluer les outils de formation actuellement disponibles et de définir leur acceptabilité pour les professionnels, ainsi que leur impact sur le diagnostic et la prise en charge de la vulvodynie. Cette évaluation pourrait permettre, à terme, de créer des formations adaptées à la pratique et aux besoins des professionnels. Au vu de nos résultats, les formations courtes, pratiques et multidisciplinaires (congrès, séminaire, formation continue, table ronde) seraient à privilégier pour les sages-femmes.

Des programmes de DPC (Développement Professionnels Continu) pourraient aussi être mis en place, d'autant plus que la vulvodynie est relativement rare, comparée à d'autres problématiques gynécologiques.

Notre étude a montré que la majorité des sages-femmes formée à la vulvodynie l'ont été pendant leur cursus initial. Il serait intéressant de continuer à proposer, à tous les étudiants sages-femmes, une initiation à la vulvodynie pendant leur cursus initial.

Les dernières recommandations françaises en matière de vulvodynie ont été éditées par le CNGOF en 2005.

Il serait souhaitable que de nouvelles recommandations sur le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de la vulvodynie soient établies par un ensemble de professionnels de la santé des femmes (sages-femmes, gynécologues, kinésithérapeutes spécialisés dans la rééducation du périnée, sexologues...). Leur élaboration pourrait aussi inclure des patientes. Ces nouvelles recommandations permettraient d'aider au repérage précoce de la vulvodynie et d'uniformiser les pratiques. Des fiches d'aide ont déjà été créées, comme celle du CLGE (Collège Lyonnais des Généralistes Enseignant) en 2018 (annexe n°1), mais elles n'ont pas été validées.

Nous avons recueilli un certain nombre de données sur les pratiques des sages-femmes concernant la vulvodynie. Il serait intéressant d'obtenir le même type de données avec la population des gynécologues médicaux et des gynécologues obstétriciens. Le but ne serait pas de comparer les pratiques des deux populations, mais de comprendre les enjeux et les rôles de chaque profession par rapport à la vulvodynie.

Conclusion

La vulvodynie est une douleur vulvaire chronique sans lésion identifiable, présente pendant ou en dehors des rapports sexuels. Elle a un impact important sur la qualité de vie, notamment sexuelle des femmes et des couples. La vulvodynie n'est pas une maladie rare. En effet, elle touche environ 8% des femmes, dans la population générale.

La vulvodynie est plutôt mal connue des professionnels de santé, ce qui explique l'errance diagnostique et thérapeutique dont souffrent les patientes. A ce jour, aucune étude n'a porté sur les pratiques des sages-femmes dans la vulvodynie en dehors de la grossesse. Notre étude avait pour objectif de recueillir, l'expérience des sages-femmes en matière de vulvodynie, et de définir leur souhait d'information et de formation sur cette thématique.

Un questionnaire adressé par voie électronique à 4100 sages-femmes libérales de France métropolitaine a permis de récolter 799 réponses. Leur analyse montre que les sages-femmes sont des professionnelles impliquées dans le dépistage des vulvodynies et souhaitent davantage d'information et de formation à ce sujet.

Notre étude montre que les sages-femmes s'intéressent aux douleurs vulvaires puisque la majorité interrogeait systématiquement leurs patientes à ce sujet. La plupart ont déjà suspecté la vulvodynie chez leurs patientes et ont conscience de l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire. Ces éléments marquent l'implication des sages-femmes dans la vulvodynie. Par ailleurs, les sages-femmes désirent être mieux informées et mieux formées à la vulvodynie, de préférence lors de congrès ou de séminaire. Des programmes de DPC (Développement Professionnel Continu) pourraient être développés. Chez les sages-femmes souhaitant se consacrer à la gynécologie cette formation compléterait utilement une formation en sexologie ou en rééducation périnéale, toutes deux utiles à la prise en charge des vulvodynies. Il serait aussi souhaitable que les recommandations soient réactualisées et impliquent tous les professionnels en lien avec la santé des femmes.

Les sages-femmes font désormais partie des professionnels de santé de premier recours en gynécologie et ont, à ce titre, un rôle déterminant dans le dépistage et la prise en charge multidisciplinaire des patientes atteintes de vulvodynie. Les réponses à notre questionnaire témoignent de leur intérêt pour la vulvodynie et de leur souhait de développer leurs connaissances et leurs pratiques à ce sujet. Cela justifie le développement de modules de formation accessibles à toutes les sages-femmes.

Bibliographie

(1) Moyal-Barracco M, Lynch PJ. *2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective*. *The Journal of Reproductive Medicine* 2003; 49: 772-777

(2) Bornstein J, Preti M. *Descriptors of Vulvodynia: A Multisocietal Definition Consensus (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, the International Society for the Study of Women Sexual Health, and the International Pelvic Pain Society)*. *Journal of Lower Genital Tract Disease* 2015; 23: 161-163

(3) Reed BD, Harlow SD. *Prevalence and demographic characteristics of vulvodynia in a population-based sample*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2012; 206: 170.e1-170.e9

(4) Harlow BL, Kunitz CG. *Prevalence of symptoms consistent with a diagnosis of vulvodynia: population-based estimates from 2 geographic regions*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2014; 210: 40.e1-40.e8

(5) Vieira-Baptista P, Lima-Silva J. *Prevalence of vulvodynia and risk factors for the condition in Portugal*. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2014; 127: 283-287

(6) Reed BD, Haefner HK. *Reliability and Validity of Self-Reported Symptoms for Predicting Vulvodynia*. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 108: 906-913

- (7) Gómez I, Coronado PJ. *Study on the prevalence and factors associated to vulvodynia in Spain*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2019; 240: 121-124
- (8) Grolier F, Graesslin O. *Vulvodynie et brûlure vaginale*. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français 2005 ; 29
- (9) Leusink P, Van de Pasch S. *The Relationship Between Vulvovaginal Candidiasis and Provoked Vulvodynia: A Systematic Review*. The Journal of Sexual Medicine 2018; 15: 1310-1321
- (10) Pukall CF, Goldstein AT. *Vulvodynia: Definition, Prevalence, Impact, and Pathophysiological Factors*. The Journal of Sexual Medicine 2016; 13: 291-304
- (11) Xie Y, Shi L. *Economic burden and quality of life of vulvodynia in the United States*. Current Medical Research and Opinion 2012; 28: 601-608
- (12) Ponte M, Klemperer E. *Effects of vulvodynia on quality of life*. Journal of the American Academy of Dermatology 2009; 60: 70-76
- (13) American College of Obstetricians and Gynecologists. *Committee Opinion No 673 Summary: Persistent Vulvar Pain*. Obstetrics & Gynecology 2016; 128: 676-677
- (14) Goldstein AT, Pukall CF. *Vulvodynia: Assessment and Treatment*. The Journal of Sexual Medicine 2016; 13: 572-590
- (15) American College of Obstetricians and Gynecologists. *Diagnosis and Management of Vulvar Skin Disorders: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 224*. Obstetrics & Gynecology 2020; 136: 222-225

(16) Stenson AL. *Vulvodynia*. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 2017; 44: 493-508

(17) Prendergast SA. *Pelvic Floor Physical Therapy for Vulvodynia*. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 2017; 44: 509-522

(18) Harlow BL, Vazquez G. *Self-Reported Vulvar Pain Characteristics and Their Association with Clinically Confirmed Vestibulodynia*. *Journal of Women's Health* 2006; 18: 1333-1340

(19) Connor JJ, Brix CM. *The diagnosis of provoked vestibulodynia: steps and roadblocks in a long journey*. *Sexual and Relationship Therapy* 2013; 28: 324-335

(20) Webber V, Miller ME. *Vulvodynia Viewed from a Disease Prevention Framework: Insights from Patient Perspectives*. *Sexual Medicine* 2020; 8: 757-766

(21) Shallcross R, Dickson JM. *Women's Experiences of Vulvodynia: An Interpretative Phenomenological Analysis of the Journey Toward Diagnosis*. *Archives of Sexual Behavior* 2019; 48: 961-974

(22) Toeima E, Nieto J. *Junior doctors' understanding of vulval pain/Vulvodynia: a qualitative survey*. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2011; 283: 101-104

(23) Törnävä M, Koivula M. *Women with vulvodynia: awareness and knowledge of its care among student healthcare staff*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2018; 32: 241-252

(24) Leusink P, Teunissen D. *Facilitators and barriers in the diagnostic process of vulvovaginal complaints (vulvodynia) in general practice: a qualitative study*. *European Journal of General Practice* 2018; 24: 92-98

(25) Smith KB, Sadownik LA. *Clinicians' Perspectives and Experiences Regarding Maternity Care in Women With Vulvodynia*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2016; 38: 811-819

(26) Smith KB, Basson R. *Antenatal Vulvar Pain Management, Labour Management, and Postpartum Care of Women With Vulvodynia: A Survey of Physicians and Midwives*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2018; 40: 579-587

(27) Article L4151-1 CSP, modifié par loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 – art.127

(28) Article L162-5-3 CSS, modifié par ordonnance n°2021-584 du 12 mai 2021-art.2

(29) Darai E, Vendittelli F. *Directive qualité - Contenu minimum obligatoire d'un dossier de consultation en gynécologie*. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français 2010

(30) DRESS, Anguis M, Borgeat M. *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ?* n°76, mars 2021

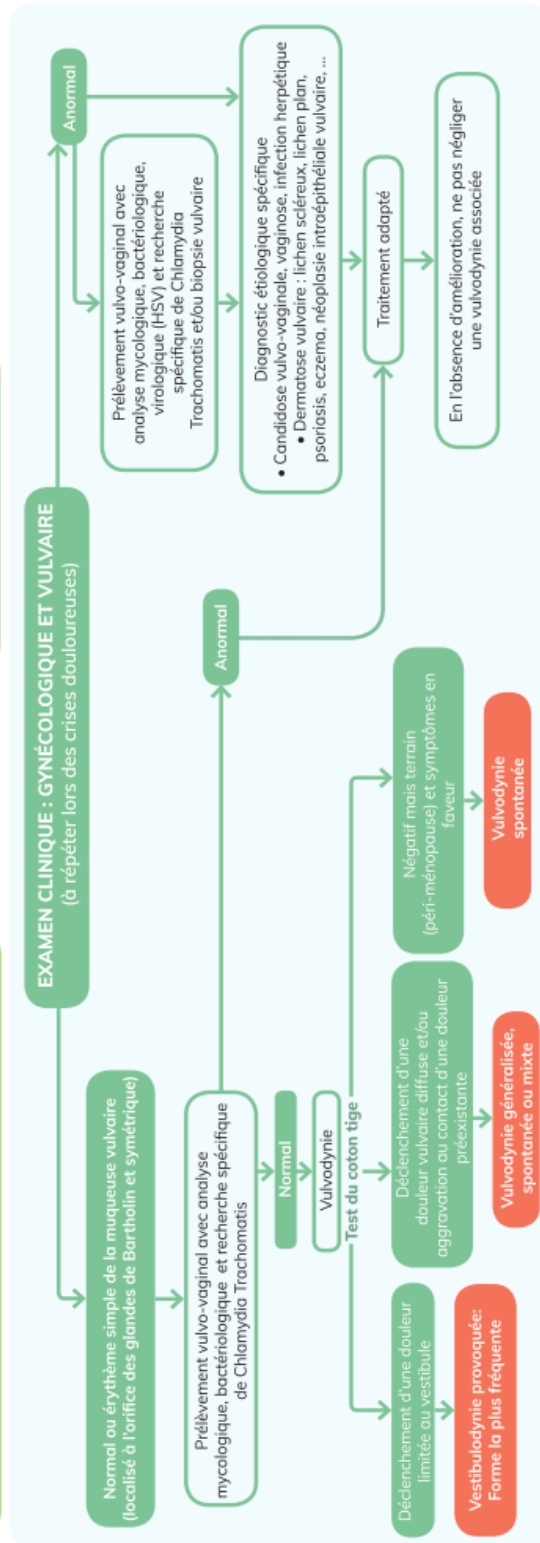
(31) Richard Alisson, *sage-femme : une profession méconnue*, 72p, gynécologie et obstétrique : maïeutique : centre hospitalier universitaire de Rouen école de sage-femme : 2019

(32) Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. *Journée mondiale de la contraception : La contraception et le Française, une information suffisante ?* 8p, 2017

Annexe I : Fiche d'aide au diagnostic et à la prise en charge des vulvodynies (CLGE, 2018)

AIDE AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT DES VULVODYNIES EN SOINS PREMIERS

VULVODYNIE (ISSVD 2015) : Douleur vulvaire d'une durée de plus de 3 mois sans cause identifiable, qui peut être associée à différents facteurs, chez une femme de tout âge.



» TRAITEMENT MULTIDISCIPLINAIRE ET PERSONNALISÉ CENTRÉ PATIENTE

PROPOSER DÈS LE DÉBUT ET TOUT AU LONG DE LA PRISE EN CHARGE :

- Kinésithérapie et rééducation périnéale (kinésithérapeutes et sages-femmes formés)
- Psychothérapie et approches psycho-corporelles (à adapter selon le vécu et la symptomatologie de la patiente)
- Sexothérapie



EN PRATIQUE :

- (1) Traitements locaux associés à la kinésithérapie et psychothérapie
- (2) En l'absence d'amélioration à 3 mois : Amitriptyline en association
- (3) En l'absence d'amélioration à 6 mois : Avis spécialisé

INFORMATION - RÉASSURANCE - EMPATHIE

**ARRÊT DES TRAITEMENTS LOCAUX IRRITANTS
TRAITEMENT DES PATHOLOGIES ASSOCIÉES SUSCEPTIBLES D'AGGRAVER L'INCONFORT LOCAL**

TRAITEMENTS LOCAUX (À PRIVILÉGIER POUR LES VULVODYNIES PROVOQUÉES ET/OU LOCALISÉES)

- Topiques émollients, crèmes hydratantes (Vaseline, Coldcream, Cerat), crèmes cicatrisantes
 - Lubrifiants
- Anesthésiques locaux type Lidocaïne en gel 2-5% (à proposer 10 à 20 min avant le rapport sexuel et/ou en traitement de fond quotidien)
- Oestrogénothérapie locale chez la femme en péri - ménopause

TRAITEMENTS GÉNÉRAUX (À PRIVILÉGIER POUR LES VULVODYNIES SPONTANÉES ET/OU GÉNÉRALISÉES, EN CAS DE SYMPTOMATOLOGIE BRUYANTE OU AVEC SYNDROME ANXIO-DÉPRESSIF ASSOCIÉ)

- Antidépresseurs tricycliques en 1^{ère} intention : amitriptyline jusqu'à 25 mg par jour (le soir au coucher , débuter par 5 mg par jour)
 - Antidépresseurs serotoninergiques peuvent être utilisés en particulier en cas de syndrome dépressif associé
- Antiépileptiques en seconde intention : prégabaline ou gabapentine à dose minimale efficace

PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE

- Thérapies interventionnelles (Blocs nerveux, infiltrations avec anesthésiques locaux, injection de toxine botulique A, radiofréquence pulsée sur le ganglion impar, TENS)
 - Vestibulectomie

POUR INFORMATION : De Andres J, Sanchis-Lopez N, Asensio-Samper JM, Fabregat-Cid G, Villanueva-Perez VL, Monsalve Dolz V, et al. Vulvodynia—An Evidence-Based Literature Review and Proposed Treatment Algorithm. Pain Pract. 1 févr 2016;16(2):204-36 ; Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle : ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. J Adv Nurs. janv 2006;53(2):205-12.

Annexe II : Questionnaire de l'étude

Bonjour,

Je m'appelle Léa Faucheux, je suis étudiante sage-femme à l'université de Versailles – St Quentin en Yvelines et je réalise mon mémoire de fin d'études sur la vulvodynie.

La vulvodynie est une douleur vulvaire chronique sans causes identifiables (pas de lésions visibles, pas d'infection, pas de néoplasie). La douleur siège sur tout ou partie de la vulve (majoritairement le vestibule). Cette douleur, le plus souvent à type de brûlure est spontanée, provoquée par le contact (rapports sexuels, vêtements, tampons, etc..) ou mixte (spontanée et provoquée).

L'objectif principal de ce mémoire est de faire un état des lieux sur les pratiques des professionnels de la santé des femmes à propos de la vulvodynie, de sonder leur assurance dans le diagnostic de cette pathologie et de recueillir leur souhait d'information et de formation sur le vulvodynie.

A cet effet, nous avons rédigé, en collaboration avec un médecin, expert en pathologie vulvaire (Dr Moyal-Barracco), un questionnaire destiné aux gynécologues obstétriciens, aux gynécologues médicaux libéraux, ainsi qu'aux sages-femmes libérales ayant une activité en gynécologie.

*Ce questionnaire est anonyme. Répondre à celui-ci vous prendra environ **5 minutes**.*

Je vous remercie de votre participation à ce questionnaire.

Si vous avez la moindre question vous pouvez me contacter par mail :

lea.faucheux.sf@gmail.com

----- Prise de renseignements -----

1/ Êtes-vous ? *

- ▽ Une Femme
- ▽ Un Homme

2/ Quelle profession exercez-vous ? *

- ▽ Gynécologue obstétricien
- ▽ Gynécologue médical
- ▽ Sage-femme
- ▽ Autre

3/ Quel âge avez-vous ? *

- ▽ ... ans

4/ Vous êtes en exercice ? *

- ▽ Libéral
- ▽ Mixte

5/ Si vous êtes en exercice mixte, quel est le pourcentage de votre activité libérale ?

- ▽ Moins de 30 %
- ▽ Entre 30 et 70 %
- ▽ Plus de 70 %

6/ Depuis combien d'années exercez-vous ? *

- ▽ Entre 0 et 5 ans
- ▽ Entre 6 et 10 ans
- ▽ Entre 11 et 20 ans
- ▽ Entre 21 et 30 ans
- ▽ Plus de 31 ans

7/ Dans quel(s) département(s) exercez-vous ? *

- ▽ Numéro du ou des départements :

----- À propos de vos consultations -----

8/ Combien de temps consacrez-vous en moyenne à une primo-consultation de gynécologie ? *

- 10 minutes
- 15 minutes
- 20 minutes
- 25 minutes
- 30 minutes
- Plus de 30 minutes

9/ Combien de temps consacrez-vous en moyenne à une consultation de suivi de gynécologie ? *

- 10 minutes
- 15 minutes
- 20 minutes
- 25 minutes
- 30 minutes
- Plus de 30 minutes

10/ Lors des consultations, questionnez-vous vos patientes sur des douleurs vulvaires pendant ou en dehors des rapports sexuels ? * [Plusieurs réponses possibles]

- Oui, systématiquement
- Oui, si la patiente m'en parle
- Oui, si la patiente mentionne d'autres symptômes vulvaires
- Oui, si j'observe des anomalies vulvaires

Commentaire libre (facultatif)

----- La vulvodynie – Diagnostic et réorientation -----

11/ Avez-vous déjà suspecté le diagnostic de vulvodynie chez une patiente ? *

- Oui
- Non

12/ Avez-vous déjà posé le diagnostic de vulvodynie chez une patiente ? *

- Oui
- Non

13/ Si oui, avec quelle fréquence posez-vous le diagnostic d'une vulvodynie ?

- Moins d'une fois par an
- Une fois par an
- 1 à 6 fois par an
- 1 fois par mois
- Plusieurs fois par mois

14/ Vous sentez-vous à l'aise pour établir le diagnostic de vulvodynie ? *

[Répondre par un chiffre sur une échelle 0 à 10 (0 pas du tout à l'aise et 10 très à l'aise)]

- .../10

15/ Si vous vous sentez peu ou pas à l'aise pour le diagnostic d'une vulvodynie, quelles en sont, pour vous, les raisons ? [Plusieurs réponses possibles]

- Pas assez de connaissances sur le sujet
- Pas assez d'expérience dans le domaine
- Je ne pense pas être la/le professionnel(le) de santé la/le plus adapté(e) pour prendre en charge la vulvodynie
- Autre (préciser) :

16/ Si une patiente est atteinte de vulvodynie ? *

- Vous la suivez seul(e)
- Vous la suivez en collaboration avec un ou d'autres professionnels
- Vous l'orientez vers un ou d'autres professionnels

▽ Vous ne suivez pas de patiente atteinte de vulvodynie

17/ Si vous orientez les patientes vers d'autres professionnels veuillez indiquer le ou lesquels ?

[Plusieurs réponses possibles]

- ▽ Gynécologue
- ▽ Sage-femme
- ▽ Dermatologue
- ▽ Médecin généraliste
- ▽ Algologue
- ▽ Psychologue
- ▽ Psychiatre
- ▽ Sexologue
- ▽ Kinésithérapeute
- ▽ Urologue
- ▽ Ostéopathe
- ▽ Acupuncteur
- ▽ Sophrologue
- ▽ Autre (préciser) :

Commentaire libre (facultatif)

----- **Souhaits d'informations et de formations** -----

18/ Quelles ont été vos sources d'informations sur la vulvodynie ? * [Plusieurs réponses possibles]

- ▽ Formation initiale
- ▽ Formation continue (DU, congrès, séminaires, webinaires...)
- ▽ Lecture d'un article dans une revue professionnelle
- ▽ Lecture de documents destinés au grand public (presse papier ou internet)
- ▽ Une patiente m'en a parlé

- ▽ Discussion avec des professionnels de santé
- ▽ Autre (préciser):

19/ Quelles ont été vos sources de formations sur la vulvodynie ? * [Plusieurs réponses possibles]

- ▽ Formation initiale
- ▽ DU ou autre diplôme complémentaire **
- ▽ Congrès / Séminaire / Webinaire
- ▽ Formation proposée par un organisme extérieur
- ▽ Formation par un professionnel (stage ...)
- ▽ Je n'ai pas eu de formation sur la vulvodynie
- ▽ Autre (préciser) :

20/ ** Si DU ou diplôme complémentaire, veuillez préciser le ou lesquels

21/ Souhaiteriez-vous être davantage informé(e) sur la vulvodynie ? *

- ▽ Oui
- ▽ Non

22/ Si oui, sous quel(s) format(s) ? [Plusieurs réponses possibles]

- ▽ Vidéo
- ▽ Plaquette ou flyer
- ▽ Congrès / Séminaire / Webinaire
- ▽ Autre (préciser) :

23/ Si non, pour quelle(s) raison(s) ne souhaitez-vous pas être davantage informé(e) sur la vulvodynie ? [Plusieurs réponses possibles]

- ▽ Je pense être assez informé(e) sur le sujet
- ▽ Cela ne m'intéresse pas
- ▽ Je vois peu de patientes souffrant de cette pathologie
- ▽ Je ne pense pas être la/le professionnel(le) la/le plus adapté(e) pour diagnostiquer et traiter la vulvodynie
- ▽ Je n'ai pas assez de temps
- ▽ Autres (préciser) :

24/ Souhaiteriez-vous être davantage formé(e) sur la vulvodynie ? *

- ▽ Oui
- ▽ Non

25/ Si oui, sous quel(s) format(s) ? [Plusieurs réponses possibles]

- ▽ DU ou diplôme complémentaire
- ▽ Congrès / Séminaire / Webinaire
- ▽ Formation proposée par un organisme extérieur
- ▽ Formation par un professionnel (stage ...)
- ▽ Autre (préciser) :

26/ Si non, pour quelle(s) raison(s) ne souhaitez-vous pas être davantage formé(e) sur la vulvodynie ?

- ▽ Je pense être assez formé(e) sur le sujet
- ▽ Cela ne m'intéresse pas
- ▽ Je vois peu de patientes souffrant de cette pathologie
- ▽ Je ne pense pas être la/le professionnel(le) la/le plus adapté(e) pour diagnostiquer et traiter la vulvodynie
- ▽ Je préfère consacrer mon temps de formation continue à d'autres thématiques
- ▽ Autre (préciser) :

Commentaire libre (facultatif)

Merci beaucoup pour votre participation

Si vous avez la moindre question n'hésitez pas à me contacter par mail :

lea.faucheux.sf@gmail.com

Léa Faucheux