

Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Masso-Kinésithérapie

Douleurs pelvi-périnéales au décours de la sexualité féminine

Etat des lieux et différents aspects de leur prise en charge par des masseurs-kinésithérapeutes sexologues

Mémoire présenté et soutenu par

Manon JOFFRE

En juin 2022



Illustration : Iris Boudreau

Mémoire dirigé par

M. PICHOFF Mathieu

Masseur-kinésithérapeute Diplômé d'Etat

Remerciements

Nous sommes à 4 jours de la remise de cet écrit, il est 20h19 et sans surprise, je suis en retard. Il me semble tout de même qu'il est le bon moment pour faire une pause dans la rédaction de ma discussion et remercier les personnes qui de près ou de loin m'ont permis de rendre ce travail.

Mes premiers remerciements vont à ma famille et à mes ami.es.

Maman, Yann, Papy et Mamie Canard, Tata et Tonton, Morgane : vous faites mon monde. Je vous remercie pour votre présence permanente, votre patience et tout l'amour dans lequel vous m'avez permis de grandir.

Les copines du TerTer. Sans vous, Limoges aurait été plus triste et avec vous le futur ne sera que meilleur. A vous, et **aux copains de Dordogne**, merci pour votre soutien sans faille et pour tous les moments de joie que nous avons partagé.

Je remercie très chaleureusement les étudiant.es de ma promotion et tout particulièrement **Léo, Guillaume** et **Nina** pour ces 4 années passées à vos côtés. Vous êtes de très belles personnes et mes plus belles rencontres. Merci aussi aux **couillasses**. Merci à **La Mala** pour ses encouragements.

Professeur Jacob, j'espère que ce travail t'en apprendra un peu plus sur les femmes.

Raf, l'écriture inclusive dans ces remerciements, c'est pour toi !

Je tiens également à remercier **les membres de l'équipe pédagogique** qui nous ont accompagné mes camarades et moi-même pendant notre scolarité à l'ILFOMER. Ce n'était pas gagné, mais nous y sommes arrivés !

A mes divers.es tuteur.rices de stage : je vous remercie d'avoir partagé avec moi vos savoirs et pratiques. Merci de m'avoir permis de déterminer quelle masseur-kinésithérapeute je souterai être. J'exprime une gratitude toute particulière à **M. Mathieu PICHOFF**, mon directeur de mémoire. Tu m'as offert le privilège de pratiquer la rééducation périnéale sous toutes ses formes et de comprendre par un travail de terrain, quelles étaient les douleurs dont traite ce mémoire.

Je remercie toutes celles qui ont participé à cette étude. Mesdames, échanger avec vous m'a été d'une grande aide. Vous semblez faire un travail formidable avec vos patientes et elles comme moi, vous sommes reconnaissantes.

Guizmo, mon petit chat un peu aigri. Tu m'attendais toujours derrière la porte le soir, je t'en remercie. **Cannelle** et **Sacha**, j'ai hâte de rendre ce travail pour vous retrouver !

Enfin, je remercie mes futur.es lecteurs et lectrices. Je dois vous avouer que la suite pour vous sera longue. Aussi, je vous laisse quelques notes musicales qui à tout instant pourront vous servir d'interlude. Elles sont celles qui je l'espère, rythmeront la suite des mes aventures.

Upsilon – Voyage, voyage

Bakermat – Learn to Loose

Celeste – Stop this flame

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je soussignée Manon Joffre

atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS NA – site de Limoges et de m'y être conformé.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le mardi 10 Mai 2022

Suivi de la signature.



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source » .

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non-présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Masseur-Kinésithérapeute

Session de juin 2022

Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée Manon JOFFRE

Etudiante de 4ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : mardi 10 Mai 2022

Signature de l'étudiante

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'M' and 'J' intertwined, followed by a long horizontal stroke.

Glossaire

AIUS : Association Interdisciplinaire. post Universitaire de Sexologie

BDMK : Bilan Diagnostic Masso-Kinésithérapique

DIUESH : Diplôme Inter-Universitaire d'Etude de la Sexualité Humaine

DU : Diplôme Universitaire

ILFOMER : Institut Limousin de Formation aux Métiers de la Réadaptation

MK : Masso-Kinésithérapie

MKDE : Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'Etat

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

TENS : Neurostimulations Electriques Transcutanées

Table des matières

Table des illustrations.....	10
Cadre théorique	12
1. Anatomie et fonctionnement de l'organe sexuel féminin	12
1.1. Anatomie externe	12
1.2. Anatomie interne	14
1.3. Plancher pelvien et périnée	15
1.4. Physiologie	16
1.4.1. Fonctionnement du plancher pelvien	16
1.4.2. Physiologie du rapport sexuel	16
2. Une dysfonction sexuelle : les douleurs génito-pelviennes et les troubles de la pénétration	18
2.1. Définitions et épidémiologie	18
2.1.1. Les dyspareunies	18
2.1.2. Le vaginisme	19
2.1.3. Les vulvodynies.....	20
2.2. Origines des douleurs génito-pelviennes et des troubles de la pénétration	20
2.3. Les conséquences des douleurs sexuelles pelvi-périnéales sur la qualité de vie ...	21
3. Diagnostic et rééducation des douleurs sexuelles.....	22
3.1. L'évaluation et le diagnostic médical.....	22
3.2. Le bilan diagnostic masso-kinésithérapique (BDMK).....	22
3.3. Les méthodes de rééducation en masso-kinésithérapie.....	24
3.4. L'éducation	24
3.5. La relaxation.....	25
3.6. Les techniques manuelles	25
3.7. Les techniques instrumentales	26
4. Masso-kinésithérapie, santé sexuelle et sexologie.....	27
4.1. Définition de la santé sexuelle et état des lieux de la situation actuelle	27
4.2. Rééducation périnéale et santé sexuelle dans la formation initiale en masso-kinésithérapie	28
4.2.1. Législation	28
4.2.2. Application	28
4.2.3. Formation continue et Diplôme Inter-Université d'Etude de la Sexualité Humaine	29
Problématisation	30
1. L'objectif principal	30
2. Les objectifs secondaires	30
Matériel et Méthode.....	31
1. Le choix de l'outil de recherche : l'entretien semi-directif	31
2. Déroulement chronologique de l'étude	32
3. Le choix de la population.....	32
3.1. Les critères d'inclusion.....	32
3.2. Les critères de non-inclusion	32
3.3. Les critères d'exclusion.....	32
3.4. La méthode de recrutement.....	33

3.5. La saturation des réponses	34
4. Les entretiens	34
4.1. Le pré-test	34
4.2. La question éthique	35
4.3. Le contexte	35
4.4. Le matériel	36
4.5. L'attitude adoptée	36
4.5.1. Le choix de la tenue et de la posture	36
4.5.2. L'instauration d'un climat de confiance et d'une écoute active	36
4.6. Le guide de l'entretien	37
5. La retranscription	39
6. L'analyse des données obtenues	40
6.1. L'analyse qualitative	40
6.1.1. La déconstruction	40
6.1.2. La reconstruction	40
6.2. L'analyse quantitative	41
Résultats	42
1. Caractéristiques de l'échantillon final et des entretiens	42
2. Contenu des entretiens	44
2.1. Parcours d'exercice et de formation des masseurs-kinésithérapeutes interrogées .	44
2.1.1. Avant le Diplôme Inter-Université d'Etude de la Sexualité Humaine	44
2.1.2. Conséquences du Diplôme Inter-Université d'Etude de la Sexualité Humaine .	47
2.2. Le choix du mode d'exercice	50
2.3. Les femmes atteintes de douleurs pelviennes sexuelles	53
2.4. La prise en charge en masso-kinésithérapie dans le parcours de soin	59
2.5. Liens entre masso-kinésithérapie santé sexuelle et sexologie	72
Discussion	75
1. Discussion des résultats principaux	75
1.1. Masso-kinésithérapeute et/ou sexologue, le choix du port de la double casquette .	75
1.2. Les caractéristiques du bilan diagnostic masso-kinésithérapique	76
1.3. Le plan de rééducation et les approches thérapeutiques utilisées	76
1.4. L'importance et les avantages de la pluridisciplinarité	78
2. Discussion des résultats secondaires	79
2.1. Le Diplôme Inter-Universitaire d'Etude de la Sexualité Humaine : intérêts et limites.	79
2.2. Liens entre la masso-kinésithérapie, la santé sexuelle et la sexologie	80
3. Représentativité de l'échantillon et généralisation des résultats	81
4. Intérêts cliniques de l'étude	81
5. Limites et biais de l'étude	82
6. Perspectives de l'étude	83
Conclusion	84
Références bibliographiques	85
Annexes	89

Table des illustrations

Figure 1 : la vulve (lèvres écartées) - en position gynécologique	12
Figure 2 : le clitoris, corps érectile	13
Figure 3 : direction de l'utérus et du vagin	14
Figure 4 : le périnée féminin observé en position gynécologique	15
Figure 5 : le cercle vicieux des douleurs génitales de la femme.....	21
Figure 6 : les objectifs secondaires de l'étude	30
Figure 7 : déroulement chronologique de l'étude	32
Figure 8 : diagramme de flux	42
Figure 9 : bulles indicatives du nombre de verbatims similaires	44
Figure 10 : diagramme récapitulatif des auto-évaluations des participantes sur leur niveau de connaissances des douleurs sexuelles périnéales.....	47
Figure 11 : part de la patientèle des masseurs-kinésithérapeutes interrogées présentant des douleurs sexuelles périnéales	51

Table des tableaux

Tableau 1 : exemple de grille d'analyse de contenu	41
Tableau 2 : caractéristiques de la population	43
Tableau 3 : tableau de récurrence des noms de pathologies prises en charge	59
Tableau 4 : tableau de récurrence des questions posées aux patientes au cours de l'interrogatoire	60

Cadre théorique

1. Anatomie et fonctionnement de l'organe sexuel féminin

1.1. Anatomie externe

Il s'agit de l'ensemble des parties du sexe féminin visibles depuis l'extérieur. Cela comprend « le mont du pubis, les grandes et petites lèvres, le vestibule, les organes érectiles et les glandes vulvaires » que l'on regroupe sous le terme de **vulve**. [1]

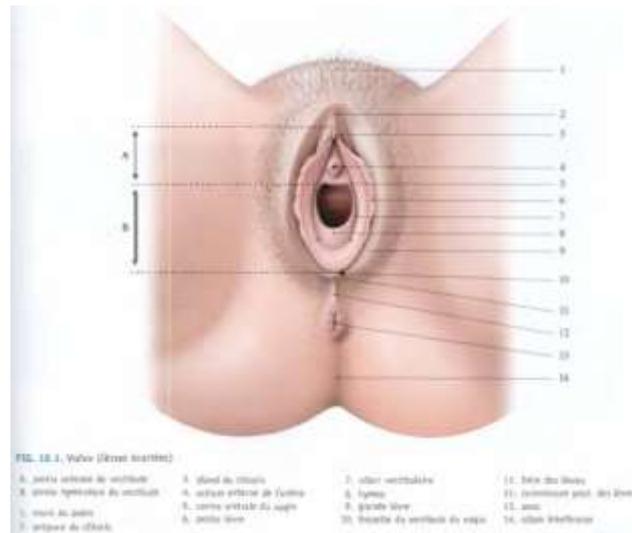


Figure 1 : la vulve (lèbres écartées) - en position gynécologique

Le plan cutané superficiel est dit **érogène**, susceptible d'engendrer des sensations de plaisir sexuel. Autour de la vulve, l'innervation est riche. Sa sensibilité est principalement due à la présence du nerf pudendal, du nerf cutané postérieur de la cuisse et des branches génitales des nerfs ilio-hypogastrique, ilio-inguinal et génito-fémoral. Elle possède beaucoup plus de neurorécepteurs que le vagin et répond à diverses stimulations thermiques et mécaniques.

Le **mont du pubis**, ou mont de vénus est la zone pileuse située en avant de la symphyse pubienne.[2] Délimité latéralement par les plis inguinaux, il correspond à la limite antérosupérieure de l'appareil uro-génital. Il est principalement constitué de tissus celluloadipeux.[1]

Les **grandes lèvres** constituent deux protubérances latérales limitant la fente vulvaire. Elles se rejoignent dans la commissure antérieure avec le clitoris en haut et dans la commissure postérieure avec une petite saillie médiane reliée à l'anus en bas. Leur longueur, épaisseur, et leur coloration sont personnelle et situation dépendants. Elles sont elles aussi recouvertes de follicules pileux. Le plan profond correspond au **corps adipeux labial** lequel est un organe fibro-graisseux semi-érectile. Il présente des expansions notamment pubo-clitoridienne qui peuvent engendrer une excitation mécanique du clitoris grâce à des stimulations indirectes (des mouvements de cuisses par exemple).

Les **petites lèvres** sont séparées des grandes lèvres par le sillon interlabial. Elles sont d'apparence muqueuse, d'aspect variable. Elles sont très innervées, très vascularisées et très élastiques. Leurs extrémités antérieures se dédoublent en deux replis pour former le prépuce en avant (recouvrant le corps et souvent le gland du clitoris) et le frein du clitoris en arrière. Leurs extrémités postérieures quant à elles se rejoignent pour former le frein des lèvres de la vulve.

Le **vestibule du vagin** est un espace virtuel situé entre les petites lèvres. Il est divisé en une partie urétrale en avant et une partie hyménéale en arrière. On y retrouve l'orifice urétral, les orifices des glandes para-urétrales (dits de Skene) ainsi que l'orifice vaginal initialement fermé par l'hymen.

Le **clitoris** au niveau embryologique et histologique correspond au pénis et comprend donc lui aussi une racine, un corps et un gland. C'est l'appareil érectile de la vulve. Sa partie externe correspond au corps et au gland du clitoris. La racine, partie interne du clitoris, est longue de 5 à 9 cm et est divisée en deux corps caverneux qui servent de piliers fixes. Leurs extrémités antérieures convergent pour former la commissure caverneuse. [3] La racine comprend aussi des bulbes vestibulaires situés à la base des petites lèvres.

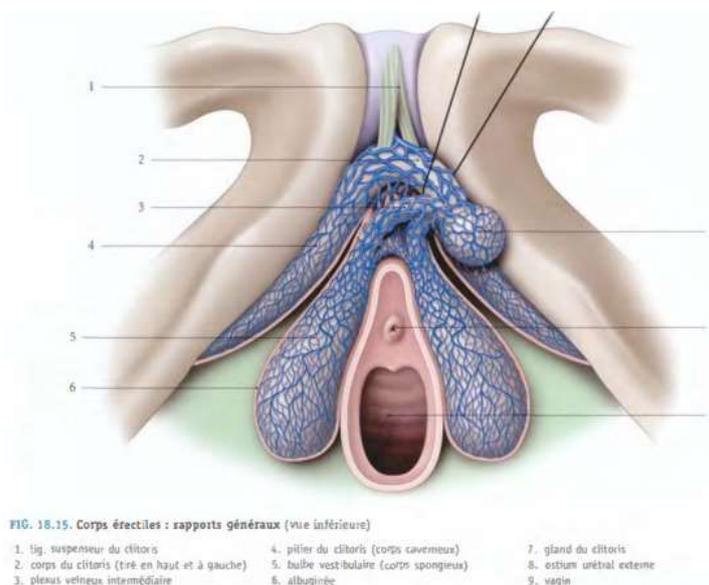


Figure 2 : le clitoris, corps érectile

Les **glandes vulvaires** sont de 3 types. Les glandes dites mineures sont des glandes sudorifères et sébacées situées à la surface de formation des lèvres. Les glandes para-urétrales s'ouvrent de part et d'autre de l'orifice urétral par deux petits canaux excréteurs. Le dernier type de glande, situé de part et d'autre de l'entrée du vagin est celui des glandes vestibulaires majeures (ou glandes de Bartholin). Ces glandes sécrètent un lubrifiant naturel de participation modeste lors de rapports sexuels.

1.2. Anatomie interne

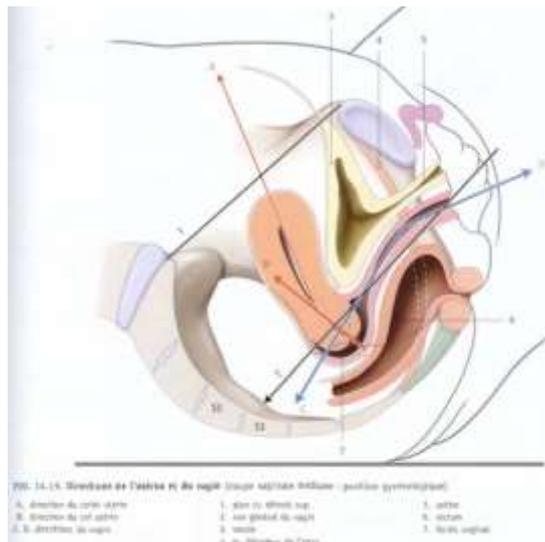


Figure 3 : direction de l'utérus et du vagin

Le **vagin** est un conduit épais et résistant reliant les organes génitaux externes à l'utérus. On y pénètre par l'orifice vaginal auquel on a accès depuis le vestibule vulvaire. Ses parois, non-lisses, mesurent entre 7 et 9 cm de long. Elles sont assez compliantes jusqu'à la ménopause puis perdent de leur élasticité ensuite. Le vagin est solidement fixé par des structures variées (septum uro-vaginal, fascias périnéaux, ligaments utéraux-sacraux, paracervix, le muscle élévateur de l'anus...) qui lui permettent de résister aux contraintes quotidiennes. Solidaire des viscères notamment pelviennes, il agit sur elles comme un « hamac de soutien ». Il se termine par un cul de sac situé en réponse au cul-de-sac recto-utérin, le fornix vaginal postérieur.

L'**utérus** est l'organe destiné à contenir le conceptus durant la grossesse. Il est donc creux, mobile et constitué de fibres musculaires lisses. Il est relié au vagin par le col utérin et se situe entre la vessie et le rectum. A l'état non gravide (lorsqu'il ne porte pas d'enfant), ses dimensions sont réduites. Elles sont par ailleurs plus importantes chez la femme multipare que chez la femme nullipare.

Les **trompes utérines** sont des conduits permettant le passage des spermatozoïdes cherchant à féconder un ovocyte (gamète femelle). Musculo-membraneuses, elles mesurent 10 à 12 cm de long. Leur origine se situe dans l'utérus ; elles en ressortent transversalement puis se dirigent vers les ovaires situés en contrebas. Elles se fixent à ces dernières grâce à l'infundibulum tubaire. Ce dernier est parsemé de franges dont la plus longue dite ovarique adhère à l'ovaire. Elles sont innervées par les plexus ovariens et utérins.

Les **ovaires**, au nombre de 2, sont les glandes sexuelles de la femme. Elles sécrètent des hormones sexuelles et produisent les ovocytes.

1.3. Plancher pelvien et périnée

Le **plancher pelvien**, est composé de muscles, ligaments et fascias fonctionnant comme un « hamac » assurant le soutènement de la vessie, des organes génitaux et du rectum.[4] Il est solidement ancré aux différents os composants le bassin, mais aussi au coccyx et au sacrum. D'un point de vue morphologique et fonctionnel, il est indissociable des organes génitaux externes et du canal anal.[1]

Il se présente sous 2 plans distincts :

- Le **plan superficiel** composé des muscles : ischio-caverneux, bulbo-spongieux, transverses superficiels, sphincter de l'urètre et transverse profond du périnée. Ces deux derniers constituent le diaphragme uro-génital.[1]
- Le **plan profond** composé des muscles : élévateurs de l'anus et du coccygien. Ils forment le diaphragme pelvien. Les muscles élévateurs de l'anus sont au nombre de 3 (le pubo-rectal, le pubo-coccygien et l'ilio-coccygien), ils ont une incidence sur la continence anale. Le coccygien a pour fonction de renforcer le plancher pelvien postérieur. [4]

Les muscles pelviens et sphincters convergent médialement et sous la peau vers une formation fibro-musculaire devenue centre tendineux : le **corps périnéal**. Ce dernier contient des myofibres lisses formant le muscle recto-vaginal.

Le **périnée** correspond à l'ensemble des parties molles situées en dessous du diaphragme pelvien.[1] De manière générale, on préfère l'observer en position gynécologique. Chez la femme, il se présente sous forme d'un losange à grand axe antéropostérieur passant par la région pubienne et l'anus. L'axe horizontal du losange, reliant les limites latérales du périnée (les branches ischio-pubiennes ainsi que les tubérosités ischiatiques), sépare le périnée en deux régions : le périnée uro-génital en avant et le périnée anal en arrière.[1]

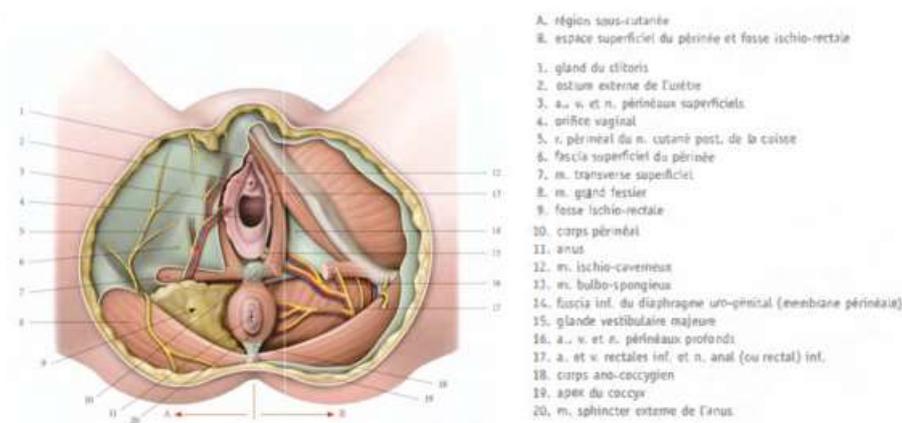


Figure 4 : le périnée féminin observé en position gynécologique

Le plancher pelvien et le périnée sont principalement innervés par des branches collatérales du nerf pudendal (aussi appelé nerf honteux). Issu des branches ventrales S2-S4 du plexus sacré, il se divise en 3 branches terminales : le nerf rectal inférieur, le nerf périnéal et le nerf dorsal du clitoris. Il contribue à la commande musculaire des nombreux muscles du plancher pelvien ainsi qu'à la sensation génitale externe, à la continence et à l'orgasme. [4]

1.4. Physiologie

1.4.1. Fonctionnement du plancher pelvien

Le bon fonctionnement du plancher pelvien et du périnée dépend de phénomènes de contraction et de relâchement qui assurent le soutien actif. Il dépend aussi de l'intégrité des fascias qui assurent le soutien passif.[5]

Les muscles pelviens fonctionnels se contractent en cas d'augmentation de la pression intra-abdominale (toux, rire, effort physique...). De cette façon, ils provoquent un mouvement cranio-ventral du périnée et accentue l'ascension des organes pelviens initialement conduite par une contraction des muscles élévateurs de l'anus. Cela permet entre autres de prévenir la perte involontaire d'urine, du contenu du rectum ou un prolapsus (aussi appelé descente d'organes).[1] Le retour à l'état de relâchement après la contraction est indispensable pour retrouver une miction et une défécation normale.

1.4.2. Physiologie du rapport sexuel

La sexualité humaine est organisée autour d'une alchimie complexe qui ne saurait être limitée à des considérations uniquement anatomiques. Néanmoins, le rapport sexuel induit des modifications anatomo-physiologiques variées permettant le bon déroulement de celui-ci. L'origine de ces modifications réside dans l'activation de récepteurs sensoriels entraînant des réflexes autonomes et somatiques.

Selon les travaux de V.H. Masters et V.C Johnson [6], la réponse sexuelle féminine se fait en plusieurs parties dont la durée peut différer.

L'excitation

A l'initiation du rapport, l'excitation provoque la diminution du volume des grandes lèvres afin de dégager le vestibule. A contrario, les petites lèvres se déplissent, s'épaississent et se dressent. [1]

Lors du rapport sexuel, la **lubrification naturelle**, en lien avec le niveau d'excitation et les divers stimuli, est essentiellement due à des transsudats provenant des plexus veineux de la paroi vaginale. Elle sert à faciliter la pénétration et permet donc de ne pas endommager les tissus. Aussi, les rides vaginales s'effacent au profit de l'érection des colonnes vaginales

sous l'effet de la stimulation sexuelle. On doit cela à l'activation de barorécepteurs et du système nerveux sympathique (**SNS**) lors de l'appui sur l'orifice vaginal. [3]

De la même façon, le débit artériel clitoridien s'accroît considérablement des suites de la relaxation des corps caverneux du clitoris par activation du système nerveux parasympathique (**SNP**).[3] Le clitoris s'allonge et durcit. Simultanément, par stimulation des nerfs somato-moteurs, les muscles bulbo-spongieux se contractent en provoquant l'abaissement du clitoris.

Les organes annexes (vessie, rectum, tissus conjonctifs pelviens), s'ils sont vides, créent un environnement confortable pour les deux partis. La vessie entre autres, subit une ascension induite par le déplacement crânial de l'utérus. [1]

Le plateau

Pendant cette phase, les petites lèvres changent de coloration. Le vagin et la vulve sont congestionnés, le clitoris est en érection. Lors de la pénétration, les mouvements de va-et-vient entretiennent la vascularisation de ces structures. L'orifice vaginal est obstrué : s'il y a éjaculation, le sperme ne peut plus s'écouler.

L'orgasme

Le gonflement vaginal (et notamment de la colonne vaginale antérieure) est renforcé par l'apparition de contractions des muscles pelvi-périnéaux, et notamment des muscles éleveurs de l'anus. La survenue de ces contractions peut être initiatrice ou non d'un orgasme. Ainsi, la stimulation doit être maintenue sous peine de faire retomber l'excitation.[3] « L'orgasme est un processus neuro-psychophysiologique complexe marquant habituellement le paroxysme de la réponse sexuelle ».[3] Le corps réagit comme lors d'un effort physique intense, la pression artérielle augmente, les fréquences cardiaques et respiratoires sont augmentées et on note une tension musculaire généralisée. Ses manifestations sont multiples : il peut être répété (il n'y a pas chez la femme de période réfractaire), lié à une sensation de plaisir ou encore induire des sécrétions liquidiennes des glandes para-urétrales. [7]

La résolution

L'ensemble des structures retrouve son état initial.

2. Une dysfonction sexuelle : les douleurs génito-pelviennes et les troubles de la pénétration

Les dysfonctions sexuelles décrites dans la 5^{ème} édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* comprennent les troubles du désir, les difficultés à atteindre l'orgasme et les rapports sexuels douloureux.[8] Si la douleur est le type de dysfonction sexuelle pour lequel les femmes consultent le plus, seules 12,4% de celles qui la subissent décident d'en parler à un.e spécialiste (gynécologue ou médecin) [9].

2.1. Définitions et épidémiologie

2.1.1. Les dyspareunies

Ce terme est utilisé pour décrire l'ensemble des douleurs génitales permanentes ou récurrentes associées à un rapport sexuel et d'origine multifactorielle (organique, psychosociale...).[10–12] Elles peuvent être catégorisées en fonction de leur localisation, de leur mode d'apparition, et de leur fréquence.[11]

On parle de dyspareunies superficielles (d'insertion) lorsque les douleurs se limitent à la vulve et/ou à l'entrée du vagin. [12] Elles sont différentes des dyspareunies profondes qui elles touchent les parties plus profondes et/ou le pelvis en sa partie basse. Les dyspareunies profondes doivent faire l'objet d'une recherche de pathologie organique.[13]

Les dyspareunies primaires surviennent dès le premier rapport sexuel puis persistent. Les dyspareunies secondaires peuvent survenir à n'importe quel moment de la vie sexuelle.

On parle de dyspareunies persistantes lorsque les symptômes sont présents peu importe le ou la partenaire et la situation. A l'inverse, on parlera de dyspareunies conditionnelles lorsqu'elles surviennent seulement dans certaines positions, sous certaines stimulations et avec certain.es partenaires.[14]

Aux Etats-Unis, elles sont référencées dans le *DSM-V* comme des dysfonctions sexuelles de l'ordre des douleurs génito-pelviennes et troubles de la pénétration et sont associées au vaginisme.[8]

S'il a pu être observé que les valeurs des données épidémiologiques variaient en fonction du niveau de développement des pays dans lesquels les études étaient menées [15] ; les femmes de tout âge et condition sont concernées par les dyspareunies :

- Selon un récent article, 43 % de femmes (relations homosexuelles et hétérosexuelles confondues) rencontreraient des problèmes d'ordre sexuel et 7 % à 58 % d'entre elles se plaindraient de dyspareunies.[16] Notons qu'en France, une enquête indiquait que 16 % des femmes auraient parfois ou souvent des rapports sexuels douloureux.[9]

- Une méta-analyse a conclu en 2020 que 35 % des femmes en post-partum souffriraient de dyspareunies.[17] Les causes peuvent être traumatiques (liées à des déchirures périnéales) et cicatricielles notamment dans le cas d'adhérences liées à une épisiotomie. [18]
- Il semblerait que le vieillissement physiologique et notamment la ménopause soit aussi un de leurs facteurs d'apparition puisqu'elles sont l'un des symptômes (dans 12 % à 45 % des cas) de ce qui est appelé depuis 2014 le « Syndrome génito-urinaire de la ménopause »[19]

2.1.2. Le vaginisme

Le vaginisme a longtemps été décrit comme la présence douloureuse de spasmes vaginaux interférant avec la possibilité d'avoir des rapports sexuels avec pénétration¹, mais le manque de données empiriques pour affirmer ces caractères a abouti à l'abandon de cette définition.

Nous garderons ici une définition plus récente et contrastée de ce qu'est le vaginisme à savoir : « *Des difficultés persistantes ou récurrentes de la femme à permettre la pénétration vaginale par un pénis, un doigt ou tout autre objet malgré l'envie de le faire. On note de façon variable, la présence d'un évitement (phobique), de contractions des muscles pelviens involontaires et d'une anticipation/peur/expérience de la douleur. Les anomalies structurelles ou autres doivent être exclues ou étudiées.* »[20]

Le vaginisme peut être secondaire à des dyspareunies ou être accompagné de dyspareunies. Ici aussi, on considère qu'il peut être primaire ou secondaire. Le vaginisme primaire serait essentiellement dû à une peur de la pénétration. Le vaginisme secondaire lui, peut être la conséquence d'une douleur sexuelle déjà vécue au cours d'un événement plus ou moins traumatisant sur les plans physiques et psychologiques (infection, agression sexuelle, accouchement difficile...)[14]

Les données épidémiologiques le vaginisme sont peu nombreuses et peu fiables. La prévalence pourrait aussi bien concerner 12 % à 17 % [21] que 4.2 % à 12 % des femmes. [14]

¹ Cf. *International Classification Of Diseases - 10*, disponible sur le site internet icd.who.int/, consulté le 05/01/2021

2.1.3. Les vulvodynies

Les vulvodynies se distinguent des dyspareunies et du vaginisme par leur caractère parfois indépendant de la pénétration ; elles ne concernent que la vulve.[22]

En 2015, un consensus de sociétés internationales de recherche en santé a établi que les vulvodynies correspondaient à « des douleurs génitales d'une durée supérieure à 3 mois survenant hors ou pendant un rapport sexuel et pouvant avoir des facteurs associés tels que :

- Localisée (vestibulodynie ou clitoridynie), généralisée ou mixte
- Provoquée (par l'insertion, le touché), spontanée ou mixte
- D'apparition : primaire ou secondaire
- De temporalité : intermittente, constante, immédiate ou retardée »[23]

Les vulvodynies sont associées à un problème d'hypersensibilisation centrale et périphérique [22,24] mais leur origine exacte est inconnue et leur diagnostic est un diagnostic d'exclusion. [25]

Ici aussi, les données épidémiologiques varient. 3 % à 9.4 % des femmes seraient concernées.[22,26]

2.2. Origines des douleurs génito-pelviennes et des troubles de la pénétration

La survenue des douleurs génito-pelviennes et troubles de la pénétration est souvent multifactorielle. [27] Les étiologies sont nombreuses et coexistent. Elles peuvent être d'ordre médical, psychologique ou encore relationnel.

- Parmi les origines médicales, on retrouve des pathologies dermatologiques (type lichen scléreux), des changements hormonaux (notamment les déficits en œstrogènes), les prolapsus, les traumatismes pelviens ou encore les dysfonctionnements musculaires du plancher pelvien. [27]
- Les origines psychologiques des douleurs sexuelles périnéales sont elles aussi diverses. A titre d'exemple, il semblerait que les personnes souffrant de dysfonctions sexuelles aient tendance à avoir de fausses croyances et des attentes irréalisables concernant la sexualité. [27] Par ailleurs, il a été démontré que les femmes ayant connu des antécédents de phénomènes d'anxiété ou de troubles de l'humeur ont 4 fois plus de risque d'être atteintes par la suite de vulvodynies. [28] Ce dernier paramètre fait l'objet d'une relation de cause à effets. Les femmes ayant expérimenté des douleurs génito-pelviennes au cours des rapports sont plus à même de développer des pensées anxigènes et une forme de catastrophisme, lesquels provoquent une hypervigilance aggravant les symptômes.[27] Enfin, si ni le vaginisme ni les dyspareunies ne sont corrélées à un passif de violences physiques,

ces deux diagnostics le sont à un celui d'éventuels abus sexuels.[29] Le vaginisme est aussi significativement associé à des expériences d'abus psychologiques.

- Lorsqu'il existe une relation, la réaction du (ou de la) partenaire à la survenue des douleurs aurait tendance à influencer la persistance des symptômes. Il semblerait que les conjoints hostiles et sollicitants malgré les symptômes ou à l'inverse trop protectionnistes soient associés à une augmentation des douleurs de leur femme.[27,30]

Il a été démontré que la persistance et la chronicisation des douleurs sexuelles étaient liées à l'existence d'un cercle vicieux de la douleur dont une modélisation est présentée ci-après. [27]

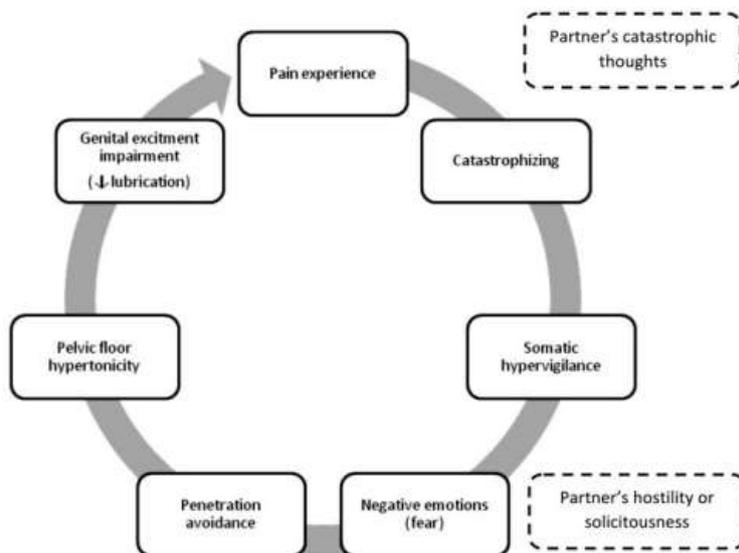


Figure 5 : le cercle vicieux des douleurs génitales de la femme

2.3. Les conséquences des douleurs sexuelles pelvi-périnéales sur la qualité de vie

Les douleurs sexuelles ont un impact sur la qualité de vie des patientes, mais également sur la qualité de leur vie sexuelle et sur leur vie conjugale. [30]

Chez les femmes atteintes de vulvodynies, les douleurs sont à l'origine d'une grande détresse. Elles peuvent apparaître au cours d'activités du quotidien et engendrer des restrictions de participations. Elles peuvent impacter leur sommeil, leurs interactions sociales et provoquer une crainte de la perception du partenaire concernant les symptômes. [22]

Les femmes atteintes de vaginisme elles, ont tendance à avoir des pensées négatives sur la sexualité et à fuir ou réagir de manière négative aux stimuli sexuels et érotiques [30].

En France, la sexualité a une place importante dans la vie des femmes ; elles sont nombreuses à la juger indispensable (30.9 %) et importante mais non indispensable à leur équilibre personnel. (54.4 %) [9] En un an, 11.71 % des femmes déclarent avoir souvent été confrontées à au moins une des 3 dysfonctions sexuelles décrites dans le *DSM-V* au cours de leur sexualité. La prévalence de cet événement augmente en fonction de l'âge.

2 femmes sur 3 ayant souvent eu des rapports sexuels douloureux au cours de l'année estiment qu'ils posent un problème pour elles, leur partenaire ou pour les deux. Elles sont plus d'un tiers, à tout âge, à juger que la survenue régulière de ces douleurs soit un problème dans leur vie. [9].

De manière générale, l'inconfort et les effets émotionnels provoqués par la douleur ont tendance à augmenter leur morbidité.[30]

3. Diagnostic et rééducation des douleurs sexuelles

3.1. L'évaluation et le diagnostic médical

L'évaluation de l'état de la fonction sexuelle puis le diagnostic de troubles de celle-ci est médicale, elle peut être portée par un médecin généraliste ou un gynécologue. Il est à noter que les médecins généralistes sont souvent trop peu formés² pour répondre aux problèmes portant sur la sexualité et que ; contrairement à ce que l'on pourrait penser les sexologues ne sont pas tous des professionnels de santé diplômés. En effet, seuls 68 % des sexologues déclarés sont docteurs en médecine et ont donc le droit de donner au patient un diagnostic en santé.[31]

3.2. Le bilan diagnostic masso-kinésithérapique (BDMK)

Les douleurs sexuelles n'ont jamais une origine unique. L'anamnèse et les examens physiques doivent être minutieux. [13,30] Ils prennent en considération la situation psychosociale de la patiente ainsi que les potentiels facteurs favorisants. Cela comprend l'existence de troubles anxieux ou dépressifs, un passif d'événements traumatisants (agressions sexuelles, viol, mutilation génitale...). Bien souvent, même si la patiente se présente en connaissant sa plainte, la verbalisation est complexe. Tout au long de la prise en charge (**PEC**), l'usage d'une attitude respectueuse et ouverte (vis-à-vis des croyances ou de l'orientation sexuelle par exemple) ainsi que d'un vocabulaire suggestif mais claire peut faciliter les échanges. [32] Réaliser une anamnèse facilitera l'orientation de la PEC et la mise en place de précautions liées aux faits relatés par la patiente.

² Cf. *La stratégie Nationale de santé sexuelle - agenda 2017-2030* disponible sur le site solidarites-sante.gouv.fr, consulté le 02/01/2021

La principale échelle d'évaluation de la fonction sexuelle utilisée est l'auto-questionnaire *Female Sexual Function Index*. Il a été validé et traduit en français (Annexe I). [33] Il est aussi possible d'utiliser le *Brief Index of Sexual Functioning for Women* (Annexe II) afin d'avoir une estimation quantitative et qualitative de la sexualité féminine.

Si le plancher pelvien assure le soutien des viscères, la stabilité de ces dernières ne dépend pas que de lui. Une observation globale de la patiente doit être réalisée, notamment pour relever le mode de respiration ainsi que pour inspecter les postures et mobilités du rachis, des abdominaux et des hanches. Elle est complétée d'une évaluation du tonus musculaire de ces régions grâce à la palpation. En effet, une mobilité réduite de ces muscles et du diaphragme peut contribuer à la survenue de douleurs pelviennes et donc être à l'origine de dysfonctions sexuelles.[34]

L'examen physique commence par une phase d'explications des actes qui vont être réalisés et l'établissement d'un vocabulaire commun ainsi que de limites [35]. Le masseur-kinésithérapeute diplômé d'état (**MKDE**) cherche à ce que la patiente verbalise sa douleur (type, fréquence, intensité...), elle pourra ensuite si elle le préfère désigner sur elle-même les zones douloureuses. La littérature américaine [36,37] envisage l'utilisation de l'algorithme ALLOW lors de chaque examen et exercice (Annexe III).

La patiente est placée en position semi-assise afin de garder un contrôle visuel. Le masseur-kinésithérapeute apprécie ensuite l'état de la peau de la région pelvi-périnéale (couleur, température), la présence de cicatrices, l'intégrité des muqueuses et la présence d'éventuelles atrophies.[34,36]

L'examen neuromusculaire et sensitif vise à tester les dermatomes, les myotomes ainsi que la présence de douleurs neuropathiques (allodynies, hyperalgésies).

L'évaluation du tonus des muscles pelviens se fait à la fin, elle correspond à l'examen physique le plus intrusif. Elle peut être faite manuellement à l'aide d'un toucher vaginal ou en utilisant un biofeedback, et utilise toujours un lubrifiant. En cas de vaginisme très prononcé, l'intromission des doigts sera compromise.

3.3. Les méthodes de rééducation en masso-kinésithérapie

En 2014, un essai contrôlé randomisé portant sur la différence de résultats apportés entre une PEC en masso-kinésithérapie (**MK**) et une intervention chirurgicale classique pour résoudre les problèmes sexuels liés à des dysfonctionnements du plancher pelvien concluait que le protocole masso-kinésithérapique (2 séances par semaine pendant 8 semaines) avait significativement de meilleurs résultats concernant l'ensemble des points abordés par le FSFI.[38]

Plusieurs techniques de PEC sont abordées dans la littérature ; elles sont presque systématiquement suggérées dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire.[27,30,36] Le choix de leur utilisation doit être adapté aux éléments retrouvés dans le bilan. Leur efficacité se traduit par une diminution des symptômes (notamment de la douleur), une amélioration des fonctions (des contacts sexuels plus satisfaisants) et une augmentation de la confiance de la patiente dans l'auto-traitement. [39].

3.4. L'éducation

Le processus éducatif s'inscrit dans un modèle PEC holistique. Il vise à améliorer les connaissances personnelles de la patiente, à favoriser son adhésion au traitement et donc à améliorer le pronostic d'évolution des symptômes. Il améliore la relation de confiance soignant-soigné et permet d'écarter les inquiétudes infondées des patientes (sur la fertilité notamment). Il favorise aussi l'autogestion des symptômes notamment au domicile. [39].

En 2019, une étude révélait que seul 15 % des femmes savaient correctement situer le plancher pelvien, et qu'une femme sur deux ne savait que partiellement ce que c'était.[40] Le premier point à aborder avec la patiente est donc la connaissance de son anatomie. Des exercices de visualisation peuvent être menés ; la patiente est seule ou accompagnée, peut se regarder dans un miroir et s'aider du toucher. Le duo visualisation-palpation est essentiel à l'amélioration de la proprioception et à l'apprentissage d'une contraction musculaire optimale du plancher pelvien, car la simple instruction verbale induit une contraction inappropriée chez plus d'une femme sur deux.[41] L'utilisation de planches d'anatomie simples est aussi préconisée.

Le thérapeute peut aussi donner des conseils sur les habitudes de vie (diététique, activité physique) et les comportements (utilisation de produits lubrifiants, positions sexuelles) [42], proposer des exercices à réaliser à domicile seule ou avec son ou sa partenaire.[35] Il peut favoriser l'orientation de la patiente vers une thérapie cognitivo-comportementale et le soutien d'un psychothérapeute.[41]

3.5. La relaxation

Le modèle bio-psycho-social correspond parfaitement aux besoins de la PEC des dysfonctions sexuelles qui peuvent induire (chez près d'une patiente sur deux) et/ou être dues à des phénomènes psychologiques tels que le stress, l'anxiété ou la dépression. [43]

En 2011, Rosenbaum T. proposait une approche clinique des patientes souffrant de vaginisme. Elle admettait l'existence fréquente d'un décalage entre le désir cognitif de la patiente et sa motivation à réussir, et sa capacité physique et émotionnelle à le faire sans anxiété ou comportement de défense. L'approche suggérait de demander à la patiente de focaliser son attention sur les sensations et non sur la pensée tout en acceptant le processus d'anxiété. Le protocole se déroulait en 5 étapes dont la durée était variable. Nous n'avons pas trouvé d'étude permettant d'évaluer son efficacité sur le niveau d'anxiété de la patiente. [44]

En revanche, la respiration abdominale permettrait de réduire le stress et d'atteindre une détente globale de la musculature.[45]

3.6. Les techniques manuelles

Le **massage** est l'une des premières compétences d'un MK. Cette technique, idéale en première approche peut favoriser la détente globale. Il peut être exercé à distance du périnée sur la surface musculaire hypertonique éventuellement retrouvée lors du bilan. Plus localement, des pressions glissées bilatérales en partant du corps du périnéal permettent de détendre entre autres les muscles élévateurs.[45] Le massage étant préconisé dans la PEC de cicatrices hypertrophiques ou adhérentes, il semble être un outil privilégié dans le cas de dyspareunies secondaire à une épisiotomie.

Les **techniques manuelles de désensibilisation** mettent en jeu la neuroplasticité et permettent, par la répétition, de faire intégrer au cerveau qu'il est possible qu'un contact ou une pénétration aient lieu sans douleurs. L'habituation vaginale se fait en différentes étapes décrites dans les travaux de Reissing et Al.[35] La patiente apprend à supporter différents types d'appuis : l'appui de la paume de la main sur le vestibule et l'entrée du vagin, l'appui d'un doigt contre l'entrée du vagin, l'insertion d'un doigt puis des mouvements de celui-ci. Le passage d'un type d'appui à l'autre est progressif et se fait avec l'accord de la patiente qui peut à tout moment revenir sur sa décision.

Les **exercices de Kegel** sont des exercices favorisant la prise de conscience du périnée. Habituellement utilisés dans le cadre de son renforcement (pour prévenir les incontinences urinaires), ils consistent en une contraction vaginale volontaire (« comme pour retenir une envie d'uriner ») suivie d'un relâchement d'une durée double à celle de la contraction. Leur utilisation est proposée dans un protocole de traitement des douleurs sexuelles liées au

vaginisme, mais seulement avec résistance et avec une attention portée sur la volonté de relâchement. [35]

L'utilisation **d'étirements passifs et résistés** est décrite pour réharmoniser la balance posturale, améliorer la circulation sanguine ainsi que les mobilités pelviennes et vulvaires. [18]

D'autres techniques manuelles sont fréquemment évoquées, mais non décrites. C'est le cas des **massages des trigger-points**, du **travail de la posture**, de la **relaxation myo-fasciale** et des **manipulations viscérales**. [18]

3.7. Les techniques instrumentales

Les techniques instrumentales présentées ci-dessous nécessitent toutes la pénétration vaginale d'une sonde ou d'un objet de plus ou moins grande taille. Elles ne sont à réaliser qu'une fois le niveau de relâchement périnéal suffisant. Elles ne doivent pas provoquer de douleurs.

Les **neurostimulations électriques transcutanées** (TENS) sont couramment utilisées au niveau du plancher pelvien dans le but d'agir sur la douleur, la proprioception, l'influx veineux et la modulation du message nerveux nociceptif grâce au Gate Control. Elles ont obtenu des résultats significatifs en terme de réduction de la douleur et d'augmentation de la fonction musculaire dans le cadre du traitement des vulvodynies. [46] Elles permettent aussi de réduire les dyspareunies survenues en post-partum. [47] Des études ont déterminé que les effets analgésiques optimum étaient obtenus en utilisant un courant alternant les hautes et basses fréquences pendant 15 à 30 minutes. [46] Elles ont aussi un effet placebo connu.

Les **dilatateurs vaginaux** se présentent sous la forme de tubes en plastique ou en silicone de différentes tailles et à bout arrondi. Ils permettent de lutter contre l'étroitesse et la perte d'élasticité vaginale. Ils participent aussi à la désensibilisation des muscles du plancher pelvien et des muqueuses et agissent donc à la fois sur les composantes passives et sur les composantes actives. [48] Ils permettent de réduire les douleurs sexuelles [41]. Leur mode d'utilisation est simple, progressif (par ordre de grandeur) mais doit être expliqué à la patiente. Ce sont des outils de complément thérapeutique intéressants notamment dans le cadre d'une l'auto-rééducation à domicile. Ils peuvent servir de résistance lors de la réalisation d'exercices de Kegel.

Les **exercices musculaires du plancher pelvien assistés avec biofeedback négatif** sont la technique de rééducation préférentielle pour favoriser la relaxation musculaire et le contrôle pelvien. [48] Le biofeedback est obtenu à l'aide d'une sonde intra-vaginale et/ou d'électrodes de surface. Il nécessite un travail actif de la patiente. Un programme de

rééducation de 16 semaines aurait obtenu de bons résultats concernant la diminution à court et long terme des symptômes douloureux de femmes atteintes de vestibulodynies provoquées.[41] Son utilisation couplée à celle du TENS sur des patientes atteintes de vaginisme réduirait les douleurs et permettrait la reprise des rapports sexuels.[18] L'attention est portée sur la capacité de relâchement du périnée.

4. Masso-kinésithérapie, santé sexuelle et sexologie

4.1. Définition de la santé sexuelle et état des lieux de la situation actuelle

« La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés. »

Définition de la santé sexuelle, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2011

Cette définition, disponible sur le site internet de l'OMS est suivie d'un constat selon lequel les pratiques en santé publique ne reconnaissent pas suffisamment cet état de fait.

« Beaucoup d'efforts doivent encore être consentis afin de s'assurer que les politiques et les pratiques de santé publique reconnaissent cet état de fait et en tiennent compte. »

Définition de la santé sexuelle, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2011

En France, le ministère des solidarités de la santé a témoigné de son intérêt pour la question en publiant sa *Stratégie Nationale de Santé Sexuelle*³. Celle-ci répond à plusieurs constats dont le suivant : « Les difficultés liées à la sexualité varient de 35 % à 65 % en fonction de l'âge, du sexe. Les troubles et dysfonctions sexuelles varient (13 % à 38 %) en fonction de l'âge, du sexe et des comorbidités associées ». Le ministère des solidarités et de la santé fait donc de la réduction des troubles sexuels organiques ou fonctionnels un de ses objectifs.

³ *Stratégie Nationale de santé sexuelle - agenda 2017-2030*, disponible sur le site solidarites-sante.gouv.fr, consulté le 02/01/2021

4.2. Rééducation périnéale et santé sexuelle dans la formation initiale en masso-kinésithérapie

4.2.1. Législation

Selon l'article R4321-5 du Code de la Santé Publique « sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation [...] périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement ».

Pour ce faire l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute spécifie que notre formation initiale doit comprendre des modules éducatifs concernant le « champ interne » et traitant entre autres :

- des pathologies sphinctériennes et du périnée (incontinences urinaires et anales, vaginisme, anisme...) et des notions de santé sexuelle
- de l'examen, de l'évaluation, des technologies et outils d'intervention de la fonction digestive et de la sphère périnéale
- de la masso-kinésithérapie appliquée à la prévention et au traitement des dysfonctions du plancher pelvien (rééducation périnéale, troubles sphinctériens, sexuels...)

4.2.2. Application

Dans les faits, le nombre d'heures de travail alloué à ces enseignements est institut dépendant. En effet, le référentiel de formation indique un nombre d'heures de cours magistraux, de travaux dirigés et de travaux pratiques par Unité d'Enseignement, mais pas par sous-groupe, ce qui peut entraîner des inégalités dans l'accès à l'information.

A titre d'exemple à Limoges :

- L'Institut Limousin de Formation aux Métiers de la Réadaptation (**ILFOMER**) ainsi que l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de l'Association pour la Promotion Sociale des Aveugles et autres Handicapés proposent à leurs étudiant.es de 3^{ème} année 8 heures de cours magistraux sur la physiologie uro-génitale ainsi que 8 heures de cours magistraux sur les pathologies uro-génitales. En 4^{ème} année, les étudiant.es assistent à 6 heures de cours magistraux sur la rééducation périnéale puis 4 heures de travaux dirigés en immersion au Centre Hospitalier et Universitaire. Ils s'y rendent individuellement et y observent la PEC de 1 à 3 patient.es présentant une problématique d'ordre uro-gynécologique.

- L'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie – Croix Rouge à Limoges propose la même base d'enseignement que l'ILFOMER à ses élèves de 3^{ème} année. En 4^{ème} année, les étudiant.es assistent aussi aux 6 heures de cours magistraux sur la rééducation périnéale, auxquelles s'ajoutent 9 heures supplémentaires concernant des sujets spécifiques (obésité et troubles périnéaux, sexologie et rééducation, femmes enceintes, douleurs pelviennes, rééducation homme et rééducation ano-rectale). Les étudiant.es ne se rendent cependant pas au Centre Hospitalier et Universitaire pour les 4 heures de travaux dirigés.

4.2.3. Formation continue et Diplôme Inter-Université d'Etude de la Sexualité Humaine

Comme nous l'avons vu, la formation initiale en MK n'est pas exhaustive. Depuis 2004, la formation continue est donc devenue obligatoire et est inscrite dans le code de déontologie de la MK. Elle vise le perfectionnement des connaissances et techniques en MK en vue d'améliorer la qualité des soins.

Il existe de nombreuses formations destinées aux MKDE, spécifiques à la PEC pelvi-périnéale, à la sexologie et à la santé sexuelle. Ces formations peuvent être courtes ou longues. Il ne semble pas exister de liste exhaustive de ces formations ou de leurs spécificités. Pour les plus courtes d'entre-elles, nous avons réalisé une liste d'informations disponible en Annexe IV.

Parmi les modèles de formation continue les plus longs, nous retrouvons les Diplômes Universitaires (**DU**). Dans le champ de la sexologie, l'Association Interdisciplinaire post-Universitaire de Sexologie⁴ (**AIUS**) a développé le Diplôme Inter-universitaire d'Etude de la Sexualité Humaine (**DIUESH**). La formation est ouverte à de nombreux professionnels de santé. Elle dure 237 heures, réparties sur 3 années et est détaillée en Annexe IV. Bien que la profession ne soit pas réglementée, l'acquisition de ce diplôme contribue à affirmer le statut de sexologue des praticiens.

Présent dans différentes facultés de France, ce diplôme s'inscrit dans le cadre des recommandations⁵ de l'Organisation Mondiale de la Santé (**OMS**) en lien avec la santé sexuelle et notamment celles liées au traitement, à la prévention, aux conseils et à l'éducation la concernant.

⁴ Société savante de référence dans le domaine de la sexologie.

⁵ Cf. *Communication brève relative à la sexualité, Recommandations pour une approche de santé publique*. Disponible sur le site apps.who.int/, consulté le 06/05/2022

Problématisation

1. L'objectif principal

D'un point de vue physique et structurel, la sexualité féminine nécessite le fonctionnement de nombreuses structures dont un dérèglement, de quelques origines que ce soit, peut provoquer des douleurs pelviennes et influencer défavorablement la qualité de vie des femmes.

Afin de limiter ces répercussions néfastes, les masseurs-kinésithérapeutes sont habilités à prendre en charge les douleurs sexuelles pelvi-périnéales. Bien qu'il n'existe pas à ce jour de gold standard concernant cette rééducation, les recherches concluent que plusieurs de nos approches thérapeutiques peuvent contribuer à réduire les symptômes douloureux.

En France, les politiques de santé publique ont récemment pris en compte la nécessité de s'intéresser à la santé sexuelle. En formation initiale de masso-kinésithérapie, les enseignements en pelvi-périnéologie ne sont pas exhaustifs et l'expérience pratique dans ce domaine dépend entre autres du parcours de stage des étudiant.es. Bien que le référentiel de formation initial indique que la santé sexuelle et les dysfonctions sexuelles doivent faire l'objet d'enseignements théoriques, tous les étudiants n'ont pas accès aux mêmes informations à ce propos. Il existe en réponse à cela des programmes d'enseignements complémentaires de plus ou moins longues durées. Ils ont pour objectif d'assurer la qualité des soins en pelvi-périnéologie tout en considérant la question sexuelle.

Ce travail cherche à interroger la réalité du terrain pour des masseurs-kinésithérapeutes formés à l'étude de la sexualité humaine. Il a pour objectif principal de fournir un état des lieux et de comprendre les différents aspects de leur PEC des douleurs pelvi-périnéales survenant au décours de la sexualité des femmes.

2. Les objectifs secondaires

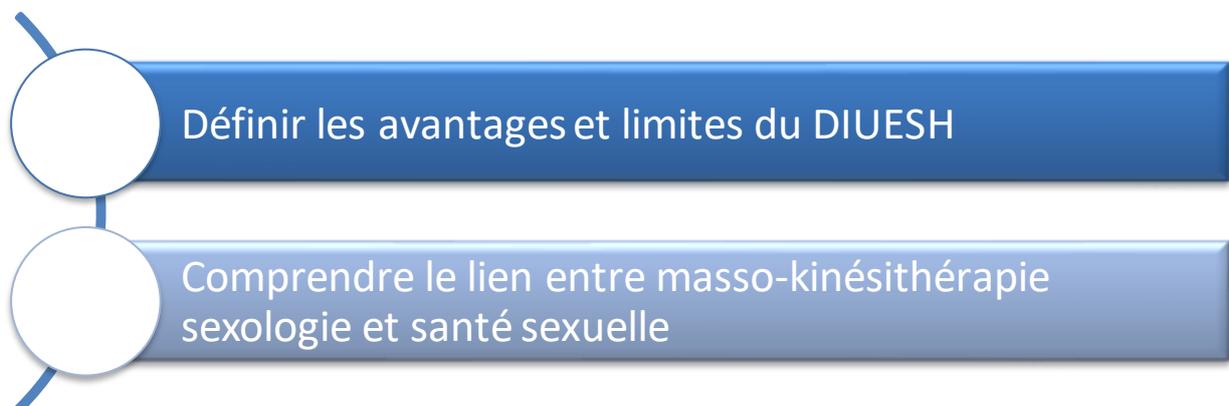


Figure 6 : les objectifs secondaires de l'étude

Matériel et Méthode

1. Le choix de l'outil de recherche : l'entretien semi-directif

Le choix de la méthode s'inscrit dans la stratégie de recherche. Le critère de décision premier est souvent l'intérêt de notre recherche. Ici, nous cherchions à comprendre les spécificités d'une PEC, les démarches personnelles et médicales des thérapeutes et avons besoin pour cela d'établir une communication. Certains paramètres, comme le niveau de précision des réponses attendues, la facilité à accéder au public souhaité, ou encore notre affinité propre avec les différentes méthodes ont fait partie de notre arbre décisionnel. La construction de ce dernier nous a permis de réaliser un choix entre la méthodologie du questionnaire et celle de l'entretien. Notre démarche réflexive nous a conduits à sélectionner celle de l'entretien.

« L'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leur pratique, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs ; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent »

L'entretien, Blanchet et Gotman, 1992 [47]

L'entretien appartient généralement aux méthodes de recherche qualitative. Cette technique d'investigation très utilisée en sociologie et en ethnologie s'adapte aussi parfaitement à la recherche en santé et notamment à l'étude des comportements dans ce domaine.

L'entretien est une rencontre s'exerçant autour de la relation entre un enquêté et un enquêteur. Au cours de cette relation, l'enquêté accepte de se plier aux conditions et aux besoins de la recherche, mettant ainsi à disposition de l'enquêteur une partie de ses savoirs et de ses représentations. Les conditions de cet échange varient en fonction des besoins de l'enquêteur et de l'enquête. S'il s'agit de recueillir des témoignages de vie, l'enquêteur fait préférentiellement le choix de l'entretien libre. S'il s'agit de recueillir ou de vérifier des informations de manière standardisée, l'enquêteur a tendance à privilégier l'entretien directif.[49] Ici, nous ne nous situons dans aucune de ces deux catégories et avons donc choisi un outil de recherche dont le style est plus modéré : l'entretien semi-directif. Ce dernier permet d'explorer relativement rapidement la pensée de notre interlocuteur dans un climat de confiance. Les données recueillies sont de bonne qualité et orientées vers un but défini par nos connaissances de la thématique de recherche. Les participants construisent eux-mêmes leur discours qui est d'ailleurs le prolongement de leur expérience concrète et/ou imaginaire. Les réponses apportées ne sont pas fabriquées par la question et peuvent être des données inédites, aussi appelées cas négatifs [50].

2. Déroulement chronologique de l'étude



Figure 7 : déroulement chronologique de l'étude

3. Le choix de la population

3.1. Les critères d'inclusion

Parmi les critères d'inclusions, nous retrouvons :

- La qualification et l'expérience professionnelle : les participant.es devaient être des MKDE et être (ou avoir été) en exercice. Ils devaient être formés et exercer (ou avoir exercé) en périnéologie, mais aussi être titulaires d'un DIUESH.
- L'intérêt et l'expérience nécessaire pour répondre à nos interrogations : les MKDE devaient, à raison d'au minimum trois fois par semaine, prendre en charge des patientes pour douleurs sexuelles périnéales.
- La remise du formulaire de consentement éclairé, l'acceptation du dialogue et des conditions d'entretien qui sont indispensables pour la retranscription et l'analyse des données.

3.2. Les critères de non-inclusion

- Un niveau de français et de compréhension globale insuffisants. Il nous a semblé que cela pourrait compromettre la qualité de la communication tant du côté de l'interviewé que de l'intervieweur.

3.3. Les critères d'exclusion

- L'entretien n'a pas pu être mené en son intégralité.
- L'enregistrement a été compromis par un souci technique.
- L'interviewé ne répond plus aux critères d'inclusion.
- L'interviewé connaît le contenu du guide de l'entretien.

3.4. La méthode de recrutement

Lorsqu'on réalise une enquête compréhensive, on ne cherche pas nécessairement à construire un échantillon d'entretien statistiquement représentatif. En revanche, la qualité et la fiabilité de la recherche dépendent de la diversité de l'échantillon. Cette dernière permet ou non de disposer par la suite d'un corpus hétérogène et donc de données nombreuses et variées.[49]

Dans notre situation, le thème de l'enquête étant faiblement multidimensionnel, nous savions que la population que nous allions interroger était restreinte. Il fallait tenter de s'entretenir avec un maximum de personnes différentes pour avoir une chance d'accéder à tous les types d'enquêtés que comptait notre terrain de recherche. C'est d'ailleurs pour ces raisons que des variables telles que le genre ou l'âge des interviewés ne font pas partie de nos critères d'inclusion et que nous avons choisi d'enquêter à l'échelle nationale. Nous ne disposons par ailleurs que d'un temps restreint pour accéder à la population et mener les entretiens.

Pendant la période de recrutement, les conditions susmentionnées nous ont conduites à diversifier les médiateurs et méthodes de prise de contact. Nous avons utilisé [51] :

- Des méthodes directes :
 - Utilisation de listes nominatives spécifiques sur des annuaires professionnels et site internet d'associations
 - Recherche sur les moteurs de recherche Google® et Ecosia® à l'aide de mots clés tels que : « kinésithérapeute », « masseur-kinésithérapeute », « sexologue », « sexologie », « DIUESH » ...
- Des méthodes indirectes : grâce à l'intervention d'un tiers, et de « l'effet boule de neige »[49]
 - Grâce à des informateurs-relais. Ce sont des personnes que nous savions intégrées au cœur d'un réseau social plus vaste (confrères et consœurs intéressé.es par le sujet, patient.es...) mais en mesure de nous orienter vers le public recherché.
 - Par l'utilisation de la méthode de proche en proche en demandant à nos premiers interviewés (potentiels ou non) de nous orienter vers d'autres professionnels de santé répondant à nos critères. Ils devenaient alors des médiateurs privilégiés. [49]

Par soucis d'organisation, nous avons ouvert une note informatique référençant : l'identité de la personne contactée, son lieu d'exercice, le mode de contact utilisé, la date et le contenu de l'échange ainsi que la réponse à la sollicitation.

3.5. La saturation des réponses

Au cours d'un entretien, lorsque le modèle théorique cessait d'évoluer, nous avons atteint ce que les spécialistes de l'enquête nomment le phénomène de « saturation des réponses »[49,52]. Cette notion s'éloigne de la simple idée de redondance des propos et ne correspond pas non plus au fait d'avoir obtenu toutes les réponses que nous attendions. Il a fallu mettre de côté nos représentations initiales issues de la recherche documentaire et accorder de la place aux notions nouvelles propres à l'expertise de terrain. Pour savoir si nous avons atteint ce seuil de saturation des données nous avons procédé empiriquement et nous sommes chaque fois reposés sur :

- La non-survenue de données inédites
- Le fait de ne plus avoir d'incompréhensions ou de contradictions à creuser
- La vérification du guide d'entretien, pour nous assurer que toutes les idées ont été mobilisées
- Les éventuels signes de lassitude de l'interviewé (augmentation du nombre de réponses courtes, répétitions, bâillements...)
- Notre sentiment propre de saturation

Lorsque plus de la moitié des critères énoncés ci-dessus était présente, nous avons arrêté l'entretien. Par soucis de faisabilité le corpus même s'il n'avait pas atteint ce seuil de saturation de données n'aurait pas excédé 8 entretiens.

4. Les entretiens

4.1. Le pré-test

Suivant les recommandations [53], nous avons choisi d'effectuer des entretiens tests en amont de la réalisation des entretiens dont les données ont été analysées. Ces pré-tests avaient pour but premier de s'assurer de la cohérence et de la pertinence des questions, des thèmes abordés ainsi que de leur enchaînement. Ils nous ont aussi permis d'évaluer notre capacité de communication et le choix de la posture que nous prendrions pour les entretiens officiels. Afin de nous approcher au plus près des réponses hypothétiques de notre population, nous avons décidé de réaliser un premier pré-test auprès d'une MKDE volontaire, non formée en sexologie, mais ayant une certaine connaissance des spécificités de la rééducation périnéale. Cet entretien n'était pas enregistré et n'a pas été retranscrit ; les remarques ont été faites en direct. Il n'apparaît pas dans le diagramme de flux. Une seconde exposition à notre guide d'entretien a été faite auprès des élèves de quatrième année de **l'ILFOMER**.

4.2. La question éthique

Afin de respecter les règles d'éthique en vigueur nous avons fourni aux participant.es un formulaire de consentement éclairé (Annexe V) qu'ils pouvaient choisir de signer ou non de signer. Ce formulaire devait nous être retourné par email ou courrier en amont de la réalisation des entretiens. Il visait à assurer aux participant.es que leur identité serait préservée par le respect de l'anonymat et de la confidentialité des interviews. [54] Considérant la demande verbale de consentement comme un «acte de communication», nous avons demandé aux participant.es de nous confirmer à l'oral leur participation à l'étude, et ce, au début de l'entretien.

Aussi, pour respecter le Règlement Général sur la Protection des Données, règlement de l'Union Européenne⁶ visant à protéger les données personnelles, nous avons renommé chaque participant.e et nous sommes servis de cette identification pour identifier les différents fichiers (audio et écrits) en lien avec les entretiens. Nous avons procédé de la sorte :

- « E » pour entretien
- « P » ou « D » : utilisés respectivement pour signifier le mode d'entretien, en présentiel ou à distance
- « _nouveauprénom »

Les fichiers créés ont été conservés dans un ordinateur protégé par un mot de passe et ont été supprimés après l'analyse des données.

Toujours dans le but de respecter l'anonymat des interviewés, les références des citations dans l'analyse des résultats ont été associées au faux prénom que nous leur avons donné.

4.3. Le contexte

La plupart du temps, la prise de contact nous a permis de rapidement convenir d'un rendez-vous.

Par souci de confort, et lorsqu'il était possible de mener l'entretien en présentiel, nous avons laissé à l'interviewé le choix du lieu de l'entrevue. L'entretien physique, réalisé dans un contexte de crise sanitaire a nécessité une adaptation de l'environnement. Ainsi, nous avons veillé à respecter la distanciation sociale, le port du masque et les gestes barrières.

Toutefois pour la grande majorité des entretiens l'emplacement géographique des interviewés nous a contraint à fixer un rendez-vous à distance nécessitant l'utilisation d'une application de visioconférence. Dans cette situation, nous avons laissé à l'interviewé le choix d'allumer ou non sa caméra en l'informant que les images seraient enregistrées par le logiciel, mais non analysées, ni diffusées. Notre propre caméra était en permanence allumée. Cela permet de conserver le sentiment de rencontre et de disponibilité.

⁶ Disponible sur le site internet : <https://ec.europa.eu>, consulté le 06/04/2021

Que ce soit en présentiel ou à distance, nous avons demandé aux interviewés de se libérer pour un créneau de 2 heures en supposant que la durée des entretiens serait moindre. Cette estimation haute nous a permis de nous assurer que l'enquêté aurait tout son temps pour se sentir en confiance et parler librement.

4.4. Le matériel

Lorsque l'on réalise un entretien qualitatif, la prise de notes est la technique privilégiée. En effet, elle permet d'inscrire en direct les notions et mots-clés qui nous intéressent et qui peut-être par la suite, mèneront à une relance de l'interviewé. Si elle agit comme stimulant mnésique ; elle doit toutefois rester légère pour ne pas distraire l'interviewé et nuire au dynamisme de l'entretien.[49] Par ailleurs, nous savons que la quantité d'informations reçues et la durée des entretiens rend impossible le fait de ne laisser passer aucune information. Pour ces raisons, nous avons prévu un outil d'enregistrement annexe, nous rendant visuellement disponibles et permettant de revenir ultérieurement sur le contenu des entretiens. Par précaution, nous avons choisi d'utiliser une double voie d'entrée auditive et visuelle de type dictaphone et caméra (sur téléphone et ordinateur). Les entretiens en visioconférence se sont passés grâce au logiciel Zoom®.

Aussi, afin de faciliter la retranscription des interviews, nous nous sommes servi de la fonction dictée de Word®. En effet, celle-ci est relativement fiable et la trace écrite produite a pu être corrigée avec facilité grâce aux notes prises en temps réel et à l'enregistrement audio.

4.5. L'attitude adoptée

4.5.1. Le choix de la tenue et de la posture

Les premiers instants d'une rencontre permettent à l'interviewé de se forger une représentation de notre personnalité. Nous avons fait le choix à distance comme en présentiel de porter une tenue adaptée et de présenter un visage serein.

Lors de l'entretien physique, nous avons pris le soin de conserver une distance correcte d'un point de vue sanitaire et social ($1,2 \text{ m} < d < 3,6 \text{ m}$). Ainsi, nous ne rentrons ni dans la distance intime, ni dans la distance publique et gardions une relation de proximité.

4.5.2. L'instauration d'un climat de confiance et d'une écoute active

L'entretien compréhensif est un exercice qui ne relève pas de notre domaine de compétence initial. Aussi, nous nous sommes renseignés sur la « manière idéale » de procéder pour s'assurer que l'enquêté serait à l'aise tout au long de notre rencontre. Dans la mesure du possible, nous avons veillé à :

- Mémoriser notre guide pour ne pas énumérer ou lire les questions.

- Ne laisser transparaître aucun jugement sans pour autant se censurer. C'est-à-dire que nous nous sommes permis parfois de rire ou de commenter, sans pour autant donner notre avis ou dévaloriser celui de l'autre. Cela s'appelle faire preuve de « neutralité bienveillante ». [49]
- Utiliser l'écoute active, le langage verbal et non-verbal pour agir comme un stimulateur ou un facilitateur. Nous avons donc usé : de moyens de guidage, d'encouragements, de hochements de tête, de transitions, de reformulations et de relances.
- Demander à l'interviewé de préciser la terminologie qu'il utilisait lorsque celle-ci nous échappait.
- Ne pas interrompre l'enquêté de manière intempestive, mais profiter des silences ou des temps de respiration pour rebondir sur ses propos.
- Privilégier l'utilisation du « comment » à celle du « pourquoi » qui suggère qu'une justification doit être apportée aux propos tenus. Le « comment » lui, invite notre interlocuteur à exprimer ce qui l'a par exemple poussé à privilégier une pratique plutôt qu'une autre.
- Reporter lorsque cela a été nécessaire, la réponse aux éventuelles questions posées par nos interlocuteurs en signifiant que durant l'entretien seul leur avis nous intéressait.

Chaque fois, après avoir remercié notre interlocuteur pour sa participation et quitté les lieux de la réunion (ou éteint la visioconférence) ; nous avons pris soin de noter nos impressions à chaud, et de faire un retour réflexif sur le déroulement de l'entretien.

4.6. Le guide de l'entretien

Par rigueur scientifique, mais aussi afin de structurer et d'assurer une certaine reproductibilité des entretiens semi-directifs, l'enquêteur doit créer un « guide d'entretien » basé sur les données issues des recherches documentaires initiales. Néanmoins, si l'entretien sert à homogénéiser la structure du discours, il n'en dirige pas strictement le sens. Ainsi, l'objectif à l'issue de la rencontre est d'avoir abordé l'ensemble des questions et ce peu importe l'ordre. En effet, s'imposer de suivre la trame risquerait de rompre la fluidité et le naturel des échanges, mais aussi de forcer l'enquêté à se répéter ou au contraire, à arrêter son raisonnement et donc peut-être en oublier le sens. Il est aussi tout à fait possible de rajouter des questions si celles-ci nous permettent d'améliorer notre compréhension du discours.

Notre guide d'entretien était essentiellement composé de questions ouvertes faisant appel à des idées personnelles pour inciter l'enquêté à se livrer ; leur enchaînement se voulait logique et l'ensemble cohérent. Le discours tenu par l'interviewé était libre et le temps dont il disposait pour nous délivrer toutes ses idées n'était pas prédéfini.

Nous avons structuré le guide en différents thèmes, comportant plusieurs de nos interrogations et des notions type que nous pouvions imaginer retrouver dans la réponse de nos interlocuteurs.

Chaque thème avait des objectifs propres :

- « Introduction » : nous cherchions à obtenir de nouveau le consentement éclairé de l'interviewé puis à le laisser se présenter. Inviter notre interlocuteur à d'abord parler de lui peut paraître anodin, mais nous cherchions ici à ce que son sentiment d'implication dans l'entretien s'installe rapidement. Cela nous a permis de rompre la glace et de nous faire un premier avis sur la personne avec qui nous échangeons.
- « Expériences et représentations personnelles et professionnelles » : dans cette partie, nous avons continué de poser des questions simples, mais cette fois-ci recentrées sur notre recherche. Ces questions larges, portant sur l'expérience et les représentations de notre interlocuteur devaient faire naître chez lui un sentiment de légitimité et de confiance. Ces questions devaient aussi nous permettre de répondre à l'un de nos objectifs secondaire qui est de saisir les leviers et freins de cette PEC.
- « Profil et spécificités des patientes » : nous cherchions ici à confronter les données théoriques que nous avons sur les patientes, à la réalité du terrain vécue par le professionnel. A travers certaines questions, nous avons aussi cherché à découvrir certaines caractéristiques des patientes que nous n'avions pas trouvées dans la littérature.
- « Les spécificités de la prise en charge » : cette partie visait à comprendre les démarches entreprises par les praticiens afin de répondre à la demande de leur patiente. Nous voulions comprendre comment l'interviewé sélectionne dans ses deux formations les meilleurs moyens pour atteindre ses objectifs thérapeutiques et ce qui différencie ce type de PEC kinésithérapique d'une PEC courante.
- « La conclusion » : nous avons souhaité terminer nos entretiens en cherchant à comprendre les espoirs de nos interviewés concernant l'évolution du lien entre MK et sexologie ou santé sexuelle. Nous souhaitons aussi comprendre ce qui les avait poussé à répondre à notre demande. Nous avons laissé un temps d'échanges libres pour qu'ils puissent faire d'éventuelles remarques sur les entretiens, leur laissant ainsi le mot de la fin.

5. La retranscription

Après chaque entretien, une retranscription des interactions devait être réalisée. Nous avons débuté celle-ci en direct grâce à la fonction dictée de Word® puis nous avons procédé à une correction des erreurs et de la mise en pages du document pour en fluidifier la lecture. Nous voulions que cette retranscription soit exhaustive et fidèle au discours des interviewés. Ces conditions nous semblaient essentielles pour que notre analyse du corpus soit la plus complète et objective possible. [52] Afin d'éviter les biais méthodologiques nous avons mis en place des lignes directrices :

- Notre parole se différencie de celle de l'interviewé par l'utilisation de caractères italiques.
- Le véritable prénom des enquêtés a été remplacé par celui que nous lui avons donné. Les prénoms d'éventuelles personnes extérieures à l'étude survenant au cours de l'entretien ont eux aussi été changés.
- Afin de faciliter la lecture et la compréhension, nous avons retiré les répétitions involontaires, bafouillements et autres éléments de langages complexifiant l'analyse du texte. Nous avons corrigé les fautes de grammaire et de conjugaison.
- Les virgules, points et autres ponctuations ont été placés là où les interviewés les ont mis.
- Nous avons placé des indices pour restituer la dynamique de l'entretien : les variations d'intonations, les rires, silences ou soufflements... sont inscrits entre crochets : [rire], [silence]...
- Lorsqu'un passage de l'enregistrement était inaudible, nous l'avons mentionné : [inaudible].

Nous avons ensuite subjectivement trié les entretiens selon leur caractère comparable et l'intérêt que nous leur portions pour l'enquête. Une des retranscriptions est, à titre d'exemple, disponible en Annexe VI.

6. L'analyse des données obtenues

Les entretiens ne parlent pas d'eux-mêmes. Pour parvenir aux résultats de la recherche, il a fallu effectuer une opération essentielle qui est l'analyse du corpus. Pour ce faire, nous pouvions choisir l'analyse qualitative et/ou l'analyse quantitative.

6.1. L'analyse qualitative

Sa difficulté réside dans le manque de standardisation et l'absence de protocole clair et précis s'adaptant presque automatiquement à chaque type de données. [55] Les approches possibles sont multiples (l'approche inductive générale, la théorie ancrée, le frame work analysis, etc.) mais pour notre premier travail de recherche, nous avons choisi d'utiliser la méthode de traitement la plus utilisée : l'analyse thématique.

« L'analyse thématique défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Elle ignore la cohérence singulière de l'entretien et cherche une cohérence thématique inter-entretien. »

L'entretien, Blanchet et Gotman, 1992 [47]

Elle vise à transposer le corpus en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce, en rapport avec l'orientation de notre recherche. Ce travail est essentiellement descriptif, il est relativement simple à prendre en main et s'adapte correctement à l'analyse d'un corpus d'ampleur restreinte.

6.1.1. La déconstruction

Pour chacune des retranscriptions, nous avons commencé par surligner des mots-clés, des extraits concernant le point de vue des enquêtés, sans nous interroger sur les divers liens qui pouvaient exister entre eux. Cette sélection s'est faite en évitant le risque de circularité, consistant à ne voir dans le matériau empirique que ce qui confirmait nos théories. [56] Nous avons aussi choisi de parfois ignorer les pistes poursuivies par les interviewés lorsque celles-ci s'avéraient être trop éloignées de nos objectifs initiaux. [57]

6.1.2. La reconstruction

Puisque souvent les idées se sont recoupées, nous avons ensuite annoté les notions précédemment surlignées, inscrit nos impressions à leur propos et choisi de regrouper les différents éléments importants dans des grandes catégories de pensées appelées « thèmes ». Puisqu'ils n'ont pas la même fonction que les thèmes retrouvés dans le guide d'entretien, les thèmes qui sont ressortis de notre analyse se sont parfois distingués de ceux du guide, et sont allés au-delà de ce que nous avons envisagé [52]. Ils témoignent en effet

de la vision des interviewés. Par le processus de thématization transversale et continue [57,58], nous avons cherché à établir des liens de divergence ou de convergence entre ces thèmes.

Pour ensuite faciliter l'interprétation des résultats nous avons construit un tableau appelé grille d'analyse de contenu [52] au sein duquel les grandes tendances du phénomène à l'étude pouvaient se matérialiser. Vous en trouverez un exemple ci-dessous.

Tableau 1 : exemple de grille d'analyse de contenu

Thèmes centraux	Sous-thèmes	Verbatims ou unités de signification
1	1.1	
	1.2	
2	2.1	
	2.2	

Les catégories de thèmes et de sous-thèmes ont été nommées en fonction de leur contenu. Les verbatims ou unités de signification correspondent aux extraits de retranscription repérés lors de la phase de déconstruction et à partir desquels nous avons extrait nos idées. Nous avons bien entendu veillé à ce que le sens accordé à ces extraits reste le même que celui énoncé par les interviewés. Un même verbatim a pu nous permettre de révéler différentes idées.

6.2. L'analyse quantitative

L'analyse quantitative permet de disposer d'une autre grille de lecture et de compléter l'analyse qualitative. L'analyse quantitative utilise des techniques plus standardisées pour interpréter les données du corpus ; elle est par ailleurs souvent considérée comme plus objective et plus reproductible. [55]

Dans ce travail, nous n'avons pas « à proprement parler » procédé à une telle analyse. Afin de fluidifier la lecture des résultats, nous nous sommes toutefois servis de tableaux pour quantifier la récurrence des idées.

Résultats

1. Caractéristiques de l'échantillon final et des entretiens

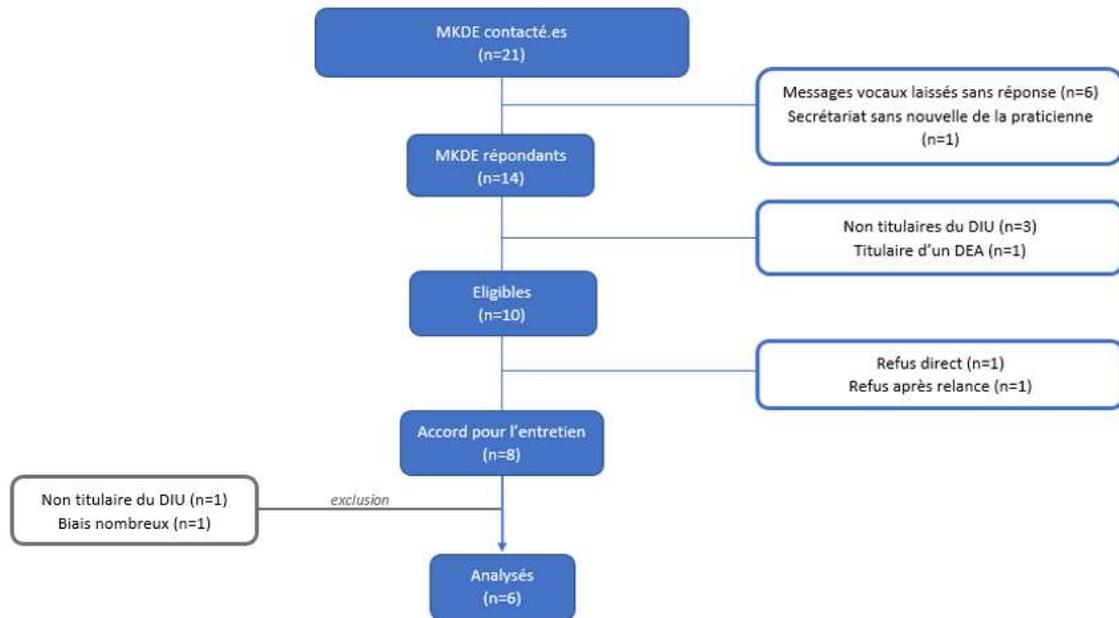


Figure 8 : diagramme de flux

Lors de la première phase de recrutement, nous avons contacté 21 MKDE parmi lesquels 4 hommes et 17 femmes. 14 de ces 21 MKDE ont répondu à notre sollicitation, mais seuls 10 d'entre eux semblaient répondre aux critères d'inclusion de notre étude. Les différentes relances nous ont permis de mener à bien 8 entretiens, mais 2 d'entre eux n'ont pas été analysés. L'un avait été mené auprès d'une MKDE finalement non-titulaire du DIUESH et le second entretien avait eu lieu au cours d'un stage avec notre maître de stage. Notre travail, les objectifs visés, la méthode choisie, ainsi que les notions abordées au cours des entretiens ont été sujet d'échanges au cours du stage et ce, avant la tenue de l'interview. L'anticipation des réponses, le sentiment éventuel de « déjà dit », les biais affectifs et de désirabilité nous ont semblé pouvoir nuire à la formulation de réponses objectives et ont motivé notre décision d'exclusion de cet entretien de l'échantillon final.

Les 6 entretiens que nous avons traités ont été menés auprès d'un public exclusivement féminin. 5 des participantes exercent une activité libérale tandis que la dernière est nouvellement retraitée de ce même type d'activité. Les participantes étaient d'âge varié et géographiquement situées à différents endroits de la métropole. Nous avons détaillé les caractéristiques de la population étudiée dans le tableau ci-dessous. Pour rappel, compte tenu des critères éthiques, les participantes ont été nommées par des prénoms d'emprunts.

Tableau 2 : caractéristiques de la population

	Olympe	Catherine	Amandine	Lisa	Marine	Sandrine
Type d'activité	Libérale	Libérale	Libérale	Retraitée	Libérale	Libérale
Lieu d'exercice	Lyon	Grenoble	Marseille	Paris	Paris	Ramonville
Année d'obtention du diplôme en MK	1988	2002	2003	1977	1993	1993
Année d'obtention du DIUESH	2015	2017	2018	1998	2012	2016
Lieu de formation au DIU	Lyon	Paris V	Marseille	Paris XIII	Paris V	Toulouse
Autres DU	« rééducation périnéale »	« uro-dynamique » « violences faites aux femmes, vers la bientraitance »	« pelvi-périnéologie »		« psycho-oncologie clinique »	
Activités annexes	Enseignement universitaire Membre de l'AIUS En contact avec l'association AIDES ⁷	Participation à des groupes d'intervisions en sexologie Participation à la réalisation d'une brochure en santé sexuelle. A l'initiative de la création d'une association pour mettre en commun les compétences des soignantes face aux problématiques de violences.	Membre de l'AIUS	Participation à des groupes d'intervisions en sexologie Enseignement au CEERRF ⁸ Paris Enseignement à l'Institut National de la Kinésithérapie	Suivi de mémoire d'étudiantes de l'ADERF ⁹ - Ecole de kinésithérapie de Paris	A l'initiative d'une formation continue destinée exclusivement aux MKDE dans un but d'initiation à la sexologie

Tous les entretiens ont eu lieu à distance et seul celui avec Lisa a été mené par téléphone. Les 5 autres ont eu lieu grâce au logiciel Zoom®. Les entretiens ont duré de 27 minutes et 50 secondes à 2 heures 2 minutes et 48 secondes avec une moyenne de temps d'échange égale à 1 heure 15 minutes et 48 secondes.

⁷ AIDES est la première association de lutte contre le sida et les hépatites en France et en Europe.

⁸ Centre Européen d'Enseignement en Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle

⁹ Association pour le développement et la recherche en rééducation fonctionnelle

2. Contenu des entretiens

Les résultats des entretiens ont été répartis en 5 thèmes centraux qui divisent le corps de nos résultats.

Afin de fluidifier la lecture, tous les verbatims sur lesquels s'appuient nos thèmes et sous-thèmes ne sont pas cités dans le corps des résultats. Nous avons signifié la récurrence des propos par les symboles ci-dessous contenant le nombre de verbatims similaires existants dans le corpus et pouvant être retrouvés en Annexe VII.



Figure 9 : bulles indicatives du nombre de verbatims similaires

2.1. Parcours d'exercice et de formation des masseurs-kinésithérapeutes interrogés

2.1.1. Avant le Diplôme Inter-Université d'Etude de la Sexualité Humaine

Les MKDE que nous avons interrogées ont toutes obtenu leur diplôme de masseur-kinésithérapeute avant 2003. Lorsque nous leur avons demandé si elles avaient, au cours de leur formation initiale, abordé les notions de santé sexuelle et de douleurs périnéales, toutes ont répondu par la négative. Certaines nous ont précisé le contenu de leurs cours en lien avec la rééducation périnéale.

« Pas du tout, absolument pas. »

Amandine 

« Ah non, absolument pas [...] j'avais quelques cours (même pas de pelvi-périnéologie) de rééducation périnéale qu'on abordait en 3^{ème} année. »

Olympe

« Pas du tout. [...] Dans ma formation initiale il y avait une formation purement théorique, mais je n'avais pas du tout fait de stage en uro-gynécologie. »

Marine

« Non pas trop. C'étaient plus des cours sur les pathologies. »

Lisa

« Non non [...] dans mon souvenir parce que pour tout dire, j'ai quand même séché les TP [...] mais en tout cas dans les cours théoriques non. C'est de la physiologie, c'est de l'anatomie et ce n'est rien d'autre que ça donc c'est quand même hyper hyper limité [...]. Et la santé sexuelle c'est une blague on disait juste [silence] non c'est même rien, on ne disait rien. »

Catherine

Lisa et Olympe (diplômées avant 1990) ont évoqué l'année d'obtention du diplôme comme une justification à cela. Lisa affirme aussi qu'elle n'avait pas non plus traité ces notions au cours de ses premières formations spécifiques à la rééducation en pelvi-périnéologie. Sandrine, quant à elle, rappelle son année de diplôme et suppose que les études ont changé depuis, mais s'interroge sur la présence de la santé sexuelle dans le programme de la formation initiale actuelle.

« Je suis diplômée d'il y a très longtemps. On ne parlait pas du tout de sexualité ça n'a jamais été abordé. Et même dans mes premières formations, on en parlait très peu enfin que ce soit à l'IFRUG ou à l'INK on parlait ne pas de sexualité du tout. »

Lisa 

« Je suis diplômée de 1993 donc je pense que les études ont quand même assez évolué depuis, mais je ne suis pas sûre que la santé sexuelle fasse partie du programme de la formation initiale. »

Sandrine

Les MKDE n'ont pas toutes été intéressées par la rééducation périnéale dès leur sortie de formation initiale. Catherine avoue d'ailleurs qu'elle ne pensait pas se destiner à ça lorsqu'elle était étudiante. Lorsqu'elles ne décrivent pas un attrait direct pour ce champs de la MK, elles relient leur orientation à leur(s) première(s) premières expériences dans le milieu professionnel. Marine reconnaît que ces 2 points ont pu influencer son orientation de carrière, mais que sa sensibilité propre l'a certainement aussi influencée. Sandrine ne dit rien sur ses motivations initiales à se spécialiser en rééducation périnéale, mais affirme que ses rencontres ont contribué à la rediriger vers la rééducation du périnée pour les hommes.

« J'ai quand même séché les TP, je me suis toujours dit que jamais je ne ferai ça. » « Je fais de la périnéologie depuis 2008 [...] j'ai exercé avec Monsieur X qui travaillait à mi-temps à la maternité des Lilas et à mi-temps en libéral et du coup lui il avait une patientèle exclusivement post-partum. Donc j'ai commencé comme ça. »

Catherine

« C'était une évidence dans la mesure où j'ai toujours été intéressée par les pathologies pelvi-périnéales. Donc, dès mon diplôme en fait, je me suis formée très rapidement à la rééducation périnéale. »

Amandine 

« J'ai fait de la masso-kinésithérapie classique et puis je me suis beaucoup occupée de femmes et d'enfants qui m'ont parlé de leurs problèmes soit d'incontinence soit de douleur. Et donc je me suis formée en uro-gynécologie. »

Lisa

« Mes premières années, j'ai travaillé dans un cabinet avec une masseur-kinésithérapeute qui ne faisait que de ça. Donc moi je ne faisais pas que ça mais par contre ça m'a initié à la rééducation uro-gynécologique et c'est là que ça m'a intéressé. » « Je pense qu'inconsciemment [...] je dois avoir une appétence à travailler avec les femmes. »

Marine

« Je me suis spécialisée au départ en rééducation périnéale. Et comme 80 % des gens qui font de la rééducation du périnée, je faisais de la rééducation des femmes. On commence souvent par ça. Et puis dans le hasard des rencontres de ma profession, j'ai des médecins qui m'ont demandé de me former en rééducation du périnée pour les hommes après les problèmes de prostate. Donc j'ai fait cette spécialisation aussi. Et ensuite [...] j'ai rencontré un monsieur qui s'occupait de la ano-rectale à Purpan. Et donc je me suis aussi spécialisée avec lui en rééducation ano-rectale. »

Sandrine

Toutes affirment avoir suivi des formations complémentaires (universitaires ou non) spécifiques à la pelvi-périnéologie et/ou à l'uro-gynécologie avant d'obtenir leur DIUESH. Parmi les lieux de formations en pelvi-périnéologie cités à ce propos (indépendamment des DU que nous avons mentionnés dans le Tableau 2) nous retrouvons : « l'IFRUG » (Lisa) et « l'INK » (Lisa et Marine) et « les congrès » (Marine et Olympe). Le contenu des formations n'est pas souvent abordé. Marine cite « Gasquet » et « les chaînes musculaires ». Sandrine évoque « la rééducation du périnée pour les hommes après les problèmes de prostate » et « la rééducation ano-rectale ». Catherine se contente d'affirmer qu'elle en a beaucoup fait. Elle décrit aussi l'immersion auprès d'une autre profession comme un moyen de formation.

« J'ai fait toutes les formations qui pouvaient exister en périnéologie à l'époque, ensuite j'ai fait un DU d'uro-dynamique je ne sais plus quand, à Bichat. Je suis allée un peu faire des formations avec des sages-femmes pour voir un peu ce qu'il se passait et je suis passée en salle d'accouchement pour voir un peu comment ça fonctionnait. Pour comprendre ce qu'il se passe sur le terrain. »

Catherine

3 MKDE ont obtenu un DU en lien avec les problèmes urologiques et gynécologiques avant de chercher à obtenir le DIUESH. Toutes ont obtenu le DIUESH après plusieurs années de pratique. Celui-ci leur semblait nécessaire pour lutter contre un sentiment d'incompétence et pour apporter une réponse juste aux demandes et/ou aux besoins de leur patientèle et des médecins. Pour certaines, le DIUESH a aussi été envisagé comme un moyen de compenser la difficulté de réorientation.

« Avec le temps, ça a été un gros manque puisque quand on a le nez sur le périnée toute la journée forcément au bout d'un moment la question de la sexualité se pose. Et j'étais complètement ignorante. Je ne savais pas comment accéder aux demandes de ces patientes. »

Olympe 

« J'ai toujours eu des questions sur la sexualité et il me semblait que je ne répondais pas trop mal tant que je n'étais pas formée. Jusqu'au jour où j'ai eu pas mal de questions sur la sexualité de la part des hommes après des problèmes de prostate et là j'étais un petit peu plus démunie parce que la sexualité de l'homme avec des troubles prostatiques, je ne la connaissais pas. »

« Il n'y avait pas vraiment grand monde vers qui orienter. »

Sandrine

« De proche en proche sur du post-partum il y a de la douleur[...] après c'est par du réseau où après moi, j'ai été un peu étiquetée, repérée sur tout ce qui est prise en charge post-partum et post-partum un peu traumatique [...] je ne suis pas allée le chercher. »

« Par une demande des patientes et des prescripteurs qui envoyaient sans trop savoir où envoyer alors qu'on était quand même à Paris ! »

Catherine

« Petit à petit, ce sont plus mes patientes qui m'ont amenées à m'intéresser aux douleurs génitales pelviennes, parce que j'en ai eu quelques-unes. On a mis en place des traitements qui fonctionnaient qui marchaient, bon ben voilà après les médecins vous renvoient des patientes qui ont les mêmes symptômes [...] . Et puis rapidement je me suis quand même aperçue qu'il y avait un impact dans leur sexualité, dans leur vie intime et que moi hormis mon vécu personnel, je n'avais pas beaucoup de ressources pour les accompagner. »

« Je me suis dit : « [...] Il n'y a pas beaucoup de masseurs-kinésithérapeutes qui le font ». Qu'il y avait des patientes qui erraient. Et quand elles arrivaient au cabinet, elles étaient contentes d'avoir enfin quelqu'un qui prenne en charge ces douleurs génitales et pelviennes. »

Marine

Marine est la seule à aborder une autre motivation à passer le DIUESH.

« C'est ça aussi que je voulais faire dans ma pratique... Arrivée à 40 ans, j'ai eu envie d'avoir une dimension un peu plus psychologique. »

Marine

Pour Sandrine, il a été un choix par défaut. Olympe et Marine font remarquer que c'est une formation longue qui, au premier abord leur semblait envahissante.

« J'ai fini par me dire « je vais faire une petite formation » mais je n'ai pas trouvé de petite formation. »

Sandrine

« Au départ, ça m'a un peu effrayée, parce que je me disais « ohlala 3 ans tous les mardis soirs ça va être lourd. »

Marine

« Il fallait de l'espace mental et de l'espace temporel, je dirais, pour pouvoir se consacrer à ce DIU qui est lourd. Au niveau de la formation, de l'investissement personne. »

Olympe

2.1.2. Conséquences du Diplôme Inter-Université d'Etude de la Sexualité Humaine

Afin de répondre à l'un de nos objectifs secondaires qui est de définir les apports du DIUESH nous avons demandé aux interviewées de nous donner les avantages de la formation. Le premier avantage qui s'est dégagé est l'apport de connaissances. Nous avons tenté d'obtenir des auto-évaluations (sur une échelle allant de 0 à 10) du niveau de connaissance des participantes à propos des douleurs sexuelles périnéales (Figure 2) . Les données « après DIUESH » sont manquantes pour Olympe et Sandrine. La question n'a pas été posée à Lisa.

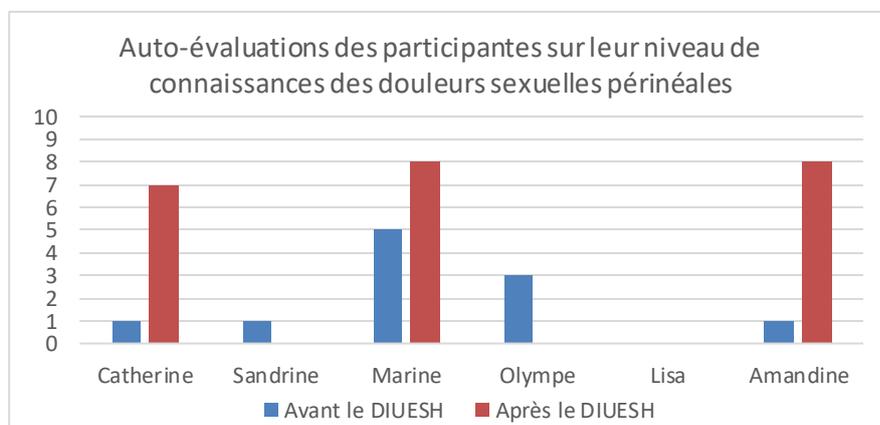


Figure 10 : diagramme récapitulatif des auto-évaluations des participantes sur leur niveau de connaissances des douleurs sexuelles périnéales

Nous avons aussi relevé certaines remarques sur les connaissances nouvellement acquises.

« On a un socle de connaissances de base qui est important dans tout ce qui est médical, psychologie, anatomie et toute la physiologie de la sexualité. Basée sur aussi des recherches historiques, c'est vraiment intéressant [...] quand on sort du DIU, on a un socle de connaissances qui nous permet de comprendre la pathologie, de faire un bilan et de savoir ce qui se passe et ce qui ne va pas. »

Sandrine 

Un second avantage évoqué est les rencontres qui y sont faites. Toutes n'y ont pas vu les mêmes intérêts, elles évoquent : les échanges induits par la pluridisciplinarité et le nombre de participants, la création d'un réseau, la participation à des groupes de travail.

« Déjà les rencontres, aujourd'hui je me sens plus proche de mes confrères sexologues que de mes confrères masseurs-kinésithérapeutes de base [...] Et puis, on se crée un réseau aussi. Pour pouvoir travailler de façon pluridisciplinaire. Parce que c'est quand même le fer de lance de la sexologie. [...]. En pelvi-périnéologie je travaille comme ça aussi, pour moi, c'est excessivement précieux. »

Olympe 

« On est une grande promotion avec des pré-requis très différents ce qui fait qu'il y a des échanges qui sont très riches. Et on apprend non seulement en cours, mais on apprend aussi les uns des autres. Parce qu'il y a une complémentarité qui se fait. »

Sandrine 

« J'ai travaillé aussi sur une brochure de santé sexuelle. Sur justement la sexualité des femmes avec les femmes. Et ça, ça a découlé des rencontres que j'ai faites au DU et du coup de ce qu'a pu m'apporter le DU parce que je suis rentré dans des cycles, enfin dans des mondes auxquels je n'aurais pas pu avoir accès en tant que masseur-kinésithérapeute périnéologue dans mon petit coin. »

Catherine

Le troisième avantage qui ressort est celui de l'impact de la formation sur la PEC. Les points de changements qui y apparaissent sont : une PEC plus globale, une meilleure écoute des patientes et une facilité à traiter du sujet (pour les patientes comme pour les MKDE).

« Aujourd'hui la manière dont je prends charge est, je pense, plus qualitative qu'avant. Voilà, avant, je faisais ce que je pouvais avec ce que j'avais et [...] là ça permet déjà d'avoir une prise en charge un peu plus globale alliant masso-kinésithérapie et sexologie. »

« Après quand vous faites ce DU de sexologie la prise en charge n'est plus du tout la même. Même dans l'uro-gynécologie classique par exemple maintenant quand je fais un interrogatoire d'une femme post-partum, évidemment que je pose la question si elle a repris les rapports sexuels et si les rapports sexuels se passent bien. [...] Et sur la prise en charge de la douleur pelvienne, évidemment que ça change tout aussi. »

Marine 

« Ça, c'était quand même le gros truc pendant 3 ans, apprendre à accueillir la parole. »

Catherine 

« J'ai « sexologue » sur ma plaque, donc déjà quand on a « sexologue » sur sa plaque ça libère la parole. »

Olympe

« La première année, on est tous un petit peu timide, parce qu'on n'est pas toujours très à l'aise avec le sujet au tout départ. Surtout face à des gens qu'on ne connaît pas. Mais après au fur et à mesure des mois de formation, c'est vrai qu'il y a un lien et une facilité se créent. On acquiert une certaine aisance avec le sujet, avec le vocabulaire adapté et des mots précis. Donc c'est plus facile. »

Sandrine

Certaines évoquent aussi des bénéfiques plus personnels à avoir obtenu leur DIUESH. La mise à distance des représentations et idées reçue est une notion que l'on retrouve dans les discours de Sandrine et Catherine.

« On a tous et toutes des idées reçues sur la sexualité tant qu'on n'est pas formé. On se rend compte au cours de la formation qu'il y avait des choses auxquelles on croyait et on se dit : « ah mais moi aussi, je pensais ci, je pensais ça » et puis on se rend compte que c'est normal. »

Sandrine 

« Sur le plan personnel, bien évidemment que vous cheminez selon qui vous êtes, vos orientations sexuelles, votre couple si vous êtes en couple [...] Ça peut être de la sérénité aussi, par rapport à votre propre sexualité. »

« Ça m'a énormément boostée [tousse]. C'est-à-dire que ça m'a donné l'énergie pour quitter le cabinet de groupe dans lequel j'étais et j'ai déménagé. J'ai créé un cabinet uniquement dédié à la pelvi-périnéologie. [...] Une impulsion donc, pour avancer, créer, bouger. »

Olympe

« Dans mes recherches aussi, ça m'a permis d'aller cibler un peu plus »

Catherine

« Moi ça me rassure dans ma pratique. Enfin, je me sens un petit peu plus sûre de moi »

Marine

Nous avons aussi cherché à recueillir leurs avis négatifs sur ce diplôme. La lourdeur de la formation, mais aussi son manque d'apport en outils de PEC notamment corporels sont deux inconvénients qui sont apparus plusieurs fois. Amandine n'a trouvé aucun inconvénient au DIUESH.

« C'est une formation continue, mais qui est très lourde parce qu'il y a beaucoup beaucoup de connaissances. [...] Ça demande beaucoup de lectures, beaucoup de connaissances. »

Sandrine 

« Il nous manque quand même pas mal d'outils d'analyse et de compréhension en fait des mécanismes psychologiques »

« Je trouvais que c'était extrêmement théorique et très psychologique, et pas très corporel alors qu'on est quand même dans un truc du corps quoi. Donc j'ai trouvé qu'il y avait un gros manque là-dessus et étant masseur-kinésithérapeute, c'est quelque chose qui était vraiment vraiment très flagrant et extrêmement frustrant. »

Catherine 

Catherine évoque des points négatifs propres à l'université au sein de laquelle elle a obtenu son diplôme.

« Le reproche que je fais à Descartes, c'est cette hétéronormativité [...] je trouve ça quand même malheureux qu'en sortant d'un DU de sexologie de 3 ans on ne soit pas à même de parler, de pouvoir recevoir des patientes qui sont homosexuelles. Et de connaître les pratiques si on ne les a pas »

« Et avec un gros manque sur 2 axes qui sont les douleurs dans la sexualité et la violence. [...] c'est pour ça que je suis allé chercher un DU de violence. Ce sont des sujets qui ne sont pas du tout abordés alors que dans la pratique, il y a quand même énormément de pratiques de violences dans les troubles de sexualité et dans les douleurs. Mais violences au sens large, donc ça, je trouve que c'est un gros point négatif. »

Catherine

« Il y a quand même un gros manque, sur les sexualités BDSM [...] et du coup la violence dans la sexualité et la recherche de la violence pour le plaisir... Tout ce qui est produit pour atteindre certains plaisirs »

Catherine

Elle résume ses idées comme suit :

« Je pense qu'ils ne sont plus au goût du jour en fait sur les problématiques justement de violence, de féminisme, de genre. »

Catherine

Pour clore la partie parcours et formations nous avons interrogé les MKDE sur les formations qu'elles souhaiteraient entreprendre pour la suite. Lisa, qui est à la retraite, n'en envisage plus. Olympe, pour une autre raison ne souhaite pas en faire de nouvelles.

« Je ne suis pas prête à m'engager dans la lourdeur d'une formation en ce sens que je privilégie les formations universitaires par rapport à l'avenir de notre profession. »

Olympe

Pour celles qui souhaiteraient continuer à se former, les centres d'intérêts se portent sur « les névralgies pudendales [...] les douleurs profondes, notamment l'endométriose [...] l'hypnose ou l'EMDR » (Marine), « la sexo-analyse » (Sandrine) et « les outils de communication » (Catherine).

2.2. Le choix du mode d'exercice

Les MKDE en activité que nous avons interrogées exerçaient toutes en cabinet libéral et avaient toutes ouvert des consultations de sexologie en parallèle de leur activité en MK. Lisa avant d'être à la retraite en faisait de même ; par ailleurs, comme Sandrine, elle dit avoir pleinement dissocié les deux activités. Le choix de la prise de position en soin sexologue et/ou masseur-kinésithérapeute n'est pas le même pour toutes. En effet, les autres participantes disent jongler entre les deux activités et s'adapter aux besoins de leurs patientes. Pour Catherine, ce mode d'exercice est nouveau. Elle a changé de lieu d'activité et a donc dû s'adapter.

« Celle qui vient me voir en tant que masseur-kinésithérapeute je reste en tant que masseur-kinésithérapeute. Si elle vient me voir en tant que sexologue, je reste en tant que sexologue. »

Lisa 

« Je vais traiter selon mon domaine de compétence et je rajoute donc ma casquette de sexologue en dosant, par une information et des conseils. [...] J'ai tout le temps mes 2 casquettes sur la tête. »

Olympe 

« A Paris, ce que je faisais, c'est que je dissociais complètement. C'est à dire que les patientes que je voyais en masso-kinésithérapie je ne les voyais pas en sexologie. Je les envoyais voir quelqu'un d'autre mais c'était hyper frustrant. [...] Clairement, à Grenoble, je n'ai pas de réseau, je ne connais pas encore les gens du coup, je fais de la bidouille. Et finalement, ce n'est pas si mal parce que j'ai l'impression qu'il y a plus de globalité dans cette prise en charge. Mais c'est en questionnement, je suis en train d'essayer de voir si c'est bien ou pas. »

Catherine

En MK, toutes n'ont pas une pratique exclusive en pelvi-périnéologie. Marine par exemple continue de mener des prises en charge plus classique. Dans le champ de la périnéologie certaines s'occupent aussi de la rééducation du périnée masculin, c'est le cas d'Olympe, et de Sandrine. Les hommes représentent la majorité de la patientèle de cette dernière. Afin de comprendre les modalités de leur pratique, nous leur avons demandé de nous donner une estimation du pourcentage de patientes qu'elles suivent et qui présentent des problèmes de douleurs périnéales au décours de leur sexualité.

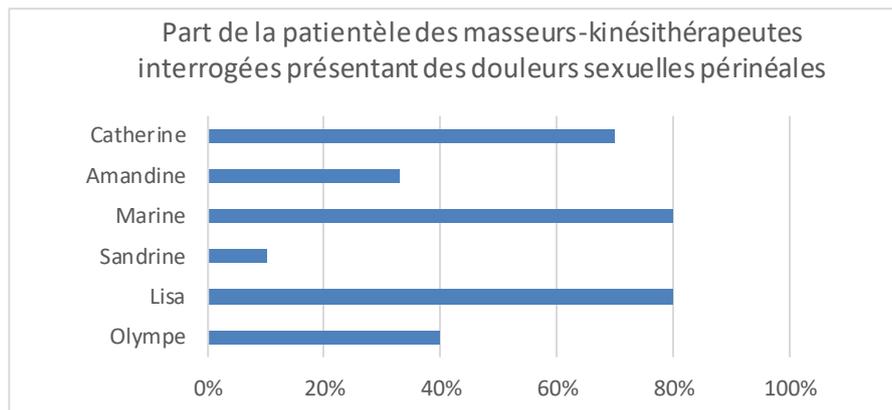


Figure 11 : part de la patientèle des masseurs-kinésithérapeutes interrogées présentant des douleurs sexuelles périnéales

Avec ces patientes, les séances de MK durent le plus souvent une demie-heure. Pour Marine, elles durent « une demie-heure voire trois-quarts d'heure ». Olympe leur accorde des créneaux de 45 minutes. Lorsque l'on aborde avec elle la durée des séances et la fréquence de PEC des patientes présentant des douleurs sexuelles périnéales, Amandine fait remarquer que plusieurs facteurs peuvent jouer sur cette décision. Catherine aussi fait parfois des adaptations.

« Ça dépend vraiment des patientes ça. Il n'y a pas de règle absolue pour tout le monde. Ça dépend des besoins de chacun, ça dépend des douleurs, ça dépend des disponibilités. Donc il n'y a pas de règles par rapport à ça. »

Amandine

« Quand c'est de la masso-kinésithérapie je suis sur des séances d'une demi-heure, mais je fais de la bidouille en fait. Donc il y a des patientes qui clairement n'ont pas les moyens non plus de payer une séance de sexologie. Moi, j'ai des étudiantes, c'est une blague d'aller leur faire payer 50 balles régulièrement. Elles n'ont pas les moyens. Et du coup je fais de la bidouille c'est-à-dire qu'il y a des fois, pendant une demie-heure, on ne va pas aller travailler sur le périnée. On va se faire une demie-heure de discussion avec des axes de travail un peu axé excitation [...] l'univers érotique et tout ce genre de chose. Et puis la séance d'après on va être un peu plus sur du corporel. Ou alors je fais des bidouilles, je fais 2 séances d'une demi-heure en une heure. »

Catherine

Pour Olympe, Lisa, Marine et Catherine les séances ont lieu une fois par semaine. Sandrine voit ses patientes 2 fois par semaine. Marine spécifie que cette fréquence est amenée à évoluer.

« Il y a la première séance et après, j'aime bien les voir une fois par semaine au moins pour les 4 à 5 premières séances de manière à mettre en place le traitement. (...) Et après, on va espacer tous les 15 jours. Enfin, ça dépend si ça va mieux ou pas, mais on va essayer d'espacer. »

Marine

Quelques MKDE trouvent des inconvénients à leur mode d'exercice. Lisa, Marine et Olympe évoquent l'isolement vis-à-vis des autres soignants. Catherine, Marine et Olympe parlent des difficultés administratives et du mode de rémunération.

« On n'a pas mis en place des réunions de travail. Parce que je suis en libéral donc c'est un peu compliqué. Ce n'est pas comme si on était à l'hôpital là où, effectivement, il y a des réunions de concertation pluridisciplinaire qui sont organisées, des supervisions qui sont organisées. »

Lisa 

« Il y a le problème administratif qui est très compliqué aussi. [...] Moi ça m'a posé aussi un souci de me dire bon « OK quand une patiente vient avec une ordonnance de rééducation périnéale, à quel moment je lui explique et je lui dis que si on fait de la sexologie ça ne sera pas pris en charge [...] A quel moment on fait une prise en charge en sexologie et à quel moment on fait une prise en charge en masso-kinésithérapie ? » Voilà, l'une est complètement prise en charge et pas l'autre. »

Marine 

« Moi, je suis une des rares, je pense, à avoir été avertie par l'un de mes professeurs [...] quand j'ai eu mon diplôme de sexologue, il m'a dit : « Olympe faites gaffe, faites ajouter une clause à votre assurance responsabilité civile professionnel comme quoi vous exercez, pour que vous soyez bien couverte dans le cadre de la sexologie ». Et bien, j'étais à la MACSF et j'ai eu la surprise d'essayer un refus. Donc j'ai changé d'assurance. »

Olympe

Marine précise aussi que ses formations l'ont enfermée dans une pratique spécifique. Elle nuance avec quelques avantages que cela lui apporte.

« Comme on est très peu finalement, vous avez un afflux de patients qui arrivent là-dedans [...] moi, j'aurais aimé peut-être garder un petit peu plus de diversité dans ma pratique masso-kinésithérapique. Mais je crois que c'est malheureusement le problème de tout masseur-kinésithérapeute qui se spécialise et qui ensuite est connu pour sa spécialité. Donc c'est aussi une reconnaissance. [...] En même temps, ça a été bénéfique au moment du COVID puisque ma patientèle classique de quartier est partie puisqu'elle était en télétravail, et j'ai gardé cette patientèle plus spécifique. »

Marine

Nous avons aussi recueilli l'état d'esprit des MKDE interviewées par rapport à leur pratique et l'impact que celle-ci avait dans leur vie notamment professionnelle. On retrouve des similitudes dans les réponses d'Olympe, Sandrine et Lisa qui évoquent l'épanouissement et l'importance pour elles du caractère aidant.

« Ça m'a beaucoup épanouie dans ma profession. J'ai trouvé que c'était un cheminement que j'avais fait, professionnel, qui m'a permis d'être bien à l'écoute de mes patientes et de bien pouvoir les aider. »

Lisa 

« Ma crainte si vous voulez, c'est qu'on arrive peut-être [...] qu'on me dise un jour : « Bah non, vous choisissez quoi ? Vous choisissez : ou vous êtes sexologue ou vous êtes masseur-kinésithérapeute ». [...] J'ose espérer qu'on nous laissera quand même la double compétence, parce que moi, je trouve ça très chouette et je serai embêtée qu'on me demande de choisir. »

Marine

« Ça me permet de prendre un peu plus de recul sur les choses du quotidien et de moins peut être juger au premier abord. [...] Pas de norme, pas de jugement et chacun a sa vision des choses de la vie, je pense que ça m'apporte essentiellement ça. »

Catherine

2.3. Les femmes atteintes de douleurs pelviennes sexuelles

Nous avons cherché à savoir s'il existe des profils types de patientes présentant des douleurs sexuelles périnéales. Il existe, selon Marine et Catherine, quelques profils récurrents. En revanche, pour les quatre autres MKDE interrogées ce n'est pas le cas. Ce qu'elles évoquent en parlant de ces profils présente tout de même parfois quelques similitudes avec ce qui est retrouvé dans le discours général des autres soignantes.

« Non, chaque personne est un cas particulier. »

Amandine 

« Il y a les phobiques d'un côté et puis les femmes hyper carrées, droites dans leur quotidien. »

Catherine 

« Je pense que ce sont pour la majorité, des femmes entre 20 (enfin en début de sexualité) et 30 ans. [...] Qui ont l'endométriose ce n'est pas la majorité, ce sont plus des vestibulodynies. Donc, des douleurs à la pénétration : « c'est trop serré », « ça brûle ». Et donc, qui ont un impact dans leur sexualité, une sexualité douloureuse, voire plus de sexualité. voire des femmes qui ne veulent plus rencontrer parce que ça les bloque. »

« Il y a des femmes, on va dire 30 ans (autour de la trentaine), ça ce sont celles qui sont en post-partum et pour qui la reprise de la sexualité est difficile soit à cause d'une déchirure, d'une épisiotomie et donc d'un problème post-cicatriciel. »

« Des femmes pour le Syndrome Génito-Urinaire de la Ménopause plutôt post 50 ans, on peut même aller au-delà dans la description syndrome. Ce sont souvent des femmes qui ont eu un arrêt de sexualité, qui sont sans traitement hormonal substitutif et donc qui ont une période de sécheresse vaginale sans trop s'en rendre compte. Puis le jour où elles retrouvent quelqu'un, c'est là qu'elles se disent : « bah mince ça ne fonctionne plus, ça ne va plus, c'est sec, ça fait mal » et donc là, je vais être amenée à les voir en consultation. »

Marine 



D'autres caractéristiques des patientes présentant des douleurs sexuelles périnéales sont citées indépendamment des profils dressés comme tels. Les MKDE décrivent la condition de ces femmes. Elles listent les impacts physiques, psychologiques et relationnels de la douleur ainsi que leurs origines probables.

Selon elles, les patientes ont tendance à présenter un état anxieux, voire dépressif et à faire preuve de catastrophisme.

« Quel est leur état d'esprit, le profil psychologique ? Au-delà de la douleur, c'est l'interprétation de leur douleur, leur état dépressif et souvent angoissé. »

Marine

« C'est vraiment impactant pour leur vie de couple, mais au-delà de ça, ça peut aussi impacter leur état psychologique. Ça peut aller jusqu'à la dépression, voire des idées suicidaires dans certains cas. Notamment dans le SEGP (syndrome d'excitation génitale permanente). Donc psychologiquement, il peut y avoir vraiment une forte détresse. »

Marine

« Je dirai qu'il y a un peu de catastrophisme [...] Ça il y en a pas mal aussi. Des patientes comme ça, qui viennent et qui sont persuadées qu'il n'y a pas de solution. Mais elles viennent parce qu'elles ont envie d'être entendues tout simplement. »

Amandine

Marine associe en partie cet état au parcours de soin souvent long des patientes, caractérisé par une errance thérapeutique et une absence d'écoute de la part des praticiens rencontrés. Elle ajoute qu'elle prend parfois en consultation des suites de traitements masso-kinésithérapiques qui lui semblent tout à fait inadaptés, elle les relie à un défaut de formation initiale. D'autres MKDE complètent malgré elles cette information (sans nécessairement la relier à l'anxiété des patientes) en évoquant aussi un défaut de formation des autres personnels soignants.

« Souvent aussi ; c'est lié à une errance médicale, enfin il y a une espèce de nomadisme. Quand elles arrivent dans mon cabinet, ça fait parfois plusieurs années qu'elles cherchent. Elles ont été voir des gynécologues qui ont répondu en donnant des traitements antifongiques comme si c'était une mycose. Ou en leur disant que ça allait passer, que c'était dans leur tête. Enfin, elles n'ont pas été prise au sérieux et donc c'est encore plus angoissant, anxiogène et ça, ça augmente leur douleur en fait. »

« Ça, ça devrait être dans la formation initiale presque [...] Vous voyez, moi ça m'arrive d'avoir des patientes qui me disent « j'ai déjà fait 10 séances de masso-kinésithérapie parce qu'on m'avait prescrit des séances de masso-kinésithérapie périnéale ». Sauf qu'on les a mises dans un box avec une sonde endovaginale, et on leur a demandé de contracter. Il y a un petit problème quand même, c'est juste l'inverse qu'il faut faire. [...] Il vaut mieux ne rien faire que faire ça. »

Marine

Il ressort des entretiens qu'il existe chez les femmes atteintes de douleurs sexuelles périnéales une relation de cause à effet entre leur image (ou leur relation à elles-mêmes) et leurs symptômes.

« Ce sont des femmes qui sont souvent blessées dans leur image de femme. Je veux dire qu'elles sont atteintes dans leur féminité [perds ses mots] avec une intensité plus ou moins forte. »

Olympe

« Souvent, j'ai des patientes du coup qui décrivent que le ventre, le bassin pour elles ça n'existe pas. Comme s'il y avait au niveau corporel de la sensation jusqu'au sternum et puis après ça recommence à la cuisse. »

Catherine

Il est décrit dans le discours de Catherine qu'elles ont des représentations de tout genre, parfois erronées.

« Il y a plein de patientes qui pensent que c'est peut-être lié à leur éducation, qui pensent qu'il y a un problème organique donc ça, c'est difficile à lever ce truc-là. Qu'en effet elles ne peuvent rien faire et c'est foutu et elles essaient un truc, mais ça ne marche pas. Que c'est lié aux partenaires ou que c'est elles qui ne font pas ce qu'il faut. Ou que c'est un problème anatomique, leur vagin est trop petit. Il y a plein de choses possibles. Mais ça c'est plutôt sur toutes les patientes qui sont vaginiques ou dyspareuniques en fait. »

Catherine

Pour les MKDE interviewées, ces patientes et notamment les femmes vaginiques ont tendance à méconnaître leur corps. Leurs représentations peuvent donc concerner leur anatomie ; Olympe les qualifie alors de « distorsions cognitives ». Par ailleurs, une notion clé qui revient dans les entretiens lorsque l'on parle de ces patientes est celle de la « normalité ». Cette dernière est décrite à la fois comme un objet de préoccupation et comme un objectif à atteindre pour les patientes. Sandrine, lorsqu'elle parle de la nécessité pour ces femmes de se découvrir, note que l'absence d'exploration individuelle est entre autres reliée à un tabou sociétal.

« Beaucoup de femmes n'ont jamais regardé comment elles sont faites. »

Sandrine

« Je le fais assez souvent chez les femmes vaginiques qui ont des (je vais utiliser un terme pompeux) : des « distorsions cognitives » en fait. Les femmes vaginiques elles sont phobiques de la pénétration et elles s'imaginent parfois comme un puits sans fond en fait. Vous voyez, elles craignent presque que si elles mettent quelque chose dans leur vagin ça remonte jusqu'à je ne sais où. [...] Ces femmes là aussi elles pensent qu'elles ont un vagin trop petit, qu'elles ont une anomalie anatomique »

Olympe 

« Je n'en ai aucune qui arrive en disant « je ne me connais pas, je ne sais pas comment ça marche et je viens pour apprendre et ça va fonctionner derrière ». Vraiment, un état de fait de « je ne suis pas normale, est-ce que vous pouvez vérifier que je suis normale et si je ne suis pas normale bah ça ne sera jamais possible sans douleur. »

Catherine 

« Si on ne connaît pas son corps, on ne peut pas demander à l'autre de connaître son corps mieux que soi-même, on ne le connaît. Donc déjà, là, il y a quand même des inhibitions à lever. Alors effectivement, c'est toujours un peu tabou dans notre société. Mais malgré tout, il n'y a rien de sal à aller toucher son propre corps. Souvent quand même, il y a quelque chose de cet ordre-là. »

Sandrine

Ce n'est pas l'unique fois dans le discours des MKDE interrogées que l'impact de la société sur les représentations des patientes est mentionné. Olympe est celle qui en parle le plus en évoquant la création de complexes anatomiques, de craintes concernant la prise d'hormones ou d'idées reçues sur le déroulement des rapports.

« Et puis quand on a la glace et bien parfois (ça aussi, c'est générationnel) il y en a qui ont honte de leur vulve parce que ce n'est pas ce qu'on voit dans la pornographie. Vous savez que la nymphoplastie (l'intervention sur les petites lèvres), c'est en plein essor. [...] Donc la question de la normalité anatomique, vous allez voir, ça se pose très fréquemment. Aussi à cause de la mode des épilations intégrales [...] quand vous épiliez tout et bien tout se voit, donc le modèle imposé c'est la vulve de la petite fille non pubère. »

« Votre génération et la contraception, c'est un grand moment je dois dire ! [...] leurs machins tout naturels là je trouve que ça ne contribue pas tellement à l'épanouissement sexuel. Donc voilà, la trouille d'être enceinte quand même ça ne détend pas ! [...] Pareil, chez les femmes ménopausées, elles ont la trouille des hormones aussi ! [...] Il y a eu beaucoup de mal de fait sur les traitements hormonaux de la ménopause, donc les femmes ne veulent pas se traiter en post-ménopause. Donc il y a les conséquences sexuelles de la ménopause mais il y en a aussi le confort de vie. [...] Je trouve que d'un point de vue sociétal il y a du boulot et je trouve que les femmes se font beaucoup de mal elles-mêmes. »

« Il y a tout un tas d'idées reçues, de modèles de la sexualité à déconstruire avec ces femmes. Malheureusement, on a le poids de la société qui nous dit que dans un rapport sexuel il y a l'entrée... Donc, l'entrée ce sont les préliminaires [prend un ton de reproches] comme si ça ne faisait pas partie de la sexualité ! Il y a le plat de résistance (la pénétration vaginale) et puis il y a le dessert, c'est l'orgasme. Et ce n'est pas vrai. On peut tout mélanger et puis il n'y a pas un truc qui est mieux que l'autre et puis il n'y a pas de rapports qui sont forcément identiques. [...] Je crois qu'à 20 ans, à 40, à 60 ou à 70 on a souvent malheureusement les mêmes modèles. »

Olympe

« Les jeunes femmes [...] il y a un peu quand même une notion de [...] : « C'est normal que la pénétration soit douloureuse ». C'est un peu ancestral, on s'est passé le message de génération en génération que de toute façon ça fait mal. Avec ces problématiques, ces angoisses du premier rapport [...] Donc il y a aussi une peur qui s'est intégrée, qu'elles se sont appropriées [...] du coup elles s'approprient cette douleur avant qu'elle n'ait existé. »

Catherine

Indépendamment des représentations, Lisa et Olympe affirment que la culture, l'éducation et la religion des patientes peuvent notamment influencer la survenue d'un vaginisme. L'exposition à la violence est aussi mentionnée comme une origine possible, mais non-exclusive de douleurs sexuelles périnéales. Des exemples de situations de patientes se rapportant à ces idées sont retrouvés dans les discours d'Olympe et de Catherine.

« Chez les femmes vaginiques il n'y a pas que les abus sexuels. Il y a une partie, ce sont des abus sexuels. Mais il y a aussi toute l'éducation, toute la religion. Chez les femmes qui reçoivent une éducation religieuse très stricte où la virginité a une place très importante, on va retrouver ces femmes vaginiques. »

Lisa

« Il y a quand même plein de choses qui se passent au niveau périnéal et au niveau des douleurs, qui sont quand même des choses qui existent parce que c'est l'endroit où l'on vient tenir, où l'on vient garder certaines choses. Et du coup dans ces patientes qui ont vécu des traumatismes et donc là je suis plus sur du vaginisme (moi, je pense plus au vaginisme tout ça) mais aux douleurs pelviennes aussi, bah ces douleurs elles expriment quelque chose. »

Catherine 

Une autre spécificité de ces femmes est que les douleurs qu'elles ressentent entraînent des conséquences sur leur relation à l'autre et notamment leur relation de couple lorsque celle-ci existe. Les masseurs-kinésithérapeutes interrogées décrivent des modifications de différents types concernant la vie affective et sexuelle des patientes. Les processus énoncés sont la fuite voire l'arrêt de la sexualité, son maintien en l'état ou son adaptation. Les exemples donnés d'adaptations de la sexualité sont les changements de position, l'utilisation de lubrifiants, la tenue de rapports sans pénétration et le développement de la sexualité anale.

« Je pense que ce sont pour la majorité, des femmes entre 20 (enfin en début de sexualité) et 30 ans. [...] ce sont plus des vestibulodynies. Donc, des douleurs à la pénétration : « c'est trop serré », « ça brûle »... Et donc, qui ont un impact dans leur sexualité, une sexualité douloureuse, voire plus de sexualité. voire des femmes qui ne veulent plus rencontrer parce que ça les bloque. »

Marine

« Il y en a qui sont dans l'éviction totale. Donc plus de sexualité [silence] plus de sexualité, mais même plus de rapprochements possibles ni dans la sensualité, ni dans juste le contact physique ou la tendresse. Donc il y a vraiment une mise à distance totale. Avec du coup absence de désir tout ce genre de chose, aversion de l'autre. »

Catherine 

« Si c'est une difficulté primaire qui a toujours existé, il n'y a pas vraiment d'adaptation. Enfin, il y a une adaptation parce qu'il n'y a pas de pénétration par exemple, mais on ne peut pas trop parler d'adaptation ; c'est qu'il n'y a pas eu certaines explorations de faites puisqu'elles ne sont pas accessibles. »

Sandrine

« Celles qui gardent une sexualité, mais qui serrent les dents et qui ont mal. C'est plutôt délétère, parce qu'elles se construisent avec une sexualité qui veut dire pénétration et douleurs. »

Marine

« Quand elles ont une sexualité plus riche [...] elles peuvent tout à fait avoir une sexualité sans pénétration vaginale selon leurs préférences sexuelles et selon les habitudes du couple. »

« Ce n'est pas à chaque fois, mais ce sont des jeunes femmes qui vont développer une sexualité anale tout à fait satisfaisante. »

Olympe 

« Dans les douleurs secondaires, on peut avoir plutôt des adaptations bien sûr. Soit dans les positions alors ce qui est vraiment assez fréquent, c'est que les femmes d'elles même mettent par exemple un lubrifiant ou vont utiliser des adjuvants. »

Sandrine

« Quand ce ne sont pas des [article plus] clitoridynies (je n'arrive jamais à le dire) et bien elles s'adaptent autour du clitoris et elles adaptent autour d'autres pratiques. »

Catherine

En fonction de l'impact des douleurs dans la vie personnelle et de couple des patientes le motif de consultation en MK n'est pas toujours le même. Il est conditionné par la situation passée ou actuelle de la patiente ainsi que par le type ou l'origine de la douleur. Le simple souhait de ne plus souffrir, bien que courant, peut d'ailleurs être décrit comme un motif annexe à la consultation. Les autres desseins des patientes que les MKDE exposent sont : être rassurée et/ou écoutée, accéder la « normalité », pouvoir expérimenter de nouvelles choses, résoudre des problèmes conjugaux consécutifs aux douleurs, avoir un enfant et pouvoir avoir un suivi gynécologique.

« Vestibulites, vestibulodynies et tout ça, c'est plutôt qu'elles viennent dans leur objectif de ne plus avoir mal en fait. Pas simplement retrouver une sexualité « plaisir » qui va bien, c'est juste : « ces douleurs là, je n'en peux plus. Est-ce qu'on peut faire quelque chose ? » [...] mais ce n'est pas forcément dans un objectif de reprise de sexualité avec leur partenaire. »

Catherine 

« Ça peut être plein de raisons : se rassurer, savoir est-ce qu'on est normale... ou encore, un changement de partenaire. »

Sandrine 

« La plupart, c'est quand même pour essayer d'avoir et de retrouver une intimité épanouie avec leur partenaire. Donc c'est parfois pour répondre à l'attente de leur partenaire. Mais aussi pour elles-mêmes, pour se sentir intègres dans leur sexualité, c'est-à-dire avec la possibilité de pouvoir avoir cette pénétration. Parce qu'elles jugent qu'effectivement la « normalité », si tenté qu'il y ait une normalité en sexualité, voudrait que la pénétration soit possible et non douloureuse. Donc oui, c'est souvent ça. Il y a souvent l'idée de pouvoir accéder à cette norme. »

Marine 

« On a aussi des femmes qui viennent et qui consultent parce qu'elles se rendent compte qu'elles ont quand même peu de plaisir, ou pas de plaisir et donc elles consultent parce qu'elles ont envie de s'ouvrir à un des plaisirs de la vie. »

Sandrine 

« Pour celles qui sont en couple, il y en a qui viennent parce qu'elles ont peur que leur couple explose. Elles ne viennent pas pour elle, mais elles viennent pour le couple ou pour leur partenaire. »

Catherine 

« Les femmes vaginiques, il y en a qui disent « je viens parce que je veux un enfant ». Elles ne viennent pas forcément par rapport à leur sexualité, mais par rapport au désir d'enfant. »

Lisa 

« Parfois, ça peut être juste pour pouvoir avoir un examen gynécologique. Par exemple, là, j'ai une patiente qui doit faire une réserve ovarienne, elle est jeune [...] sauf qu'il y a un vaginisme. Et elle, elle a besoin d'aller voir des gynécologues qui vont lui faire le prélèvement ovocytaire. [...] J'en ai une aussi qui est vaginique, mais qui est enceinte sauf que maintenant il faut pouvoir se faire ausculter. »

Marine

2.4. La prise en charge en masso-kinésithérapie dans le parcours de soin

Les types des douleurs sexuelles périnéales et étiologies associées étant diverses, nous avons cherché à savoir quelles pathologies prenaient en charge les MKDE que nous avons interrogées. Nous avons présenté les réponses obtenues dans un tableau de récurrence présenté ci-dessous.

Tableau 3 : tableau de récurrence des noms de pathologies prises en charge

Vaginisme	6	SGUM	2
Dyspareunies	4	Néuralgie pudendale	2
Vulvodynies	4	Ensemble de troubles associés	2
Post-partum compliqué	3	Vaginodynie	1
Douleurs pelviennes chroniques	3	Hypertonie périnéale	1
Endométriose	3	Pathologie dermatologique (type lichen)	1

Les pathologies les plus souvent prises en charge sont le vaginisme, les dyspareunies ainsi que les vulvodynies. Les post-partums compliqués sont pris en charge par 3 MKDE dont Catherine qui dit suivre beaucoup moins de patientes présentant cette problématique depuis qu'elle a quitté Paris. De même ce sont des prises en charge peu fréquentes pour Olympe. Amandine dit principalement recevoir des femmes dont les douleurs sont liées à l'endométriose. Ce que nous avons appelé « ensemble de troubles associés » répond aux témoignages d'Olympe et de Lisa.

« Moi, j'ai beaucoup de pathologies complexes avec des gens qui arrivent avec une liste de plaintes : il y a des douleurs, il y a de la sexologie, il y a de la constipation, il y a une pollakiurie, il y a une fuite à l'effort... Donc il faut faire le tri parce que je ne peux pas m'éparpiller partout. »

Olympe

« Ce que j'avais beaucoup, c'était l'hypertonie périnéale avec des problèmes de douleurs. Liées des fois à des douleurs vésicales aussi. »

Lisa

Pour rappel, les MKDE interrogées ont plusieurs fois évoqué le parcours médical long de ces patientes. A la fin, les voies d'accès aux soins en MK sont décrites comme libérées par : l'orientation par un confrère ou une consœur appartenant au réseau des MKDE interviewées, des recherches personnelles des patientes ou le bouche à oreille.

« J'ai plutôt un réseau de spécialistes, j'ai très peu donc de prescriptions de généralistes. »

Olympe

« Soit elles me cherchent, soit par bouche à oreille. »

Sandrine

En MK, le premier rendez-vous avec une patiente sert généralement à établir un plan de soin individuel adapté aux informations obtenues au cours du BDMK. Nous avons souhaité savoir comment celui-ci se déroulait pour des patientes présentant des douleurs sexuelles périnéales. Plusieurs MKDE expliquent que pour elles l'interrogatoire y a une place

privilegiée. Elles le décrivent comme un temps important pour cerner la patiente et ses symptômes. Certaines MKDE disent qu'elles y consacrent parfois la majorité voire l'intégralité de la première séance. C'est le cas d'Olympe qui dédie d'ailleurs celle-ci à la réalisation d'un bilan sexologique. En cela, elle s'oppose à Lisa par exemple, qui elle va chercher à mener un interrogatoire et un examen clinique dès la première séance quitte à devoir continuer le bilan sur une seconde séance.

« D'abord, il faut commencer par un interrogatoire très fin. »

Lisa 

« Je vais essayer d'évaluer si vous voulez dans les douleurs qu'elles décrivent, la part de médical purement (endométriose, mycose, lichen), la part musculaire (ça, on va le faire ensuite avec le bilan clinique). [...] Et la part psychologique [...] ça peut être très vaste. Si c'est nécessaire, on refera un bilan sexologique. »

Marine 

« Déjà dans mon bilan initial je ne les touche pas. Je ne les fais pas se déshabiller. Donc moi, j'ai des rendez-vous de 3/4 d'heure à une heure et souvent pour mes bilans, je déborde. Ou alors je les fais en 2 fois. Donc je vais faire un bilan uniquement sexologique. [...] Je ne dis rien et je les écoute [...] et puis après, je vais les diriger. »

Olympe 

« Des fois, l'interrogatoire il dure très très longtemps. En règle générale j'essaie [...] de commencer mon interrogatoire et mon bilan la même séance, de façon à ce que je puisse déjà avoir une idée et dire quelque chose à ma patiente de ce que je pense et de comment on va pouvoir travailler. Ça, ça me paraît très important. [...] Mais ce n'est pas forcément complet. Parce que je sais que des fois, je n'ai pas terminé mon bilan, mais que je vais y revenir à la séance suivante. Et je rajouterai des choses. Mais au moins, il y a quelque chose à lui dire pour lui redonner confiance. »

Lisa

Nous avons tenté de répertorier les questions que les masseurs-kinésithérapeutes posent à leurs patientes. Puisqu'elles sont très nombreuses, nous avons ici aussi créé un tableau de récurrences des propos.

Tableau 4 : tableau de récurrence des questions posées aux patientes au cours de l'interrogatoire

Depuis quand ont-elles mal ?	6
Quel est le mode de survenue de la douleur (primaire ou secondaire) ?	6
Quel est le type de douleur (sensation et localisation) ?	4
Quelle est la posture du partenaire ?	4
Comment se passe leur sexualité actuelle ?	4
Ont-elles connu des violences, contraintes, maltraitances (sexuelles ou non) ?	4
Quel est leur parcours par rapport à la maternité ?	4
Ont-elles des antécédents chirurgicaux, oncologiques, gynécologiques... ?	4
Quels événements peuvent-elles associer à l'apparition originelle des douleurs ?	3
Qu'est-ce qui déclenche leur douleur ?	3
Ont-elles un traitement ?	3
Comment se passe leur relation de couple ?	3
Quelles adaptations ont été mises en place, quels comportements ont été adoptés ?	3
Dans quel environnement vivent-elles (familial, travail) ?	3

Quel âge ont-elles ?	2
Sont-elles ménopausées ?	2
Quelle est leur demande ?	2
Qu'est-ce qui a motivé la consultation ?	2
Ont-elles un partenaire ?	2
Ont-elles des douleurs en dehors des rapports ?	2
Ont-elles des dysfonctions sexuelles (perte de plaisir, désir, libido...) ?	2
Que pensent-elles de leurs douleurs ?	2
Ont-elles déjà eu un parcours thérapeutique lié à ces douleurs ?	2
Comment se sont-elles construites sexuellement (éducation, place des parents...) ?	2
Quelles sont leurs représentations quant à la sexualité (paradigme sexuel) ?	2
Comment s'est passée leur sexualité antérieure ?	2
La douleur est-elle systématique (partenaire dépendante, à chaque rapport) ?	2
Ont-elles des problèmes de mictions ou de défécation ?	2
Ont-elles déjà connu ce type de douleurs puis un arrêt des symptômes ?	1
Ont-elles une contraception ?	1
Quelle est la fréquence de leurs rapports ?	1
Combien ont-elles eu de partenaires et pendant combien de temps ?	1
Y a-t-il eu des ruptures liées à ces douleurs ?	1
Sont-elles anxieuses ?	1
Ont-elles des croyances religieuses ?	1
Ont-elles une activité physique ?	1

Toutes cherchent à savoir depuis quand les patientes ont mal et si ces douleurs sont présentes depuis le début de leur sexualité. De manière générale, elles s'accordent sur le fait de poser des questions sur le type de douleurs que ressentent les patientes, la place de leur partenaire, l'état de leur sexualité actuelle, leurs antécédents de santé ainsi que sur les événements marquants de leur parcours de vie.

Catherine explique qu'elle accorde aussi beaucoup de place aux observations visuelles qu'elle fait de ses patientes au cours de l'entretien pour ensuite guider la première séance. Olympe va dans ce sens notamment lorsqu'elle réalise l'examen clinique.

« Dans ma pratique aussi, j'observe quand même pas mal... Dans les mécanismes de violences en fait, il y a quand même plein de choses qui sont visibles sans poser la question. Donc, dans la façon dont la patiente rentre dans le cabinet et s'installe en salle d'attente, rentre dans la salle, se positionne sur sa chaise, se positionne au niveau corporel, regarde autour, regarde ou pas quand on est dans l'interrogatoire... Il y a plein de petits signaux aussi qui font que je vais aller plus dans un axe ou pas sur ma première séance. »

Catherine

« Ensuite, quand je les examine, je les fais se déshabiller et c'est la première fois que je le fais. Déjà, je vois comment elles sont sur la table. Donc je les rassure aussi sur le fait que je ne vais jamais rien faire en force. [insiste] Jamais. Et que je vais toujours respecter leur douleur. Je me laisse guider, donc je regarde comment elles se comportent. Il y en a qui ont les cuisses toutes serrées sur la table, qui sont [mime une personne agrippée] avec les orteils tous crispés. Qui ont les poings fermés. [...] Et puis bon, au passage je regarde comment elles respirent, je regarde si elles ont les fesses toutes serrées. Si quand elles contractent, elles serrent tout jusqu'à la racine des cheveux. Si elles dissocient un petit peu. »

Olympe

Pour Olympe, le premier entretien sert aussi à déterminer les connaissances de la patiente.

« Avec les femmes vaginiques, assez souvent dans mon premier entretien, je leur fais dessiner leurs organes génitaux externes. Et alors là, on a des surprises [hausse le ton] des grosses surprises. Surtout celles qui n'ont pas eu d'éducation à la sexualité. »

Olympe

Une fois l'interrogatoire terminé, toutes procèdent à un examen clinique de la patiente. Certaines MKDE interrogées précisent que selon elles, celui-ci ne diffère pas d'un examen clinique classique du périnée.

« Mon bilan clinique, c'est un bilan masso-kinésithérapique tout à fait simple »

Olympe 

Nous avons recueilli les tests que les thérapeutes cherchaient à réaliser ainsi les informations qu'elles souhaitaient obtenir. Les examens sont visuels et palpatoires. Les observations visuelles concernent le type de respiration utilisé par les patientes, l'aspect cutané-trophique des organes génitaux externes, ainsi que l'état de tension du périnée. Les MKDE cherchent aussi à réaliser un bilan musculaire et/ou articulaire assez général en évaluant entre autres les mobilités des articulations voisines et en déterminant la présence ou non de contractures et points gâchettes autour et au niveau de la zone pelvienne. Le test du coton tige est mentionné plusieurs fois. Pour ces patientes, l'analogie au testing du périnée n'y est pas décrite comme systématique puisque le toucher pelvien n'est pas toujours accessible. Toutefois, lorsqu'il est réalisable, il est progressif et permet d'évaluer la douleur, de déterminer le tonus du périnée ainsi que le contrôle moteur que la patiente a dessus. Amandine spécifie qu'elle vérifie aussi l'absence de prolapsus.

« Au niveau du bilan, et bien c'est examiner déjà au niveau de la trophicité vaginale. Parce que si vous avez par exemple des femmes qui sont ménopausées et qui n'ont pas de traitement hormonal substitutif [...] on va le constater parce qu'on va voir une muqueuse qui va être pâle, qui va être sèche, qui va être brillante enfin qui n'a pas qui une bonne imprégnation oestrogénique. »

Lisa

« J'approche très délicatement, très délicatement des grandes lèvres et j'écarte doucement les grandes lèvres et je regarde comment déjà est leur périnée. Ça nous renseigne déjà la vue. »

Olympe

« On va rechercher les points gâchettes, les contractures, les points douloureux, les zones sensibles. Voilà, s'il n'y a pas de déchirures, de fissures qui seraient passées inaperçues. »

Amandine 

« Lors du bilan, on va regarder aussi le bassin, on va regarder la respiration, on va regarder au niveau éventuellement des différentes articulations. »

Lisa

« Je commence par faire un test au coton tige, très délicatement aussi. Des fois c'est évident, des fois ça l'est moins. Ensuite, je vais essayer de faire un toucher vaginal à un doigt avec [...] une crème grasse adaptée et compatible avec les muqueuses. Je dis bien que j'essaye. Je pose d'abord mon doigt sur le vestibule, je leur demande de se décontracter et j'essaye de faire un touché à un doigt. Des fois, je n'y arrive pas et je ne le fais pas. Si je n'y arrive pas, je ne force pas. Jamais, jamais. Parce que beaucoup de choses se jouent à ce moment-là. Si on force la patiente, elle va tout de suite se mettre en contraction de défense et ça va être dur ensuite de la détendre. Si j'y arrive (à faire un toucher vaginal à un doigt) et que c'est très facile, je peux essayer de faire un toucher vaginal à 2 doigts. Mais d'emblée, c'est rare. Et quand j'y arrive, je regarde si elles sont capables de contracter leur périnée, si elles sont capables de le relâcher. Si elles sont capables de contracter et si au bout de 2-3 contractions elles arrivent à lâcher. Et puis on a parfois des patientes qui sont tellement en tension qu'elles sont en impotence fonctionnelle. Le périnée est déjà contracté donc elles ne peuvent pas le contracter et ne peuvent pas le relâcher. »

Olympe

« Je relève aussi s'il n'y a pas de descente d'organe, quelle est la tonicité du plancher pelvien. »

Amandine

Après avoir recueilli les principaux éléments du bilan nous avons cherché à savoir quels plans de soins avaient les thérapeutes et quels outils elles utilisaient. Il ressort des discours des soignantes que même si elles ont leurs propres techniques de soin, elles ne suivent pas de protocole type.

« C'est une discipline qui s'adapte tellement à la personne qu'on a en face que c'est très difficile... On n'est pas dans une rééducation d'une ligamentoplastie de genou par exemple, où on sait que de telles dates à telles dates on va faire ça. Voilà, là on est vraiment... la douleur périnéale elle est tellement multiple et variée, et puis les gens sont tellement différents les uns des autres que c'est difficile d'avoir un protocole très établi. »

Sandrine

Elles suivent cependant certains principes de PEC. Sont cités : l'inclusivité, l'absence de soins en force, la progressivité, l'adaptabilité et le respect de la patiente, de sa demande et de sa douleur. L'utilisation d'un discours rassurant est aussi plusieurs fois mentionnée.

« On est inclusifs quand on est sexologues [...] on n'a pas que des femmes hétérosexuelles et cis-gendre dans notre patientèle, surtout quand on est sexologue et qu'on a un gros réseau. »

« J'essaye de m'adapter à leur niveau de langage, j'essaye de ne pas utiliser des termes pompeux. Il y a un jargon, du sexothérapeute et de la sexologie. Mais des fois, j'oublie mon langage professionnel, parce que je l'utilise beaucoup moins. Moins souvent que le langage et les mots qu'ont mes patientes et qui sont parfois rigolos parce que leur seul vocabulaire, c'est un vocabulaire qui est parfois un petit peu cru, qu'elles n'osent pas exprimer devant vous parce qu'elles n'ont pas les mots. »

Olympe

« En masso-kinésithérapie quand il y a des patientes qui viennent pour des douleurs, pour des dyspareunies, ou du vaginisme leur demande en général, c'est : « Je veux qu'il y ait un truc qui rentre » donc on fait du corporel. On fait rentrer un truc et une fois que [...] j'ai répondu à leur demande, après je vois avec elles si elles veulent ouvrir »

« Je leur dis de façon systématique qu'en tout cas moi, je leur fais des propositions, mais que ce sont elles qui choisissent [...] je ne force pas du coup à faire quelque chose ou pas. »

Catherine

« C'est vraiment en fonction de la personne que l'on a en face. Et à son rythme. On avance à son rythme et avec ses valeurs. C'est très important de tenir compte des valeurs de la personne que l'on a en face. »

« Je crois qu'il faut vraiment rassurer la personne. La difficulté majeure, c'est que ce sont des femmes qui souvent perdent confiance en elles, n'osent plus. Donc il faut vraiment les rassurer là-dessus. »

Sandrine

Lorsque Olympe a abordé avec nous la considération de la plainte sexuelle dans le plan de traitement en MK, elle a évoqué 3 axes de travail.

« En sexologie, on a 3 axes de travail à savoir (quelle que soit votre formation initiale) : on est capable d'informer, de conseiller, et ensuite, on traite selon son domaine de compétence et sa formation initiale. Donc moi, c'est la périnéologie. Donc ce que je sais faire au niveau du périnée en périnéologie, ça va être tout ce qui est traitement de la vestibulodynie par exemple, tout ce qui est traitement du vaginisme, tout ce qui est traitement des cicatrices douloureuses par exemple. Moi, je vais traiter selon mon domaine de compétence et je rajoute donc ma casquette de sexologue en dosant, par une information et des conseils. »

Olympe

Nous avons retrouvé ces axes de travail dans les descriptions de la PEC masso-kinésithérapique de ses consœurs et avons donc tenté de recenser les approches éducatives et comportementales ainsi que les techniques manuelles et instrumentales qu'elles utilisaient. Nous avons chaque fois essayé de rapporter les objectifs liés à ces techniques.

D'abord, la PEC se veut éducative. De nombreux outils sont décrits par les soignantes pour leur permettre de mieux connaître leur pathologie et leur corps. Les thérapeutes s'appuient pour cela sur l'utilisation du dialogue ainsi que sur des supports écrits et visuels standardisés (livres, photographies, planches d'anatomie, reproduction d'un bassin en 3D). Elles invitent aussi leurs patientes à leur transmettre leurs représentations (à l'aide du dessin par exemple) pour ensuite échanger autour et les aider à éventuellement venir se découvrir (ou redécouvrir) à l'aide d'un miroir ou de l'autopalpation. Ces apports d'information peuvent aussi concerner la sexualité et la loi. Concernant ce dernier point Sandrine explique que lorsqu'elle suspecte une problématique de violence, elle tient surtout un rôle d'informatrice.

« Il faut bien leur faire comprendre en fait, ce que moi j'appelle les 3 M : muscle, muqueuse et mental. Les 3 dimensions peuvent être la cause ou la conséquence de leurs douleurs et qu'on traite les 3 éléments. Donc la muqueuse on la traite plutôt par l'aspect topique avec les crèmes et l'aspect médical. Le muscle avec le traitement que l'on va faire en masso-kinésithérapie. Et l'aspect mental, ce sont en partie tous les conseils en sexologie que l'on peut aborder [...]. En fait ça, ça permet d'ordonner un petit peu dans leur tête, de mieux prendre conscience de la pathologie, et de comment on va la prendre en charge. »

« Il y a toujours de l'éducation thérapeutique avec la partie théorique, les planches anatomiques. »

Marine 

« Donc périnée, contractures périnéales. J'ai un bassin, je leur montre, je leur explique le rôle du périnée, l'hypertonie et la nécessité de travailler sur cette hypertonie. »

« Dans ma première séance [...] je donne un site à aller consulter Les clés de Vénus et je m'adapte à la patiente. Si je sens qu'elle aime lire, je lui donne des lectures [...] en fonction bien sûr des cognitions de ma patiente et de son niveau socio-culturel. »

Olympe 


« Et après, sur la table oui, j'utilise un miroir. Ça, c'est super important. Parce que les femmes ne se connaissent pas [...] elles ne connaissent pas leur vulve. Donc on va reprendre les éléments qu'on a vus sur la planche anatomique et essayer de les redécouvrir avec le miroir. Pour qu'elles voient aussi les mouvements du périnée, ce que fait un périnée en se contractant et en se relâchant. Parce qu'elles n'ont jamais vu ce que ça faisait. Donc elles voient et ça leur permet de mieux prendre conscience et de pouvoir ensuite reproduire ça dans différentes positions. »

Marine 

« J'utilise le dessin, je leur demande de dessiner une vulve, un machin, un organe. »

« J'ai des miroirs si elles veulent regarder. Et je leur explique ce que j'ai retrouvé, quelles sont les possibilités de prise en charge. »

« Je fais aussi du palpatoire sur moi, je me mets en scène [...] du coup je viens toucher sur moi, montrer où c'est et avec le bassin en parallèle. Et si elles le veulent elles viennent trouver les repères sur elles, mais il n'y a pas d'obligation. »

Catherine

« Effectivement, si on fait un travail corporel et que je suis en train d'introduire le dilateur à l'intérieur, je ne vais pas lui parler du plaisir féminin. Ça paraît évident. Mais par contre, si elle a des questions portant sur la sexologie, et notamment là par exemple sur l'endométriose parler de la posture, la position à choisir lors des rapports sexuels, le mouvement à adopter... On va pouvoir l'aborder en fin de séance. Elle se rhabille, on va au bureau et on en discute un petit peu [...] Donc voilà des conseils sur la sexualité. Revoir aussi toutes les idées reçues, les fausses croyances dans leur sexualité. »

Marine 

« J'informe. [...] je lui apporte les connaissances sur la loi. Ce que dit la loi. C'est-à-dire qu'une sexualité ne doit pas être vécue ni sous la menace [2 fois], ni sous la contrainte, ni par surprise, ni par violence. Donc s'il y a quelque chose de cet ordre-là des fois, et que je vois qu'elle est prête à en parler effectivement, je vais glisser quelques petites informations là-dessus. »

Sandrine

Selon les soignantes, le travail d'excursion, de compréhension, puis de soin de leur corps par les patientes doit si possible s'exporter du cadre de la consultation en cabinet. La patiente par la réalisation à domicile « d'exercices » quotidiens proposés par les MKDE est invitée à gagner en autonomie et à être pro-active face à son traitement. L'éducation ne concerne donc pas exclusivement l'acquisition de savoirs théoriques, mais aussi celle d'habitudes comportementales. Ces habitudes concernent la détente, la prise de conscience de soi, la gestion psychologique des symptômes douloureux, la sexualité au sens large, mais aussi leur traitement. Catherine nous donne des exemples d'exercices de prise de conscience du corps que nous avons retranscrit en Annexe VII.

Des temps de retours oraux sur les expériences vécues à domiciles sont parfois proposés aux patientes. Parmi les MKDE interrogées, plusieurs proposent aussi à leurs patientes d'utiliser chez elles le massage avec une crème adaptée ainsi que des dilataateurs ; ces deux techniques ont d'abord été étudiées en séances. Elles visent à favoriser les processus d'habituatation et à lutter contre l'hypersensibilisation.

« J'essaie de comprendre comment elles fonctionnent et quelle est leur personnalité pour essayer de trouver des choses qu'elles vont pouvoir intégrer dans leur quotidien sans que ce ne soit une charge mentale ou temporelle supplémentaire qui fait que de toute façon elles ne vont pas le faire. [...] Pour essayer de trouver des petits trucs qu'on va pouvoir mettre dans le quotidien pour qu'elles se rendent compte qu'en fait ça leur apporte quelque chose. Donc c'est un espèce de circuit de récompense. [...] L'autonomie j'essaye de la mettre en place de façon systématique dès le départ. »

Catherine 

« Ce que je leur disais, c'est que tout ce travail que l'on faisait devait être refait à la maison. Je ne les voyais qu'une fois par semaine pour leur laisser du temps, pour se réapproprier chez elle tout le travail que l'on avait fait. C'est un travail de prise de conscience, de relâchement de ce périnée, d'auto-massages et de respiration. »

Lisa

« Ça peut commencer par de la cohérence cardiaque (du travail respiratoire), juste à mettre en place une minute tous les soirs. [...] Pour essayer de trouver une dynamique qui pourrait essayer de se mettre en route et du coup de s'approprier la prise en charge. [...] Sur les vestibulodynies quand il y a une douleur qui apparaît : [imite une patiente] « ok bah je me pose, je me concentre sur la douleur, sur la zone et je respire. Et comme j'ai fait de la cohérence cardiaque et bien, j'essaye de la mettre en place là pour voir si j'y arrive et je note ma douleur, je la cote. Je fais ma respiration, je la re note, et je vois. Et je note sur un calepin ». Moi, je leur demande de noter sur un petit calepin quand ça fait mal, à quel moment, comment elles l'ont perçu et ce qu'elles ont mis en place pour essayer de faire redescendre la douleur. Et on en reparle après. »

« Après, il y a tous les trucs de masso-kinésithérapie, d'étirements, de positions de yoga. »

Catherine 

« Je travaille aussi [...] avec une crème, une préparation à base de lidocaïne. Pour qu'elles arrivent à se masser et à travailler seule avec. »

Sandrine 

« Ces dilataateurs on les utilise en séance [...] Et puis, quand les patientes sont à l'aise avec moi, elles doivent les utiliser à la maison. Donc je les fais choisir entre les Bivea et les Velvi selon leur budget. [...] Ensuite, selon leur statut (si elles sont en couple ou pas en couple, si elles en ont envie ou pas envie) je leur fais utiliser en couple. En leur conseillant éventuellement de les érotiser. [...] Mais ça, c'est une rééducation comportementale. Les dilataateurs ça fait partie des thérapies cognitivo-comportementales. Je veux dire que le but des dilataateurs, c'est de déconditionner la patiente à une pénétration douloureuse. »

Olympe 

« Après bien sûr qu'on va parler de l'adaptation de leur sexualité. Donc parfois, il vaut mieux s'abstenir pendant un temps, en tout cas ne pas associer pénétration et douleurs. Et donc tenter d'adapter sa sexualité, évidemment ça ne se fait pas toute seule. Il faut le faire aussi avec le partenaire. »

Marine 

« Quand elles reprennent une sexualité, je leur dis aussi [...] que c'est d'abord le contact du gland du partenaire avec du lubrifiant bien évidemment, plus plus. S'il n'y a pas de préservatif, on ne se casse pas la tête, de l'huile d'amandes douce ça fait l'affaire. Mais s'il y a un préservatif (santé sexuelle oblige) il ne faut surtout pas de corps gras qui détruisent les préservatifs. Donc là, lubrifiant intime. Mais ils ont pour inconvénient de dessécher les muqueuses. Ensuite, je leur dis de mettre après les rapports de l'huile d'amandes douce ou un quelque chose qui réhydrate. Et donc la pénétration se fait uniquement sur l'expiration. Quand elles reprennent une pénétration vaginale, je leur conseille aussi d'être plutôt en amazone sur leur partenaire de façon à contrôler les opérations. A la fois la vitesse du rapport, la pénétration et la profondeur. Pour qu'en fait elles ne subissent pas, qu'elles soient actives. C'est généralement ce qui est recommandé. »

Olympe

Au niveau des techniques de soins corporels, on retrouve dans le discours de toutes les soignantes des techniques d'approches plus ou moins globales favorisant la détente, l'antalgie et la maîtrise de soi. Marine, Amandine et Lisa spécifient que leur PEC est essentiellement manuelle. Les techniques décrites sont : le travail de la respiration, le travail des mobilités, les mobilisations viscérales, le massage et le travail musculaire interne et externe notamment à l'aide des étirements et du contracté relâché.

« C'est vraiment une approche plutôt globale, une approche plutôt manuelle. »

Amandine 

« Il ne faut pas obligatoirement toujours aller chercher à pénétrer ce vagin [...] il peut y avoir d'abord un travail de détente. »

Sandrine 

« Je leur ai expliqué comment j'allais les traiter, moi, masseur-kinésithérapeute ; en reprenant donc la règle des 3 M. Muqueuses donc massage localement, et muscles donc massage des releveurs, biofeedback négatif et dilatateurs. »

« Je commence toujours mes séances par 5 min de respiration abdominale. Je commence aussi toujours par les massages manuels. Toujours sur plusieurs séances puis je m'adapte à la vitesse de progression de la patiente. [...] C'est toujours dans l'indolence complète, on ne force jamais. [...] La part du massage c'est aussi sur les releveurs de l'anus (un peu plus en interne) donc c'est un message décontractant [...] c'est comme si vous massiez un trapèze. Sauf que ce sont des releveurs en endocavitaire. »

Olympe 

« Parfois, ce sont aussi des techniques totalement externes sur le bassin et sur la respiration. On travaille l'amplitude, la mobilité. Mais aussi, au niveau du sacrum, parfois on libère quelques tensions. »

Marine 

« On va pouvoir jouer par des massages, par des étirements sur les points gâchettes. [...] Je peux aussi avoir des techniques de massage en externe, des techniques d'étirements, de la respiration. [...] Après avec leur accord éclairé, on utilise des techniques de prise de conscience de ce périnée, du massage, des pressions, des étirements. »

Lisa 

« En manuel, il y a tout ce qui est massage, contracté-relâché, fasciathérapie, thérapie manuelle. »
« Je peux passer beaucoup de temps sur le viscéral, sur le diaphragme et sur les mobilités costales avant d'aller chercher un périnée. [...] Pour faire prendre conscience qu'en fait, on est en verrouillage abdominal et qu'il ne se passe rien en abdominal. Ou pour réintégrer le ventre et la respiration sur toute la globalité du corps, remettre en lien le périnée et le diaphragme. [...] Souvent, j'ai des patientes du coup qui décrivent que le ventre et le bassin pour elles ça n'existe pas. Comme s'il y avait au niveau corporel de la sensation jusqu'au sternum, et puis après ça recommence à la cuisse. Donc, en fait, j'essaye de réintégrer en mettant à distance du périnée. Parce qu'elles viennent pour ça et que ça fait mal.[...]. Il faut remettre un peu de mouvement et de lenteur, de fluidité pour débloquer ces mécanismes de protection qui viennent aussi se verrouiller au niveau du diaphragme, au niveau du ventre, et qui maintiennent le verrouillage du périnée. »
« Le travail de la double bascule, c'est celui de la bascule du bassin, la bascule des épaules. Et ça, c'est la lordose-délordose, l'antéversion-rétroversion du bassin avec un enroulement-déroulement des épaules. Mais ça en général, on le travaille sans dilateur ou sans vibromasseur et après elles essaient avec à la maison »

Catherine

Ces techniques s'accompagnent d'un travail instrumental. Les MKDE décrivent essentiellement l'utilisation des dilateurs. D'autres outils de rééducation comme le TENS, le biofeedback négatif avec ou sans sonde, les vibromasseurs ou les boules de geisha sont mentionnées. Toutes ces techniques ne font pas l'unanimité auprès des soignantes, de même qu'elles ne les utilisent pas toutes avec la même fréquence.

« Il y a du dilateur, il y a de la sonde, il y a de la physiothérapie, du TENS, de l'antalgique, du travail avec les boules de geisha, avec des vibromasseurs [...] et le TENS ce n'est pas souvent ! »
« Les vibromasseurs ça peut être soit utilisé comme un dilateur dans un objectif de « je rentre, je sors » et du coup dans un but de désensibilisation périnéale avec un mécanisme de répétition [...] pour aussi remettre en place dans le cerveau le fait qu'en fait ça marche et que ça passe. J'utilise la vibration en externe et en interne pour retrouver un peu de sensibilité, pour refaire sentir des choses, pour réintégrer aussi les perceptions du vagin et ce que ça peut être à l'intérieur. Pour remettre en lien avec la contraction périnéale. Ce sont des techniques [...] pour faire sentir avec les récepteurs à la pression qui sont à l'intérieur, donc on fait bouger à droite à gauche, pour éviter d'être avec ses doigts. Parce qu'il y en a qui ne veulent pas y aller avec leurs doigts. Les boules de geisha, c'est pareil ça peut être juste la présence de quelque chose à l'intérieur qui peut rester, ça peut permettre de travailler sur « Je mets quelque chose à l'intérieur de mon corps autre qu'un vibromasseur qui est un truc phallique et qui ressemble à un pénis » ou voilà qui représente du coup ce truc qui peut être compliqué. »

Catherine

« Et puis j'introduis dans tous les sens du terme les dilateurs. Je ne commence pas forcément par le plus petit dans le cadre des vestibulodynies. Dans le cadre du vaginisme, si, le plus souvent. Et je l'introduis après un massage, une fois que j'ai bien détendu la patiente. On introduit le dilateur d'abord en statique, progressivement sur une expiration avec toujours un temps de contact [...] je vais d'abord le poser à l'entrée de la vulve pour que la patiente s'adapte, se détende [...] Après, dès qu'il est introduit au cabinet très rapidement elles doivent le faire à la maison. »
« Le biofeedback négatif, je ne l'utilise pas à chaque fois [...] sur le plan technique parfois, c'est juste avec 2 électrodes externes (quand j'ai une patiente très douloureuse). Et puis rapidement, parce que je trouve que ça fait aussi partie du protocole de désensibilisation, j'utilise une petite sonde anuforme en intra-vaginal. (...) Donc c'est de la prise de conscience et du travail proprioceptif. »
« Evidemment, je ne fais jamais de l'électrostimulation ! »

Olympe

« J'utilise des dilateurs. Je sais que j'ai des collègues qui n'aiment pas trop les utiliser. Moi, je trouve que ça ne sert à rien de leur dire d'acheter des dilateurs sans leur montrer comment on les utilise. Il y a vraiment une façon de les utiliser. Ça les rassure, on travaille ensemble et après bien-sûr, elles en achètent, elles le font à la maison si c'est nécessaire. »

« La sonde endovaginale ce n'est pas forcément l'outil que j'utilise le plus. »

« Je n'utilise pas d'INDIBA, ni de lumière pulsée, ni de TENS. »

Marine

« J'ai des appareils qui sont déjà préréglés, j'utilise des courants antalgiques. Je peux donc plus rarement (très rarement) avoir une aide en électrothérapie [...] je mets ça sur le noyau fibreux central du périnée, de part et d'autre de l'entrée du vagin. »

« Je ne fais pas de biofeedback sur une femme qui a du vaginisme par exemple. Je sais que ça se fait, mais moi non. »

Sandrine

« J'évite autant que possible de travailler avec les sondes. Bon, des fois on est obligée donc on le fait. [...] J'en utilise le moins possible parce que quand vous avez en face de vous des patientes chroniques avec des douleurs pelvi-périnéales elles ne supportent plus tout ce qui peut être d'ordre intrusif. Donc tout ce qui est technique instrumentale va être assez mal vécu en général. »

Amandine

Les entretiens que nous avons menés ont aussi fait ressortir la place du partenaire dans le plan de soin. Si sa posture dans le couple est souvent recherchée comme nous avons pu le voir dans le Tableau 4, certaines MKDE affirment que sa venue en séance peut parfois être bénéfique. Cependant, la description des séances se rapproche de celle d'une séance de sexologie ou de thérapie de couple. Ainsi, elle s'éloigne de la PEC en MK pure. Toutes sauf Sandrine rencontrent parfois le partenaire. Catherine, qui a déjà connu une mauvaise expérience, préfère ne pas le refaire et considère qu'elle aurait besoin de mieux se préparer à cela.

« Ça m'arrive de voir le couple, notamment dans les vaginismes et les vestibulodynies [...] Lorsque le partenaire existe et qu'il se sent concerné [...] on organise une réunion de sexologie [...] Et souvent c'est très bénéfique pour le traitement donc ça permet en fait de prendre le problème plus dans sa globalité. Dans le cas du vaginisme c'est souvent vraiment très très bénéfique. »

Marine 

« Je pose juste une question, à savoir si : « ça se passe bien ? ». Mais, s'il y a vraiment une prise en charge de couple à faire ça ne peut pas être fait en séance de masso-kinésithérapie parce qu'on n'a pas le temps tout simplement. On ne peut pas faire de la sexologie et de la masso-kinésithérapie en même. On peut apporter des informations mais si on veut vraiment une approche sexologique, il faut vraiment se concentrer que sur la sexualité. »

Sandrine

« Rencontrer le ou la partenaire [...] je l'avais fait 2 fois. La première fois, ça avait bien marché. La 2e fois, je me suis fait avoir [...] alors je ne vais pas le remettre en route tout de suite. Il faut que je retrouve des séances d'intervision [...] S'il y a une demande, je le ferai. Mais je ne suis pas certaine que je le reproposerai tout de suite. Ou alors je le cadrerais différemment. [...] Et du coup, après, forcément à un moment il y a un questionnement sur le couple et sur les facteurs favorisants et sur les freins du couple et de la personne qui constitue le couple. »

Catherine

La PEC est parfois longue. Elle se confronte aux contextes psychologiques et de vie des patientes, à leur temporalité ainsi qu'à leur adhésion au traitement et à leur observance des exercices à domiciles.

« Elles sont plutôt contentes d'avoir un praticien qui les prend en charge, donc il n'y a pas vraiment de difficulté hormis que parfois effectivement, on n'a pas l'amélioration escomptée. Par exemple, je dirais que sur le vaginisme, moi, j'ai plutôt de très bons résultats. Mais sur les vestibulodynies spontanées parfois, ça traîne, c'est long. »

Marine

« Aujourd'hui, j'ai quand même énormément de patientes qui ont été victimes de violences et du coup, il y a une vraie problématique de temporalité. Leur temporalité n'est pas la même que la nôtre et du coup, j'ai juste appris à laisser passer. [...] Dernièrement, il y a une patiente où je me suis fait coincer, où j'y suis allée un peu tôt parce que je me disais que ça faisait trop longtemps qu'elle venait et que nous n'étions pas allées chercher. On ne répondait pas à sa demande qui était de travailler sur le périnée. Et j'y suis allée et elle a explosé en fait. Elle voulait, mais elle ne pouvait pas. Après, ça fait avancer quand même parce que ça a mis en lumière que ce n'était encore pas le moment et qu'il fallait aller chercher par d'autres biais, par d'autres endroits. Et quand je vous dis « explosé », c'est de la transpiration, ce sont des pleurs, c'est de la panique, c'est une dissociation sur la table quoi... Donc les doigts dans un vagin, quand ça dissocie, c'est un peu compliqué. [...] Ça peut aussi la ramener à des mécanismes de viol ou d'attouchements et lui faire revivre ces trucs-là. »

Catherine 

« La difficulté qu'on peut rencontrer, c'est par exemple de proposer la mise en place de certains exercices à faire à la maison qui ne sont finalement pas faits. Mais, si ce n'est pas fait, c'est qu'on n'a pas été en accord avec la personne qu'on a en face. Ce n'est pas la personne qui est à remettre en cause, c'est nous. »

Sandrine 

Les effets décrits de la PEC sont multiples. Nous n'avons pas retrouvé de description de ceux-ci dans tous les entretiens. Lorsqu'elles s'expriment à ce propos deux MKDE évoquent une libération émotionnelle au cours de la PEC. Catherine et Lisa évoquent aussi un effet libérateur du traitement sur la parole, notamment concernant des traumatismes passés. Les soignantes décrivent un impact positif du traitement sur la douleur notamment superficielle, avec globalement peu de récurrences. Si le traitement semble efficace, certaines MKDE spécifient qu'il ne garantit pas que la sexualité du couple retrouve son état initial puisque le ou la partenaire peut aussi présenter une plainte sexuelle. Lorsque la sexualité du couple est retrouvée, Sandrine affirme qu'il y a un impact positif sur l'entité couple de manière générale. Selon elle, améliorer la sexualité de celle-ci permettrait de limiter 80 % des divorces.

« Souvent il y a beaucoup d'émotions, ça pleure beaucoup dans mon cabinet. Ça soulage. »

Olympe 

« Il y a quand même plein de choses qui se passent au niveau périnéal et au niveau des douleurs, qui sont quand même des choses qui existent parce que c'est l'endroit où l'on vient tenir, où l'on vient garder certaines choses. Et du coup dans ces patientes qui ont vécu des traumatismes [...] ces douleurs elles expriment quelque chose et du coup quand on va libérer ces périnées ça explose ailleurs. »

Catherine 

« Là où je pense que la prise en charge masso-kinésithérapique est la plus efficace, c'est sur les douleurs superficielles. Enfin, en tout cas, on a vraiment une plus-value à apporter. Sur les douleurs profondes, les dyspareunies profondes, bien sûr qu'on peut améliorer la situation. Mais l'endométriose on ne va pas la guérir, la névralgie pudendale c'est plus complexe aussi. Alors qu'on peut vraiment totalement améliorer un vaginisme ou une vestibulodynie. »

Marine

« On sait quand même que si on arrive à améliorer la sexualité d'un couple, on pourrait éviter 80 % des divorces. Donc ce n'est pas rien quand même. »

Sandrine

« Je crois que moi, je n'ai jamais eu de récédive à prendre en charge. Mais je sais que c'est décrit. »
« Parfois, on a un partenaire [...] qui lui-même présente une difficulté sexuelle. Soit qui a un trouble érectile, soit qui est éjaculateur précoce donc ça l'arrange bien de ne pas avoir de pénétration vaginale. Donc vous vous battez de toutes vos forces pour rétablir une pénétration vaginale et puis quand c'est possible [...] en fait, il n'a pas du tout envie d'y aller, parce qu'il est face à sa difficulté. Et lui, il était très content d'avoir une sexualité non-pénétrante. »

Olympe

La PEC en MK présente quand même des limites que les MKDE interrogées connaissent. Toutes disent avoir recours à l'interprofessionnalité au moins pour obtenir des conseils ou des informations sinon pour réorienter leurs patientes lorsque cela est nécessaire. Les réorientations décrites sont à visée diagnostic, prescriptive ou thérapeutique ; nous en avons retranscrit des exemples en Annexe VII. Marine spécifie que cette réorientation s'exerce parfois dans des délais assez longs. La réorientation la plus fréquemment mentionnée se fait en psychologie. D'autres réorientations évoquées sont celles à destination de médecins spécialistes ou de thérapeutes en médecines douces et/ou alternatives. La PEC en MK n'est jamais décrite comme isolée. Les contacts se font soit directement d'un praticien à l'autre soit par le biais de la patiente.

« A un moment donné si vous voulez, j'ai mes limites. »

« Parfois je suspecte, c'est très compliqué à détecter un lichen. [...] je préfère orienter. Le problème c'est la consultation dermatologique à Paris. Je ne sais pas chez vous, mais ici c'est 6 mois de délai, voire plus. »

« C'est intéressant d'avoir un réseau parce que très souvent un suivi psychologique et sexologique corrélé à notre prise en charge plus masso-kinésithérapie/sexologie va être nécessaire. »

Marine

« Je vais les orienter vers les praticiens plus axés sexologie... Par exemple un gynécologue spécialisé dans le pathologies vulvaires, par exemple un urologue-sexologue, un psychologue-sexologue de façon à cerner, éventuellement faire un diagnostic médical précis. Puisque je vous rappelle que nous, on n'a pas le droit de faire de diagnostic. Je pense notamment à des vestibulodynies, mettre en place le traitement médical. »

Olympe

« Je ne communique pas tellement avec d'autres masseurs-kinésithérapeutes non, parce que j'ai peu de masseurs-kinésithérapeutes autour de moi qui sont formés autant que moi. [...] Donc pas trop en tant que masseur-kinésithérapeute mais par contre oui, avec des médecins et des gynécologues oui beaucoup. [...] Quand j'ai des choses que je n'arrive pas à comprendre, j'ai des réseaux que j'appelle [...] des gens que j'ai rencontrés au cours de mes formations qui sont accessibles et qui je sais ont une vision des choses un peu comme la mienne, mais qui ont des prérequis différents et qui vont pouvoir m'apporter des connaissances que moi je n'ai pas. Et inversement, ça leur arrive de m'appeler. »

Sandrine

« En masso-kinésithérapie, et sur les douleurs [...] je travaille pas mal avec une ostéopathe, une sophrologue et une psychologue. [...] Je ne fais pas de courrier sans la patiente qui est là et je l'écris avec, et je le donne à la patiente et c'est elle qui l'amène et l'enveloppe n'est pas fermée. Et si on travaille à plusieurs, moi, je demande l'autorisation systématique de pouvoir échanger avec les autres professionnels. [...] Et si j'ai l'accord, je fais un retour systématique sur ce qui a pu être dit et échangé. [...] Là, je commence à avoir un tout petit peu de réseau en gynécologie et je cherche des psychologues, je cherche des ostéopathes. Mais même des arts-thérapeutes, des professions autres... Naturopathes et tout ça. »

Catherine 

« En libéral, on a un réseau professionnel et on s'appelle, on s'envoie des mails, on s'écrit. On peut se voir quand on fait des congrès, quand on fait des formations ou des choses comme ça. Mais quand on veut vraiment échanger sur des patientes, c'est par plutôt mails. »

Amandine 

2.5. Liens entre masso-kinésithérapie santé sexuelle et sexologie

Selon plusieurs des MKDE interrogées, il est nécessaire de développer les notions de sexologie et/ou de santé sexuelle au cours de la formation initiale en pelvi-périnéologie. Pour Catherine, travail en pelvi-périnéologie et questionnement sur la sexualité de la patiente sont de fait, indissociables. Pour Olympe, cela permettrait de lever certaines inhibitions personnelles des MKDE quant à certaines prises en charge et donc d'effectuer un travail de meilleure qualité tout en réduisant le temps de parcours des patientes. Marine mentionne par ailleurs qu'une meilleure formation initiale favoriserait l'émergence de recherches sur le sujet et peut-être la création de protocoles de rééducation qui font aujourd'hui défaut dans la pratique sur les douleurs pelviennes.

« Ce qui serait important, c'est que lors des études la sexualité soit abordée, au moins dans tout ce qui touche le post-partum, les douleurs périnéales... Et qu'on n'ait pas peur d'en parler. »

Lisa

« Dans un monde parfait et merveilleux sur la formation initiale, je pense qu'on ne peut plus faire juste des cours d'anatomie et d'incontinence urinaire à l'effort : « Elle saute, elle se pisse dessus » donc on va faire du biofeedback, se mettre debout. Il faudrait une formation initiale (en tout cas en masso-kinésithérapie et en périnéologie) beaucoup plus globale avec dedans forcément de la sexualité, parce que ça fait partie de la qualité de vie. Et que du coup, on est au cœur du truc. [...] Quand un périnée déconne, ça va forcément souffrir sur la sexualité. Il faudrait faire rentrer la sexualité dans le questionnaire et l'interrogatoire systématique [...] les mettre ensemble en fait : ne pas faire comme si ça n'existait pas. [...] Le mettre en formation initiale pour que ça devienne simple pour l'étudiant qui devient masseur-kinésithérapeute. Parce qu'après avoir posé la question : « Et dans votre sexualité, comment ça va madame ? » , et bien il faut avoir un peu d'outils pour pouvoir en faire quelque chose si elle vous dit : « Ça ne va pas ». Et du coup pouvoir travailler en réseau, savoir vers qui orienter. »

Catherine 

« Dans le cadre de la prise en charge des douleurs chroniques, on a des syndromes myofasciaux à prendre en charge sur les releveurs et sur la portion intra-pelvienne de l'obturateur interne. Ça se prend en charge par un massage en endorectal. [...] Donc il y a des freins sur ces prises en charge en anorectale vous n'imaginez pas ! [...] Les patientes seraient mieux prises en charge si on apprenait aux jeunes masseurs-kinésithérapeutes à dépasser leurs inhibitions personnelles qui vont du coup les freiner dans leurs techniques de soins. [...] Je ne suis pas là pour prendre en charge les patients qui sont partiellement pris en charge par leur masseur-kinésithérapeute parce qu'il est confronté à ses propres inhibitions. Parce que ça nuit à la rapidité de la prise en charge, ce n'est pas possible. »

Olympe

« Je pense qu'il faut développer tout ça [...] qu'il y ait de l'enseignement, pour qu'ensuite qu'il y ait des études de recherche et qu'ensuite, il y ait des protocoles. »

Marine 

Sandrine propose plusieurs exemples de situations cliniques non-spécifiques à la pelvi-périnéologie révélant la nécessité d'être mieux formés notamment pour ne pas se laisser surprendre et avoir la capacité de réorienter (Annexe VII). Selon Olympe, parler de sexologie dans les études de MK permettrait d'améliorer la gestion de situations ambiguës qui peuvent parfois avoir lieu entre le patient et le soignant du fait du rapport au corps qui s'impose dans notre profession. Toujours selon elle, parler de sexualité avec les patients renforcerait l'alliance thérapeutique.

« Il faudrait déjà qu'il y ait dans la formation initiale un enseignement sur les troubles sexuels. Les troubles sexuels sont rentrés dans le champ médical depuis 20 ans donc ça serait bien d'en parler. De dire en quoi la masso-kinésithérapie peut les prendre en charge. [...] Moi, je m'occupe des douleurs génitales et pelviennes chez la femme mais on peut prendre en charge plein d'autres choses. »

Marine 

« Je crois que réduire l'intérêt de la santé sexuelle à la périnéologie c'est très restreint.[...] Je pense que la santé sexuelle devrait être abordée au moins dans l'approche générale, dans une certaine approche générale, dans les études de base en école de masso-kinésithérapie. Et après bien sûr plus approfondie quand on veut faire de la rééducation du périnée. [...] Avoir un minimum de connaissances dans la pratique pour pouvoir répondre aux interrogations des patients dessus et ne pas être surpris lorsqu'il y a une question. »

Sandrine 

« Ce qui me paraîtrait intéressant si je cible plus sur la masso-kinésithérapie d'ordre général... Nous, on est sur le corps des patients en permanence. [...] Donc je trouve que dès qu'on a un patient déshabillé face à nous, dès qu'on est dans le contact rapproché corporel [...] ça peut être érotisant pour un patient. [...] Comment se placer aussi en tant que masseur-kinésithérapeute ? [...] Comment se sortir d'une situation épineuse quand un patient érotise le soin ? [...] De la part des réactions des patients, mais de la part de mon vécu aussi à moi. Quand je sens que je suis attirée sexuellement par un patient si ça arrive. Ce sont des choses qui peuvent arriver. Comment je gère ? Quel est le cadre ? Quelles sont mes limites ? Quelles sont les limites de ma profession ? Après, il n'y a pas besoin de 3 heures, mais ça peut se faire sous une forme de groupes de travaux dirigés avec un sexologue par exemple [...] Donc ça ce n'est jamais abordé, c'est tabou. »

« Parler de sexualité avec ses patients ça renforce l'alliance thérapeutique et donc la qualité du soin dans toutes les spécialités de la masso-kinésithérapie. »

Olympe

Enfin, Olympe évoque un enjeu de développement de ce lien cette fois-ci propre au statut ambigu des praticiennes que nous avons interrogées. Il s'agit selon elle de la reconnaissance de leur diplôme, mais aussi de leur pratique spécialisée d'un point de vue médico-légal et financier.

« J'ai plutôt pensé moi à la reconnaissance des masseurs-kinésithérapeutes en tant que spécialistes et pas uniquement en tant que généralistes. [...] Ça veut dire avec une cotation spécifique, une formation universitaire qui valide la spécialité de périnéologue et soyons fou de périnéologue-sexologue. »

« Obtenir une reconnaissance des instances officielles ça serait peut-être mon dernier combat : j'aimerais bien que l'on soit reconnus et payés en rapport avec notre juste valeur, notre compétence, la qualité des soins et le temps qu'on y passe. [...] Je dirai aussi, une reconnaissance médico-légale. [...] Quand vous recevez un patient en consultation de sexologie sans ordonnance [...] que vous avez quasiment la certitude en l'écoutant parler qu'elle a une vestibulodynie. Vous n'avez pas le droit de l'examiner. [...] Vous êtes dans l'illégalité. »

Olympe

Discussion

Pour rappel, notre travail avait pour objectif principal de fournir un état des lieux et de comprendre les différents aspects de la PEC des douleurs sexuelles pelvi-périnéales par des masseurs-kinésithérapeutes sexologues. Les objectifs secondaires étaient de définir les avantages et les inconvénients du DIUESH et de comprendre les liens entre MK, sexologie et santé sexuelle.

1. Discussion des résultats principaux

1.1. Masso-kinésithérapeute et/ou sexologue, le choix du port de la double casquette

Notre étude a révélé qu'il n'y avait pas de mode de conciliation d'exercice défini entre MK et sexologie. En effet, la spécialisation en sexologie ne ressemble pas à une spécialisation classique. Ces dernières sont la plupart du temps, directement intégrées dans le plan soin en MK et donc remboursées (comme en MK du sport par exemple) ou à l'inverse complètement dissociées (comme lors d'une séance d'acupuncture). Ici, notre travail a révélé que la nature même du problème requiert de considérer l'état de la sexualité de la patiente en séance de MK. Comme le fait remarquer Catherine, cela nécessite d'établir un cadre précis afin que les soins ne soient pas érotisés ou associés au plaisir, mais restent thérapeutiques.

« On est dans un cadre sécurisé, bien bordé, bien cadré, qui est thérapeutique. Et du coup, on ne va pas déclencher une sensation de plaisir de fou avec la ou le masseur-kinésithérapeute à côté. Le préambule, c'est d'avoir quand même hyper bien cadré. »

Catherine

En outre, certains leviers de la PEC relèvent purement d'une approche sexologique. Les analyses et thérapies de couple par exemple, ne peuvent pas être réalisées en séance de soins masso-kinésithérapiques. Ainsi, le choix du mode d'exercice et donc de la façon de prendre en charge les patientes se fait au regard du propre sentiment de compétence des soignantes quant à leur capacité à assumer leur double casquette. Il s'appuie aussi sur l'analyse qu'elles font de ce qui semble être la meilleure approche thérapeutique pour leurs patientes. Enfin, ce choix dépend des adaptations que les soignantes comme les soignées peuvent financièrement et temporellement mettre en place.

1.2. Les caractéristiques du bilan diagnostic masso-kinésithérapique

Le bilan est l'un des points sur lequel la majorité des MKDE interrogées se sont accordées dans ce travail. Comme décrit dans la littérature, il est minutieux et réserve une grande place à l'anamnèse afin de parfaitement cerner la patiente en tant que personne, puis ses douleurs [13,30]. Pour cette PEC, l'interrogatoire s'appuie d'abord sur une bonne écoute. Puisque ces douleurs sont méconnues par les soignants, la plainte de ces patientes est souvent ignorée ou méprisée. Ce temps d'expression libre marque une rupture dans leur parcours de soin souvent trop long. Il remet la patiente au centre de sa prise en charge en lui signifiant qu'une oreille attentive, respectueuse et impliquée entend, mais surtout comprend sa plainte. Les échanges qui se créent autour se veulent rassurants. Ils permettent à la patiente de comprendre qu'elle n'est pas seule, ni anormale. Il semble d'ailleurs que cela soit très favorablement accueilli par les patientes.[59] Finalement, les nombreuses questions qui composent l'interrogatoire permettent d'affiner l'analyse du profil de la patiente, des caractéristiques de ses douleurs ainsi que des répercussions que celles-ci ont dans sa vie sexuelle, personnelle et de couple. Notons que l'utilisation d'une échelle d'évaluation de la fonction sexuelle par auto-questionnaire telle que le FSFI pourtant, n'a fait l'objet d'aucune mention dans les entretiens. Nous ne savons pas si cette omission est liée à des oublis ou à une réelle absence d'utilisation de celle-ci. Il s'agit pourtant d'un bon marqueur pour suivre l'évolution de la prise en charge et l'impact du traitement.[60]

Le bilan clinique dressé grâce à ce travail ressemble à celui proposé par la littérature [18,35–37]. Il considère l'aspect et le tonus global de la patiente, l'aspect de sa vulve et de son tonus pelvien. Dans le cadre des vulvodynies, les MKDE ont plusieurs fois mentionné l'utilisation du test du coton tige. Dans la pratique courante, il est surtout utilisé pour localiser les zones vulvaires douloureuses. Il s'agit initialement d'un bon test d'exclusion du diagnostic de vulvodynie puisque sa sensibilité a été évaluée à 100% [61]. Elles ne mentionnent cependant pas la réalisation d'un bilan des douleurs neurologiques.

1.3. Le plan de rééducation et les approches thérapeutiques utilisées

L'absence dans la littérature de protocole de traitement établi pour cette PEC a particulièrement été révélée par ce travail. Il révèle aussi l'absence de primauté d'une technique sur les autres et donc de consensus entre les soignantes. Cependant, toutes les MKDE ont insisté sur le fait que cette prise en charge doit partir des valeurs, représentations et attentes de la patiente pour être la plus globale possible. Elle doit par ailleurs amener les patientes à percevoir l'intérêt de leur propre contribution dans leur prise en charge. En ce sens, la PEC des douleurs génito-pelviennes de la femme au cours de sa sexualité semble être l'exemple parfait de la nécessité d'appréhender les problématiques de santé selon une approche bio-psychosociale [62,63]. Dans la littérature comme dans la pratique, nous

retrouvons l'emprise du vécu des patientes et de leurs représentations sur leurs symptômes. Puisque toutes n'arrivent pas avec le même bagage, les temporalités et besoins de chacune des patientes leurs sont propres et nécessitent un plan de soin personnalisé. Il nous semble que c'est ce que les MKDE ont voulu nous expliquer en affirmant pour les 2/3 d'entre-elles qu'il n'existait pas de profil type de patientes se présentant pour ces douleurs. Nous supposons que les douleurs génito-pelviennes de la femme au cours des rapports, de par leur nature propre, feraient difficilement l'objet d'une prise en charge protocolaire. Il pourrait cependant être intéressant de mettre en place des grilles de lectures des situations des patientes et de leurs symptômes afin de déterminer quel axe de travail doit avoir la primauté sur les autres et quels besoins nécessitent une réorientation.

Les axes de traitement que nous avons dégagés de ce travail à savoir l'information (ou l'éducation), le conseil, la thérapie comportementale et le travail musculaire ne sont pas des entités séparées les unes des autres. Bien qu'insuffisamment étudiées, elles sont celles qui combinées, semblent faire preuve d'efficacité [39,48,59,64]. Il est important que la patiente saisisse le fait que sa problématique peut être résolue, mais ne sera levée qu'en actionnant plusieurs leviers parfois simultanément. L'utilisation par les soignantes du massage, de la respiration et des thérapies manuelles dans une visée principale de détente et de prise de conscience de soi s'accorde à la littérature.[45] Il en est de même pour l'utilisation du contracté-relâché et des étirements afin de redonner de la course musculaire au plancher pelvien, souvent hyperactif.[18] Dans la pratique, les objectifs de désensibilisation et d'habituations sont décrites comme combinant les approches globales et manuelles ou instrumentales (dilatateur, biofeedback, boule de geisha, vibromasseur...). Les techniques instrumentales endo-cavitaires ne font pas l'unanimité auprès des soignantes. Certaines considèrent que leur caractère intrusif est souvent mal perçu par les patientes. Notons que celles qui disent les utiliser fréquemment ont spécifié qu'elles ne commençaient pas leur prise en charge avec l'utilisation de ces techniques. Les dilatateurs vaginaux, des exercices assistés avec biofeedback négatif et le TENS sont d'ailleurs décrits comme efficaces dans la littérature. [41,47,48] Nous n'avons pas trouvé d'étude portant sur l'utilisation des vibrations pour lutter contre l'hypersensibilisation périnéale en séance de MK. En revanche, en 2008, une étude descriptive visant à évaluer l'avis de patientes atteintes de vulvodynies concernant l'utilisation d'un vibromasseur à domicile afin d'améliorer leurs symptômes avait obtenu de bons résultats. Cette étude rapportait que 73 % des patientes percevaient moins de douleurs au cours de leurs rapports après avoir mis en place le protocole [65].

1.4. L'importance et les avantages de la pluridisciplinarité

En 2015, une étude canadienne portant sur la mise en place d'un programme de traitement pluridisciplinaire (incluant des soins par des masseurs-kinésithérapeutes spécialisés en douleurs pelviennes) pour améliorer la fonction sexuelle de patientes présentant des vulvodynies et diminuer leurs dyspareunies a montré que cette approche améliorerait significativement les dyspareunies, la détresse sexuelle, le fonctionnement et la qualité des rapports, mais aussi la lubrification ou encore la capacité à atteindre l'orgasme [59]. Puisque les douleurs génito-pelviennes survenant au cours des rapports n'ont jamais d'étiologie unique, l'utilisation de différents axes de traitements est particulièrement indispensable à leur amélioration. Notre étude a montré que ce mode d'exercice qualifié « *d'excessivement précieux* » par Olympe présente de nombreux avantages pour les soignantes. Il leur permet d'obtenir un diagnostic médical lorsque celui-ci n'est pas encore posé et de s'assurer que les patientes reçoivent l'accompagnement et les traitements médicaux (comme les crèmes à base de lidocaïne) les plus adaptés à leur pathologie, et parfois indispensables à la rééducation. Il permet aussi aux soignantes de continuer à acquérir des connaissances et d'obtenir des conseils lorsqu'elles sont dans une impasse thérapeutique. Nous avons compris grâce à notre travail que pour ces thérapeutes, le recours à l'interprofessionnalité est grandement facilité par les réseaux qui ont pu être formés au cours du DIUESH.

Le double statut de MKDE et sexologue semble être facilitant pour les soignantes comme pour les patientes. Il facilite pour ces premières, la transmission à leurs patientes de savoirs concernant leur anatomie, la physiopathologie de leur douleur et les adaptations comportementales qu'elles peuvent mettre en place pour lutter contre leurs symptômes. Il leur permet aussi de mettre en place des plans de soins plus globaux. Pour les patientes, il permet entre autres de ne pas avoir besoin de solliciter un nouvel intermédiaire après un parcours thérapeutique parfois long. Cela leur permet donc de gagner du temps et de faire des économies. Selon une revue de littérature canadienne, ce dernier point serait non négligeable puisque vivre avec une vulvodynie serait à l'origine d'un fardeau économique important pour les patientes. [22] Enfin, ce double statut offre aux patientes et à leurs partenaires un intermédiaire privilégié avec lequel ils peuvent considérer l'état de leur sexualité. Cela ne relève cependant pas des compétences du masso-kinésithérapeute.

2. Discussion des résultats secondaires

2.1. Le Diplôme Inter-Universitaire d'Etude de la Sexualité Humaine : intérêts et limites.

Le DIUESH s'obtient après une formation longue et de grands investissements personnels. De par les sollicitations des corps médicaux et l'analyse de leur propre pratique, il a été décrit comme un réel besoin pour les soignantes interrogées. Elles avaient pourtant toutes suivi des formations complémentaires dans le domaine de la pelvi-périnéologie et pratiqué ensuite. Il semble que le lien entre santé sexuelle et rééducation périnéale n'y soit pas suffisamment fait. Nous pouvons envisager que son exploration soit une piste d'amélioration de la PEC pour les MKDE exerçant la pelvi-périnéologie avec une « simple » formation complémentaire dans ce domaine.

Le DIUESH semble susciter un niveau de satisfaction important notamment sur les apports en connaissance dans le domaine d'étude et sur les opportunités qu'il offre après la formation. Il semble assurer l'appartenance à un nouveau corps de métier au sein duquel les échanges interprofessionnels ont toute leur place et sont valorisés notamment grâce à l'existence de groupes d'intervision en sexologie. La PEC en MK semble grandement changée après ce diplôme, elle se veut plus attentive à la problématique des patientes et bien plus globale. Le mode d'exercice qu'il induit semble par ailleurs épanouissant pour les praticiennes qui continuent à s'investir et à se former dans des domaines où la sexologie trouve sa place.

Selon l'AIUS, ce diplôme s'inscrit dans le cadre des recommandations de l'OMS, en répondant à la nécessité de formation sexologique dans un but de traitement, de conseil, d'éducation et de prévention en santé sexuelle. L'association indique qu'il a pour but d'apporter des connaissances théoriques et cliniques. Les apports pratiques n'étant pas évoqués, nos entretiens ont sans surprise révélé que ce diplôme présentait des lacunes notamment concernant la partie « traitement en santé sexuelle » puisqu'il ne fournit pas suffisamment d'outils thérapeutiques sur les plans à la fois corporels et psychologiques. Le DIUESH étant pluridisciplinaire, il est tout à fait possible d'imaginer que le fait de répondre aux attentes de tous les corps de métiers quant à ces outils puisse ne pas être aisé. Nous pouvons supposer que l'orientation vers la formation en sexologie-corporelle après l'obtention du DIUESH pour 3 des MKDE interrogées et le besoin actuel de Catherine de se former sur les « *techniques de communication* » sont des conséquences de ces lacunes. Enfin, comparer le référentiel de formation aux propos de Catherine nous a permis de confirmer que si l'orientation et la construction sexuelle, ainsi que violences sexuelles semblent faire partie du programme du DIUESH, celui-ci ne mentionne pas les questions du genre, des pratiques BDSM et de la place des violences autres que sexuelles.

2.2. Liens entre la masso-kinésithérapie, la santé sexuelle et la sexologie

Ces entretiens nous ont permis de réaliser que l'approche sexologique des douleurs sexuelles pelvi-périnéales et plus largement des troubles uro-gynécologiques vient réellement compléter la PEC en MK. Ils ont aussi mis en lumière plusieurs enjeux à développer le lien entre MK, santé sexuelle et sexologie.

Dans le champ de la pelvi-périnéologie ce lien déjà établi, puisque présent dans le référentiel de formation initiale, reste semble-t-il insuffisamment enseigné. Il subsiste un manque de connaissance et un tabou quant aux conséquences des troubles uro-gynécologiques et pelviens sur la sexualité des patientes. Ces deux paramètres, s'ils étaient corrigés, permettraient de lever les difficultés à aborder la question de la sexualité au cours de la PEC en pelvi-périnéologie. Cela permettrait aussi aux étudiant.es de mettre à distance leurs propres représentations et inhibitions et donc de répondre plus justement aux questions et attentes des patientes dans le besoin. Enfin, réveiller la curiosité des étudiant.es à ce propos pourrait être moteur de travaux de recherches dans le domaine. Nous pouvons aisément imaginer que cela orienterait certaines carrières professionnelles et contribuerait à répondre à la demande de soins dans ce domaine.

En dehors du champ de la pelvi-périnéologie, le référentiel de formation initiale n'évoque pas d'obligation d'enseignement concernant la santé sexuelle. Pourtant, nous avons retrouvé au cours de nos entretiens plusieurs exemples de situations cliniques pour lesquels cet enseignement serait nécessaire. Cela éviterait les surprises et favoriserait, si besoin est, la réorientation des patientes vers des thérapeutes compétents. Un modèle d'enseignement comme celui suggéré par Olympe semblerait par ailleurs avoir sa place dans des cours propres à l'analyse et à l'amélioration des pratiques, notamment pour débattre de la place du corps et de la relation soignant-soigné dans notre profession. Notre recherche n'ayant interrogé que des MKDE sexologues, nous devons toutefois nuancer cette analyse en rappelant que leur propre intérêt pour la question de la santé sexuelle a très certainement influencé leur avis.

Nous avons aussi pu observer qu'il était difficile pour les soignantes de déterminer le mode d'exercice le plus favorable à l'utilisation de leurs deux formations. A ce jour, contrairement à l'Ordre National des Médecins qui reconnaît le DIU de Sexologie, l'Ordre National des Masseurs-Kinésithérapeutes ne reconnaît pas le DIUESH. Par ailleurs, le remboursement des actes en MK est forfaitaire et ne considère pas le niveau de formation ou de spécialisation des MKDE. Il ne considère pas non plus la nécessité d'effectuer parfois des séances de plus de 30 minutes. Pour les MKDE interrogées, le coût de la PEC non remboursée des séances de sexologie peut représenter un frein pour les patientes, là où une rémunération insuffisante des actes en MK ne permet pas aux soignantes de ne vivre que de

ce type de soins. Les MKDE sexologues ne sont pas en droit de poser de diagnostic, ni de prescrire les crèmes et outils (en-dehors des sondes intravaginales) qui pourraient être utiles à leur patiente pour de l'auto-rééducation à domicile. Ces derniers ne font toutefois pas l'objet d'un remboursement par les services de l'assurance-maladie. Il existe donc pour ces soignantes plusieurs enjeux de reconnaissance de leur exercice.

3. Représentativité de l'échantillon et généralisation des résultats

Notre échantillon d'étude était de taille restreinte et exclusivement composé de femmes exerçant ou ayant exercé en libéral. Ne disposant d'aucunes données démographiques sur la population étudiée, nous ne pouvons pas discuter de la représentativité de cet échantillon. Notons par ailleurs que même si le corpus obtenu présente plusieurs similarités, il nous semble complexe d'affirmer que les données obtenues sont généralisables à la population étudiée. Elles ne nous permettent assurément pas de généraliser nos observations à la pratique de MKDE sexologues de sexe masculin, ni à celles de MKDE exerçant une activité mixte ou institutionnelle.

Considérant le temps de recherche qui nous a été nécessaire afin de construire notre échantillon et le peu d'études le concernant, nous pouvons supposer que la population étudiée est restreinte. Même si nous ne disposons pas de données démographiques concernant la population globale de MKDE suivant des patientes en périnéologie, il nous est aussi possible d'affirmer que la population que nous avons étudié ne représente pas la majorité des soignant.es qui prend en charge les douleurs sexuelles pelvi-périnéales de la femme. Le modèle de pratique décrit dans ce travail n'est donc pas non plus généralisable à la pratique courante dans le champ de la pelvi-périnéologie.

4. Intérêts cliniques de l'étude

Il semble que cette étude soit la première à interroger les caractéristiques de la PEC des douleurs pelvi-périnéales survenant au décours de la sexualité des femmes par des masseurs-kinésithérapeutes sexologues. Elle nous permet donc de dresser une première grille d'analyse réflexive de celle-ci. Elle offre aussi une voix aux MKDE sexologues tout en offrant la possibilité au reste de la population des MKDE de prendre connaissance de l'existence de cette double profession, de la PEC que nous avons étudié et de ses caractéristiques.

Elle répond par ailleurs à la *Stratégie Nationale de Santé Sexuelle* développée par le Ministère des Solidarités de la Santé dont l'un des axes d'orientations stratégiques est de « promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle ». Face à l'un des objectifs de cette stratégie dont l'intitulé est « revoir la formation des professionnels de santé dans une approche globale de la santé sexuelle », notre étude affirme la place des

MKDE sur l'échiquier des professionnels de santé dont les actions peuvent améliorer la qualité de vie sexuelle et donc globale des populations.

5. Limites et biais de l'étude

Nous avons tenté au cours de cette étude de faire preuve de rigueur scientifique. Notre travail n'est cependant pas exempt de limites et de biais. Il est à noter que les biais concernant cette étude sont principalement liés à notre propre influence.

Une première limite propre à notre échantillon est que sa taille restreinte ne nous permet pas d'affirmer qu'il est représentatif de la population étudiée. Par ailleurs, il nous est difficile de déterminer si le corpus qu'il nous a fourni nous a permis d'atteindre un seuil de saturation des données satisfaisant. De nouveaux entretiens auraient pu faire surgir des cas négatifs que nous n'avons pas retrouvés ici ou induire une analyse différente de certains thèmes. Le cadre temporel imposé pour la réalisation de ce travail a par ailleurs influencé nos choix de relance dans les recrutements.

Une seconde limite réside dans le fonctionnement des entretiens à distance. Certains événements (interruption de l'entretien par la présence d'une tierce personne dans la salle, sonneries de téléphone, survenue d'une nuisance sonore) ont parfois nuit à la dynamique de l'entretien et à la qualité des enregistrements. Il est envisageable qu'une rencontre physique dans un endroit calme et neutre aurait influencé différemment ceux-ci.

Enfin, le choix de l'entretien semi-dirigé représente en lui-même une limite. Des questions parfois trop ouvertes ont nécessité une reformulation ou à l'inverse un recentrage du discours des interviewées. Des questions plus fermées auraient pu nous permettre d'obtenir des niveaux de détails supérieurs concernant les adaptations de la PEC en fonction des étiologies de la douleur, les marqueurs de la PEC, les techniques utilisées ou encore les effets de la PEC.

Le premier biais de cette étude est un biais de performance. Novice à l'état initial dans ce type de recherche, nous avons parfois manqué de neutralité dans nos réactions, mais aussi d'inflexibilité dans notre stratégie de recherche. Ce point s'est principalement illustré par l'omission de la question concernant l'auto-évaluation des connaissances de Lisa avant et après le DIUESH. En parallèle, l'expérience acquise au cours des entretiens a influencé notre implication personnelle au cours de ceux-ci. Nos capacités oratoires, notre capacité à assimiler des données et à les analyser pour procéder à des relances et interrogations se sont améliorées. De fait, ces changements d'attitudes et de réactions aux réponses ont influencé la quantité de données récoltées (traduite entre autres par une durée des entretiens croissante) et peut-être, leur qualité.

Dans un second temps, nous devons considérer la possibilité que notre statut d'étudiant et notre implication dans ce sujet de recherche aient malgré nous influencé les réponses de l'échantillon de population. Nous avons plusieurs fois pu constater l'état soucieux des MKDE quant à la qualité et la pertinence des réponses qu'elles nous apportaient en regard des attentes qu'elles nous prêtaient. Certaines ont aussi cherché à évaluer nos propres connaissances sur le sujet. Nous ne pouvons savoir si le niveau de détail apporté aux réponses aurait été le même avec un enquêteur mieux ou moins bien formé.

Enfin, notre étude présente certainement des biais dans l'analyse thématique puisque les investigations et cette dernière ont été effectuées par la même opératrice. Un manque d'objectivité non-intentionnel a pu à tout instant influencer l'élaboration de notre grille de lecture dont la composition en thèmes et verbatims dépend entre autre des choix de l'analyste.

6. Perspectives de l'étude

Tout d'abord il nous semble qu'il pourrait-être intéressant de reconduire cette étude auprès d'un échantillon de population à la fois plus grand et plus diversifié. Un travail de recherche complémentaire portant sur cette PEC par des MKDE non sexologues serait aussi intéressant. Il se rapprocherait certainement un peu plus de la définition d'une PEC courante et donnerait l'opportunité de réaliser une étude comparative des pratiques.

Dans une autre mesure, il s'avérerait pertinent d'interroger les professionnels de santé les plus couramment présents dans le parcours de PEC de ces patientes afin d'en recueillir les connaissances, avis et ressentis sur notre place dans la rééducation.

Evaluer la connaissance des femmes quant aux troubles de la sexualité qui leur sont propres et aux solutions qui peuvent leur être apportées à ce propos serait aussi un sujet d'étude intéressant.

Par ailleurs, il nous semblerait pertinent de mener des études auprès des étudiant.es en MK et/ou des instituts de formations. Nous pourrions enquêter sur les connaissances et le niveau de curiosité des premiers pour notre sujet d'étude et évaluer la considération des seconds pour les problématiques de santé sexuelle.

Enfin, il nous semblerait intéressant d'aller interroger les MKDE, toutes spécialités confondues, sur les liens qu'ils font entre santé sexuelle et masso-kinésithérapie.

Conclusion

La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie de tous. Pourtant, notre travail a montré que sa considération dans les politiques de santé publique et, faute de formation, dans les pratiques des divers professionnels médicaux et paramédicaux, reste insuffisante. Les femmes atteintes de douleurs génito-pelviennes au cours de leurs rapports sexuels subissent ce constat. Elles affrontent au cours de leur parcours thérapeutique la déconsidération de leur plainte et errent longtemps avant d'obtenir un diagnostic médical leur permettant enfin, de suivre une prise en charge adaptée. Notre étude a permis de révéler que la réussite du plan de traitement proposé à ces patientes dépendait en partie de son caractère pluridisciplinaire.

Les masseurs-kinésithérapeutes ont toute leur place dans cette prise en charge et disposent de nombreux moyens pour aider ces femmes. Bien qu'il n'existe à ce jour pas de gold standard en matière de rééducation des douleurs génito-pelviennes de la femme, ce travail de recherche semble montrer que cela ne nuit pas à la réussite des thérapies proposées. Les masseurs-kinésithérapeutes formés en pelvi-périnéologie, et qui plus est, en sexologie, savent quand et comment, mettre en place les multiples adaptations comportementales et thérapeutiques nécessaires avec ces patientes au profil parfois complexe. L'utilisation d'une approche globale, suivant le modèle bio-psycho-sociale fait preuve d'efficacité.

Bien que cette double profession facilite la reconnaissance de la plainte sexuelle des patientes douloureuses pelviennes, elle nécessite une formation longue qui ne peut évidemment pas être suivie par tous les masseurs-kinésithérapeutes périnéologues. Toutefois, cette étude contribue à affirmer la nécessité de systématiquement associer la prise en charge des troubles uro-gynécologiques et pelviens à un interrogatoire sur les conséquences de ces derniers dans la vie sexuelle des patientes.

Que ce soit pour conseiller, réorienter ou traiter leurs patientes ; tous les thérapeutes travaillant dans la sphère pelvienne devraient disposer de connaissances suffisantes en termes de santé sexuelle. Les patientes présentant des dysfonctions sexuelles sont potentiellement nombreuses, peu informées sur le sujet et/ou déjà résignées. Ouvrir le dialogue ne pourrait que les aider à verbaliser, et pourquoi pas, chercher à améliorer ce qui de fait, impacte leur santé.

Références bibliographiques

- [1] Kamina P. Anatomie Clinique, système endocrine - organes urinaires et génitaux - pelvis - coupe du tronc. vol. 4. 2nde edition. Maloine; 2006.
- [2] Porst H, Buvat J, The Standards Committee of the Inte, editors. Standard Practice in Sexual Medicine. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd; 2006. <https://doi.org/10.1002/9780470755235>.
- [3] Cour F, Al. Anatomie et physiologie de la sexualité, France: ELSEVIER / MASSON; n.d., p. 15. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2012.11.007>.
- [4] Eickmeyer SM. Anatomy and Physiology of the Pelvic Floor. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* 2017;28:455–60. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2017.03.003>.
- [5] Messelink B, Benson T, Berghmans B, Bø K, Corcos J, Fowler C, et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: Report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2005;24:374–80. <https://doi.org/10.1002/nau.20144>.
- [6] Masters WH, Johnson VE, Reproductive Biology Research Foundation (U.S.). Human sexual response. Bronx, NY: Ishi Press International; 2010.
- [7] Salonia A, Giraldi A, Chivers ML, Georgiadis JR, Levin R, Maravilla KR, et al. Physiology of Women's Sexual Function: Basic Knowledge and New Findings. *The Journal of Sexual Medicine* 2010;7:2637–60. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01810.x>.
- [8] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5ème. Etats-Unis: 2013.
- [9] Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. La Découverte; 2008.
- [10] Weijmar Schultz W, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wesselmann U, Van Lankveld J. Women's Sexual Pain and Its Management. *The Journal of Sexual Medicine* 2005;2:301–16. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.20347.x>.
- [11] Tayyeb M, Gupta V. Dyspareunia. StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
- [12] Alimi Y, Iwanaga J, Oskouian RJ, Loukas M, Tubbs RS. The clinical anatomy of dyspareunia: A review: The Clinical Anatomy of Dyspareunia. *Clin Anat* 2018;31:1013–7. <https://doi.org/10.1002/ca.23250>.
- [13] Sibert L, Safsaf A, Rigaud J, Delavierre D, Labat J-J. Approche symptomatique des douleurs sexuelles chroniques. *Progrès en Urologie* 2010;20:967–72. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2010.08.006>.
- [14] Cassis C, Mukhopadhyay S, Morris E. Dyspareunia: a difficult symptom in gynaecological practice. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 2018;28:1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2017.10.006>.
- [15] Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health* 2006;6:177. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-177>.
- [16] Arora V, Mukhopadhyay S, Morris E. Painful sex (dyspareunia): a difficult symptom in gynecological practice. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 2020;30:269–75. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2020.06.001>.

- [17] Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M, Ghasemi V, Khiabani A, et al. Prevalence of postpartum dyspareunia: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Obstet* 2020;ijgo.13523. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13523>.
- [18] Rosenbaum TY, Ben-Dror I. The role of physical therapy in the treatment of female sexual dysfunction. *Harefuah* 2009;148:606–10, 657.
- [19] Scavello, Maseroli, Di Stasi, Vignozzi. Sexual Health in Menopause. *Medicina* 2019;55:559. <https://doi.org/10.3390/medicina55090559>.
- [20] Basson R. Lifelong Vaginismus: A Clinical Study of 60 Consecutive Cases. *Journal SOGC* 1996;18:551–61. [https://doi.org/10.1016/S0849-5831\(16\)30298-1](https://doi.org/10.1016/S0849-5831(16)30298-1).
- [21] Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown; 1970.
- [22] Bergeron S, Reed BD, Wesselmann U, Bohm-Starke N. Vulvodynia. *Nat Rev Dis Primers* 2020;6:36. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0164-2>.
- [23] Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, et al. ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia: *Obstetrics & Gynecology* 2015;127:745–51. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001359>.
- [24] Kim SJ, Kim J, Yoon H. Sexual pain and IC/BPS in women. *BMC Urol* 2019;19:47. <https://doi.org/10.1186/s12894-019-0478-0>.
- [25] Faye RB, Piraccini E. Vulvodynia. StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
- [26] Faye RB, Piraccini E. Vulvodynia. StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
- [27] Dias-Amaral A, Marques-Pinto A. Female Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: Review of the Related Factors and Overall Approach. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2018;40:787–93. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1675805>.
- [28] Khandker M, Brady SS, Vitonis AF, MacLehose RF, Stewart EG, Harlow BL. The Influence of Depression and Anxiety on Risk of Adult Onset Vulvodynia. *Journal of Women's Health* 2011;20:1445–51. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2661>.
- [29] Tetik S, Yalçinkaya Alkar Ö. Vaginismus, Dyspareunia and Abuse History: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine* 2021;18:1555–70. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.07.004>.
- [30] Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. *Medical Clinics of North America* 2019;103:681–98. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.008>.
- [31] Giami A, Colomby P de. Profession sexologue ? *Societes contemporaines* 2001;no 41-42:41–63.
- [32] Schlagdenhauffen R. Parler de sexualité en entretien. Comment rendre publics des propos privés. *Hermes, La Revue* 2014;n° 69:34–8.
- [33] Wylomanski S, Bouquin R, Philippe H-J, Rouzier R, Dréno B, Quereux G. Validation de la version française du Female Sexual Function Index auprès d'un échantillon de la population féminine française. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* 2013;140:S473. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2013.09.255>.
- [34] Rosenbaum TY, Owens A. Continuing Medical Education: The Role of Pelvic Floor Physical Therapy in the Treatment of Pelvic and Genital Pain-Related Sexual Dysfunction (CME). *The Journal of Sexual Medicine* 2008;5:513–23. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00761.x>.

- [35] Reissing ED, Armstrong HL, Allen C. Pelvic Floor Physical Therapy for Lifelong Vaginismus: A Retrospective Chart Review and Interview Study. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2013;39:306–20. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.697535>.
- [36] Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. *Int Urogynecol J* 2018;29:631–8. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3536-8>.
- [37] Frank JE, Mistretta P, Will J. Diagnosis and Treatment of Female Sexual Dysfunction. *AFP* 2008;77:635–42.
- [38] Eftekhar T, Sohrabi M, Haghollahi F, Shariat M, Miri E. Comparison effect of physiotherapy with surgery on sexual function in patients with pelvic floor disorder: A randomized clinical trial. *Iran J Reprod Med* 2014;12:7–14.
- [39] Nunns D. Vulvodynia management. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 2015;25:68–74. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2015.01.005>.
- [40] Blanchard V, Nyangoh Timoh K, Bruyère F, Fritel X, Pizzoferrato AC. Intérêt de l'éducation périnéale en rééducation périnéale chez la femme. *Progrès en Urologie* 2020;30:190–7. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2020.01.004>.
- [41] Morin M, Bergeron S. La rééducation périnéale dans le traitement de la dyspareunie chez la femme. *Sexologies* 2009;18:134–40. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2009.01.004>.
- [42] Tam T, Levine E. Female Sexual Dysfunction in Women with Pelvic Pain. *Semin Reprod Med* 2018;36:152–8. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676115>.
- [43] Govind V, Krapf JM, Mitchell L, Barela K, Tolson H, Casey J, et al. Exploring Pain-Related Anxiety and Depression in Female Patients With Provoked Vulvodynia With Associated Overactive Pelvic Floor Muscle Dysfunction. *Sexual Medicine* 2020;8:517–24. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.05.009>.
- [44] Rosenbaum T. Addressing Anxiety In Vivo in Physiotherapy Treatment of Women with Severe Vaginismus: A Clinical Approach. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2011;37:89–93. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.547340>.
- [45] Grimaldi M. Le périnée féminin douloureux: manuel de prise en charge globale pour les patientes et leurs thérapeutes : le fil d'Ariane. Montpellier: Sauramps médical; 2014.
- [46] Murina F, Bianco V, Radici G, Felice R, Di Martino M, Nicolini U. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2008;115:1165–70. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01803.x>.
- [47] Dionisi B, Senatori R. Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on the postpartum dyspareunia treatment. *J Obstet Gynaecol Res* 2011;37:750–3. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2010.01425.x>.
- [48] Padoa A, McLean L, Morin M, Vandyken C. The Overactive Pelvic Floor (OPF) and Sexual Dysfunction. Part 2: Evaluation and Treatment of Sexual Dysfunction in OPF Patients. *Sexual Medicine Reviews* 2021;9:76–92. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2020.04.002>.
- [49] Sauvayre R. Les méthodes de l'entretien en sciences sociales. Paris (5 Rue Laromiguière 75005): Dunod; 2016.
- [50] Kaufmann J-C, Singly F de. L'entretien compréhensif. Paris: A. Colin; 2008.
- [51] Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2017.
- [52] Ramos E. L'entretien compréhensif en sociologie: usages, pratiques, analyses. 2015.

- [53] Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue* 2015;15:50–4. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>.
- [54] Bonnet F, Robert B. La régulation éthique de la recherche aux États-Unis : histoire, état des lieux et enjeux. *Genèses* 2009;75:87. <https://doi.org/10.3917/gen.075.0087>.
- [55] Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique* 2014;Tome LIII:67–82.
- [56] Dumez H. *Méthodologie de la recherche qualitative: les 10 questions clés de la démarche compréhensive*. Paris: Vuibert; 2013.
- [57] Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 2015.
- [58] Combessie J-C. *La méthode en sociologie*. 5. éd. Paris: La Découverte; 2007.
- [59] Brotto LA, Yong P, Smith KB, Sadownik LA. Impact of a multidisciplinary vulvodynia program on sexual functioning and dyspareunia. *J Sex Med* 2015;12:238–47. <https://doi.org/10.1111/jsm.12718>.
- [60] Meston CM, Freihart BK, Handy AB, Kilimnik CD, Rosen RC. Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use? *The Journal of Sexual Medicine* 2020;17:17–25. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.007>.
- [61] Papoutsis D, Antonakou A. The Q-tip test of the vulva as a diagnostic aid for vulvodynia: sensitivity, specificity and predictive values. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2019;40:90–90. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1415882>.
- [62] Vandyken C, Hilton S. Physical Therapy in the Treatment of Central Pain Mechanisms for Female Sexual Pain. *Sexual Medicine Reviews* 2017;5:20–30. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.06.004>.
- [63] Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* 1977;196:129–36. <https://doi.org/10.1126/science.847460>.
- [64] ter Kuile MM, Both S, van Lankveld JJDM. Cognitive Behavioral Therapy for Sexual Dysfunctions in Women. *Psychiatric Clinics of North America* 2010;33:595–610. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.010>.
- [65] Zolnoun D, Lamvu G, Steege J. Patient perceptions of vulvar vibration therapy for refractory vulvar pain. *Sexual and Relationship Therapy* 2008;23:345–53. <https://doi.org/10.1080/14681990802411685>.

Annexes

Annexe I. Female Sexual Function Index (FSFI) traduit et validé en français	90
Annexe II. Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W) traduit et validé en français.....	95
Annexe III. L'algorithme ALLOW	99
Annexe IV. Les formations complémentaires sur les douleurs pelviennes et la sexologie à destination des masseurs-kinésithérapeutes	100
Annexe V. La notice d'information et de consentement éclairé	104
Annexe VI. Exemple de retranscription complète d'un entretien.	105
Annexe VII. Verbatims similaires.....	121

Annexe I. Female Sexual Function Index (FSFI) traduit et validé en français

Instructions : Les questions suivantes portent sur vos sentiments et vos réactions sur le plan sexuel au cours des 4 dernières semaines. Veuillez répondre à ces questions aussi sincèrement et clairement que possible. Vos réponses resteront strictement confidentielles. Lorsque vous répondrez aux questions, tenez compte des définitions suivantes :

- L'activité sexuelle peut comprendre les caresses, les préliminaires, la masturbation et la pénétration vaginale.
- Le rapport sexuel se définit comme la pénétration (l'introduction) du pénis.
- La stimulation sexuelle comprend, par exemple, les préliminaires avec un partenaire, la masturbation et les fantasmes sexuels.
- Le désir sexuel est un sentiment qui comprend le désir d'avoir une activité sexuelle, le fait d'être réceptive aux avances sexuelles d'un partenaire et d'avoir des pensées ou des fantasmes à propos de l'acte sexuel.

Q1 Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti un désir sexuel ?

- 5 = Presque toujours ou toujours
- 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
- 3 = Parfois (environ une fois sur deux)
- 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)
- 1 = Presque jamais ou jamais

Q2 Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de désir sexuel ?

- 5 = Très élevé
- 4 = Élevé
- 3 = Moyen
- 2 = Faible
- 1 = Très faible ou inexistant

L'excitation sexuelle est une sensation qui comprend à la fois des aspects physiques et psychologiques. Elle peut comprendre des sensations de chaleur ou de picotement au niveau des organes génitaux, la lubrification (humidité) du vagin ou des contractions musculaires.

Q3 Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous sentie excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- 0 = Aucune activité sexuelle
- 5 = Presque toujours ou toujours
- 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
- 3 = Parfois (environ une fois sur deux)
- 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)
- 1 = Presque jamais ou jamais

Q4 Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- 0 = Aucune activité sexuelle
- 5 = Très élevé
- 4 = Élevé
- 3 = Moyen
- 2 = Faible
- 1 = Très faible ou inexistant

Q5 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous sentie sûre de votre capacité à être sexuellement excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- 0 = Aucune activité sexuelle
- 5 = Extrêmement sûre
- 4 = Très sûre
- 3 = Moyennement sûre
- 2 = Peu sûre
- 1 = Très peu sûre ou pas sûre du tout

Q6 Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été satisfaite de votre degré d'excitation pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- 0 = Aucune activité sexuelle
- 5 = Presque toujours ou toujours
- 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
- 3 = Parfois (environ une fois sur deux)
- 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)
- 1 = Presque jamais ou jamais

Q7 Au cours des 4 dernières semaines, votre vagin était-il lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- 5 = Presque toujours ou toujours
- 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
- 3 = Parfois (environ une fois sur deux)
- 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 0 = Aucune activité sexuelle

Q8 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile d'avoir le vagin lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- 0 = Aucune activité sexuelle
- 1 = Extrêmement difficile ou impossible
- 2 = Très difficile
- 3 = Difficile
- 4 = Légèrement difficile
- 5 = Pas difficile

Q9 Au cours des 4 dernières semaines, la lubrification (humidité) de votre vagin a-t-elle duré jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

- 5 = Presque toujours ou toujours
- 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
- 3 = Parfois (environ une fois sur deux)
- 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 0 = Aucune activité sexuelle

Q10 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile de conserver la lubrification (humidité) de votre vagin jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

- 0 = Aucune activité sexuelle
- 1 = Extrêmement difficile ou impossible
- 2 = Très difficile
- 3 = Difficile
- 4 = Légèrement difficile
- 5 = Pas difficile

Q11 Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, avez-vous atteint l'orgasme ?

- 5 = Presque toujours ou toujours
- 4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
- 3 = Parfois (environ une fois sur deux)
- 2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 0 = Aucune activité sexuelle

Q12 Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, à quel point vous a-t-il été difficile d'atteindre l'orgasme ?

- 0 = Aucune activité sexuelle
- 1 = Extrêmement difficile ou impossible
- 2 = Très difficile
- 3 = Difficile
- 4 = Légèrement difficile
- 5 = Pas difficile

Q13 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

- 5 = Très satisfaite
- 4 = Moyennement satisfaite
- 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite
- 2 = Moyennement insatisfaite
- 1 = Très insatisfaite
- 0 = Aucune activité sexuelle

Q14 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation affective avec votre partenaire pendant une activité sexuelle ?

- 5 = Très satisfaite
- 4 = Moyennement satisfaite
- 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite
- 2 = Moyennement insatisfaite
- 1 = Très insatisfaite
- 0 = Aucune activité sexuelle

Q15 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?

- 5 = Très satisfaite
- 4 = Moyennement satisfaite
- 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite
- 2 = Moyennement insatisfaite
- 1 = Très insatisfaite

Q16 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle en général ?

- 5 = Très satisfaite
- 4 = Moyennement satisfaite
- 3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite
- 2 = Moyennement insatisfaite
- 1 = Très insatisfaite

Q17 Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur pendant la pénétration vaginale ?

- 0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel
- 1 = Presque toujours ou toujours
- 2 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
- 3 = Parfois (environ une fois sur deux)
- 4 = Rarement (moins d'une fois sur deux)
- 5 = Presque jamais ou jamais

Q18 Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur après la pénétration vaginale ?

- 0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel
- 1 = Presque toujours ou toujours
- 2 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)
- 3 = Parfois (environ une fois sur deux)
- 4 = Rarement (moins d'une fois sur deux)
- 5 = Presque jamais ou jamais

Q19 Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de gêne ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale ?

- 0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel
- 1 = Très élevé
- 2 = Élevé
- 3 = Moyen
- 4 = Faible
- 5 = Très faible ou inexistant

Déterminer le résultat :

Tableau 1 - Mode de calcul du score du Female Sexual Function Index (FSFI)

Domaine	Questions	Score	Coefficient	Score minimum	Score maximum	Score
Désir	1, 2	1-5	0,6	1,2	6	
Excitation	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6	
Lubrification	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6	
Orgasme	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6	
Satisfaction	14, 15, 16	0 (ou 1)-5	0,4	0,8	6	
Douleur	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6	
Score total				2	36	

Un score total de 26,55 a été proposé comme valeur seuil pour le diagnostic de dysfonction sexuelle, le score maximal étant de 36.

Annexe II. Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W) traduit et validé en français¹⁰

Cet auto-questionnaire est simple d'administration et d'interprétation. Il conduit à une évaluation quantitative et qualitative de l'expérience sexuelle. Il comporte 22 items qui correspondent à 7 domaines de la sexualité féminine.

Tableau I. Domaines et scores du BISF-W.

DOMAINES	QUESTIONS	SCORE
D1 (pensées, désir)	Q3+Q4	0 à 12
D2 (excitation)	Q5+Q6	0 à 12
D3 (fréquence de l'activité)	Q7	0 à 12
D4 (réceptivité, initiative)	Q8+Q9+Q12	0 à 15
D5 (plaisir, orgasme)	Q10+Q11	0 à 12
D6 (satisfaction relationnelle)	Q18+Q19+Q20	0 à 12
D7 (problèmes affectant la sexualité)	Q14+Q15+Q16+Q17	0 à 16
SCORE COMPOSITE	D1+D2+D3+D4+D5+D6-D7	-16+75

Comment scorer le BISF-W :

Questions 1 et 2 : oui/non ne sont pas scorés.

Question 3 : (0) - 0, (1) - 1, (2) - 2, (3) - 3, (4) - 4, (5) - 5, (6) - 6. Le score s'étend de 0 à 6

Question 4 : les réponses pour chacun des 7 items sont (0) - 0, (1) - 1, (2) - 2, (3) - 3, (4) - 4, (5) - 5, (6) - 6. Le score total est la somme de chaque item divisé par 7. Le score s'étend de 0 à 6

Question 5 : Les réponses pour chacun des 8 items sont scorés comme (0) - 0/ pas applicable, (1) - 0, (2) - 1, (3) - 2, (4) - 3, (5) - 4. Le score total est la somme de chaque item divisée par 4. Le score s'étend de 0 à 8.

Question 6 : Les réponses sont scorées comme (0) - 0/ non applicable, (1) - 4, (2) - 3, (3) - 2, (4) - 1, (5) - 0. Le score s'étend de 0 à 4.

Question 7 : Les réponses pour chacun des 8 items sont scorées comme : (0) - 0/ non applicable, (1) - 1, (2) - 2, (3) - 3, (4) - 4, (5) - 5, (6) - 6. Le score total est la somme de chaque item divisé par 4. Le score peut s'étendre de 0 à 12.

Question 8 : Les réponses sont scorées comme (0) - 0/ non applicable, (1) - 0, (2) - 6, (3) - 4, (4) - 2. Le score peut s'étendre de 0 à 6.

Question 9 : Les réponses sont scorées comme (0) - 0/ non applicable, (1) - 0/ non applicable, (2) - 0, (3) - 1, (4) - 2, (5) - 3, (6) - 4, (7) - 5. Le score s'étend de 0 à 5.

Question 10 : Les réponses sont scorées comme (0) - 0/ non applicable, (1) - 0/ non applicable, (2) - 0, (3) - 1, (4) - 2, (5) - 3, (6) - 4. Le score s'étend de 0 à 4.

Question 11 : Les réponses pour chacun des 8 items sont scorées comme : (0) - 0/ non applicable, (1) - 0/ non applicable, (2) - 0, (3) - 1, (4) - 2, (5) - 3, (6) - 4. Le score total est la somme de chaque item divisée par 4. Le score s'étend de 0 à 8.

Question 12 : Les réponses sont scorées comme (0) - 0/ non applicable, (1) - 4, (2) - 2, (3) - 0. Le score s'étend de 0 à 4.

Question 13 : Les réponses pour chacun des 5 items sont scorés comme (0) - 0/ non applicable, (1) - -2, (2) - -1, (3) - 0, (4) - 1, (5) - 2. Le score total est la somme de chaque item. Le score s'étend de -10 à 10.

Question 14 : Les réponses pour chacun des 8 items sont scorées comme (0) - 0, (1) - 1, (2) - 2, (3) - 3, (4) - 4. Le score total est la somme de chaque item divisée par 8. Le score s'étend de 0 à 4.

Question 15 : Les réponses pour chacun des 5 items (incluant autre), sont scorées comme (0) - 0/ non applicable, (1) - 0, (2) - 1, (3) - 2, (4) - 3, (5) - 4. Le score total est la somme de chaque item divisée par 5. Le score s'étend de 0 à 4.

Question 16 : Les réponses sont scorées comme (0) - 0, (1) - 1, (2) - 2, (3) - 3, (4) - 4. Le score s'étend de 0 à 4.

Question 17 : Les réponses sont scorées comme (0) - 0/ non applicable, (1) - 4, (2) - 3, (3) - 2, (4) - 1, (5) - 0. Le score s'étend de 0 à 4.

Question 18 : Les réponses sont scorées comme (0) - 0/ non applicable, (1) - 4, (2) - 3, (3) - 2, (4) - 1, (5) - 0. Le score s'étend de 0 à 4.

Question 19 : Les réponses sont scorées comme (0) - 0/ non applicable, (1) - 4, (2) - 3, (3) - 2, (4) - 1, (5) - 0. Le score s'étend de 0 à 4.

Question 20 : Les réponses sont scorées comme (0) - 0, (1) - 1, (2) - 2, (3) - 3, (4) - 4. Le score s'étend de 0 à 4.

Les questions 21 et 22 ne sont pas scorées.

¹⁰ Disponible sur le site internet de l'Association Française d'Urologie, consulté le 09/01/2021

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE LA SEXUALITE FEMININE Version française du BISF-W

Ce questionnaire porte sur des sujets délicats et personnels. Vos réponses resteront strictement confidentielles. Si vous ne pouvez pas ou ne souhaitez pas répondre à une question, vous pouvez passer à la suivante.

Répondez aux questions suivantes en choisissant la réponse correspondant le mieux à votre activité au cours des 4 dernières semaines.

1. Avez-vous actuellement un(e) partenaire sexuel(-le) ? Oui ___ Non ___
2. Avez-vous eu une activité sexuelle au cours des 4 dernières semaines ? Oui ___ Non ___
3. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous eu des pensées sexuelles, des fantasmes ou des rêves érotiques ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).
(0) Jamais
(1) Une fois
(2) 2 à 3 fois
(3) Une fois par semaine
(4) 2 à 3 fois par semaine
(5) Une fois par jour
(6) Plusieurs fois par jour
4. A l'aide de l'échelle de réponse à droite, indiquez combien de fois vous avez eu envie de faire les choses suivantes au cours des 4 dernières semaines. (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

Baiser sensuel	___	(0) Jamais
Masturbation seule	___	(1) Une fois
Masturbation avec votre partenaire	___	(2) 2 à 3 fois
Caresses et jeux sexuels	___	(3) Une fois par semaine
Sexe oral (fellation ou cunnilingus, par vous ou votre partenaire)	___	(4) 2 à 3 fois par semaine
	___	(5) Une fois par jour
Pénétration vaginale	___	(6) Plusieurs fois par jour
Rapport anal (sodomie)	___	
5. A l'aide de l'échelle de réponse à droite, indiquez si vous avez été excitée par les expériences sexuelles suivantes au cours des 4 dernières semaines. (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

Baiser sensuel	___	(0) Je n'ai pas fait cela
Rêves ou fantasmes	___	(1) Jamais excitée
Masturbation seule	___	(2) Rarement (moins de 25% du temps)
Masturbation avec votre partenaire	___	(3) Parfois (environ 50% du temps)
Caresses et jeux sexuels	___	(4) La plupart du temps (environ 75% du Sexe oral
(fellation ou cunnilingus, temps) par vous ou votre partenaire)	___	(5) Tout le temps excitée
Pénétration vaginale	___	
Rapport anal (sodomie)	___	
6. Dans l'ensemble, au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été anxieuse ou mal à l'aise au cours d'une activité sexuelle avec votre partenaire ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).
(0) Je n'ai pas eu de partenaire
(1) Pas du tout anxieuse ou mal à l'aise
(2) Rarement (moins de 25% du temps)
(3) Parfois (environ 50% du temps)
(4) La plupart du temps (environ 75% du temps)
(5) Tout le temps anxieuse ou mal à l'aise
7. A l'aide de l'échelle de réponse à droite, indiquez combien de fois vous avez eu les activités suivantes au cours des 4 dernières semaines. (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

Baiser sensuel	___	(0) Jamais
Fantasmes sexuels	___	(1) Une fois
Masturbation seule	___	(2) 2 à 3 fois
Masturbation avec votre partenaire	___	(3) Une fois par semaine
Caresses et jeux sexuels	___	(4) 2 à 3 fois par semaine
Sexe oral (fellation ou cunnilingus, par vous ou votre partenaire)	___	(5) Une fois par jour
Pénétration vaginale	___	(6) Plusieurs fois par jour
Rapport anal (sodomie)	___	
8. Au cours des 4 dernières semaines, qui a eu la plupart du temps l'initiative des activités sexuelles ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).
(0) Je n'ai pas eu de partenaire sexuel(-le)
(1) Je n'ai pas eu de rapports sexuels avec mon/ma partenaire au cours des 4 dernières semaines
(2) J'ai eu l'initiative la plupart du temps
(3) J'ai autant eu l'initiative que mon/ma partenaire
(4) Mon/ma partenaire a eu l'initiative la plupart du temps
9. Au cours des 4 dernières semaines, la plupart du temps, comment avez-vous répondu aux avances de votre partenaire ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).
(0) Je n'ai pas eu de partenaire
(1) Au cours des 4 dernières semaines mon/ma partenaire ne m'a pas fait d'avances
(2) J'ai refusé la plupart du temps
(3) J'ai parfois refusé
(4) J'ai accepté à contrecoeur
(5) J'ai accepté, mais pas toujours avec plaisir
(6) J'ai accepté avec plaisir la plupart du temps
(7) J'ai tout le temps accepté avec plaisir

10. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu du plaisir lors de vos activités sexuelles ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

(0) Je n'ai pas eu de partenaire
(1) Je n'ai pas eu d'activités sexuelles au cours des 4 dernières semaines
(2) Je n'ai pas eu de plaisir
(3) Rarement (moins de 25% du temps)
(4) Parfois (environ 50% du temps)
(5) La plupart du temps (environ 75% du temps)
(6) J'ai tout le temps eu du plaisir

11. A l'aide de l'échelle de réponse à droite, indiquez si vous avez eu un orgasme lors des activités suivantes au cours des 4 dernières semaines. (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

Rêves ou fantasmes	_____	(0) Je n'ai pas eu de partenaire
Baiser sensuel	_____	(1) Je n'ai pas fait cela
Masturbation seule	_____	(2) Jamais
Masturbation avec votre partenaire	_____	(3) Rarement (moins de 25% du temps)
Caresses et jeux sexuels	_____	(4) Parfois (environ 50% du temps)
Sexe oral (fellation ou cunnilingus, par vous ou par votre partenaire)	_____	(5) La plupart du temps (environ 75% du temps)
Pénétration vaginale	_____	(6) J'ai tout le temps eu un orgasme
Rapport anal (sodomie)	_____	

12. Au cours des 4 dernières semaines, la fréquence de l'activité sexuelle avec votre partenaire a été : (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

(0) Je n'ai pas eu de partenaire
(1) Moins importante que ce que vous auriez voulu
(2) Aussi importante que ce que vous auriez voulu
(3) Plus importante que ce que vous auriez voulu

13. A l'aide de l'échelle de réponse à droite, indiquez si les éléments suivants ont changé au cours des 4 dernières semaines. (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

Intérêt pour le sexe	_____	(0) Je ne suis pas concernée
Excitation sexuelle	_____	(1) A nettement diminué
Activité sexuelle	_____	(2) A légèrement diminué
Satisfaction sexuelle	_____	(3) N'a pas changé
Anxiété par rapport au sexe	_____	(4) A légèrement augmenté
		(5) A nettement augmenté

14. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu les problèmes suivants ? (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

Saignements ou irritation après pénétration vaginale	_____	(0) Jamais
Manque de lubrification vaginale	_____	(1) Rarement (moins de 25% du temps)
Pénétration ou rapport douloureux	_____	(2) Parfois (environ 50% du temps)
Difficulté à avoir un orgasme	_____	(3) La plupart du temps (environ 75% du temps)
Vagin contracté (vaginisme)	_____	(4) Tout le temps
Fuites d'urine	_____	
Maux de tête après l'activité sexuelle	_____	
Infection vaginale	_____	

15. A l'aide de l'échelle de réponse à droite, indiquez si les éléments suivants ont eu des conséquences sur votre niveau d'activité sexuelle au cours des 4 dernières semaines. (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

Mes problèmes de santé (par exemple : infection, maladie)	_____	(0) Je n'ai pas eu de partenaire
Les problèmes de santé de mon/ma partenaire	_____	(1) Jamais
Des conflits dans le couple	_____	(2) Rarement (moins de 25% du temps)
Le manque d'intimité	_____	(3) Parfois (environ 50% du temps)
Autre (veuillez préciser)	_____	(4) La plupart du temps (environ 75% du temps)
		(5) Tout le temps

16. Etes-vous satisfaite de votre apparence physique générale ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

(0) Très satisfaite
(1) Plutôt satisfaite
(2) Ni satisfaite ni mécontente
(3) Plutôt mécontente
(4) Très mécontente

17. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous réussi à faire comprendre à votre partenaire quels étaient vos désirs ou préférences sexuels ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

(0) Je n'ai pas eu de partenaire
(1) Je n'ai pas réussi à lui faire comprendre quels étaient mes désirs ou préférences sexuels
(2) Rarement (moins de 25% du temps)
(3) Parfois (environ 50% du temps)
(4) La plupart du temps (environ 75% du temps)
(5) J'ai toujours réussi à lui faire comprendre quels étaient mes désirs ou préférences sexuels

18. Dans l'ensemble, avez-vous été satisfaite de vos relations sexuelles avec votre partenaire ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

(0) Je n'ai pas eu de partenaire
(1) Très satisfaite
(2) Plutôt satisfaite
(3) Ni satisfaite ni mécontente
(4) Plutôt mécontente
(5) Très mécontente

19. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre partenaire a été satisfait(e) de vos relations sexuelles ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

(0) Je n'ai pas eu de partenaire

- (1) Très satisfait(e)
- (2) Plutôt satisfait(e)
- (3) Ni satisfait(e) ni mécontent(e)
- (4) Plutôt mécontent(e)
- (5) Très mécontent(e)

20. Dans l'ensemble, à quel point l'activité sexuelle est-elle importante dans votre vie ? (Veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

- (0) Pas du tout importante
- (1) Plutôt pas importante
- (2) Ni l'un ni l'autre
- (3) Plutôt importante
- (4) Très importante

21. Entourez le chiffre de la proposition qui décrit le mieux votre expérience sexuelle.

- (1) Complètement hétérosexuelle
- (2) Largement hétérosexuelle, avec quelques expériences homosexuelles
- (3) Largement hétérosexuelle, avec de nombreuses expériences homosexuelles
- (4) Autant hétérosexuelle qu'homosexuelle
- (5) Largement homosexuelle, avec de nombreuses expériences hétérosexuelles
- (6) Largement homosexuelle, avec quelques expériences hétérosexuelles
- (7) Complètement homosexuelle

22. Entourez le chiffre de la proposition qui décrit le mieux vos désirs sexuels.

- (1) Complètement hétérosexuels
- (2) Largement hétérosexuels, avec quelques désirs homosexuels
- (3) Largement hétérosexuels, avec de nombreux désirs homosexuels
- (4) Autant hétérosexuels qu'homosexuels
- (5) Largement homosexuels, avec de nombreux désirs hétérosexuels
- (6) Largement homosexuels, avec quelques désirs hétérosexuels
- (7) Complètement homosexuels

Copyright© 1991 par Jennifer F. Taylor ; A.L.B., Raymond C. Rosen, PhD., and Sandra R. Leiblum, PhD. (avec des changements mineurs pour les items " baiser sensuel " et " sexe oral " dans les questions 4, 5, 7 et 11). Reproduit avec autorisation. Cette version française du questionnaire BISF-W développé par le Professeur Raymond Rosen a été réalisée et validée linguistiquement sous l'autorité du Professeur Bernard Malavaud du service universitaire d'urologie du CHU de Toulouse.

Annexe III. L'algorithme ALLOW

Step 1: A: **ask** the patient whether you can proceed

Step 2: L: **legitimize** each part of the body work in such a way that the patient feels completely in control

Step 3: L: **limitations**, meaning that before and during body work the physiotherapist is, at all times, aware of his/ her own competence and skill level and the patient's emotions and feelings, referring, if necessary, to another professional

Step 4: O: be **open** for further discussion and evaluation with the patient and, if necessary, other competent colleagues or disciplines of the multidisciplinary team

Step 5: W: **work** to develop a treatment plan with the patient and other disciplines

Annexe IV. Les formations complémentaires sur les douleurs pelviennes et la sexologie à destination des masseurs-kinésithérapeutes

Les formations courtes

Pour rappel, il ne semble pas exister d'outil de recensement de ces formations. Les diverses recherches que nous avons effectuées nous ont permis d'en relever certains paramètres :

- La durée des formations s'étend de 7h à 28h
- Les formations ont principalement lieu dans les métropoles
- Ce sont des formations payantes : les coûts de formation allaient de 273€ à 740€. Certaines formations peuvent faire l'objet d'un remboursement dans le cadre du Développement Professionnel Continu ou du Fond Interprofessionnel de Formation des Professions Libérales.
- Elles peuvent être à la destination exclusive des MKDE, mais aussi des physiothérapeutes, ostéopathes et étudiants en MK. Elles nécessitent parfois des pré-requis notamment en termes de rééducation pelvi-périnéale.
- Les effectifs de formation vont de 12 à 24 élèves pour 1 ou 2 formateurs.
- Les principaux sujets abordés sont : les rappels anatomiques, l'hypertonie pelvi-périnéale, les vulvodynies, le vaginisme, les dyspareunies, les techniques de rééducation, les bouleversements physiologiques naturels, les violences sexuelles, la mise en place du dialogue, les techniques de rééducation... Certaines formations incluent les troubles sexuels féminins et masculins.
- Elles ne lient pas toutes pratiques et théories, mais elles comportent toutes des cas cliniques.

Le Diplôme Inter-Universitaire d'Etude de la Sexualité Humaine – Programme

1ère Année : 80h - CONNAISSANCES FONDAMENTALES

La journée d'enseignement organisée lors des Assises de Sexologie et de Santé Sexuelle fait partie de ce programme.

I – BASES SEXOLOGIQUES. 30H

1. Bio sexologie. 10h

- a) Développement (ontogenèse) des appareils génitaux. 2h
- b) Anatomie et Physiologie des réactions sexuelles chez l'homme et chez la femme. 4h
- c) Neurobiologie des comportements sexuels. 2h
- d) Comportement sexuel : Bases éthologiques. 2h

2. Développement de la Personnalité. 14h

- a) Développement psycho sexuel de l'enfant. 2h
- b) Les différents modèles de la construction de la personnalité. 4h
- c) Identité sexuelle, orientation sexuelle, rôles sexuels. 4h
- d) Construction de la sexualité humaine 2h
- e) Les différents concepts du désir, de l'imaginaire, de la séduction, de l'érotisme et du sentiment amoureux. 2h

3. Sexualité et Cycles de vie. 10h

- a) Adolescent et sexualité. 2h
- b) Reproduction et Sexualité (contraception, IVG, Grossesse, Post-partum, Infertilité, AMP). 4h c) Ménopause, Andropause. 2h
- d) Vieillesse. 2h

II – FONDEMENT DE LA SEXUALITE HUMAINE. 18h

- Histoire de la pensée sexologique, le féminisme. 4h
- Cultures, Spiritualité, Religions et sexualité. 4h
- Phylogénèse de la sexualité. 2h
- Sociologie et Sexualité (enquêtes...) 4h
- Lois et sexualité. 2h
- Art, Esthétique et Sexualité (facultatif). 2h

III – LA CONSULTATION EN SEXUALITE HUMAINE ET L’EVALUATION 10h

- La plainte sexologique : Le symptôme sexuel et la demande. 2h
- L’anamnèse. 2h
- L’examen clinique et les explorations paracliniques. 2h
- Relation soignant-soigné : l’approche du patient, les mots du soignant, la communication non verbale, la gestion de ses propres attitudes. 2h
- Ethique en sexologie. 2h

IV – ASPECTS ORGANIQUES DE LA PATHOLOGIE SEXUELLE 6h

- Interaction de la pathologie organique avec la sexualité 2h
- Anomalies organiques et anatomiques 2h
- Infertilité : les traitements médicaux, les traitements chirurgicaux et les traitements de l’infertilité 2h

V – ADDICTIONS ET SEXUALITE 4h

- Addictions et sexualité. 2h
- Violences sexuelles : Epidémiologie, modalités de signalement. 2h

2ème Année : 97h - CONNAISSANCES CLINIQUES, THERAPEUTIQUE EN SEXOLOGIE, PREVENTION EN SEXOLOGIE.

La journée d’enseignement organisée lors des Assises de Sexologie et de Santé Sexuelle fait partie de ce programme.

I – EVOLUTION DES CLASSIFICATIONS (masculin, féminin). 2h

- Classification des dysfonctions sexuelles. 2h

II – DYSFONCTIONS SEXUELLES MASCULINES. 8h

- Troubles de l’érection. 2h
- Troubles du désir. 2h
- Troubles de l’éjaculation. 2h
- Dyspareunie. 1h
- Troubles du plaisir. 1h

III– DYSFONCTIONS SEXUELLES FEMININES. 8h

- Dyspareunie et syndromes vulvo-vestibulaires. 2h
- Vaginisme. 2h
- Troubles du désir et de l’excitation. 2h
- Troubles du plaisir et de l’orgasme. 2h

IV – DYSFONCTIONS SEXUELLES DU COUPLE 8h

Le couple : différents modèles 2h

Le symptôme sexuel et le couple 2h

Conjugopathies et Violences sexuelles 4h

V – PSYCHIATRIE ET SEXUALITE 6h

Les troubles de l'humeur, la schizophrénie, des troubles de la personnalité et la sexualité. 4h

Paraphilies. 2h

VI- CORPS ET SEXUALITE

Image du corps

Dysmorphophobies

Les mutilations sexuelles

VII – LES HOMOSEXUALITES 3h

VIII – LA DYSPHORIE DE GENRE 3h

IX– VIH ET AUTRES IST & SEXUALITE 4h

X – HANDICAP ET SEXUALITE 2h

XI - MALADIES CHRONIQUES ET SEXUALITE 2h XII- CANCER ET SEXUALITE 2h

XI – LES TRAITEMENTS 22h

Différents systèmes thérapeutiques : fondements théoriques, objectifs, moyens, indications, contre-indications. 2h

Traitements pharmacologiques symptomatiques. 1h

Androgénothérapie, traitement hormonal de la ménopause. 1h

Traitements chirurgicaux. 2h

Approche mastérienne. 2h

Approche cognitivo-comportementale et thérapie de la pleine conscience. 2h

Approche psycho-dynamiques. 2h

Approche systémique et thérapie de couple. 2h

Les approches corporelles. 2h

Approches intégratives. 2h

Techniques complémentaires : sophrologie, relaxation, hypnose. 2h

Conduite du traitement : recommandations, choix, contrat et suivi thérapeutique. 2h

XII- VIOLENCES SEXUELLES. 4h

Victimes de violences sexuelles : Psychopathologie et prise en charge. 2h

Auteurs de violences sexuelles : Psychopathologie et prise en charge. 2h

XII – LA PREVENTION : CONSEIL-INFORMATION-EDUCATION 7h

1- Concept de Santé Sexuelle et santé reproductive 1h

2- Education sexuelle 3h

3- Stratégies d'intervention en sexualité (conseil et autres modalités)3h

ENSEIGNEMENT DIRIGE

APPLICATIONS COURS THEORIQUES 1E ET 2E ANNEE

TRAVAIL DE RECHERCHE EN VUE DU MEMOIRE

3ème Année : 60h d'enseignement dirigé. Ateliers et enseignements dirigés (consultations simulées et cas cliniques)

La journée d'enseignement organisée lors des Assises de Sexologie et de Santé Sexuelle fait partie de ce programme.

Evaluation et diagnostic sexologique lors des premières consultations. 2h
Bon et mauvais usage des traitements hormonaux dans les difficultés sexuelles (androgénothérapie, traitement hormonal féminin). 3h
Le traumatisme sexuel, les violences sexuelles. 3h
Handicap et sexualité. 3h
La prescription d'une aide à l'érection. 2h
Les troubles de l'éjaculation. 3h
Ejaculation retardée, anéjaculation, anorgasmie 3h
La chirurgie chez l'homme : correction et iatrogénie. 3h
La chirurgie chez la femme : correction et iatrogénie. 3h
Vaginisme et dyspareunie. 3h
Les troubles du désir homme/femme/couple. 3h
Les troubles de l'excitation et de l'orgasme féminin. 3h
Dépression et sexualité. 3h
Le couple dysfonctionnel. 3h
Initiation à différentes approches thérapeutiques 3h
Cadre et éthique en consultation 3h
Sexualité des personnes âgées 3h
Contre-attitudes en thérapies sexuelles 3h
Les hypersexualités et le libertinage 2h
Les adolescents et la sexualité. 3h
Place de l'autoérotisme en sexologie 3h

TRAVAIL DE RECHERCHE EN VUE DU MEMOIRE

Annexe V. La notice d'information et de consentement éclairé

Notice d'information et de consentement éclairé

Enquêteur :

Mme JOFFRE Manon

Etudiante en 3ème année de masso-kinésithérapie à l'Institut Limousin de Formation aux Métiers de la Rééducation (ILFOMER) de Limoges

Email : manon.joffre@etu.unilim.fr

Numéro de téléphone : 06 25 81 27 04

Objectif des entretiens :

Faire un état des lieux et cerner les différentes spécificités de la prise en charge de patientes présentant des douleurs sexuelles périnéales

Droits de l'enquêté :

- Votre participation à cet entretien est volontaire. Vous êtes donc libre à tout instant d'y mettre un terme sans raison ni préavis et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Vous pouvez également, dans ces mêmes conditions, demander que les données soient détruites.
- Vos données et votre vie privée sont personnelles. Elles seront donc rendues anonymes et aucun renseignement permettant de révéler votre identité ne sera dévoilé. L'intégralité des données sera conservée dans un environnement sécurisé auquel seul l'enquêteur a accès. Ces données pourront vous être restituées et seront détruites une fois le processus de recherche achevé.

L'enquêté :

« Je soussigné.e Mme/M, accepte participer de mon plein gré à cet entretien.

J'autorise par la présente Mme à enregistrer cet entretien.

Je l'autorise aussi à en traiter les données transcrites rendues anonymes :

- Dans le cadre d'une recherche scientifique à but non lucratif (mémoire)
- A des fins d'enseignement universitaire
- Pour une diffusion dans la communauté scientifique »

Lieu et date

Signature

Annexe VI. Exemple de retranscription complète d'un entretien.

Est-ce que vous pourriez vous présenter s'il vous plaît ?

Euh... Alors moi, je suis Catherine masseur-kinésithérapeute en périnéologie et sexologue.

D'accord, est-ce que vous pouvez me présenter votre parcours d'étude ?

Je suis diplômée de 2002 en masso-kinésithérapie à l'École Française d'Orthopédie et de Massage à Paris. Je fais de la périnéologie depuis 2008, donc je fais que ça depuis 2008, que de la prise en charge des femmes. J'ai fait pas mal de formations du coup à Paris et j'ai travaillé dans le cabinet de Monsieur X et [inaudible] qui sont des gens qui ne font que ça à Paris et qui sont un peu connus pour ça. J'ai un tout petit peu travaillé à la maternité des Lilas dans le 93 avec Monsieur X. [à elle-même] Quoi d'autre ? Donc j'ai fait toutes les formations qui peuvent exister en périnéologie à l'époque, ensuite j'ai fait un DU d'urodynamique je ne sais plus quand, à Bichat. Je suis allée un peu faire des formations avec des sage-femmes pour voir ce qu'il se passait et je suis passée en salle d'accouchement pour voir un peu comment ça fonctionnait, pour comprendre un peu ce qu'il se passe sur le terrain. Et ensuite comme j'étais un peu bloquée avec mes patientes sur les problématiques de douleurs et de sexualité, j'ai fait le Diplôme Inter-Universitaire d'Etude de la Sexualité Humaine à Descartes et je l'ai eu en 2017. Et là (donc ça c'était à Paris) je suis partie de Paris il y a un an et demi. Donc maintenant je suis à Grenoble et du coup j'ai fait le Diplôme Universitaire « violences faites aux femmes, vers la bientraitance » pour compléter aussi sur les mécanismes, sur les psycho-traumatismes et du coup sur tout l'impact corporel que ça peut avoir. Pour comprendre un peu comment essayer de débloquent les prises en charge qui ne fonctionnent pas et qui peuvent avoir un lien avec des mécanismes de violences qui ne sont pas forcément des violences sexuelles, mais tout type de violence. Je travaille aujourd'hui exclusivement en libéral et je suis en train de monter une association avec 2 autres masseurs-kinésithérapeutes périnéologues. C'est une association dont le but est d'essayer de créer du lien avec les soignants du corps (on n'a pas encore bien déterminé le truc) pour pouvoir faire connaître justement les mécanismes de violence et l'impact et les conséquences que ça peut avoir au niveau corporel. C'est aussi pour créer du réseau avec les autres soignants, pour avoir une prise en charge cohérente pour les patientes, complète. Et puis pour ne pas se retrouver tout seul face à ce truc de violence qui est quand même un peu compliqué. Si je n'ai rien oublié. Mais j'ai sûrement oublié beaucoup de trucs mais... Voilà.

De toute façon, j'ai une liste de questions un peu établies que je vais vous poser en fonction des réponses que vous allez m'apporter. Si jamais à tout moment vous avez oublié de dire quelque chose et que vous y repensez à la fin, il y a une partie d'échanges libres.

Ok !

Est-ce que dans le cadre de votre formation initiale en 2002, les notions de santé sexuelle et de douleurs sexuelles périnéales avaient été abordées ?

Non, non. Il n'y avait aucune... Alors, dans mon souvenir parce que pour tout dire j'ai quand même séché les travaux pratiques, je me suis toujours dit que jamais je ne ferai ça. Mais en tout cas dans les cours théoriques, non. C'est de la physiologie, c'est de l'anatomie et ce n'est rien d'autre que ça. Donc c'est quand même hyper hyper limité et ce n'est pas du tout représentatif de ce qui nous attend dans la prise en charge des patientes. Et la santé sexuelle c'est une blague, on disait juste... Non ce n'est même rien. On ne disait rien. En formation initiale, rien dans mon souvenir.

Et du coup comment vous êtes-vous destinée à la prise en charge des patientes qui présentaient des douleurs sexuelles périnéales ?

Bah ce sont plutôt les lieux où j'ai exercé en fait. Du coup moi j'ai exercé avec Monsieur X qui travaillait à mi-temps à la maternité des Lilas et à mi-temps en libéral ; lui, il avait une patientèle exclusivement post-partum. Donc j'ai commencé comme ça et du coup de proche en proche sur du post-partum il y a de la douleur. Il y a de la douleur et du coup, c'est comme ça. Après c'est par du réseau. Après, moi, j'ai été un peu étiquetée et repérée sur tout ce qui est reprise de prise en charge post-partum et post-partum un peu traumatique. Et du coup après de proche en proche c'est comme ça que c'est venu à moi en fait, je ne suis pas allée le chercher.

D'accord, donc plus par une demande des patientes que par un intérêt que vous aviez ?

Des patientes et des prescripteurs qui envoyaient sans trop savoir où envoyer alors qu'on est quand même à Paris ! Mais sur la prise en charge des douleurs, enfin moi ça fait quelque temps que je travaille... Donc maintenant, c'est un peu mieux pris en charge (un tout petit peu mieux pris en charge), un petit peu mieux connu, mais avant c'était juste une blague quoi.

Donc vous avez pratiqué avant d'avoir votre DIUESH en 2017, est-ce que vous pourriez me dire comment avant d'avoir le diplôme et d'avoir passé la formation vous auriez évalué votre niveau de connaissance à propos des douleurs sexuelles périnéales et de leur prise en charge ? Sur une échelle de 0 à 10 par exemple.

Mon niveau de connaissance à moi sur une échelle de 0 à 10 maintenant que j'en connais plus ? À peu près 1 [rire]. Alors 1 au début et puis après, je suis allée chercher dans la littérature, dans les formations et tout ça. Donc tout doucement ça a bougé, mais je n'ai jamais trouvé ce que je recherchais vraiment.

Encore maintenant ou avant le DU ?

Non, non, après le DU il y a quand même plein de choses qui se sont éclairées et du coup j'ai un peu plus de... Dans mes recherches aussi, ça m'a permis d'aller cibler un peu plus. Et surtout dans les réseaux que j'ai pu faire grâce au DU, dans les rencontres que j'ai pu faire grâce au diplôme.

Et donc maintenant si vous deviez réactualiser cette note de 1/10 ?

Je n'en ai aucune idée, je suis entre 6 et 8 quoi. Je pense qu'il y a encore une marge de manœuvre ?

Quels ont été pour vous les avantages et les inconvénients du DIU ?

De celui que j'ai fait ?

Oui

Dans celui de Descartes ce n'est quand même pas assez pratique. Il n'y a pas assez de mises en situation, c'est hyper hétéronormé. Mais je crois qu'il a explosé celui de Descartes, il est en train de se faire phagocyter par Bichat. Après ce que ça m'a apporté, c'est quand même une capacité à être dans le non-jugement. Parce que ça, c'était quand même le gros truc pendant 3 ans d'apprendre du coup à accueillir la parole et à réussir à mettre à distance nos tabous, nos visions de la sexualité. Donc ça, ça m'a apporté. Ça a un peu plus alimenté mon esprit critique quand même parce que pour le coup cette hétéronormativité qui était flagrante ça m'a permis de me dire qu'il y a un moment où il faut que ça bouge un peu. Et après et après le gros avantage de ce DU c'est d'être entouré d'autres professions et d'autres parcours et du coup ça ouvre énormément l'expérience, la vision des choses.

Le point négatif ce serait donc l'hétéronormativité, c'est celui-ci le plus gros que vous notez ?

Ouais, sur celui Descartes quand je l'ai fait, c'était quand même une grosse grosse blague quand même. C'est quand même le truc le plus flagrant que j'ai en tête. Je trouvais que c'était extrêmement théorique et très psychologique, et pas très corporel alors qu'on est quand même dans un truc du corps quoi. Donc j'ai trouvé qu'il y avait un gros manque là-dessus et étant masseur-kinésithérapeute, c'est quelque chose qui était vraiment très flagrant et extrêmement frustrant. Et avec un gros manque je trouve du coup sur 2 axes qui sont les douleurs dans la sexualité et la violence. Déjà, ça me posait des soucis et c'est pour ça que je suis allée chercher un DU de violence. Ce sont des sujets qui ne sont pas du tout abordés alors que dans la pratique, il y a quand même énormément de pratiques de violences dans les troubles de la sexualité et dans les douleurs. Mais violences au sens large. Donc ça, je trouve que c'est un gros point négatif.

Est-ce qu'à l'heure actuelle, vous envisagez d'autres formations ?

Toujours, mais je m'interdis de les faire. Moi, j'aimerais trouver des outils... enfin il y a la sexologie-corporelle. Mon métier de base, c'est quand même... Enfin je m'en sers, mais en fait je ne suis pas formée. Il y a tous les outils de communication. Idéalement, j'aurais voulu faire des études de psychologie mais c'est 5 ans donc il en est hors de question. Mais du coup il y a des milliards de choses qui manquent et globalement ce DU je ne sais pas si maintenant à Bichat ils font bouger les choses... Mais en sortant de ce DU, pratiquer en tant que sexologue avec une formation de base de en masso-kinésithérapie ce n'est pas possible en fait. Enfin, ça me semble hyper risqué en fait pour les patients et pour les praticiens. Parce qu'il nous manque quand même pas mal d'outils d'analyse et de compréhension en fait des mécanismes psychologiques. Parce que pareil les cours de psychologie, c'est quand même très survolé et il n'y a pas de mise en pratique. Du coup hors formation dénommée formation, moi à la sortie de ce DU c'était inenvisageable pour moi de faire des consultations de sexothérapie et du coup on a créé un groupe d'intervision avec 3 participants du DU. 2 psychologues et un généraliste. Et on a tenté aussi de la supervision avec quelqu'un qui était pour le coup, enfin qui ne faisait pas bien son job de supervision... Mais du coup moi, ce sont les interventions

que j'ai pu faire après qui m'ont fait avancer dans ma pratique ou qui m'ont permis de me lancer en tout cas dans mes consultations en sexologie.

Ce que vous appelez interventions ce sont des rendez-vous avec d'autres professionnels de santé ?

Ce sont d'autres professionnels de santé, donc des réunions entre pairs. Et du coup, là c'étaient des sexologues. Donc des gens qui sortaient du DU aussi et qui avaient du coup des métiers qui étaient autres que le mien de base. Donc un généraliste plutôt orienté gay et homosexuels, dans des prises en charge de patients discriminés. Une psychologue sexologue spécialisée dans la prise en charge des auteurs de violence et du coup de victime aussi de violence. Et une sexologue qui est ***** et enseigne à Bichat. Qui est du coup [inaudible] enfin qui a travaillé dans le monde associatif sida, VIH, sexualité des femmes avec les femmes et tout ça.

Vous vous retrouviez dans le cadre de réunion à distance, en présentiel, avec des fiches de patients ?

On se voyait en présentiel tous les mois et demi ou tous les 2 mois en théorie sur des sessions de deux heures. En pratique, ça débordait beaucoup. Et l'idée, c'était de venir chacun avec un cas, le cas d'une patiente qui nous avait posé problème pour exposer notre problématique et voir un peu si les autres avaient des outils ou une autre vision ou... faire de l'analyse de pratique et puis après essayer d'échanger et de voir si du coup, on orientait ou on gardait la patiente... et du coup comme c'était tous les mois et demi à 2 mois ça nous permettait de faire un retour sur l'évolution.

Est-ce qu'à titre personnel, vous pourriez me dire ce que votre pratique vous apporte ?

À titre personnel ? Ma pratique en sexologie ou le DU ?

À l'heure actuelle la pratique couplée sexologie-kinésithérapie, votre profession, qu'est-ce que vous tirez de tout ça ?

Dans ma vie perso ?

Oui, alors pas nécessairement votre vie sexuelle parce que j'ai déjà une consœur qui m'a posé la question et ça ne m'intéresse pas plus que ça [éclats de rires mutuels]...

Ça me permet de prendre un peu plus de recul sur les choses du quotidien et de moins peut être juger au premier abord. D'essayer de, enfin de laisser venir les choses et voilà... C'est toujours cette notion de la norme ; il n'y a pas de norme. Je fonctionne comme ça de base, mais du coup ça encore plus ancré ce truc-là. Et du coup il n'y pas de normes et pas de jugement et chacun a sa vision des choses de la vie. Je pense que ça m'apporte essentiellement ça. Et du coup même au niveau de la pratique en masso-kinésithérapie en fait ça modifie un peu ce qui a pu nous être appris en formation initiale de « le masseur-kinésithérapeute est le sachant et le soignant décide et choisit » parce que c'est un peu comme ça qu'on a été formé nous à l'EFOM. Et en plus à l'EFOM, on est les dieux du monde. Enfin on est les rois du monde quand même... Et du coup ça fait redescendre un peu du piédestal.

On peut dire que ça rend plus humble ?

Je ne sais pas si c'est de l'humilité, mais... Ça remet juste à sa place, on n'a pas toutes les connaissances et du coup chacun par sa vision des choses peut alimenter et peut permettre de construire ensemble.

Pour la suite, les questions porteront plus sur votre prise en charge des patientes. Et sur le type de patientes que vous prenez en charge. D'abord, est-ce que vous pourriez me dire quelles sont les principales pathologies qui impliquent des douleurs sexuelles périnéales et que vous rencontrez, vous, au cours de votre pratique ?

Alors il y a avant, à Paris, et maintenant à Grenoble. Du coup à Paris essentiellement le traumatisme obstétrical donc l'accouchement, l'accouchement voie basse. Et du coup le traumatisme obstétrical en lui-même avec le geste qui peut entraîner une problématique périnéale avec du coup des douleurs et tout ce qui s'ensuit. Avec les étirements du nerf pudendal et tout ça... Qui va entraîner des douleurs et qui du coup impacte sur la sexualité. Et après dans la dimension aussi explosion traumatique avec l'accouchement voie basse ou césarienne qui fait exploser d'autres choses. Et du coup, on met en place des mécanismes de protection au niveau périnéal ou abdominal ou diaphragmatique et puis une mise à distance aussi du coup de la sexualité, mais qui du coup entraîne des processus de vaginisme secondaires ou de dyspareunies... Ce genre de choses. Ça, c'est plutôt le versant à Paris parce que c'était ma patientèle en grande majorité. Aujourd'hui ma patientèle ce sont beaucoup de jeunes femmes parce que je travaille avec un prescripteur qui est sur le campus. Du coup avec beaucoup de

jeunes femmes qui ont des dyspareunies, du vaginisme, des troubles du désir, des troubles de l'excitation qui entraînent des douleurs et des problématiques dans la mise en route. Pas beaucoup de femmes ménopausées. Il y en a quelques-unes, mais pas trop. Et avec là en ce moment quelques-unes quand même sur du traumatisme obstétrical un peu lourd.

Dans les traumatismes obstétricaux, vous comptez aussi tout ce qui les problèmes liés à des cicatrices d'épisiotomie douloureuse ou des choses comme ça ?

Ouais. Ce n'est pas du traumatisme obstétrical ça pour moi, mais c'est de l'obstétrique liée à l'accouchement. Donc il y a les problématiques de cicatrice, les problématiques de... Le point du mari on en pense ce qu'on en veut mais avec voilà sur un périnée recousu un peu serré. Ça, et puis après les spatules, les forceps, tous ces trucs-là.

Vous m'avez donné déjà quelques indications, mais est-ce que vous pourriez donner des types de profil qui reviennent de manière régulière parmi votre patientèle ou pas ?

Les types de profil il y a la femme qui contrôle tout. Il y a les phobiques d'un côté et puis les femmes hyper carrées, droites dans leur quotidien. Où il a une incapacité à lâcher prise, et du coup dans le contrôle de tout. De tout : de leur boulot, de leur vie personnelle, de leur compagnon... Et même dans les jeunes femmes que je vois du campus en ce moment, ce n'est que ce profil-là qui sort. En contrôle permanent.

Et les femmes que vous dites phobiques... Du coup, c'est une phobie du rapport, c'est une phobie psychologique ou autre ?

Ça, c'est compliqué. C'est un peu compliqué à déterminer et c'est là qu'il me manque encore des outils. Donc il y en a qui sont phobiques du rapport, mais en fait, c'est autre chose qui va venir résonner sur le rapport. Mais il y en a qui ont une multitude de phobies et qui du coup viennent raisonner aussi sur la sexualité.

Vous pourriez me donner un ou 2 exemples de phobies que peut-être avez-vous déjà pu déceler avec votre bagage actuel ? Ou des phobies que des collègues ont pu rencontrer ? Votre idée est intéressante, mais pour le coup je n'en ai pas encore trop entendu parler. Pourriez-vous la développer afin que je comprenne mieux ?

[longue expiration puis silence] En ce moment j'en ai une patiente, qui elle pour le coup est phobique du rapport phobique de la pénétration. Ça la met dans un état d'angoisse et d'anxiété tel que c'est inenvisageable. Mais en même temps, pour répondre à la norme du rapport sexuel avec pénétration il faut aller chercher ce truc-là. Mais voilà, phobique du pénis dans des états où du coup le système neuro-végétatif se met en route avec de la transpiration, avec une accélération du rythme cardiaque rien que quand on en parle, quand on regarde des... Parce que moi, je travaille avec des images, des photos et du coup les photos de vulves et les photos de pénis ça la fait complètement basculer dans des mécanismes de dissociation. Du coup, elle regarde ça, elle se met à transpirer, elle n'est plus capable d'élaborer la pensée et elle n'est plus en présence.

Des choses qui sont très prenantes pour les patientes donc ?

Voilà et qui ne sont du coup pas liées juste à la peur d'avoir mal.

Est-ce que vous pourriez me dire comment ces femmes interprètent et vivent leur déficience ?

Il y a plein d'interprétations possibles. En tout cas, comment elles le vivent... Enfin, du coup c'est une souffrance au quotidien. C'est l'impression de ne pas être dans la norme, de ne pas répondre à ce que la société attend de ce qu'une femme est censée faire dans sa sexualité. Donc il y a vraiment un gros gros gros problème de représentation de normativité, mais dans les représentations qu'elles se font aussi. Parce que quand on construit ça et quand on déconstruit ce qu'on appelle « les cartes du monde » en fait comment c'est censé être et comment ça doit être, ce n'est pas forcément ce que la société dit aujourd'hui. C'était quoi déjà le début de la question ?

Comment est-ce qu'elles les interprètent ?

Je ne comprends pas la question.

Alors je vais dire une grosse ânerie à titre d'exemple, mais par exemple « tout est lié au fait que Vénus rétrograde », avec des grosses croyances par exemple. Ou « c'est quelque chose d'extérieur qui n'est pas lié à moi », ou « ma vie elle m'a entièrement conditionné, je ne peux rien y faire ». Ou à l'inverse, « il faut absolument que je fasse quelque chose par rapport à ça » est ce qu'il y a des interprétations qui changent par rapport à la douleur, son origine...

Quand on va chercher un peu, il y a plein de patientes qui pensent que c'est peut-être lié à leur éducation, qui pensent qu'il y a un problème organique donc ça, c'est difficile à lever ce truc-là. Qu'en effet elles ne peuvent rien faire et que c'est foutu. Et elles essaient un truc, mais ça ne marche pas. Que c'est lié aux partenaires ou que c'est elles qui ne font pas ce qu'il faut. Ou que c'est un problème anatomique, leur vagin est trop petit. Il y a plein de choses possibles en fait. Mais ça c'est plutôt sur toutes les patientes qui sont vaginiques ou atteintes de dyspareunies en fait. Et sur les jeunes femmes, c'est vraiment « j'ai un problème anatomique » ou « j'ai des mycoses », ce n'est pas du tout sur... Enfin moi je n'en ai aucune qui arrive en disant « je ne me connais pas, je ne sais pas comment ça marche et je viens pour apprendre et ça va fonctionner derrière ». C'est vraiment un état de fait de « je ne suis pas normale, est-ce que vous pouvez vérifier que je suis normale et si je ne suis pas normale bah ça ne sera jamais possible sans douleur ». Il y a un peu quand même une notion de « c'est normal que la pénétration... (parce que là, on parle quand même de pénétration), « c'est normal que la pénétration soit douloureuse ». C'est un peu ancestral, on s'est passé le message de génération en génération que de toute façon ça fait mal. Avec ces problématiques, ces angoisses du premier rapport où tout le monde, toutes les nanas autour d'elles, on dit que de toute façon ça ferait mal et qu'il faut passer par là. Donc il y a aussi une peur qui s'est intégrée, qu'elles se sont appropriées dans l'idée que de toute façon, c'est comme ça, et c'est comme ça pour tout le monde. Et que du coup elles s'approprient cette douleur avant qu'elle n'ait existé.

Est-ce que vous avez aussi des patientes qui viennent pour des problématiques de vestibulodynie ou de vulvodynie et pas forcément de douleur simplement liée à la pénétration mais des douleurs sexuelles tout de même.

Oui. Oui. Je pars là-dessus parce que c'est vrai qu'en ce moment, c'est... Oui il y a de la vestibulodynie et ce genre de choses oui.

Comment est-ce que vos patientes envisagent leur sexualité et quelles sont les adaptations qu'elles ont faites par rapport à leur douleur ?

Alors, il y en a qui sont dans l'éviction totale. Donc plus de sexualité [silence] plus de sexualité, mais même plus de rapprochements possibles ni dans la sensualité, ni dans juste le contact physique ou la tendresse. Donc il y a vraiment une mise à distance totale. Avec du coup absence de désir tout ce genre de chose, aversion de l'autre. Et puis il y en a qui ont mis en place des adaptations. Donc quand la pénétration est douloureuse, il y en a qui du coup évitent la pénétration vaginale. Elles utilisent d'autres choses. Quand ce sont des problématiques de vestibulodynies et machin et quand ce n'est pas des [articule plus] clitoridynies (je n'arrive jamais à le dire) et bien elles s'adaptent autour du clitoris et elles s'adaptent autour d'autres pratiques. Donc c'est assez partagé. Il y a un peu ces 2 axes-là : de l'adaptation voilà en se disant que « bah ça ce n'est pas grave il y a d'autres choses qui peuvent être chouettes » et du coup à essayer d'ouvrir et d'aller à la découverte d'autres choses pour trouver de l'excitation et du plaisir autrement que par de la pénétration à tout prix ou par le contact au haut niveau de la vulve.

Et puis il y en a qui laissent tomber quoi.

Est-ce que vous pourriez me donner des facteurs qui font qu'elles viennent à un moment donné commencer une prise en charge à vos côtés ? Quels sont leurs leviers et leurs motivations ?

Pour celles qui sont en couple, il y en a qui viennent parce qu'elles craignent que leur couple explose. Elles ne viennent pas pour elle, mais elles viennent pour le couple ou pour leur partenaire. Il y en a qui viennent parce qu'il y a un désir de grossesse donc il faut que ça rentre en fait. Dans les couples homosexuels que j'ai, il y en a qui viennent parce qu'elles ont envie quand même de savoir ce que ça peut être et ce que ça peut faire pour celles qui n'ont jamais pu expérimenter la pénétration. Il y en a qui viennent parce qu'elles veulent être normales, toujours dans cette idée que la pénétration est la finalité d'un rapport sexuel. Et sur tout ce qui est vestibulodynies et tout ça, c'est plutôt qu'elles viennent dans leur objectif de ne plus avoir mal en fait. Pas simplement retrouver une sexualité « plaisir » qui va bien, c'est juste : « Ces douleurs-là, je n'en peux plus. Est ce qu'on peut faire quelque chose ? ».

Oui parce que du coup, ce sont des douleurs qui peuvent apparaître en permanence au contact du tissu par exemple ?

Exactement, elles ce n'est pas l'objectif de reprise de la sexualité et tout. C'est plutôt : « Ça concerne la zone génitale et du coup, on va voir quelqu'un qui parle de la zone génitale et qui a un peu cette casquette-là », mais ce n'est pas forcément dans un objectif de reprise de la sexualité avec leur partenaire.

Est-ce que vous pourriez donner une estimation du nombre de patientes que vous rencontrez au cours d'une semaine par exemple en pourcentage de patients que vous rencontrez pour des problématiques de douleurs périnéales en lien avec leur sexualité ?

C'est-à-dire que c'est la sexualité qui cause la douleur ou la douleur à un impact sur la sexualité ? On le met dans quel sens ?

Alors je dirais plutôt que la douleur a un impact sur la sexualité parce qu'après je n'ai pas du tout exploré dans le cadre de mon mémoire le côté par exemple des pratiques BDSM ou des choses comme ça où la douleur peut être recherchée dans le rapport. Ça, je ne l'ai pas recherché dans mon mémoire. Ça peut apparaître en ouverture mais à l'heure actuelle, je n'en ai pas trop parlé. Par contre si vous souhaitez m'en parler il n'y a pas de souci ça peut être intéressant, comme vous voulez.

Si je me cantonne à votre question en ce moment, je dirais qu'on est à 70 % des patientes sur la semaine. Mais j'en ai pas mal en ce moment.

Et, ce sont des patientes que vous rencontrez à peu près à quelle fréquence et pour des séances de combien de temps ?

Là, on parle des séances de sexothérapie ou de masso-kinésithérapie ?

Alors, ça va rentrer clairement dans ma discussion parce que je n'avais pas pensé que les gens dissociaient tout le temps les pratiques.

Je ne dissocie pas forcément les pratiques, c'est là qu'est la difficulté en fait. Pour moi en tout cas, dans ma pratique, dans ma façon de faire : je suis masseur-kinésithérapeute et maintenant sexologue. Mais du coup quand je prends en charge des patientes avec une ordonnance en masso-kinésithérapie je ne peux pas, je suis incapable de dissocier. Donc je vais forcément mettre la sexologie dedans et aller explorer tout ça. Sauf que du coup, quand je vois que ça déborde et que pour certaines patientes il faut que ce soit plus cadré et que ce soit bien dissocié... Donc moi quand je fais des séances en sexothérapie, c'est une heure, et il n'y a pas forcément de travail périnéal en direct avec du toucher mais il y a du travail corporel. Et quand c'est de la masso-kinésithérapie, je suis sur des séances d'une demi-heure, mais je fais de la bidouille en fait. Donc il y a des patientes qui clairement n'ont pas les moyens non plus de payer une séance de sexologie. Moi, j'ai des étudiantes. C'est une blague d'aller leur faire payer 50 balles régulièrement, elles n'ont pas les moyens. Et du coup je fais de la bidouille, c'est-à-dire qu'il y a des fois pendant une demi-heure, on ne va pas aller travailler sur le périnée. On va se faire une demi-heure de discussion avec des axes de travail un peu axé excitation, comment faire pour vous faire monter l'excitation, l'univers érotique et tout ce genre de chose. Et puis la séance d'après on va être un peu plus sur du corporel. Ou alors je fais des bidouilles, je fais 2 séances d'une demi-heure en une heure. Je trouve que c'est un peu la difficulté de cette double casquette. Faire un peu les deux en même temps, ce n'est pas forcément bien fait donc des fois il faut dissocier. Mais du coup être la masseur-kinésithérapeute et la sexologue ça peut être un peu compliqué/ Et en même temps passer 1h avec une patiente à aller explorer des trucs et des axes un peu psychologiques pour 18,28 € parce que c'est le tarif de la séance de masso-kinésithérapie en fait ça pose souci oui. Du coup c'est la difficulté. Donc à Paris ce que je faisais c'est que je dissociais complètement. C'est-à-dire que les patientes que je voyais en masso-kinésithérapie je ne les voyais pas en sexologie, je les envoyais voir quelqu'un d'autre, mais c'était hyper frustrant. Et les patientes que je voyais en sexologie je m'interdisais de les voir en masso-kinésithérapie et j'envoyais sur quelqu'un d'autre et je trouvais ça frustrant mais je trouvais que le cadre était plus clair. Clairement, à Grenoble je n'ai pas de réseau, je ne connais pas encore les gens du coup je fais de la bidouille. Et finalement, ce n'est pas si mal parce que j'ai l'impression qu'il y a plus de globalité dans cette prise en charge. Mais c'est en questionnement, je suis en train d'essayer de voir si c'est bien ou pas. La difficulté, c'est de savoir en sexothérapie (mais c'est quand même un métier qui n'est pas très clair) qu'en tant que sexologue il y a des psychologues-sexologues, il y a des médecins-sexologues, des sage-femmes sexologues ce ne sont quand même pas les mêmes métiers de base. Nous, on est très corporel. On n'est pas psychologue non plus. Donc ça, il peut nous manquer pas mal d'outils. Mais clairement réussir à savoir vers qui orienter et qui est la personne la plus adaptée en sachant

qu'idéalement, il faudrait être psychologue, masseur-kinésithérapeute, médecin et sexologue. Donc dans les séances d'intervision moi que je faisais à Paris avec les psychologues et le médecin généraliste... Notre conclusion ça a été quand même : « est-ce qu'on ne pourrait pas essayer de trouver une grille de lecture suffisamment claire même si ce n'est pas possible en une séance, mais essayer d'avoir une vision un peu globale » pour voir vers qui orienter pour que la prise en charge soit la plus cohérente au départ et la plus adaptée. En sachant que c'est tellement complexe et qu'il y a tellement de facteurs intriqués que c'est quand même difficile aussi ça.

D'un point de vue plus masso-kinésithérapique, quels sont les principaux éléments que vous recherchez dans votre bilan ?

Il faut me détailler la question.

Alors, demain, vous avez une femme qui arrive avec une ordonnance simple douleur périnéale en lien avec la sexualité qu'est-ce que vous allez chercher à trouver ?

Vous savez qu'il n'y a jamais ça sur les ordonnances ?

Oui, je sais. Mais là, c'est une c'est une ordonnance faite par un médecin qui s'y connaît, qui a beaucoup parlé avec sa patiente et mais en même temps, il n'a pas mis un diagnostic tout précis [rire mutuel].

Il y a une ordonnance, donc elle vient en masso-kinésithérapie. C'est quoi la question, qu'est-ce que je cherche ?

Qu'est-ce que vous cherchez dans votre bilan. Même si c'est juste pour une plainte périnéale. Elle se plaint que ça apparaît entre autres pendant les rapports, comment est-ce que vous adaptez votre bilan et qu'est-ce que vous cherchez ?

Dans le questionnaire, c'est : où, quand, depuis combien de temps ? [silence] Quelle est la demande, est-ce que c'est [insiste] sa demande ? Pourquoi elle vient, qu'est-ce qu'elle vient chercher ? Quel est l'état de la sexualité antérieure ? Parce qu'il y en a qui disent « ça fait mal machin et tout ça ne va pas » mais en fait depuis toujours ça ne va pas et du coup de proche en proche la douleur apparaît. Parce que la douleur peut servir aussi à quelque chose d'autre, elle peut exister pour plein de raisons. Donc j'essaie d'explorer un peu ça. Donc moi, je ne fais pas forcément de bilan périnéal en systématique sur la première séance parce que j'interroge quand même pas mal. Maintenant que j'ai fait un DU un en violence, je questionne systématiquement sur les violences. Mais "violence" du coup ce sont les violences physiques, psychiques, sexuelles, mais ça englobe le harcèlement à l'école, l'environnement violent à la maison et pas forcément la violence directe. Et la question qui est la mieux comprise, c'est : « Est-ce que quelqu'un vous a déjà fait du mal ? ». Et donc là il y a quand même plein de choses qui sortent. Alors que quand on dit « Est-ce que vous avez été ou vous êtes victime de violence ? » Bon, il n'y a rien qui sort hin. Donc moi, maintenant, je questionne systématiquement là-dessus. Quand c'est une séance d'une demi-heure assez souvent de toute façon, je n'ai pas le temps de faire les choses correctement et de passer à un bilan périnéal. Je cherche à identifier, à cartographier vraiment précisément la douleur et à voir quand est-ce qu'elle apparaît et est-ce qu'il y a des déclencheurs. Est-ce qu'elle apparaît en dehors de la sexualité aussi ? Et du coup après dans le bilan périnéal à proprement parler, on met le périnée au repos. On voit si on peut faire un toucher vaginal, on voit s'il y a des tensions... un bilan périnéal. Je ne crois pas avoir de différence du coup entre un bilan périnéal post partum et un bilan périnéal en lien avec la sexualité sur le palpatoire. Après, sur l'interrogatoire même en post-partum en fait, je viens forcément questionner sur la douleur, sur avant l'accouchement, maintenant, pendant la grossesse... Mais je mets un questionnaire douleur, un questionnaire sexologie et un questionnaire sur la violence. Enfin, un questionnaire ça peut être une seule question.

Vous utilisez par exemple le FSFI ou des choses comme ça ?

[souffle] Non, je ne le fais pas systématiquement, c'est trop lourd. Je n'ai pas le temps, j'aimerais avoir plus de temps mais... Après, moi dans ma pratique aussi, j'observe quand même pas mal... Dans les mécanismes de violence en fait il y a quand même plein de choses qui sont visibles sans poser la question. Donc, dans la façon dont la patiente rentre dans le cabinet et s'installe en salle d'attente, rentre dans la salle, se positionne sur sa chaise, se positionne au niveau corporel, regarde autour, regarde ou pas quand on est dans l'interrogatoire... il y a plein de petits signaux aussi qui font que je vais aller plus dans un axe ou pas sur ma première séance.

Et du coup tout à l'heure, vous décriviez l'utilisation de photos par exemple, là vous regardez beaucoup la façon dont la patiente se comporte physiquement. Vous utilisez quoi d'autre comme approches diagnostiques, comportementales, éducatives ou rééducatives avec les patientes ?

Alors j'ai le bassin avec les organes dedans donc, je leur montre et j'explique. J'utilise le dessin, je leur demande de dessiner une vulve, un machin, un organe, un bidule. J'ai des livres de Blandine Calais Germain qui dessine très bien les périnéées, l'accouchement et ce genre de chose. Après, je fais du palpatoire sur moi, je me mets en scène. Moi, je fais du dessin, mais alors je suis nulle en dessin. Enfin c'est très schématique. Et par contre ce qui est systématique c'est que je pars en fait de la patiente. C'est-à-dire que je pose des questions en fait, je vais partir de ce qu'elle me dit pour après tisser autour de ce qu'elle me dit pour éviter de faire un cours rhétorique sur «Le périnée c'est ça », ça « La sexualité c'est ça », « Votre corps comme est comme ça » parce que du coup ça autant te dire qu'elle n'en a rien à cirer. Elles ne retiennent pas grand-chose. Et ça m'ennuie moi, donc ça ne marche pas.

Donc, au niveau des moyens de communication que vous utilisez avec elles, c'est de l'oral et de l'écrit ou du visuel ?

Oui. Verbal et non-verbal : oral, visuel, dessin. Il y a les photos et le toucher. Un peu en mécanisme miroir, en touchant le bassin.

Vous le faites en même temps que la patiente ?

Moi du coup, je viens toucher sur moi, montrer où c'est avec le bassin en parallèle. Et si elles le veulent, elles viennent trouver les repères sur elles. Mais il n'y a pas d'obligation.

Les principales difficultés que vous rencontrez avec ces patientes c'est quoi, et comment jonglez-vous avec ?

Pendant les séances ou sur le bilan et sur l'information, l'éducation ?

Les 2.

[silence] euh [silence] il y a des patientes qui n'ont pas dans les propositions de travail d'exercice, qui ne vont pas le faire. Mais comme dans d'autres pratiques en masso-kinésithérapie. Moi, je ne suis pas dans l'injonction. Je ne peux pas dire "Il faut faire ça". Quand je fais un bilan j'explique tout ce que je fais et je montre en même temps. J'ai des miroirs si elles veulent regarder. Et je leur explique ce que j'ai retrouvé, quelles sont les possibilités de prise en charge. Et je demande, je leur dis de façon systématique qu'en-tout-cas, moi, je leur fais des propositions, mais que ce sont elles qui choisissent et que si elles ne sont pas d'accord en fait moi je leur expliquerai l'intérêt, mais que je ne force pas du coup à faire quelque chose ou pas. Donc, en fait je n'ai pas de... Je n'ai aucune patiente qui refuse en général parce que depuis que je le fais comme ça en fait elles sont plutôt parties prenantes et investies. Par contre, il y en a qui ont du mal à le faire et qui ont besoin de plus de temps. Enfin moi, je laisse le temps. Et aujourd'hui j'ai quand même énormément de patientes qui ont été victimes de violences et du coup il y a une vraie problématique de temporalité. Leur temporalité n'est pas la même que la nôtre et du coup, j'ai juste appris à laisser passer. J'essaie de comprendre comment elles fonctionnent et quelle est leur personnalité pour essayer de trouver des choses qu'elles vont pouvoir intégrer dans leur quotidien sans que ce ne soit une charge mentale ou temporelle supplémentaire qui fait que de toute façon elles ne vont pas le faire. Donc j'essaie de trouver avec elles et donc je leur demande un peu « Comment faites-vous ? », « Comment est votre journée ? », « Qu'est-ce que vous aimez ou n'aimez pas ? » Voilà. Quand il y a des médicaments, « Vous les prenez, vous ne les prenez pas ? », « est-ce que vous êtes capable d'être observante ? », « Vous faites du sport, pas de sport ? », « Vous êtes assise à votre bureau avec du monde, pas du monde » ... Pour essayer de trouver des petits trucs qu'on va pouvoir mettre dans le quotidien pour qu'elles se rendent compte qu'en fait ça leur apporte quelque chose. Donc c'est une espèce de circuit de récompense, « Ça me fait du bien donc peut-être que je pourrais en faire un peu plus et un peu plus » mais du coup dans la théorie de la récupération de "Ce sont des exercices qu'on est censés faire hyper régulièrement parce que c'est la régularité qui fait que ça va fonctionner" et bien je lis quand même vachement à distance de ce truc-là avec les patientes qui ne veulent pas ou qui ne peuvent pas à ce moment-là. Et du coup, je me dis que ce n'est pas le moment pour elles et que ce sera plus tard, et que soit on trouve des systèmes soit elles reviendront après. J'essaie de m'adapter à la personne que j'ai en face si j'arrive à comprendre un tout petit peu comment elle fonctionne.

Et il y a des freins qui reviennent régulièrement avec les patientes ?

Les freins qui reviennent dans la douleur, c'est... Enfin moi avec mes patientes, c'est la problématique d'accepter. De se dire que du coup la douleur ne va pas forcément disparaître, mais qu'il va falloir apprendre à gérer avec. Et du coup les freins, c'est la capacité à accepter de vivre avec la douleur dans une notion d'apprendre à accepter la douleur, pour pouvoir du coup faire descendre la charge de stress et du coup faire descendre la perception douloureuse. Et voilà, faire que la douleur fasse partie de sa vie mais sans qu'elle ne prenne toute la place. Le frein essentiel, c'est la capacité de certaines patientes à accepter ce truc-là.

D'un point de vue purement pratique sur les techniques de rééducation que vous mettez en place en manuel et en instrumental qu'est-ce que vous utilisez ?

Sur les douleurs ?

Oui

Les techniques manuelles ?

Oui, et ensuite instrumentales si vous utilisez des techniques instrumentales.

Il y a plein de trucs hin ! Manuel, il y a tout ce qui est massage, contracté-relâché, fasciathérapie, thérapie manuelle. Il y a du dilatateur, il y a de la sonde, il y a de la physiothérapie, du TENS, de l'antalgique, du travail avec les boules de geisha, avec des vibromasseurs, avec tout ce qui peut traîner sous la main et qui peut les aider.

Les autres techniques de physiothérapie que vous utilisez à part le TENS quelles sont-elles ?

Je n'en utilise pas d'autres, et le TENS ce n'est pas souvent !

Et du coup par exemple les boules de geisha, les vibromasseurs, les choses comme ça, comment vous en servez-vous ? Enfin comment... [rires mutuels], dans quelles conditions ?

Alors les vibromasseurs ça peut être soit utilisé comme un dilatateur dans un objectif de « je rentre, je sors » et du coup dans un but de désensibilisation périnéale avec un mécanisme de répétition, répétition, répétition. Et ça marche, ça marche, ça marche du coup pour aussi remettre en place dans le cerveau le fait qu'en fait ça marche et que ça passe. J'utilise la vibration en externe et en interne pour retrouver un peu de sensibilité, pour refaire sentir des choses, pour réintégrer aussi les perceptions du vagin et ce que ça peut être à l'intérieur. Pour remettre en lien avec la contraction périnéale. Ce sont des techniques [inaudible] là pour faire sentir avec les récepteurs à la pression qui sont à l'intérieur, donc on fait bouger à droite à gauche, pour éviter d'être avec ses doigts. Parce qu'il y en a qui ne veulent pas y aller avec leurs doigts. Les boules de geisha, c'est pareil ça peut être juste la présence de quelque chose à l'intérieur qui peut rester, ça peut permettre de travailler sur « Je mets quelque chose à l'intérieur de mon corps autre qu'un vibromasseur qui est un truc phallique et qui ressemble à un pénis » ou voilà qui représente du coup ce truc qui peut être compliqué. Ça peut être : « Je mets la boule de geisha et puis je la tire doucement et je viens serrer avec mon périnée pour sentir un peu comment ça bouge et ce que je peux percevoir et si je sens des trucs à l'intérieur ». [silence]. Ouais, contraction relâchement, remettre en lien après avec la respiration. Avec ce mécanisme de double bascule en respiration, contraction du périnée, bascule du bassin, double bascule avec les épaules. Tout ce qui est corporel, en mettant un truc à l'intérieur pour voir ce que ça fait et « Qu'est-ce que ça fait de juste serrer ? », « Qu'est-ce que ça fait de bouger avec » dans les sensations.

La double bascule du coup vous cherchez à ce que la patiente délordose ?

Le travail de la double bascule c'est celui de la bascule du bassin, la bascule des épaules. Et ça c'est la lordose-délordose, l'antéversion-rétroversion du bassin avec un enroulement-déroulement des épaules. Mais ça en général on le travaille sans dilatateur ou sans vibromasseur et après elles essaient avec à la maison. Après, on est capables de tout essayer en cabinet hein, de tout faire. Ce sont des trucs qui peuvent paraître un peu étranges, mais on travaille sur tous ces mécanismes en effet, et ça, c'est plutôt de la sexologie-corporelle. Comment aller chercher la sensation en mettant en place ces mécanismes de tensions musculaires, de respirations, de mouvements ? Sauf qu'on est dans un cadre sécurisé, bien bordé, bien cadré, qui est thérapeutique. Et du coup on ne va pas déclencher une sensation de plaisir de fou avec la ou le masseur-kinésithérapeute à côté. Le préambule, c'est d'avoir quand même hyper bien cadré et en général elles sont assez partantes pour ne pas le faire toute seule dans leur coin.

Et du coup, tout ce qui est thérapie manuelle, massages, ce sont des choses que vous faites en interne et en externe ?

Ça va dépendre de ce que je retrouve au bilan et des plaintes de la patiente, et de la pathologie aussi. Je n'ai pas de truc préétabli sur les pathologies en particulier, j'essaie d'aller explorer un peu tout. Après, moi, je fais pas mal de travail en viscéral aussi. Du travail viscéral et du travail sur le diaphragme. Je peux passer beaucoup de temps sur le viscéral, sur le diaphragme et sur les mobilités costales avant d'aller chercher un périnée.

Donc vous travaillez sur une respiration abdomino-diaphragmatique ?

On va jouer sur les 2, pour faire prendre conscience qu'en fait, on est en verrouillage abdominal et qu'il ne se passe rien en abdominal. Ou pour réintégrer le ventre et la respiration sur toute la globalité du corps, remettre en lien le périnée et le diaphragme. Et du coup au milieu, il se passe quelque chose. Parce que souvent, j'ai des patientes du coup qui décrivent que le ventre et le bassin pour elles ça n'existe pas. Comme s'il y avait au niveau corporel de la sensation jusqu'au sternum, et puis après ça recommence à la cuisse. Donc en fait, j'essaie de réintégrer en mettant à distance du périnée. Parce qu'elles viennent pour ça et que ça fait mal. Donc, on met à distance et après elles utilisent toutes les techniques de cohérence cardiaque et tout ça pour retravailler sur la respiration. Il faut remettre un peu de mouvement et de lenteur, de fluidité pour débloquer ces mécanismes de protection qui viennent aussi après se verrouiller au niveau du diaphragme, au niveau du ventre, et qui maintiennent le verrouillage du périnée. Il y a quand même plein de choses qui se passent au niveau périnéal et au niveau des douleurs, qui sont quand même des choses qui existent parce que c'est l'endroit où l'on vient tenir, où l'on vient garder certaines choses. Et du coup dans ces patientes qui ont vécu des traumatismes et donc là je suis plus sur du vaginisme (moi, je pense plus au vaginisme) tout ça, mais aux douleurs pelviennes aussi, bah ces douleurs elles expriment quelque chose et du coup quand on va libérer ces périnées ça explose ailleurs. Donc j'ai tendance à ne plus y aller. Il y a dix ans, j'allais systématiquement sur le périnée. Maintenant je n'y vais pas forcément et je peux prendre du temps avant d'y aller.

OK. Donc il y a aussi une forme alors, peut-être que « réserve » ce n'est pas le mot, mais une forme de prise de recul ?

J'essaie de trouver la bonne temporalité, le bon moment pour y aller. Et là, dernièrement il y a une patiente où je me suis fait coïncider, où j'y suis allée un peu tôt parce que je me disais que ça faisait trop longtemps qu'elle venait et que nous n'étions pas allées chercher. On ne répondait pas à sa demande qui était de travailler sur le périnée. Et j'y suis allée et elle a explosé en fait. Elle voulait, mais elle ne pouvait pas. Après, ça fait avancer quand même parce que ça a mis en lumière que ce n'était encore pas le moment et qu'il fallait aller chercher par d'autres biais, par d'autres endroits. Et quand je vous dis « explosé » c'est de la transpiration, ce sont des pleurs, c'est de la panique, c'est une dissociation sur la table quoi... donc les doigts dans un vagin quand ça dissocie c'est un peu compliqué. Je ne sais pas si vous connaissez ce qu'est la dissociation ?

Du peu que j'en sais (c'est peut-être mal formulé) mais c'est un peu comme se voir de l'extérieur ?

Ouais, c'est ça. C'est se mettre en dehors de son corps et c'est au niveau du cerveau. Il y a comme un bouton on/off et du coup, on n'est plus là. Donc, c'est assez compliqué aussi, enfin il faut border quand même pas mal de choses parce que quand vous avez des doigts dans un vagin et que la personne dissocie ça peut aussi la ramener à des mécanismes de viol ou d'attouchements et lui faire revivre ces trucs-là. Donc il faut, enfin moi, je trouve ça un peu compliqué de se retrouver toute seule avec ça si on n'a pas un peu étayé autour.

Et quand ça vous arrive ce genre de chose, comment réagissez-vous ? [elle rit] C'est quoi le "après" en fait de ce genre d'événements pour vous et pour la patiente ?

Alors, le "après" tout de suite, c'est que de toute façon moi, j'essaie de la ramener à l'ici et maintenant. Pour que la patiente arrête de dissocier, il faut la ramener à l'ici et maintenant. Donc ici maintenant c'est que... Je n'enlève pas forcément mes doigts hyper vite en me disant [imite une personne en alerte] « Oh merde non, il faut enlever et machin » comme ça, parce que ça, ça peut la faire encore plus paniquer. Mais c'est : une main sur sa jambe en disant « Je suis là, vous regardez ma main. Après vous regardez mes yeux » et du coup je la rappelle, mais je la rappelle de façon très [appuie le terme] très directive. Et du coup « Vous êtes avec moi, vous savez où vous êtes », et je lui dis « Vous regardez la porte là, vous regardez la fenêtre » et du coup dans un lieu qu'elle connaît par cœur parce qu'elle est déjà venue plusieurs fois. Et du coup, après, je préviens que « Je vais enlever

mes doigts » parce que ça, c'est trop compliqué. Mais du coup, j'attends de récupérer le regard et l'attention et de voir qu'elles sont revenues. Et du coup, le truc c'est ça, c'est l'ici maintenant, c'est trouver des repères visuels ou corporels ou de voix qui leur permettent de revenir dans le moment présent.

Et après vous entamez une phase de discussion avec elle ou de retour ?

Après, je ne les laisse pas partir comme ça. Donc c'est ce qui est compliqué aussi dans ces prises en charge qui sont censées durer 30 min. Enfin moi je ne peux pas les laisser partir comme ça, parce qu'après ça peut être très compliqué pendant très longtemps. Du coup, il y a un temps de discussion où on détaille tout ce qui s'est passé et à quel moment ça a basculé. Et on essaie de refaire des liens avec ce qui a pu être dit avant. Du coup, la difficulté c'est quand on ne l'a pas vu venir et dans le bilan quand on n'est pas allé explorer ça et qu'il y a une patiente dissociée, là, c'est plus compliqué de la faire revenir. Moi après je ne suis pas psychologue ou quoi donc c'est compliqué. Mais du coup, l'objectif c'est d'essayer de sécuriser au maximum avant qu'elle ne reparte, pour qu'elle ne continue pas à décompenser derrière. Je ne sais pas si je suis très claire, parce que pour moi c'est clair mais...

Si, si !! Vos patientes dans leur prise en charge, la place pour l'autonomie se dégage comment ? Je veux dire le travail de la patiente par elle-même et pour elle-même. Vous les voyez une fois par semaine, du coup, le reste du temps est-ce que vous donnez des exercices à la maison, est-ce que ça dépend des patientes... ?

C'est hyper difficile comme question parce que ça va dépendre des patientes et il y en a qui n'ont pas la capacité à le faire. Mon objectif pour toutes les patientes ce n'est pas de les voir pendant 10 ans. Alors, en sexothérapie, je vais essayer de mettre dans les bonnes cases. En sexothérapie, je donne systématiquement des choses à faire pour la fois d'après. Mais en sexothérapie, je ne les vois pas toutes les semaines. On les voit toutes les 2 semaines ou toutes les 3 semaines.

Mais du coup, je reformule à chaque fin de séance, je reformule ce qu'on a dit et on pose des objectifs pour la séance d'après avec des outils, des exercices, des trucs à faire. Donc ça, c'est du systématique en sexologie pour cadrer, pour diriger un peu parce que sinon il ne se passe pas grand-chose. En masso-kinésithérapie sur les douleurs pelviennes, j'essaie autant que possible de mettre en place un programme progressivement. Un programme d'exercices, de choses à faire. Mais [appuie la prononciation] oui, l'autonomie, j'essaie de la mettre en place de façon systématique dès le départ. Mais du coup ça peut commencer par de la cohérence cardiaque (du travail respiratoire), juste à mettre en place une minute tous les soirs. Mais tous les soirs. Pour essayer de trouver une dynamique qui pourrait se mettre en route et du coup pour s'approprier la prise en charge. Pour ne pas être que dans le : « J'ai ma séance et après, je n'en parle plus et j'oublie ».

Pourriez-vous me donner des exemples à la fois en masso-kinésithérapie et en sexothérapie de conseils que vous donnez, de propositions que vous faites aux patientes pour leur travail personnel, par rapport à leur douleur ?

Il y a plein de trucs possibles quoi. Il y a ces trucs de cohérence cardiaque, avec les outils que l'on a sur internet. On marque cohérence cardiaque et il y a le son de la vague, l'oiseau qui chante et je ne sais trop quoi. Après, il y a tous les trucs de masso-kinésithérapie, d'étirements, de positions de yoga tout ça. Voilà, je leur demande « Quel temps pouvez-vous donner par jour ou tous les 2 jours, quel temps pensez-vous pouvoir prendre pour vous, pour ça ». Et du coup, des exercices d'étirements du psoas, machin, les pelvis les trucs comme ça. Et puis quand il y a du dilatateur ça peut être du travail avec du dilatateur et on détermine la fréquence, le temps qu'elles peuvent donner. Mais ça peut être plein de choses. Ça peut être regarder tous les jours sa vulve dans un miroir. Même une demi seconde, mais juste s'obliger tous les jours à regarder et se dire « ah putain c'est là ! ». [rire] Dans une idée de désensibilisation aussi, d'en faire quelque chose d'aussi facile et normal que de regarder sa tête dans le miroir le matin. Ça peut être poser son doigt sur le noyau fibreux central au travers de sa culotte une fois par jour, ou de son pantalon quand c'est trop compliqué. Ça peut être des douleurs... Ça peut être... Sur les vestibulodynies quand il y a une douleur qui apparaît : [imite une patiente] « ok bah je me pose, je me concentre sur la douleur, sur la zone et je respire. Et comme j'ai fait de la cohérence cardiaque et bien, j'essaie de la mettre en place là pour voir si j'y arrive et je note ma douleur, je la cote. Je fais ma respiration, je la re note, et je vois. Et je note sur un calepin ». Moi, je leur demande de noter sur un petit calepin quand ça fait mal, à quel moment, comment elles l'ont perçu et ce qu'elles ont mis en place pour essayer de faire redescendre la douleur. Et on en reparle après. Du coup, ça peut être plein de choses. En sexologie, on travaille sur l'univers érotique ça peut

être... Vous allez aller chercher [réfléchis] un film qui fait que vous sentez un truc un peu qui chauffe au niveau du vagin. Ou vous allez essayer de me lire une nouvelle érotique pour voir si ça vous dit quelque chose. Ou un truc un peu porno-trash pour voir si ça, ça vous dit quelque chose. Ou vous allez essayer d'aller chercher des podcasts et d'écouter quelqu'un parler de sexe pour voir si le son fonctionne pour vous. Ou vous allez chercher des souvenirs d'expériences sexuelles qui ont déclenché, où vous avez un souvenir de sensation génitale... Ça peut être un travail de bascule de bassin. Il y a des milliards de choses en fait, mais en fonction de la demande, de la problématique et de ce qu'elles se sentent capables de faire et de mettre en route.

Est-ce que ça vous arrive d'intégrer les relations de couple à votre rééducation et si oui comment ? Par intégrer, je parle du dialogue d'abord avec la patiente et aussi éventuellement d'une rencontre avec le ou la partenaire ?

Rencontrer le ou la partenaire, je l'ai fait une fois et je me suis fait instrumentaliser alors je ne vais pas le remettre en route tout de suite. Il faut que je retrouve des séances d'intervision et de supervision, mais je m'étais faite un peu... C'était un peu foiré. Je l'avais fait 2 fois. La première fois ça avait bien marché, la 2e fois je me suis fait avoir. Enfin, je n'ai pas bien vu les choses venir, mais ça, c'était dans le travail avec les dilateurs quand j'ai des patients qui sont en couple et que je leur dis « ça peut être fait avec le ou la partenaire et, si vous voulez ça peut être fait en cabinet ». Et donc une patiente qui était venue avec leur partenaire, pour le coup c'est un partenaire homme. Et du coup j'avais montré comment poser le dilateur et on l'avait fait en séance ensemble. Je ne sais pas si je le referais tout de suite. S'il y a une demande, je le ferai. Mais je ne suis pas certaine que je le reproposerai tout de suite. Ou alors je le cadrerais différemment. Mais du coup c'est dans le champ des possibles, et du coup après forcément à un moment il y a un questionnement sur le couple et sur les facteurs favorisant et sur les freins du couple et de la personne qui constitue le couple. Et en sexologie sur comment fonctionne l'autre et est-ce qu'il n'a pas lui aussi ou elle aussi des symptômes sexuels qui répondent en miroir. Donc oui, moi, je vais explorer. Moi je vais explorer... En masso-kinésithérapie, moins. [inaudible]. En masso-kinésithérapie quand il y a des patientes qui viennent en masso-kinésithérapie pour douleurs ou pour dyspareunies, vaginisme leur demande en général, c'est « Je veux qu'il y ait un truc qui rentre » donc on fait du corporel, on fait rentrer un truc et une fois que le truc est rentré le dilateur ou n'importe quoi et que j'ai répondu à leur demande, après je vois avec elles si elles veulent ouvrir sur « qu'est-ce qu'on fait maintenant que c'est rentré ». Et à ce moment-là, je viens explorer un peu avec elle le couple s'il y a un couple. Et en sexothérapie, je vais forcément dans le bilan venir explorer le couple. Enfin quand je dis explorer, c'est questionner sur le couple et sur le ou la partenaire pour voir comment elle fonctionne et comment fonctionne le couple. Si le partenaire, le ou la partenaire, est quelqu'un sur qui on peut... Est-ce que c'est un élément favorisant ou un frein au travail en sexologie. Mais je ne fais pas de thérapie de couple en sexologie. Je n'ai pas les compétences pour ça, je n'accueille pas le couple en sexologie, je n'ai pas les compétences. Dans mon timing à moi il vous reste 15 min parce qu'après il faut que je parte à l'école [rire].

Ben on a bientôt fini ! Pourriez-vous me dire si ça vous arrive encore d'avoir recours à l'interprofessionnalité et si oui, comment ?

Ben, c'est ce que j'essaie de créer là sur l'association et puis moi après personnellement, mais là je suis... c'est un peu la guerre à Grenoble. Mais du coup, là je commence à avoir un tout petit peu de réseau en gynécologie et je cherche des psychologues. Et je cherche des ostéopathes... Mais même des arts-thérapeutes, des professions autres... Naturopathes et tout ça. Ça, c'est ce que je suis en train d'essayer de débroussailler là.

Quand vous avez eu recours peut-être par exemple sur Paris puisque là maintenant, c'est un peu la galère, mais à l'interprofessionnalité c'était quand vous faisiez vos réunions, c'était quand vous aviez une patiente avec qui la prise en charge bloquait où est-ce qu'il y avait d'autres motifs ?

Sur les séances d'intervisions en sexologie, on ne présentait que des patientes qui nous posaient soucis. Après en masso-kinésithérapie, et sur les douleurs et même sur les problèmes de sexualité, moi, je travaille pas mal avec une ostéopathe, une sophrologue et une psychologue.

Mais du coup en essayant de créer un réseau, et du coup après de l'échange. De l'échange autour de ces patientes-là, mais en étant très claire avec les patientes et en faisant un retour systématique sur les échanges qu'il y a. Pour remettre en fait ces patientes au centre de la prise en charge. Parce qu'il y'a quand même une grosse problématique d'errance thérapeutique avec une problématique de « C'est dans votre tête ma bonne-dame » et du coup elles ont quand même besoin de devenir actrice. Enfin de devenir actrice de leur prise en charge. Donc moi, je ne fais pas de courrier sans la patiente qui est là et je l'écris avec, et je le donne à la patiente et c'est elle qui l'amène et l'enveloppe n'est pas

fermée. Et si on travaille à plusieurs, moi, je demande l'autorisation systématique de pouvoir échanger avec les autres professionnels. Donc il faut que j'ai l'accord, et si je n'ai pas l'accord je ne le fais pas. Et si j'ai l'accord, je fais un retour systématique sur ce qui a pu être dit et échangé.

OK. Dernière question officielle avant les questions de conclusion : comment est-ce que vous associez la masso-kinésithérapie et la sexologie ?

Du coup c'est un peu tout le temps en fait, le DU de sexologie il m'a apporté juste d'autres outils en psychologie et des connaissances médicales pour pouvoir faire un diagnostic et pour pouvoir orienter. Mais moi, je pratique la sexothérapie par le biais de la masso-kinésithérapie. Enfin c'est partie intégrante de mon truc et du coup, en masso-kinésithérapie je mets forcément à un moment de la sexologie. Mais en consultation de sexologie encore une fois je ne vais pas forcément aller faire un bilan périnéal et tout ça. Là j'ai une patiente que je suis depuis 6 mois et qui a des douleurs à la pénétration, je ne suis pas du tout allée voir son périnée. Et tant qu'elle ne me le demande pas [bruit de bouche signifiant le je n'irai pas].

OK. Ça vous arrive encore aujourd'hui à Grenoble... là par exemple cette patiente-là vous pourriez lui conseiller d'aller voir un masseur-kinésithérapeute et pas forcément vous ?

J'aimerais bien qu'elle aille voir quelqu'un, mais il faut que je trouve les personnes vers qui la renvoyer, mais oui. Et je trouve ça pas mal, je trouve ça pas mal d'avoir aussi des masseurs-kinésithérapeutes périnéologues et du coup chacun a une place, c'est une vraie casquette qui est bien claire pour la patiente.

Donc là, la problématique actuelle (on va dire sur la réorientation en masso-kinésithérapie) ça va être de trouver aussi des confrères ou des consœurs qui sont formés là-dedans comme il le faut ?

Ouais, et qui sont d'accord pour en masso-kinésithérapie périnéale ne faire que de la masso-kinésithérapie et ne pas mettre de la sexologie, ou pas trop. Pour que ce ne soit pas double dose pour la patiente. Et c'est compliqué. Parce que moi à Paris par exemple j'avais des sexologues, des masseurs-kinésithérapeutes sexologues, qui voyaient les patientes en sexologie et qui me les ont envoyées en masso-kinésithérapie et c'était hyper frustrant, hyper difficile pour moi de ne pas aller explorer le versant sexualité alors qu'on me demandait juste de poser des dilateurs. Pour moi, ce n'est plus possible de faire comme ça. Et je ne sais pas si les masseurs-kinésithérapeutes qui font du dilateur peuvent ne faire qu'enfiler un dilateur et bon voilà... C'est pour ça que je vous dis que c'est un peu compliqué pour moi de dissocier les choses, je ne sais pas si on peut en fait.

Selon vous à l'heure actuelle quels seraient les enjeux à développer la masso-kinésithérapie en lien avec la santé sexuelle ?

Qu'est-ce qu'il faudrait faire ?

Oui, ce serait quoi les enjeux ? Quels seraient les centres d'intérêts ? Qu'est-ce que vous attendriez du développement du lien entre les 2 ?

Dans un monde parfait et merveilleux sur la formation initiale, je pense qu'on ne peut plus faire juste des cours d'anatomie et d'incontinence urinaire à l'effort : « Elle saute, elle se pisse dessus » donc on va faire du biofeedback, se mettre debout. Il faudrait une formation initiale (en tout cas en masso-kinésithérapie et en périnéologie) beaucoup plus globale avec dedans forcément de la sexualité, parce que ça fait partie de la qualité de vie. Et que du coup, on est au cœur du truc. On touche à l'intime et c'est vraiment trop con de ne pas aller explorer ça. Parce que ça peut être l'endroit, et le bon endroit pour ça. Et que ça a forcément des liens et que quand un périnée déconne ça va forcément souffrir sur la sexualité. Il faudrait faire rentrer la sexualité dans le questionnaire et l'interrogatoire systématique. Parce que ça fait partie de la qualité de vie et qu'on est là pour normalement améliorer la qualité de vie. Donc, dans un monde utopique, c'est le mettre au même niveau que « Est-ce que vous arrivez à vous retenir quand vous avez envie de pisser ? ». [montre l'exemple] « Est-ce que vous avez des difficultés dans votre sexualité ? Parce que c'est un endroit où on peut en parler. En tous cas j'ouvre la porte et après si vous voulez vous y venez et ici, c'est possible. » Donc faire, enfin les mettre ensemble en fait : ne pas faire comme si ça n'existait pas. Parce que c'est quand même un peu ça, ça n'existe pas, la sexualité n'existe jamais. Et du coup dans un monde idéal et utopique ce serait réussir à le mettre en formation initiale pour que ça devienne simple pour l'étudiant qui devient masseur-kinésithérapeute. Parce qu'après avoir posé la question : « Et dans votre sexualité, comment ça va madame ? », et bien il faut avoir un peu d'outils pour pouvoir en faire quelque chose si elle vous dit ça ne va pas. Et du coup pouvoir travailler en réseau, savoir vers qui orienter et pouvoir en faire si ça ne va pas. Mais sachant qu'en masso-kinésithérapie... Je

crois que c'est ce qu'ils font maintenant à Bichat où ils proposent un an ou 2 ans. On n'est pas forcément obligé de faire les 3 ans et on peut faire du coup de « l'accompagnement en sexualité » ou de « l'éducation en santé sexuelle » ou un truc comme ça. Et du coup mettre un peu ces outils, mettre cette base-là dans la formation initiale.

En dehors de la formation initiale est ce que vous voyez d'autres enjeux ou est-ce celui-ci qui vous semble le plus important ?

Je pense que déjà s'il y avait ça à la base ça nous permettrait d'être un peu plus compétents. Et puis après dans toutes les formations. Pour moi, l'enjeu c'est de l'intégrer. Mais même pour moi il faudrait même l'intégrer à toute la masso-kinésithérapie et pas uniquement à la périnéologie.

Faire connaître la problématique, l'impact de la santé sexuelle sur la vie et inversement ?

[bruit d'acquiescement] Et je vais vous dire la même chose sur les violences maintenant que j'ai fait un DU sur les violences. Mais du coup élargir un peu plus notre pratique et ne pas juste rester sur le segmentaire. Mais je crois qu'aujourd'hui les études de masso-kinésithérapie elles ont quand même pas mal bougé. Je pense que c'est quand même déjà en train de s'ouvrir là-dessus.

Qu'est-ce qui vous a donné envie de répondre à l'entretien ? À part mon harcèlement ?

[rire commun] Dans cette idée de faire connaître la profession. Et je suis sûr que dans vos entretiens on travaille toutes différemment et on a toutes des visions différentes. Mais du coup pour essayer de coordonner un peu tout ça. Et de faire aussi du partage de pratiques un peu quand même. Parce que globalement on est toutes dans notre coin pour faire notre petit bazar et je ne suis pas sûre que ce soit une grande idée. Donc ces mémoires que vous faites maintenant, j'ai trouvé ça hyper chouette parce que [rire] pour vous, c'est du boulot. Mais du coup, je pense que ça va faire sortir plein de choses sur nos pratiques. Et aussi pour avoir un peu de... [à elle-même] Comment on dit ça ? De l'analyse de pratique et un feedback sur ma pratique et une remise en question aussi de ça. Parce qu'on travaille dans notre coin et si ça se trouve en fait on fait n'importe quoi hein. Il n'y a personne qui vient jamais juger, observer.

[Sur un ton humoristique] Vous n'avez pas des audits de vos séances ?

[rire] Non ! Non mais c'est... Normalement, les psychologues par exemple ont des analyses de pratique quand même. Et des supervisions. Donc en masso-kinésithérapie en périnéologie et en sexologie on ne le fait pas. Moi, je trouve ça hyper dangereux. Et on peut très vite partir sur « je suis la reine du monde et sauver le monde entier » et je trouve ça un peu risqué.

Dernière question, et on va peut-être réussir à être dans les temps : est-ce que vous avez des questions ou des remarques sur ce qu'on vient d'échanger ? Sur là, l'heure que vous avez passée ? Sur le contenu de mes questions ? Sur des choses que vous n'avez pas dites que vous auriez aimé avoir l'occasion de dire ?

C'est quoi l'objectif de votre mémoire ?

J'aimerais bien faire un état des lieux des pratiques parce qu'en fait dans la littérature, actuellement il n'y a pas de consensus sur les prises en charge des dyspareunies, du vaginisme, des vulvodynies, etc. Donc moi, je voulais déjà voir quelles étaient les patientes qui étaient concernées, est-ce qu'elles représentaient un gros pourcentage de la pratique de quelqu'un qui fait de la prise en charge en périnéologie. Et quelles étaient les spécificités de la prise en charge quand la personne que les patientes avaient en face d'elle était spécialisée sur des problématiques en lien avec la sexologie du coup et la sexualité. Mon objectif principal, c'est de faire un état des lieux de la pratique donc les patientes et les soins qui sont mis en place. Et dans les objectifs secondaires, il y a entre autres le fait voir les avantages et la spécificité de la pratique quand on est aussi titulaire d'un DIUESH.

Mais du coup vous faites des comparaisons avec les masseurs-kinésithérapeutes qui n'ont pas le DU de sexologie ou pas ?

Alors non. J'aurais aimé le faire mais... En fait le problème c'est qu'au tout début je voulais faire un questionnaire à diffuser sur internet, comme ça se fait beaucoup en ce moment. Sauf qu'après avoir recherché des masseurs-kinésithérapeutes qui avaient le DIUESH je me suis rendu compte qu'à tout péter j'en trouverais 15, parmi ceux qui voudraient bien répondre et à l'échelle de la France. Et du coup, mon questionnaire allait peut-être être très intéressant mais en fait là les formations sur les douleurs sexuelles périnéales il y en a beaucoup et elles peuvent durer cinq heures comme elles peuvent durer deux ans. Donc je me suis dit : « Il faut que je me fixe sur quelque chose » parce qu'à l'heure actuelle, je ne vais pas pouvoir comparer... Je ne voulais pas trop m'éparpiller. Donc je me suis dit qu'il fallait voir les spécificités de la prise en charge quand on a un diplôme pour comprendre aussi ce diplôme-là, et cette formation. Qui, alors je l'avais supposé et je vois un peu le contraire avec les retours aussi que j'ai de vous et vos de consœurs et confrères... Je pensais que... Sur la sexologie corporelle par exemple vous êtes beaucoup au final à me dire que la formation elle est très théorique et très orientée psychologie et pas assez corporel. Mais je parlais du principe un peu à tort que vous auriez peut-être un degré d'expertise plus important que ce qu'a fait la formation IPPP douleur périnéale. Je ne sais pas, je n'ai pas pu comparer au final, donc si ça se trouve c'est quand même le cas. Mais du coup, c'est pour ça que je me suis d'abord interrogée sur les masseurs-kinésithérapeutes qui avaient le DIUESH.

En sachant qu'il y a des formations en sexologie-corporelle !

Alors celle-là, j'en ai entendu parler dans mes entretiens.

Parce que ça aurait été intéressant. Mais encore une fois il y a plein de trucs intéressants ! Mais d'aller, aller questionner ceux qui ont fait le DIUESH et qui sont partis après en sexologie corporelle.

Mais ça peut être une piste pour la suite parce que j'ai... Bah du coup, vous qui envisagez la formation et que ça intéresse. Et il y a une de vos consœurs qui m'a dit la même chose. Qu'elle a fait le DIUESH et après elle a fait la formation sexologie corporelle. Et je sais que ça peut être un truc que je peux mettre en ouverture. Mais il y a tellement de choses intéressantes à mettre en ouverture.

Et, est-ce sur les gens vous avez-vous avez interrogé, parce que du coup il y a des gens qui viennent de différents DIUESH j'imagine. Il doit y avoir Bichat et il doit y avoir Descartes et après je ne sais pas si vous avez...

Là j'ai interrogé une dame qui sort de Toulouse, un monsieur qui est de Bordeaux chez qui j'étais en stage avant qui lui a passé son DIUESH à Bordeaux. Et après, j'en ai quelques-uns de Paris. Je n'ai pas le nom de toutes les universités en tête.

Du coup, il y a une différence quand même sur la formation initiale dans le DIUESH ?

En théorie non, vu que j'interroge que pour le DIU normalement c'est le même cursus pour toutes les facs. Sur le papier, il y a un programme qui est le même.

Mais du coup dans vos retours est-ce que vous vous sentez qu'il y a une différence ou pas ?

Typiquement vous par exemple... Alors, à vérifier si la dame qui m'a dit qu'elle trouvait que ça manquait en sexologie corporelle, si ça se trouve, elle était aussi de Descartes. Je ne me souviens plus. Après, dans les côtés positifs, il y en a qui m'ont dit que justement l'aspect très psychologique ça leur avait plu. Que ça s'éloignait un peu forcément de la masso-kinésithérapie, mais que par contre ça leur donnait des outils en plus sur des patientes. Et en gros ils avaient à peu près compris où ils se sentaient compétents sur les pratiques corporelles, et ça leur donnait des outils supplémentaires sur l'aspect psychologique. Par contre sur les côtés négatifs, à chaque fois j'ai quand même beaucoup eu le temps de la formation et... Enfin pas le côté : « C'est trop long », mais le côté « Ça prend du temps et il faut pouvoir se rendre disponible pour se former »

Ça, c'est certain je l'ai pas dit mais euh... Mais après, moi, je mettrais un bémol du coup. Sur la psychologie. À Descartes, il y avait de la psychologie et je pense que c'est vraiment un plus d'avoir ce truc de psychologie, sauf que les cours que moi j'ai eu à Descartes en psychologie je trouvais qu'ils étaient tout pourri quoi. Et du coup, c'est le travail que j'ai fait en intervision avec ces 2 psychologues avec qui j'ai bossé qui m'a appris plein de choses en psychologie. Sauf que c'était de la théorie pour la théorie en fait. Il faut de la théorie en psychologie, il faut des notions en psychologie, mais on ne sera jamais psychologue. Ce n'est pas avec un DIU... J'aborde un peu la psychologie. Et du coup, je trouvais qu'il manquait le lien qui pouvait être fait entre les notions théoriques et ce que je vais en faire en pratique. « Est-ce que ça peut me servir en pratique ? » et, « Est-ce que ça peut nous servir à dépister certaines choses ? ». Parce que les patientes borderline et tout ça [répète 2 fois], c'est bien beau d'avoir la définition, le descriptif et de devoir l'apprendre pour le ressortir en examen sauf qu'on nous a jamais appris à dépister une patiente borderline en séance de sexologie. Et en fait si on ne le

sait pas, on est hyper dangereux. C'est en ça que je trouve que c'est problématique ce DIUESH, c'est qu'en fait, on fait un petit bout de beaucoup de choses et que du coup ça donne l'impression qu'on peut tout faire. Et il y a des choses quand même où c'est quand même très très limite je pense. C'était pour préciser, voilà ! Je n'ai pas trop détaillé la pratique et tout ça, mais je fais quand même pas mal du coup de global et de corporel global en fait, pour en revenir sur la prise en charge des douleurs.

Vous auriez aimé plus détailler ce que vous faites ?

Non, parce que je peux y passer 4 heures en fait. Donc c'est compliqué. Et dans mon parcours de départ, j'ai aussi travaillé sur une brochure (pour le rajouter juste pour vous parce que je ne sais pas comment vous le mettrez dans votre mémoire). Mais j'ai aussi travaillé sur une brochure de santé sexuelle. Sur justement la sexualité des femmes avec les femmes. Et ça, ça a découlé des rencontres que j'ai faites au DIUESH et du coup de ce qu'a pu m'apporter le DIUESH parce que je suis rentrée dans des cycles, enfin dans des mondes auxquels je n'aurais pas pu avoir accès en tant que masseur-kinésithérapeute périnéologue dans mon petit coin.

Parce que je ne serais pas allée le chercher. Du coup les rencontres que j'ai faites, ça aussi ça m'a apporté. On a travaillé un an sur cette brochure de santé sexuelle. Et du coup ça m'a apporté énormément de choses. C'est le reproche que je fais à Descartes, c'est cette hétéronormativité. Cette brochure, le travail sur cette brochure m'a apporté beaucoup de choses sur la connaissance des pratiques sexuelles des femmes avec les femmes et je trouve ça quand même malheureux qu'en sortant d'un DIU de 3 ans, on ne soit pas à même de parler, de pouvoir recevoir des patientes qui sont homosexuelles. Et de connaître les pratiques si on ne les a pas. On peut aller les chercher hein et c'est à nous d'aller chercher, mais c'est quand même un DIU de 3 ans, il y a le temps de faire plein de trucs. Et sur les sexualités autres qu'hétérosexuelles et bien il y a quand même un gros manque. Sur les sexualités BDSM aussi, enfin sur tout ce qui est BDSM (tous ces trucs-là) et du coup la violence dans la sexualité et la recherche de la violence pour le plaisir... Tout ce qui est produit pour atteindre certains plaisirs, il y a quand même un gros manque sur ce DIU. Mais je pense que c'est pour ça qu'il explose et que Bichat prend le relai.

Parce que du coup, le DIUESH de Descartes est transféré à Bichat ou il y en avait 2 ?

[chuchote] J'ai entendu dire [elle reprend une intonation normale] que Bichat est en train d'avaliser Descartes parce qu'à Descartes, ils sont fortement critiqués. Et du coup, je crois que Descartes va être obligé... Enfin ils n'auront plus assez d'étudiants et ça va s'arrêter. Et que c'est Bichat qui va prendre un peu plus de place. Mais j'ai entendu dire quoi, un truc qui traîne depuis quelques années où justement les critiques sont telles que je pense qu'ils ne sont plus au goût du jour en fait sur les problématiques justement de violence, de féminisme et de genre.

Oui, il faudrait se résoudre à l'idée d'avancer un moment donné dans le programme ?

Il faut se résoudre à l'idée de vivre dans notre siècle, c'est juste ça [rire commun]. C'était ma conclusion !

Parce-que ça va être l'heure pour vous exactement !

C'est ça ! Vous me ferez un retour sur votre mémoire ?

Oui pas de soucis ! Je dois rendre la partie écrite en mai, je crois qu'il faut que je me dépêche. Et en juin, je suis censée faire ma soutenance. Alors je n'ai pas encore d'idée sur ma soutenance parce qu'on n'a pas encore trop parlé de ça avec nos enseignants et que je ne les revois qu'à la fin de mon clinicat, donc dans 2 mois et demi. Voilà, je vous remercie vraiment beaucoup c'était super intéressant et j'ai passé un bon moment.

Merci ! N'hésitez pas s'il y a besoin et merci de m'avoir contacté. Et c'est un chouette sujet ! Mais bon, enfin je... C'est facile ! J'espère que vous arriverez au bout de ce que vous vouliez faire de l'analyse.

Oui, j'espère aussi ! Merci !

Annexe VII. Verbatims similaires

Parcours d'exercice et de formation des MKDE

Absences de notions de santé sexuelle et de douleurs périnéales dans la formation initiale

« Non absolument pas, non. Je n'avais aucune information là-dessus. »

Sandrine

A propos de l'ancienneté du diplôme

« Mais vous savez moi, je suis une vieille masseur-kinésithérapeute. Mon diplôme date de 1988. Donc, c'était à peine les débuts de la rééducation périnéale [...] on était très très loin de la santé sexuelle [rire]. »

Olympe

A propos de l'intérêt porté à la pelvi-périnéologie

« Je me suis intéressée très tôt à la pelvi-périnéologie. Je me suis formée vraiment quelques années après ma sortie de l'école. »

Olympe

A propos des motivations à entreprendre le DIUESH

« Les femmes me parlaient beaucoup de la sexualité et je ne me sentais pas assez formée [...] ça a vraiment été une demande des patientes. »

Lisa

A propos des bénéfices du DIUESH

Les apports en connaissance

« On avait des cours de psychanalyse, enfin de psychothérapie chose que moi, je n'avais jamais vu [...] donc ça, c'était hyper intéressant. »

Lisa

« Il m'a apporté juste d'autres outils en psychologie et des connaissances médicales pour pouvoir faire un diagnostic et pour pouvoir orienter. »

Catherine

Les rencontres au cours

« Ça m'a permis de créer un réseau professionnel. »

Amandine

« Ça permet de développer un réseau ce qui est aussi intéressant. »

Sandrine

« Le DIU est pluridisciplinaire donc j'ai rencontré des médecins de différentes spécialités, des sage-femmes, des infirmières, des psychologues. Donc c'était très intéressant d'échanger avec ces personnes. »

Olympe

« Le gros avantage de ce DU c'est d'être entouré d'autres professions et d'autres parcours et du coup ça ouvre énormément l'expérience, la vision des choses. »

Catherine

Les changements dans la prise en charge

« Ça m'a permis d'améliorer ma pratique professionnelle. »

Amandine

« Même au niveau de la pratique en masso-kinésithérapie en fait ça modifie un peu ce qui a pu nous être appris en formation initiale de « le masseur-kinésithérapeute est le sachant et le soignant décide et choisit. »

Catherine

« Je crois qu'après je n'ai plus abordé mes patientes de la même façon. C'est-à-dire que je les écoutais, je les entendais de façon différente. »

Lisa

Les bénéfices personnels

« Ça m'a apporté une capacité à être dans le non-jugement. Parce que ça, c'était quand même le gros truc pendant 3 ans. Apprendre [...] à mettre à distance nos tabous, nos visions de la sexualité. »

Catherine

A propos des inconvénients de la prise en charge

« Ça mobilise beaucoup de temps. Enfin moi le DIU de Lyon est organisé en 6 week-ends par an, un vendredi et un samedi répartis sur 3 ans. La rédaction d'un mémoire et la « nécessité », la forte recommandation d'assister à des congrès. Donc il faut savoir que dans mon cursus ancien, je n'avais pas de mémoire à faire. Donc pour moi, c'était très nouveau [...] ça nécessite des travaux de recherche. Et puis je dirais qu'il découle de cette formation tout un tas de recherches personnelles, des lectures.... Voilà pour la lourdeur. »

Olympe

« Et l'autre inconvénient, c'est que quand on sort du DIU, on a un socle de connaissances qui nous permet de comprendre la pathologie, de faire un bilan et de savoir ce qui se passe et ce qui ne va pas. Mais on est quand même limités dans la prise en charge. C'est-à-dire qu'on nous offre peu de solutions à la fin du DIU, c'est pour ça que moi, j'ai fait 2 années de plus en sexo-corporelle. Où là, on va jouer sur les lois du corps. »

Sandrine

« Je trouvais que le corps était trop de côtés, on ne l'abordait pas assez. »

Lisa

Le choix du mode d'exercice

La prise de position en soin

Des pratiques dissociées

« J'ai vraiment complètement dissocié mes 2 activités. [...] Je ne mène pas de front à la fois la rééducation du périnée où je vais déshabiller les gens et des consultations de sexologie où les gens restent habillés et où ça se fait sous forme d'entretien. Donc pour une raison déontologique en fait. »

Sandrine

Des pratiques associées

« Au début, j'ai eu un peu de mal à me positionner, est-ce que je fais les 2 en même temps ? est-ce que je dis : « aujourd'hui c'est de la sexologie, la fois d'après ça sera... » Donc ça c'est un véritable problème. [...] Moi, il m'est impossible, quand j'ai une patiente qui pose une question en sexologie de lui dire « Ah bah non là on ne peut pas en parler, vous attendrez la semaine prochaine pour poser votre question » [...] je ne vais pas cloisonner complètement la partie sexologie de la partie masso-kinésithérapie [rire] moi je ne sais pas faire. »

Marine

« Je mélange en permanence, oui cette double casquette. »

Amandine

« Je suis masseur-kinésithérapeute et maintenant sexologue. Mais du coup quand je prends en charge des patientes avec une ordonnance en masso-kinésithérapie je ne peux pas, je suis incapable de dissocier. »

Catherine

Les inconvénients de ce mode d'exercice

L'isolement

« J'avoue qu'en libéral, je me sens un peu isolée et j'ai énormément besoin d'échanger et de sortir du cadre de mon cabinet. »

Olympe

« Ce qui me gêne un petit peu, mais ça je ne pense pas que ce soit lié à ma pratique purement, c'est le fait que je suis en cabinet libéral. Bon, c'est un cabinet de groupe, mais en fait il n'y a pas tellement d'interactions entre nous. Et, peut-être que ma pratique idéale serait de travailler dans un centre multi-professionnel où il y ait plus d'interactions entre soignants. »

Marine

Les problématiques administratives et financières

« Etre la masseur-kinésithérapeute et la sexologue ça peut être un peu compliqué, et en même temps passer une heure avec une patiente aller explorer des trucs et des axes un peu psychologique pour 18,28€ parce que c'est le tarif de la séance de masseur-kinésithérapie en fait ça pose souci »

Catherine

« Ce n'est pas la même chose de prendre en charge nos patients comme on vient de l'évoquer notamment et de brancher des patients en mettant [inaudible] dans des box, en achetant un logiciel avec des programmes tout fait et en leur parlant 5 minutes. Et je ne trouve pas ça normal que l'on soit payé de la même façon. Ce qui n'est de toute façon pas vivable, parce qu'on ne parle jamais d'argent dans notre métier non plus ! La sexualité c'est tabou, mais alors l'argent encore plus. Donc je suis obligée de facturer ça soins hors nomenclature. Donc moi, je suis à peu près tranquille parce que je suis sexologue et que je peux le justifier de par ma prise en charge en sexologie, mais je suis à la limite de la légalité et je trouve ça anormal. J'aimerais bien travailler en toute légalité. »

Olympe

A propos de l'impact de ce type de pratique dans la vie des MKDE interviewées

« J'aime beaucoup ce que je fais et je me sens épanouie professionnellement. »

Olympe

« Je trouve que c'est très gratifiant et très... quand on voit les gens qui réalisent que vous comprenez leur problématique, et que vous avez donc possibilité peut être de mettre des choses en place pour les aider c'est très très gratifiant pour soi de voir à quel point on libère les gens. »

Sandrine

Les femmes atteintes de douleurs pelviennes au décours de leur sexualité

A propos de l'absence de profils types

« Non, parce que c'était très varié. Il y avait d'abord tout âge et... et différentes. Elles venaient, il y avait des symptômes qui se ressemblaient bien sûr : quand vous avez mal et qu'il y a un problème de douleur, mais elles avaient chacune une histoire ces femmes. Et donc il n'y a pas de profil type pour moi. »

Lisa

« En fait j'ai vraiment tous les âges et tous les profils [...] il y a tellement d'étiologies diverses et variées pour les pathologies du périnée [...] ça peut être tellement de choses que non je n'ai pas de profil. »

Sandrine

« Les profils sont divers et variés. »

Olympe

A propos des similitudes entre la description des profils dressés et les caractéristiques des patientes présentes dans les autres discours

Phobie et caractère strict

« Les femmes vaginales elles sont phobiques de la pénétration et elles s'imaginent parfois comme un puits sans fond en fait »

Olympe

« Si je devais dégager un profil... Je dirais que souvent chez les femmes qui souffrent de vaginisme, je trouve souvent des femmes assez intelligentes qui sont alors... Je ne sais pas si c'est vraiment reconnu ce que je vais dire, mais assez intelligentes. Et souvent très bonnes élèves, vous voyez. Qui, quand on leur donne des exercices à faire, vont vraiment les pratiquer ; si vous leur dites « il faut les faire 3 fois par semaine », ce sera fait 3 fois par semaine. »

Sandrine

« Il y a pas mal de femmes qui sont anxieuses, perfectionnistes, dans le contrôle de tout et qui du coup ne supportent pas d'avoir une douleur qu'elles ne contrôlent pas, où elles ne peuvent rien faire, ça les angoisse beaucoup. »

Marine

Les jeunes femmes

« Donc j'ai des jeunes femmes, des très jeunes femmes qui vont être douloureuses, où on va parler de douleur primaire (dès le début de la sexualité). »

Olympe

« Ça peut aller de la jeune fille qui est en début de relation et qui soit à des douleurs, soit à une pénétration impossible. »

Sandrine

Les femmes en post-partum et actes chirurgicaux

« On peut retrouver aussi des problèmes de douleurs par exemple après l'accouchement, des épisiotomies extrêmement douloureuses où du coup ben le corps va... Le périnée va se contracter sans en prendre conscience et va rester comme ça, bloqué. »

Lisa

« On peut avoir au décours de la vie après des chirurgies ou après des accouchements, des femmes qui vont venir parce qu'elles n'avaient pas ce type de difficultés mais, à la suite d'un traumatisme périnéal... »

Sandrine

« Dans la dimension aussi explosion traumatique avec l'accouchement voie basse ou césarienne qui fait exploser d'autres choses. Et du coup, on met en place des mécanismes de protection au niveau périnéale ou abdominale ou diaphragmatique et puis une mise à distance aussi du coup, de la sexualité. Et qui du coup entraîne des processus de vaginisme secondaires ou dyspareunies ce genre de choses. »

Catherine

Les femmes ménopausées

« Il y a aussi beaucoup de douleurs secondaires. Alors des douleurs secondaires, c'est assez fréquent au moment de la ménopause, ça c'est clair. »

Olympe

« Je peux avoir des femmes ménopausées qui vont... alors certaines par exemple qui n'ont pas eu de sexualité pendant un moment et puis qui retrouvent un compagnon et qui se retrouvent avec des douleurs sexuelles. [...] Des femmes qui ont toujours vécu en couple, mais à la ménopause il y a une difficulté parce qu'il y a un peu plus de sécheresse ou de voilà, il faut adapter un petit peu sa sexualité à cette période-là. »

Sandrine

A propos des autres caractéristiques de ces patientes

Le catastrophisme

« Il y a plein de patientes qui pensent [...] qu'en effet elles ne peuvent rien faire et que c'est foutu. Et elles essaient un truc, mais ça ne marche pas. »

Catherine

« Souvent la difficulté c'est que ces femmes-là elles ont l'impression que ça leur arrive qu'à elles alors que c'est quand même très fréquent. »

Sandrine

L'image de soi

« Celles qui sont en post-partum et pour qui la reprise de la sexualité est difficile soit à cause d'une déchirure, d'une épisiotomie et donc d'un problème post-cicatriciel. Soit plus un aspect sexologique de reprendre la sexualité du couple après le post-partum. Ça, on n'en parle pas suffisamment, mais la sexualité du post-partum ce n'est pas si simple. Retrouver sa féminité, se repositionner dans le couple, en tant que femme et donc pas [appui l'intonation] que en tant que maman. La position de chacun des parents, la notion d'allaitement... ça peut impacter aussi au niveau de la sécheresse vaginale. »

Marine

« La difficulté majeure, c'est que ce sont des femmes qui souvent perdent confiance en elles, n'osent plus. »

Sandrine

Errance thérapeutique, non-reconnaissance du problème et formations insuffisantes des personnels de santé

« Ce sont souvent des femmes qui n'ont pas été entendues et dont la douleur n'a pas été prise en considération. Et encore aujourd'hui même si on communique un petit peu plus sur le sujet, même s'il y a des efforts qui sont faits en matière de formation auprès des professionnels, souvent elles n'ont pas été entendues. »

Olympe

« On leur avait souvent dit « mais ce n'est rien ça va passer, c'est dans votre tête, ne vous inquiétez pas, ça va passer, laissez-vous aller, détendez-vous, c'est normal aux premiers rapports sexuels c'est toujours comme ça... » enfin des choses qui faisaient que le temps passait et ces femmes n'étaient toujours pas prises en charge. [...] Je crois que souvent, les médecins ne sont pas formés à la sexualité. Qu'en plus ces femmes là ça demande du temps, qu'ils n'ont pas de temps et qu'ils ont envie que d'une chose c'est de s'en débarrasser. Parce qu'ils ne savent pas quoi faire, parce qu'ils ne sont pas formés la plupart des gynécologues ou de, ou des médecins. C'est comme les masseurs-kinésithérapeutes, on est très peu formés à la sexualité. »

Lisa

« Dans ce cadre de pathologie par exemple de vaginisme, certaines patientes vont déjà avoir une prise en charge parce que c'est souvent un long parcours. Elles ont vu plusieurs praticiens enfin bon, elles galèrent quand même souvent ces femmes. [...] déjà, quand elles se sentent entendues et comprises, ça veut dire aussi qu'elles ne sont pas un cas isolé. »

Sandrine

« Il y a quand même une grosse problématique d'errance thérapeutique avec une problématique de : « C'est dans votre tête ma bonne-dame ». »

Catherine

Les distorsions cognitives

« Il y a plein de patientes qui pensent [...] qu'il y a un problème organique donc ça c'est difficile à lever ce truc-là. [...] Ou que c'est un problème anatomique, leur vagin est trop petit. »

Catherine

La question de la normalité anatomique et symptomatique

« La question de la normalité anatomique, vous allez voir, ça se pose très fréquemment. »

Olympe

« Il y a une question qui revient très souvent, c'est la question de la normalité : « est-ce que c'est normal que j'ai ça, est ce que je suis normale de réagir comme ça. »

Sandrine

La question de la norme en termes de sexualité

« C'est l'impression de ne pas être dans la norme, de ne pas répondre à ce que la société attend de ce qu'une femme est censée faire dans sa sexualité. Donc il y a vraiment un [répète 3 fois] gros problème de représentation de normativité, mais dans les représentations qu'elles se font aussi. »

« En ce moment, j'ai une patiente qui elle pour le coup est phobique du rapport phobique de la pénétration. Ça la met dans un état d'angoisse et d'anxiété tel que c'est inenvisageable, mais en même temps pour répondre à la norme du rapport sexuel avec pénétration il faut aller chercher ce truc-là. »

Catherine

« La plupart, c'est quand même pour essayer d'avoir et de retrouver une intimité épanouie avec leur partenaire. [...] Pour se sentir intègre dans leur sexualité, c'est-à-dire avec la possibilité de pouvoir avoir cette pénétration. Parce qu'elles jugent qu'effectivement la « normalité » si tenté qu'il y ait une normalité en sexualité voudrait que la pénétration soit possible et non-douloureuse, donc oui, c'est souvent ça. Il y a souvent l'idée de pouvoir accéder à cette norme. »

Marine

Culture, éducation et la religion

« Alors, je pense que j'en ai 2 en ce moment, qui sont très touchantes. Qui sont des jeunes femmes de cultures maghrébines, mais très occidentalisées, que j'ai eu toutes les 2 pour un vaginisme. Ce sont des jeunes femmes. D'abord, elles ont progressé très vite et elles sont tout à fait conscientes du poids de leur éducation sur ce vaginisme primaire, et qui bien qu'elles vivent donc à l'occidentale... Pour les 2, c'est très différent. Elles sont aussi dans un dans une dualité [...] Dans un conflit de loyauté vis-à-vis de leur culture, de leurs parents, ça va très très loin.

En ce moment, si vous voulez un exemple concret, j'ai une jeune femme très émouvante [...] elle a 22 ou 24 ans. Marocaine, issue d'une famille plutôt aisée, une famille très pratiquante. Elle vient d'un lycée français à Casablanca, elle fait ses études supérieures dès le post-bac. Elle vit en couple de façon martiale, elle va se marier, c'est une cadre supérieure d'un très bon niveau, intelligente, fine avec un vaginisme primaire à peu près résolu, mais qui cache à ses parents qu'elle vit en couple. Les parents ne veulent pas entendre parler d'un monsieur non musulman, elle vit avec un monsieur français, elle va se marier sous peu et elle ne le dit pas ses parents. Elle va voir ses parents au Maroc, elle cache presque son passeport parce qu'elle craint que son père lui subtilise son passeport pour qu'elle ne puisse pas rentrer en France si elle lui dit la vérité. Cette jeune femme, elle est très malheureuse. Et donc voilà, elle aime ses parents et elle aime son futur mari. Elle est de culture occidentale et elle souffre atrocement [...]. Voilà ce à quoi mène l'intransigeance culturelle et religieuse.

Et puis j'en ai une autre aussi qui est à peu près de votre âge, qui elle est née en France d'une famille un peu plus frustrée je pense. Musulmane non pratiquante. Mais pareil, avec le culte de la virginité, de l'éducation qu'on donne aux filles. Alors elle se débrouille très très bien, elle voit sa famille régulièrement qui est à Valence, on a gagné au niveau du vaginisme. Assez vite je dois dire, en même pas 15 séances. Elle a rencontré en cours de traitement un partenaire qui nous a beaucoup aidé, la place du partenaire, c'est vachement important. Il a été très coopératif. Elle a toujours eu une sexualité épanouie, malgré le fait qu'elle n'avait pas de pénétration vaginale. »

« J'ai eu juste en post confinement une jeune femme près de 35 ans. Catholique et pratiquante, Catholique selon une mouvance de je ne sais quelle église évangélique ou un truc dans le genre. Le mari est américain, elle l'a connu dans un séminaire religieux aux États-Unis. Mariage vierge pour elle, lui il avait déjà eu une partenaire. Vaginique. Donc évidemment une noce qu'on a évidemment beaucoup idéalisée mais la pénétration est totalement impossible. »

Olympe

Exposition à la violence

« En ce moment j'ai une jeune femme très compliquée. Elle a des douleurs sexuelles, mais dans le cadre de douleurs pelviennes chroniques. Ça c'est encore la gamme au-dessus au niveau de la complexité de la prise en charge. Et elle a subi des abus sexuels en plus par son oncle, qu'elle voit toujours, et elle ne veut pas porter plainte. Elle est très jeune, elle a votre âge à peu près. Donc elle est en couple, elle veut absolument un bébé l'année prochaine. Et elle ne peut pas avoir de pénétration. »

Olympe

« J'ai quand même énormément de patientes qui ont été victimes de violences et du coup, il y a une vraie problématique de temporalité. Leur temporalité n'est pas la même que la nôtre et du coup, j'ai juste appris moi à laisser passer. »

Catherine

Conséquences des douleurs sexuelles périnéales sur la relation à l'autre et la relation de couple

Entre fuite et arrêt des témoignages d'affection physique et/ou de la sexualité

« Quand elles ont aussi une sexualité peu riche et que la sexualité se cantonne à la pénétration vaginale, c'est l'arrêt de toute sexualité, avec les difficultés relationnelles le couple (quand il y a un couple) qui en découle. »

Olympe

« Des conditions d'évitement aussi de la sexualité, on se retrouve avec des couples parfois s'il y en a un des deux qui a des douleurs : il va traîner avant d'aller au lit, il ne va pas aller se coucher, il va faire... bon il va attendre en gros que l'autre s'endorme pour aller se coucher. Donc c'est pour ça que ça fait partie des couples qui peuvent un peu s'éloigner »

Sandrine

« Il y a celles qui du coup arrêtent leur sexualité voire se séparent de leur conjoint. Plus de conjoint, comme ça plus de problème [...] Ensuite il y a celles qui restent avec leur partenaire, mais qui n'ont plus de sexualité et ça peut impacter le relationnel du couple. »

Marine

Une sexualité adaptée

« Quand la pénétration est douloureuse, il y en a qui du coup évitent la pénétration vaginale, elles utilisent d'autres choses. »

Catherine

« Celles qui arrivent à adapter leur sexualité, où il y a aussi... enfin le couple a des ressources suffisantes pour pouvoir adapter leur sexualité hors pénétration : très bien. La sexualité ce n'est pas qu'une pénétration, encore faut-il que le couple ait les ressources pour pouvoir s'adapter et notamment le partenaire qui est souvent très pénétrant. Enfin, pour qui la sexualité est assez phallique. »

Marine

A propos des motifs de consultation

L'arrêt des douleurs

« Elles veulent que ça change, c'est tout. On ne voit que celles qui ont envie que ça change ! Les autres, on ne les voit pas ! [rire]. »

Olympe

« Une difficulté sexuelle quand on en est à aller consulter c'est que c'est vraiment un problème qui est lourd et dont on a envie de se débarrasser. »

Sandrine

« C'est pour ça qu'elles viennent me voir, parce que la sexualité est mise à mal. [...] Elles sont adressées par un confrère, elles veulent trouver des solutions, voilà. »

Amandine

Le besoin d'écoute et de réassurance

« Ou parce que tout simplement, elles ont juste envie et besoin d'être écoutées et entendues. Ça il y en a pas mal aussi de patientes comme ça qui viennent et qui sont persuadées qu'il n'y a pas de solution, mais elles viennent juste parce qu'elles ont envie d'être entendues tout simplement. »

Amandine

L'accès à la normalité

« Il y en a qui viennent parce qu'elles veulent être normales, toujours dans cette idée que la pénétration est la finalité d'un rapport sexuel. »

Catherine

L'envie d'expérimentation

« Dans les couples homosexuels que j'ai, il y en a qui viennent parce qu'elles ont envie quand même de savoir ce que ça peut être et ce que ça peut faire pour celles qui n'ont jamais pu expérimenter la pénétration. »

Catherine

La résolution de problèmes conjugaux

« Des fois, elles viennent parce que dans le couple ça va plus et qu'elles ont peur que le couple, que le partenaire s'en aille. »

Lisa

« Des fois, c'est parce qu'il y a eu un ultimatum posé dans le couple, c'est-à-dire que le partenaire en a marre donc c'est « soit tu fais quelque chose soit je te quitte »

Sandrine

« Ça entraîne des difficultés dans leur vie de couple donc elles veulent essayer de régler leur vie de couple. »

Amandine

Le désir d'enfant

« Le cas des femmes qui sont en couple depuis longtemps avec une sexualité adaptée et qui viennent juste pour consulter pour tomber enceinte, oui bien sûr ça existe, c'est pas la majorité. »

Marine

« En ce moment, j'ai une jeune femme très compliquée. Elle a des douleurs sexuelles, mais dans le cadre de douleurs pelviennes chroniques. Ça, c'est encore la gamme au-dessus au niveau de la complexité de la prise en charge. (...) Donc elle est en couple, elle veut absolument un bébé l'année prochaine. »

Olympe

« Ou alors un désir d'enfant. On peut avoir un couple qui s'est adapté à une sexualité sans pénétration, mais le jour où il y a un désir d'enfant ça devient plus compliqué, et donc c'est là qu'ils vont consulter. »

Sandrine

« Il y en a qui viennent parce qu'il y a un désir de grossesse donc il faut que ça rentre en fait. »

Catherine

La prise en charge en masso-kinésithérapie dans le parcours de soin

A propos de l'orientation finale des patientes

« Elles sont adressées par un confrère. »

Amandine

« Aujourd'hui ma patientèle, c'est beaucoup de jeunes femmes parce que je travaille avec un prescripteur qui est sur le campus. »

Catherine

A propos du BDMK

La place de l'interrogatoire

« Alors l'interrogatoire est quand même important. »

Sandrine

« Je cherche à identifier, à cartographier vraiment précisément la douleur. »

« Je ne fais pas forcément de bilan périnéal en systématique sur la première séance, parce que j'interroge quand même pas mal. [...] Quand c'est une séance d'une demi-heure assez souvent de toute façon, je n'ai pas le temps de faire les choses correctement et de passer à un bilan périnéal. »

Catherine

Un examen clinique classique

« Un bilan classique en fait de masso-kinésithérapie périnéale. »

Amandine

« Je ne crois pas avoir de différence du coup entre un bilan périnéal post-partum et un bilan périnéal en lien avec la sexualité sur le palpatoire. »

Catherine

Éléments recherchés lors des examens cliniques

« On va pouvoir rechercher aussi des points gâchettes, pour voir s'il y a des douleurs sur certains points. »

Lisa

« Bon au passage, je regarde comment elles respirent. »

Olympe

« Il peut y avoir aussi sur le bilan clinique effectivement le positionnement du bassin. Est-ce qu'elles ont une bonne mobilité rétroversion-antéversion. [...] Le travail respiratoire aussi, est ce qu'elles ont une bonne respiration abdominale notamment dans les cas de douleurs profondes, ce sera intéressant. »

Marine

« Et puis on va regarder s'il y a éventuellement une hypertonie du périnée déjà, à l'œil on peut le voir. Et après, lors de la palpation, on va sentir justement si ce périnée est très contracté. [...] Et puis apprécier, faire un testing pour voir si vraiment on sent quelque chose. Parce que si le périnée est trop hypertonique on ne va rien sentir. Mais ce n'est pas parce que le périnée est faible, c'est parce que le périnée ne sait pas se relâcher. »

Lisa

« Il y a des fois des vagins qui ne sont même pas pénétrables au coton tige, tellement il y a une hyper-contraction du périnée. [...] Moi je fais systématiquement un testing s'il est possible (puisque s'il n'y a pas de pénétration au coton tige le testing il sera limité quand même). Donc c'est vrai que je crois que ce qui est important c'est que quand il y a des dyspareunies comme ça il ne faut pas obligatoirement toujours aller chercher à pénétrer ce vagin. [...] on va toucher le périnée en externe mais on ne va pas aller faire un toucher vaginal chez une femme qui a un vaginisme par exemple. Là c'est sûr qu'on ne va faire que renforcer le problème. »

Sandrine

« Au niveau périnéal bien sûr, le bilan de la douleur avec un toucher vaginal et parfois l'utilisation d'un coton-tige dans le cas des vestibulodynies. Et puis, surtout au niveau du bilan périnéal on connaît le testing, oui ça peut être intéressant mais en fait dans notre problème pas vraiment. Ce qui est important c'est de connaître le tonus de base de leur périnée : est-ce qu'elles ont un périnée qui est tout le temps en tension ou qui est relâché ? Quelle est la possibilité d'amplitude pas sive des muscles du périnée et notamment du releveur et également des constructeurs de la vulve. Donc l'amplitude passive et l'amplitude active. Vous avez des femmes qui ont un très très bon périnée mais elles ne savent juste pas se relâcher. Mais nous dans nos problèmes de douleur ce n'est pas la contraction qui nous importe, c'est de savoir se relâcher. »

Marine

« On met le périnée au repos, on voit si on peut faire un toucher vaginal, on voit s'il y a des tensions... »

Catherine

A propos de l'absence de protocole de soin établi

« Ça va dépendre de ce que je retrouve au bilan et des plaintes de la patiente, et de la pathologie aussi. Je n'ai pas de truc préétabli sur les pathologies en particulier, j'essaie d'aller explorer un peu tout. »

Catherine

« C'est-à-dire qu'on fait un peu de la cuisine maison quoi. Moi, j'ai mis en place un protocole de masso-kinésithérapie, mais il y en a peut-être d'autres, je ne dis pas que c'est le meilleur. Après chaque praticien à sa manière de faire, mais il devrait y avoir quand même une base de traitement mais elle n'existe pas aujourd'hui. Il se trouve qu'entre collègues, on communique, et on sait un peu comment faire. Mais vous voyez moi, je me suis formée comme ça, un peu au fil de l'eau. Et puis j'ai l'impression que ça marche ce que je fais. Mais il y a peut-être des traitements qui sont mieux. Donc il faudrait mettre en place des protocoles de traitement, les diffuser, communiquer, améliorer les formations... »

Marine

« Je n'ai aucun protocole préétabli, je ne fais jamais 2 fois la même séance. »

Olympe

A propos des principes de prise en charge

Respect de la demande

« Il faut toujours rester sur sa demande. Parce que sa demande elle a un sens, et elle a un sens au moment où elle vient nous consulter. »

Lisa

Absence de soins en force

« Donc je les rassure aussi sur le fait que je ne vais jamais rien faire en force jamais jamais et que je vais toujours respecter leur douleur. (...) Si je n'y arrive pas je ne force pas. [insiste] Jamais. Parce que beaucoup de choses se jouent à ce moment-là. »

Olympe

Adaptabilité et respect de la temporalité, et de la patiente.

« Ce qui est systématique c'est que je pars en fait de la patiente, c'est-à-dire que je pose des questions en fait. Je vais partir de ce qu'elle me dit, pour après tisser autour. »

« Avec les patientes qui ne veulent pas ou qui ne peuvent pas à ce moment-là. Je me dis que ce n'est pas le moment pour elle et que ce sera plus tard. Et que soit on trouve des systèmes, soit elles reviendront après. »

Catherine

« L'essence du sexologue, c'est d'être adaptable. »

« Déjà, le grand principe, c'est de mettre votre propre sexualité et vos propres représentations de côté. Donc ça ne doit absolument pas interférer. Et je suis dans le respect. »

Olympe

Utilisation d'un discours rassurant

« Ensuite par rapport aux vestibulodynies j'utilise un discours très déculpabilisant : « Ce n'est pas de votre faute, il y a un point de départ somatique. Ce n'est pas dans votre tête ». Ça ce sont des basiques. »

Olympe

Le plan de traitement en masso-kinésithérapie

L'éducation

A propos de la considération de la plainte sexuelle dans le traitement

« En masso-kinésithérapie, je suis plus dans le corps. Mais je peux, en tant que sexologue, en parler. Et leur expliquer. Et leur dire de faire, et comment faire. »

Lisa

« Au fur et à mesure de ma formation (du DIU) j'ai apporté des informations au cours de mes séances de masso-kinésithérapie, mais je ne faisais pas de consultation de sexologie telles qu'on peut l'imaginer. »

Sandrine

A propos de l'éducation des patientes et de l'utilisation de supports standardisés

« J'ai plein de schémas donc que je leur montre. »

« Beaucoup de rappels d'anatomie : qu'est-ce que le périnée ? où il se trouve ? qu'est-ce que c'est qu'une vestibulodynie et où ça fait mal ? Et j'explique bien ! [...] Il faut leur expliquer qu'un vagin c'est un tissu élastique et que sinon on ne pourrait pas accoucher ! »

Olympe

« Une prise de conscience, des planches d'anatomie bien sûr ! »

Sandrine

« Je commence toujours par un petit rappel théorique. Donc, j'ai un cahier magique [rire] dans lequel j'ai plein de planches anatomiques dans lequel on rappelle (alors c'est assez vulgarisé, pour que ce soit très accessible) mais l'appareil génital et notamment l'appareil génital externe. »

Marine

« Un truc que j'aime beaucoup, c'est la règle des 3M qui s'est transformée en 4M aujourd'hui de plus en plus. C'est-à-dire : dans la vestibulodynie, 3 axes de traitement. Donc je vous ai dit 4M, mais vous entendrez sûrement 3M. Donc M comme muqueuse, on traite la muqueuse avec un protocole de désensibilisation de la muqueuse [...] Premier M pour muqueuse, le 2e M pour muscle. Ensuite, le 3^{ème} M c'est le M comme mental qui a plus ou moins de place. Et puis aujourd'hui on prend en compte de plus en plus le 4^{ème} M. [...] M comme monsieur ou Madame. [...] Dans ma première séance [...] je leur explique comment je vais les traiter en reprenant donc la règle des 3 M. »

Olympe

« Alors j'ai le bassin avec les organes dedans donc, je leur montre et 'explique »

Catherine

« Et je donne pas mal de supports de bouquins. Par exemple : Les joies d'en-bas. Sur la sexualité hors pénétration ou au-delà de la pénétration, je leur parle de Jouissance Club. Ça peut être aussi les chroniques de Maïa Mazaurette sur toute la partie sexologie. Et puis des petits films comme le Clitoris cher inconnu. Des choses très accessibles, qui sont faciles et qui leur permettent d'ouvrir un peu leur champ... par exemple des séries que Gwineth Paltrow a fait notamment sur la sexualité et sur le couple. Le film : les femmes et leur sexe de Laura Beltrand, sur tout ce qui est douleur pelvienne. Et aussi d'aller voir sur des sites tels que les clés de Vénus. Quand même en les prévenant qu'il ne faut pas s'identifier aux témoignages les plus dramatiques. »

Marine

« J'ai des livres de Blandine Calais Germain qui dessine très bien les périnées, l'accouchement et ce genre de chose »

Catherine

A propos de l'utilisation du miroir

« J'utilise une glace assez souvent. Une glace en leur demandant la permission. [...] Ne croyez pas que les femmes sont très à l'aise avec le miroir, il y a des femmes qui ne veulent pas regarder. Et des fois assez violemment donc il ne faut jamais sortir un miroir sans autorisation. Mais alors, je l'utilise assez souvent, surtout chez les femmes pour qui je sens que c'est très nébuleux l'anatomie externe des organes génitaux. Et assez régulièrement (pas tout le temps), je le fais assez souvent chez les femmes vaginales. »

Olympe

« Déjà, je pense que je demande déjà si elles acceptent de voir une planche d'anatomie plutôt que des photos. [...] Je vais aussi demander à la femme qu'elle se regarde, avec un miroir. Qu'elle voie un peu comment c'est fichu. Parce que beaucoup de femmes n'ont jamais regardé comment elles sont faites. Voilà, favoriser les explorations et les travail à la fois personnel et professionnel. Par moi ou par elle. »

Sandrine

A propos de l'utilisation du dessin

« Souvent, dans mon premier entretien, je leur fais dessiner leurs organes génitaux externes. »

Olympe

A propos des informations concernant la sexualité

« Un apport d'informations aussi, sur les conséquences sexuelles de la douleur. Généralement c'est la libido. Donc, c'est la perte de libido. Donc il y a tout un travail à faire sur la perte de la libido, expliquer ce que c'est que le désir féminin etc. »

Olympe

Autonomisation et travail comportemental

La place de l'autonomie

« Le but est qu'elles ne voient pas un masseur-kinésithérapeute ad vitam aeternam. Le but étant aussi (il y a une notion d'éducation thérapeutique) qu'elles apprennent elle-même à avoir les outils pour gérer leur douleur ou, bah voilà adapter leur sexualité. [...] Le but c'est que quand [...] elles se sentent écoutées, prises en charge : ok on a compris leur douleur on va améliorer la situation. Mais par contre c'est de l'empowerment, il faut qu'elles soient proactives. Je veux dire que ce n'est pas nous qui arrivons avec une baguette magique. Ce sont elles qui vont se traiter, c'est important qu'elles le comprennent. »

Marine

« L'autonomie, c'est indispensable. Pour moi, c'est indispensable. C'est vraiment le b-a.ba de mon activité. Je leur donne des exercices qu'elles doivent faire d'une séance à une autre, pour qu'elles puissent un petit peu se mobiliser. Ça leur donne un but un peu. »

Amandine

« Si c'est stricto sensu au cabinet non, ça ne peut pas marcher ce n'est pas possible. Oui l'autonomie c'est très important. »

Olympe

« Il faut absolument qu'elles se prennent en charge. »

Lisa

« L'éducation comportementale, ah oui obligatoirement. Ça c'est systématique, c'est systématique. [...] Puis un travail sur soi ça aussi, je pense que c'est ce qui est important. C'est autonomiser ces femmes. »

Sandrine

Types d'exercices à domicile, gestion de la douleur et échanges à ce propos

« Je ne leur donne pas des exercices par écrit, ça c'est plutôt oral. Par contre effectivement il y a toujours un compte-rendu sur la séance suivante. Est-ce qu'elles l'ont fait ? Comment ça s'est passé ? Elles me renvoient leur ressenti. »

« Après, purement au niveau des douleurs liées à l'endométriose, on va pouvoir leur donner des outils, comment gérer leur douleur. »

Marine

« Globalement, ce sont des approches de gestion comportementale. De la douleur liée, par exemple, à des événements de vie qui peuvent être stressants. Leur apprendre à repérer ces événements-là, et les aider à mieux les gérer avec des exercices de respiration, de relaxation, des exercices de gainage, de renforcement. »

Amandine

« On ne va pas éliminer l'endométriose, elles ont leur traitement de pilules progestatives qui normalement a pour but de limiter l'évolution de l'endométriose voire de la faire régresser. Et à côté de ça, on va plutôt travailler sur les levés les tensions, des positions (on va leur donner des conseils de positionnement), des étirements, de la relaxation, du travail respiratoire. »

Marine

Exemples d'exercices de prise de conscience de son corps

« Ça peut être : regarder tous les jours sa vulve dans un miroir. Même une demi seconde, mais juste s'obliger tous les jours à la regarder et se dire « ah putain c'est là ! ». [rire] Dans une idée de désensibilisation aussi, d'en faire quelque chose d'aussi facile et normal que de regarder sa tête dans le miroir le matin. »

« Ça peut être : poser son doigt sur le noyau fibreux central au travers de sa culotte une fois par jour, ou de son pantalon quand c'est trop compliqué. »

Catherine

Utilisation de crèmes

« Il y a un traitement local que j'utilise en séance et que la patiente va appliquer sur sa muqueuse 2 fois par jour pour désensibiliser à la douleur. »

Olympe

« Leur donner éventuellement des traitements, des crèmes pour qu'elles se massent à la maison. »

Lisa

« Je leur conseille pas mal de crèmes autant que je le peux, parce qu'il y a des choses que je ne peux pas prescrire. Mais donc des hydratants, des huiles, des hydratants à base d'acide hyaluronique. Et parfois donc il y a nécessité de crème à base d'œstrogènes ou de lidocaïne. »

Marine

Utilisation des dilateurs

« Pour les femmes vaginiques : un travail avec des dilateurs qu'elles vont refaire à la maison, pour tout doucement s'habituer à une prise de conscience de quelque chose qui rentre dans leur vagin. »

Lisa

Comportements sexuels à adopter

« Mon travail de sexologue déjà, c'est de leur dire que la sexualité ne se borne pas à une pénétration vaginale. On peut tout à fait avoir une sexualité basée sur des caresses ; c'est déjà une sexualité. Donc ce qui est important, c'est déjà de garder cette envie de corps qui se rapproche, ou même de se découvrir soi-même si on est seule. »

Sandrine

« Il faut les amener à prendre conscience dans leur corps ce qu'il faut faire pour ne pas avoir mal. C'est prendre conscience que quand le bassin est plaqué [...] le vagin va s'ouvrir et que la plupart du temps la femme, quand elle a mal, elle va avoir tendance à se mettre en hyperlordose et à faire tout le contraire de ce qu'il faut faire. »

Lisa

Les approches corporelles

Approches manuelles et globales

« Principalement moi, c'était un travail manuel. C'était principalement du manuel avec ces femmes-là. Moi c'est ce que je faisais : c'est du massage, de la prise de conscience, de la respiration. »

Lisa

« Manuelle essentiellement. Je suis très manuelle. »

Marine

Détente de la patiente

« Et puis j'introduis dans tous les sens du terme les dilateurs. [...] Dans le cadre du vaginisme, le plus après un massage, une fois que j'ai bien détendu la patiente. »

Olympe

Travail passif des muqueuses et du périnée

« Je travaille aussi [...] avec une crème qu'on peut faire, une préparation. Avec de la lidocaïne. [...] Si c'est une douleur par exemple juste à la fourchette, juste à l'entrée du vagin, je vais travailler avec ça. »

Sandrine

« Un travail passif qui est de masser et d'étirer voilà, tout en étant relâchée. »

Marine

La respiration abdominale

« On travaille sur la respiration abdominale. »

Marine

Travail actif du périnée

« Il y a un travail manuel avec de l'actif, du contracté-relâché pour améliorer l'étirement et l'élasticité du périnée. Et pour qu'elles comprennent aussi ce travail de relâchée et d'automatisation du relâcher au moment de la pénétration. Qu'on va aussi renforcer par l'utilisation des dilateurs. »

Marine

Travail instrumental

« On est capables de tout essayer en cabinet hein, de tout faire. [...] Comment aller chercher la sensation en mettant en place ces mécanismes de tensions musculaires, de respirations, de mouvements ? Sauf qu'on est dans un cadre sécurisé, bien bordé, bien cadré, qui est thérapeutique. Et du coup, on ne va pas déclencher une sensation de plaisir de fou avec la ou le masseur-kinésithérapeute à côté. Le préambule, c'est d'avoir quand même hyper bien cadré et en général elles sont assez partantes pour ne pas le faire toute seule dans leur coin. »

Catherine

A propos de la place du partenaire et de la rencontre avec celui-ci

« Quand je sens que c'est le désir des patientes, il m'arrive de les voir en couple une à 2 fois. Et alors en théorie (si je faisais bien les choses) quand je propose de les recevoir en couple et que j'ai déjà établi un lien avec une patiente, je suis censée voir monsieur (enfin le ou la partenaire). D'abord toute seule, pour établir un lien. [...] Parfois ce sont mes patientes qui me mettent devant le fait accompli, et qui arrivent à 2 dans la salle d'attente. Donc je le fais. »

Olympe

« C'est très important aussi éventuellement de poser la question, de savoir comment ça se passe avec le partenaire. »

« Les femmes vaginiques, elles sont souvent avec des partenaires très doux, très gentils, très compréhensifs. Mais au bout d'un moment ils peuvent en avoir marre. »

« Il faut toujours insérer un peu le couple. Si des fois le partenaire veut venir à ce moment-là, je vais les prendre dans un travail de couple en sexothérapie où là la séance va durer plus longtemps. En général c'est une heure. Et on va travailler autour du couple. Mais dans un premier temps, souvent, c'est la patiente qui arrive avec son symptôme, et au départ on ne travaille qu'avec la patiente. »

Lisa

« Ça m'arrive dans un cadre de soins de support pour la patiente. [...] Je demande à la patiente d'organiser un rendez-vous avec son partenaire. Et on fait une thérapie de couple en séance. »

Amandine

A propos des effets de la prise en charge

Les difficultés rencontrées

Contexte de vie et contexte psychologique

« Alors des fois, c'est parce qu'il y a eu un ultimatum posé dans le couple. C'est à dire que le partenaire en a marre, donc c'est : « soit tu fais quelque chose soit je te quitte ». Bon, ça c'est un peu compliqué à gérer parce qu'on sait en sexologie que c'est la motivation personnelle qui fait qu'on aura un résultat favorable ou pas. »

Sandrine

« Dans quelques cas de vaginisme où effectivement l'accès au corps est compliqué, il faudrait commencer par un traitement, une prise en charge où on travaillerait sur le trouble de l'anxiété ou le post-traumatique. Voilà, arriver à déjà au niveau des troubles anxieux à essayer d'améliorer les choses avant d'attaquer un traitement plus masso-kinésithérapique. »

Marine

Non-observance des exercices à domicile

« Il y a des patientes dans les propositions de travail d'exercice, qui ne vont pas le faire. Mais comme dans d'autres pratiques en masso-kinésithérapie. »

Catherine

« La passivité. [...] Ce sont souvent des patientes qu'il faut arriver à stimuler pour qu'elles aient un travail en autonomie. »

Amandine

Les effets de la prise en charge

Libération des émotions et de la parole

« Combien de femmes lors du premier rendez-vous... [rire] J'ai une grosse boîte de mouchoirs. Elles sont en larmes parce qu'effectivement elles abordent un sujet qui touche à leur intimité, qui touche à leur relationnel, à leur couple. »

Marine

« Des fois, les patientes arrivent par exemple avec un problème de vaginisme où elles disent rien. Et tout ça, et à force de travailler sur ce corps, d'être dans cette écoute et tout ça... à la séance suivante elles vont venir en me disant [change de voix] « vous savez j'veus ai pas dit mais j'me rends compte que ce qu'il m'arrive aujourd'hui c'est parce que mon oncle m'a abusé de l'âge de 4 ans à 8 ans. »

Lisa

Découverte d'un trouble sexuel chez le partenaire

« On trouve aussi des femmes vaginiques pour qui, quand on lève le symptôme et bien on s'aperçoit que du coup c'est le partenaire qui a un problème avec un trouble d'érection. »

Lisa

A propos de l'interprofessionnalité et du travail en réseau

Les limites de la profession et de la formation

« On n'est pas tout le temps à plusieurs, mais oui. [...] puis c'est capital pour le patient qu'il se sente pris en charge par une équipe [...] Ma formation de sexologue ne m'a pas transformée ni en gynécologue, ni en urologue, ni en proctologue, ni en psychologue, ni en psychiatre. [rire] Je traite dans mon domaine de compétences .»

Olympe

La diversité du réseau

« L'intérêt si vous aimez mieux, c'est que c'est une rééducation qui est globale et qui doit se faire avec différents thérapeutes. Que ça soit des masseurs-kinésithérapeutes, des sage-femmes, des dermatologues, des gynécologues, avoir un bon réseau... Des ostéopathes, des fascias thérapeutes, des psychologues. Il faut vraiment avoir un bon réseau de gens qui s'y connaissent dans ce genre de travail pour pouvoir éventuellement travailler dans une globalité quand on sent qu'il y a un besoin. »

Lisa

« Psychologues, hypnothérapeutes, EMDR [silence], un acuponcteur... [...] Et puis j'ai mon petit réseau bien sûr de gynécologues qui connaissent bien ces pathologies-là. 2 dermatologues aussi. »

Marine

Le mode de prise de contact

« Soit je les appelais par téléphone, soit je les adressais avec un petit mot. »

Lisa

Exemples de situations cliniques au cours desquelles l'interprofessionnalité s'impose

« Et quand je me rends compte que c'est très lourd, je les envoie voir un psychologue si possible qui travaille en EMDR. C'est pour tout ce qui est traumatique. »

« En fonction de ce que je vais trouver pour une épisiotomie douloureuse par exemple, je vais la réadresser au gynécologue parce que je trouve qu'il y a... une bride cicatricielle ou autre chose. Chez une femme vaginique après abus sexuel, je vais peut-être (ou pas) l'adresser chez un psychologue en EMDR. Chez des femmes qui ont eu par exemple des cancers avec des irradiations et qui se retrouvent avec des vagins avec une trophicité pas possible, je vais leur envoyer voir le gynécologue pour avoir un traitement hormonal local. Surtout que local puisque c'est un cancer. »

Lisa

« S'il y a des grosses difficultés psychologiques, je les réoriente. S'il y a une difficulté qui nécessite une prise en charge médicale, je réoriente aussi. C'est-à-dire qu'il peut y avoir une cicatrice douloureuse donc là, je vais renvoyer sur un gynécologue qui va pouvoir mettre en place un traitement adapté à cette cicatrice. »

Sandrine

« Mais il y a aussi beaucoup de douleurs secondaires. Alors des douleurs secondaires, c'est assez fréquent au moment de la ménopause, ça c'est clair. D'où la nécessité d'orienter vers un gynécologue qui si possible à une coloration sexologue, ou qui en tous cas s'intéresse à la sexualité. Parce qu'on ne travaille pas toute seule dans notre coin, il faut mettre en place un traitement local. »

« Quand je sens qu'il y a une conjugopathie ou un nœud plus important j'envoie vers un psychologue sexologue qui prend des couples. »

« J'ai une patiente actuellement, elle a 22 ou 24 ans. Marocaine, d'une famille plutôt aisée, une famille très pratiquante. Elle vient d'un lycée français à Casablanca, elle fait ses études supérieures dès le post-bac. Elle vit en couple de façon martiale, elle va se marier, c'est une cadre supérieure, d'un très bon niveau, intelligente, fine avec un vaginisme primaire à peu près résolu. Mais donc qui cache à ses parents qu'elle vit en couple. [...] Elle va voir ses parents au Maroc, elle cache presque son passeport parce qu'elle craint que son père lui subtilise son passeport pour qu'elle ne puisse pas rentrer en France si elle lui dit la vérité. Cette jeune femme, elle est très malheureuse. [...] C'est extrêmement émouvant, je l'ai envoyée voir un psychologue d'ailleurs pour qu'elle arrive à vivre avec ça et qu'elle ne s'empêche pas de vivre sa vie, c'est terrible. »

« J'ai eu juste en post confinement une jeune femme près de 35 ans. Catholique et pratiquante [...] Le mari est américain, elle l'a connu dans un séminaire religieux aux États-Unis. Mariage vierge pour elle, lui il avait déjà eu une partenaire. Vaginique. Donc évidemment une noce qu'on a évidemment beaucoup idéalisée, mais la pénétration est totalement impossible. Capital d'avoir un bébé tout de suite, immédiatement. [...] C'était le confinement du printemps 2020 elle a consulté un des gynécologues avec qui je travaille qui ne fait pas de sexologie mais qui est « open » je dirais, et qui lui a tout de suite expliqué la technique artisanale. [...] Je la vois la séance d'après, elle avait un vrai vaginisme et elle me dit : « je suis enceinte ». [...] Donc j'ai demandé l'accord d'Etienne son gynéco parce que c'est une grossesse précieuse, moi je ne veux pas y aller avec un mois ou 2 de grossesses, je voulais prendre aucun risque par rapport donc à une éventuelle fausse couche même si les rapports sexuels sont évidemment autorisés pendant la grossesse. [...] Symboliquement, c'était très important pour le couple, même si la conception avait été faite hors rapport, elle voulait arriver à avoir une pénétration vaginale avant son accouchement. »

Olympe

« Je leur conseille pas mal de crèmes, autant que je le peux. Parce qu'il y a des choses que je ne peux pas prescrire. [...] Et parfois donc il y a nécessité de crème à base d'œstrogènes ou de lidocaïne. Et là, je renvoie. Et parfois des traitements type Laroxyl, où donc ce sont des traitements antidépresseurs, qui jouent sur la sensibilité générale. Donc dans des tout ce qui est douleurs chroniques, c'est assez efficace. Donc il faut réorienter vers le médecin. »

« Si par exemple il y a un très très fort trouble anxieux, si moi l'accès au corps n'est pas possible, si au-delà de notre thérapeutique ça ne s'améliore pas, je réoriente. »

« Parfois, il peut y avoir aussi par exemple quelque chose qui remonte à l'enfance : des agressions sexuelles, des attouchements (quelque chose de lourd) où moi, je juge que je n'ai pas les épaules pour ça et, où je comprends que la patiente a envie de se livrer. Parfois, je pense que ça serait du ressort psychologique, mais parfois la patiente n'a pas du tout envie d'aller voir un psychologue non plus et elle trouve que c'est bien d'avoir un masseur-kinésithérapeute parce que finalement bon « il est aussi sexologue c'est bien, je ne vais pas voir de psychologue ». Alors voilà, j'essaie de leur expliquer que j'ai aussi mes limites. Bien sûr qu'on peut un peu débroussailler le terrain et apporter des outils en sexologie, mais que je ne suis pas psychologue et sans doute qu'un psychologue serait plus adéquat. »

Marine

Liens entre masso-kinésithérapie santé sexuelle et sexologie

A propos de l'amélioration de la formation initiale en pelvi-périnéologie

« Du moment que vous avez une profession médicale qui vous amène à examiner le périnée d'un patient ou d'une patiente, ça me paraît évident que vous êtes la porte d'entrée idéale pour aborder la question sexuelle. [...] Il faut que les professionnels de santé qui ont le nez sur le périnée (et là, je ne cible pas sur les masseurs-kinésithérapeutes) aient tous au moins quelques heures de formation dans les grandes lignes à la sexualité intégrée à leur formation afin de pouvoir tendre la perche à un patient sur une éventuelle plainte sexuelle. [...] Et il fait ou il ne fait pas, mais il tend la perche et il oriente. »

Olympe

« Je crois que c'est important de parler de la santé sexuelle et que plus on va en parler et plus ça va s'améliorer, c'est mon côté optimiste. Et qu'il faut sortir du tabou. »

Sandrine

Exemples de situations cliniques pour lesquelles des cours de sexologie pourraient être utiles dans le champ de la rééducation périnéale, indépendamment des douleurs sexuelles

« J'ai dit beaucoup de bêtises même aux femmes pendant pas mal d'années. Mais en pensant bien faire, mais bon quand on n'est pas formés, c'est un petit peu délicat de répondre correctement. [...] Je vais vous donner un exemple très simple : des femmes après 5 ou 6 mois après accouchement qui me disaient : « je n'ai pas récupéré une sexualité ». Et je leur disais : « oh après une naissance ce n'est pas étonnant, ça devrait revenir ». Voilà. Bon, la réponse n'est vraiment pas satisfaisante. Parce si une femme qui vous livre ça comme difficulté au bout de 4 ou 5 séances de rééducation, ça lui pose réellement problème. Donc en répondant ça, on se débarrasse un peu de la question. En répondant « bon c'est normal » on veut être bienveillant et la rassurer. Mais en fait, on se débarrasse de la question. On n'apporte surtout pas de réponse. Voilà le style de bêtises que l'on peut sortir quand on n'est pas formé. Et ça je suis persuadée que beaucoup beaucoup de masseurs-kinésithérapeutes se sont retrouvés confrontés à ce type de réponse. »

« Par exemple, j'ai souvenir d'une femme, d'une jeune femme qui devait avoir 27-28 ans et qui a assisté à un assassinat. Donc quelqu'un qui est décédé devant elle par arme à feu. Sur le moment elle a eu tellement peur que sa vessie s'est vidée par un relâchement réflexe. Donc elle venait me voir parce qu'elle s'est retrouvée dans des difficultés sexuelles du même ordre. »

« On peut déconstruire leurs idées reçues par exemple... Je ne sais pas moi mais une femme en séance de rééducation qui vous dit : « mon mari il ne sent pas trop parce que depuis que j'ai des enfants, j'ai un périnée complètement relâché ». 9 fois sur 10 ce n'est pas vrai. [...] « je n'ai plus de sexualité, je me demande si j'aime toujours mon mari »... Bon les sentiments et le sexe sont 2 choses différentes. On peut être très amoureux et ne pas avoir de sexualité, avoir une sexualité et ne pas être amoureux. L'idéal étant bien sûr d'avoir les 2, du moins une sexualité épanouie en fonction de ce qu'on cherche et de ce dont on a besoin, et des sentiments. »

Sandrine

A propos de la sexologie dans la pratique générale en masso-kinésithérapie

« Pour moi, l'enjeu c'est de l'intégrer [...] à toute la masso-kinésithérapie et pas forcément que à la périnéologie. »

Catherine

« On ne peut pas tous être sexologue. Mais par contre on peut quand même avoir des notions de sexologie qui aideraient à prendre en charge la douleur génitale et pelvienne. »

Marine

Exemples de situations cliniques pour lesquelles des cours de sexologie pourraient être utiles en dehors du champ de la rééducation périnéale

« On peut avoir une difficulté sexuelle par exemple parce qu'une femme a une prothèse de hanche. Ça, tous les masseurs-kinésithérapeutes connaissent la prothèse de hanche. »

« On peut avoir des difficultés sexuelles parce qu'on est lombalgique. Moi, j'ai eu par exemple un patient qui venait suite à une arthrolyse lombaire avec atteinte des releveurs et qui me dit au bout de quelques séances (parce qu'il savait que j'étais sexologue puisque c'est sur ma plaque) ; il me dit : « J'ai une question à vous poser, intime ». Bon donc là, c'était bien au cours d'une séance de masso-kinésithérapie, rien à voir avec la rééducation du périnée, on est bien d'accord. Donc je le prends dans une cabine et on discute parce que j'ai une grande pièce de rééducation puis après j'ai des petites pièces. Donc là, on commence à discuter et il me dit : « depuis l'atteinte, quand je suis en érection, j'ai une inclinaison de la verge sur un côté ». Bon, ça c'est une question qui peut être posée à n'importe quel masseur-kinésithérapeute qui travaille sur des lombalgies. En gros sur tous les masseurs-kinésithérapeutes parce que je ne sais pas s'il y a des masseurs-kinésithérapeutes qui n'ont pas de lombalgie dans leur patientèle. »

« Mais même dans toute rééducation, vous pouvez avoir une femme qui vient pour une entorse de cheville et qui vous parle de son mari qui est parkinsonien, qui a des traitements dopaminergiques et elle n'en peut plus parce qu'il est tout le temps en train de lui sauter dessus. Et cette femme elle ne peut pas comprendre que la sexualité de son mari a été décuplée... Alors je dis ça, mais l'inverse est vrai ! J'ai une patiente parkinsonnienne et c'est son mari qui m'avait dit : « mais je ne comprends pas elle n'a jamais été comme ça ». En fait, je lui ai appris que les traitements dopaminergiques pouvaient décupler la sexualité, le désir sexuel et que c'était sûrement... Elle n'y était pour rien, elle n'était pas devenue complètement obsédée. Mais c'était un effet secondaire du traitement. »

« Vous pouvez avoir un paraplégique qui a un accident de moto à l'âge de 25 ans et qui vous pose la question. Moi ça m'est arrivé parce que j'ai fait mon mémoire sur un jeune homme qui était tétraplégique. Et au bout de quelques jours de rééducation, quelques semaines de rééducation avec moi, il m'a posé la question de savoir si d'après moi il pourrait avoir des enfants. Je n'avais jamais vu ça, je ne savais pas si un paraplégique ou un tétraplégique pouvait encore avoir une sexualité. Et ça je crois quand même que c'est quand même intéressant de le savoir. »

Sandrine

L'enjeu de reconnaissance

« L'enjeu ce serait la reconnaissance du Diplôme Universitaire de Sexologie au Conseil National de l'Ordre. Parce que ce n'est pas reconnu encore dans toutes les facultés. »

Amandine

Douleurs pelvi-périnéales au décours de la sexualité féminine

Introduction : les douleurs sexuelles pelvi-périnéales de la femme sont un fait connu d'analyse complexe. Elles ont un impact sur la qualité sexuelle et globale des patientes. La littérature décrit des effets positifs de la rééducation en masso-kinésithérapie sur ces douleurs, mais aucun gold standard n'existe à ce jour.

Objectifs : l'objectif principal était de faire un état des lieux et de comprendre les différents aspects de la prise en charge de ces douleurs.

Méthode : nous avons effectué une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Notre échantillon était composé de 6 femmes masseur-kinésithérapeutes titulaires d'un Diplôme Inter-Universitaire en Etude de la Sexualité Humaine. Tous les entretiens ont été menés à distance par téléphone ou en visioconférence. Le corpus obtenu a fait l'objet d'une analyse thématique.

Résultats : la prise en charge en masso-kinésithérapie des douleurs sexuelles périnéales s'adapte aux patientes, à leur vécu et à leurs attentes. Les masseurs-kinésithérapeutes sexologues s'efforcent de suivre 3 axes de travail : l'information, le conseil et le traitement. L'éducation et l'autonomisation de la patiente sont des clés vers la réussite du traitement. Ce dernier se base sur l'utilisation d'une approche globale d'abord manuelle puis instrumentale et respecte la temporalité et les valeurs des patientes. Les thérapies utilisées visent la désensibilisation de la zone pelvienne, la récupération d'un tonus musculaire normal et l'acquisition d'habitudes comportementales. La masso-kinésithérapie n'est jamais décrite comme un traitement isolé.

Conclusion : la prise en charge actuelle des douleurs sexuelles pelvi-périnéales de la femme par les masseurs-kinésithérapeutes sexologues est fidèle aux données de la littérature. Les connaissances des thérapeutes en termes de sexualité humaine permettent d'assurer une rééducation plus globale. L'absence de protocole thérapeutique ne semble pas être un frein à la réussite des traitements.

Mots-clés : [dyspareunie, vulvodynie, douleurs pelviennes, masso-kinésithérapie, rééducation]

Pelvic-perineal pain during female sexuality

Background : pelvic-perineal sexual pain in women is a known fact of complex analysis. They have an impact on the sexual and overall quality of life of patients. Literature describes the positive effects of physiotherapy on these pains but no gold standard exists to date.

Objectives : the main objective was to assess the current situation and to understand the different aspects of the management of these pains

Methods : we conducted a qualitative study using semi-structured interviews. Our sample was composed of six female physiotherapists with an Inter-University Diploma in Human Sexuality Studies. The corpus obtained was subject to a thematic analysis.

Results : the physiotherapy management of sexual perineal pain is adapted to the patients, their experience and their expectations. Physiotherapists/sexologists try to follow 3 lines of work : information, advice and treatment. Education and empowerment of the patient are the keys to a successful treatment. The treatment is based on the use of a global approach, first manual and then instrumental. It respects the patient' temporality and values. The therapies used aim to desensitize the pelvic area, recover normal muscle tone and acquire behavioral habits. Physiotherapy is never described as an isolated treatment.

Conclusion : the current management of female pelvic-perineal sexual pain by physiotherapists/sexologists is consistent with the literature. The therapists' knowledges in terms of human sexuality allow to ensure a more global rehabilitation. The absence of a therapeutic protocol does not seem to be an obstacle to the success of the treatments.

Keywords : [dyspareunia, vulvodinia, pelvic pain, physiotherapy, rehabilitation]

