

UNIVERSITE MONTPELLIER
UFR DE MEDECINE DE MONTPELLIER – NIMES

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE
SITE DE NIMES

**LA PRISE EN CHARGE
DU VAGINISME
PAR LES SAGES FEMMES**

Mémoire soutenu par Morgan BATTESTINI

Née le 06/09/1999

Maître de mémoire : MEIFFRE Maryse

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

Année 2024

UNIVERSITE MONTPELLIER
UFR DE MEDECINE DE MONTPELLIER – NIMES

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE
SITE DE NIMES

**LA PRISE EN CHARGE
DU VAGINISME
PAR LES SAGES FEMMES**

Mémoire soutenu par Morgan BATTISTINI
Née le 06/09/1999

Maître de mémoire : MEIFFRE Maryse

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année 2024

REMERCIEMENTS

Merci à madame Maryse Meiffre, pour ses conseils durant la rédaction de ce mémoire et pour son soutien, son écoute et sa sensibilité durant mes années d'études.

Merci à mesdames et messieurs, membres du jury de porter intérêt à mon travail.

Merci à l'ensemble de l'équipe enseignante du département de maïeutique de la faculté de médecine de Nîmes pour leur travail et leur bienveillance. Merci tout particulièrement à Maryse Meiffre, Stéphanie Laurent, Hélène Bouchot, Solange Inidry, Manuel Ferrer et Valérie Courtin de nous apprendre à devenir les sages-femmes de demain.

Merci à ces sages-femmes rencontrées au cours de mes stages qui ont su me montrer la sage-femme que je voulais devenir. Merci aux sages-femmes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Merci à mes camarades de promotion devenus des amis, Inès, Candice et Julian, déjà sages-femmes qui m'inspirent et me montrent le chemin. Ces années d'études ont été l'occasion de belles rencontres, sans oublier Arthur.

Merci à ma famille, à mes parents et ma sœur de me soutenir et d'accepter mes choix, merci pour votre patience et votre amour.

Merci à Romain, l'homme que j'aime, d'être à mes côtés et d'embellir mes journées.

Merci à toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de ce mémoire.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	1
LISTE DES ABREVIATIONS.....	3
1. ETAT DES CONNAISSANCES.....	6
1.1 HISTORIQUE	6
1.2 RAPPELS ANATOMIQUES	6
1.2.1 Anatomie de l'organe génital féminin	6
1.2.2 Rappels anatomiques du périnée	9
1.3 DEFINITION DU VAGINISME.....	10
1.3.1 Peur et douleur	10
1.3.2 Le vaginisme primaire	10
1.3.3 Le vaginisme secondaire	11
1.3.4 Classification du vaginisme	11
1.4 LES CAUSES DU VAGINISME.....	12
1.4.1 Les causes organiques.....	13
1.4.2 Les causes inflammatoires	13
1.4.3 Les causes socio-culturelles	13
1.4.4 Les causes psychiques et traumatiques.....	14
1.5 DIAGNOSTIC.....	15
1.5.1 Diagnostic positif.....	15
1.5.2 Diagnostic différentiel.....	16
1.6 LES TRAITEMENTS	16
1.6.1 Thérapies psychiques.....	16
1.6.2 Thérapies physiques.....	17
1.6.3 Méthodes alternatives	18
2. EXPLORATION DES CONNAISSANCES ET PRISES EN CHARGE DU VAGINISME PAR LES SAGES-FEMMES	19
2.1 PROTOCOLE DE RECHERCHE	19
2.1.1 Problématique choisie	19
2.1.2 Hypothèses préliminaires	19
2.1.3 Objectifs de l'étude.....	19
2.2 METHODE D'INVESTIGATION.....	19
2.2.1 Caractéristiques de l'étude	19
2.2.2 Mode de recueils des données	19
2.2.3 Population cible de l'étude	20

2.2.4	Données étudiées	20
2.2.5	Analyse des données.....	20
3.	ANALYSE DES RESULTATS.....	21
3.1	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	21
3.2	CONNAISSANCES ET EXPERIENCES.....	24
3.3	BESOINS ET AXES D'AMELIORATIONS.....	35
4.	DISCUSSION.....	39
4.1	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	39
4.2	CONNAISSANCES ET EXPERIENCES.....	39
4.3	BESOINS ET AXES D'AMELIORATIONS.....	42
	CONCLUSION.....	44
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	45
	ANNEXE	47

LISTE DES ABREVIATIONS

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

DSM : Diagnostic et statistique des troubles mentaux

EPP : Entretien prénatal précoce

HDJ : Hôpital de jour

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MACSF : Mutuelle d'assurance du corps de santé français

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMA : Procréation médicalement assistée

PMI : Protection maternelle et infantile

PRADO : Programme d'accompagnement de retour à domicile

PV : Prélèvement vaginal

UK : Unité kangourou

VAD : Visite à domicile

INTRODUCTION

Tous les êtres vivants ont un même but commun, faire perdurer l'espèce. La sélection naturelle a permis à chaque espèce de s'adapter afin d'optimiser la reproduction. L'être humain, en tant que mammifère, ne déroge pas à la règle : son instinct animal, son énergie la plus primaire est son énergie sexuelle. Cependant l'être humain est un animal social doté d'une conscience et d'émotions. Ainsi le vécu, les constructions sociales et l'environnement de chacun influencent fortement la sexualité et celle-ci est un facteur primordial de l'épanouissement personnel de l'individu. Les troubles de la sexualité ont des répercussions beaucoup plus vastes sur la personne qui en souffre. Selon l'OMS, la sexualité fait partie intégrante de la santé globale de l'individu : « La santé sexuelle est l'expérience d'un processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel concernant la sexualité. La santé sexuelle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforcent le bien-être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale » [1]. Il en découle donc une stratégie de promotion de la santé sexuelle.

En tant que sage-femme, nos compétences en matière de suivi gynécologique, de suivi de grossesse, de l'accouchement et du post-partum, ainsi que la part psycho-sociale non négligeable de notre métier font de nous des interlocuteurs de choix pour parler de troubles de la sexualité. Notre posture nous permet de créer une relation de confiance avec nos patientes et il n'est pas rare que celles-ci se confient et viennent chercher des réponses auprès de nous.

Une femme épanouie dans sa sexualité sera plus épanouie dans son couple et vivra plus sereinement sa grossesse. Ce contexte permettra aux futurs parents d'accueillir leur enfant dans de bonnes conditions. Nous avons donc tout intérêt dans notre pratique professionnelle à aider nos patientes lorsque celles-ci nous font part de troubles de la sexualité. Le vaginisme, qui se manifeste par une contraction involontaire de muscles du plancher pelvien, est un trouble sexuel qui touche 6 à 15% des femmes. [14]

Nous sommes donc potentiellement amené.e.s à prendre en charge des patientes présentant un vaginisme. Cette affection peut rendre notre prise en charge difficile, car le vaginisme est encore aujourd'hui trop peu connu et les sages-femmes déplorent un manque de connaissances, de formation, d'outils et de temps pour le prendre en charge correctement. C'est pourquoi ce mémoire se penche sur la problématique suivante : quels sont les connaissances et les outils des sages-femmes pour adapter leur prise en charge

face à un vaginisme ? Tout d'abord nous définirons ce qu'est le vaginisme, ses causes et ses moyens de traitements. Puis nous verrons au travers de l'étude, les connaissances et les méthodes que les sages-femmes mettent en place pour prendre en charge une patiente atteinte de vaginisme. Enfin l'analyse aura pour objectif d'élaborer des pistes adaptées aux besoins des sages-femmes et des patientes.

1. ETAT DES CONNAISSANCES

1.1 HISTORIQUE

La première description du vaginisme date de 1547. Elle est proposée par un médecin pionnière de la gynécologie, Trotula de Salerne, dans son traité des « maladies des femmes ». En 1834 Huguier décrit dans la littérature scientifique le phénomène de spasmes vaginaux involontaires [2]. En 1862 le terme de vaginisme fût introduit par le gynécologue James Mario Sims : « j'appelle vaginisme cette contraction spasmodique et douloureuse de l'orifice du vagin ». Par la suite le vaginisme fut l'objet de plusieurs publications et thèses entre 1870 et 1892. A ce moment-là, le seul traitement proposé était l'élargissement vaginal par méthode chirurgicale, un traitement lourd et peu efficace. Au début du XXème siècle, l'opinion prévalent remet en question le fait que la seule cause du vaginisme était organique et nécessitait l'intervention chirurgicale et commença à prendre en considération des aspects psychogènes. En portant davantage son attention sur la psychologie, Freud contribua à la compréhension de la sexualité. Il introduisit le concept de l'association de l'esprit (psyché) et du corps (soma), donnant naissance à la psychosomatique.

Dans les années 1950, Masters et Johnson révolutionnèrent la prise en charge du vaginisme grâce à la psychothérapie comportementale. Ils développèrent une thérapie cognitivo-comportementale associée à l'utilisation de dilateurs et clamèrent un excellent taux de réussite [3]. Malgré certaines modifications, ils restent les précurseurs des méthodes de traitements employés actuellement.

1.2 RAPPELS ANATOMIQUES

1.2.1 Anatomie de l'organe génital féminin

L'appareil génital de la femme se divise en deux parties, une partie externe visible et une partie interne.

La partie externe se nomme la vulve, c'est une saillie ovalaire allongée dans le sens sagittal, elle est bordée des lèvres externes appelées « grandes lèvres » entre lesquelles s'ouvre la fente vulvaire. En dedans des lèvres externes se trouvent les lèvres internes appelées « petites lèvres » à tort puisque certaines vulves présentent des lèvres internes plus grandes que les externes, certaines sont également asymétriques. Celles-ci se

rejoignent en arrière pour former la fourchette vulvaire et en avant pour former le capuchon du clitoris [4].

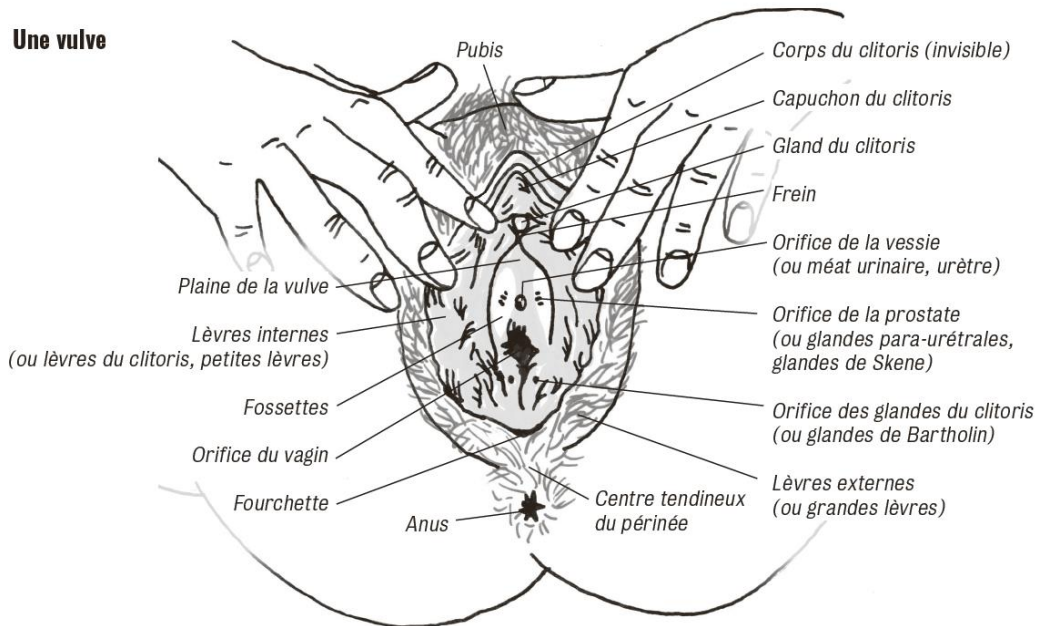


Figure 1 : Schéma légendé de la vulve [5]

Le vestibule désigne la fente allant de la commissure antérieure des lèvres internes à la fourchette postérieure, on retrouve de haut en bas :

- Le capuchon du gland du clitoris recouvrant le gland du clitoris. Le clitoris est un organe destiné au plaisir qui joue un rôle dans la reproduction en entraînant une série de modifications de l'appareil génital tels qu'une augmentation du débit sanguin vaginal, de la lubrification et un changement de la position du col de l'utérus. Il se prolonge du corps, de deux piliers et de deux bulbes encadrant l'entrée du vagin.

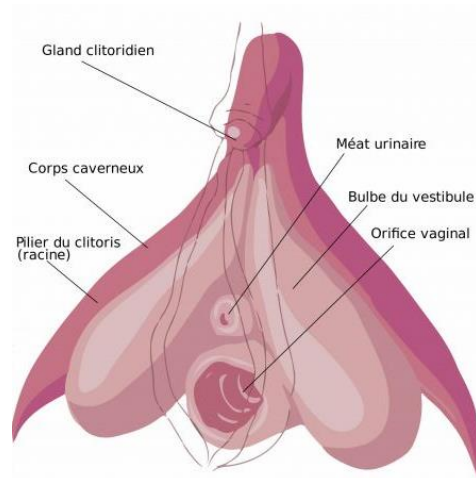


Figure 2 : Schéma légendé du clitoris [6]

- Le méat urinaire entouré des deux orifices des glandes de Skene. Ces glandes sécrètent un liquide antibactérien au moment de l'orgasme, elles sont l'équivalent de la prostate chez l'homme.
- L'orifice vaginal avec plus ou moins l'hymen ou des caroncules myrtiformes. [5] En ce qui concerne l'hymen, ni sa présence ni son intégrité ne sont synonymes de virginité. De chaque côté du vagin se trouve les canaux des glandes de Bartholin, elles ont pour but de sécréter un mucus participant à la lubrification vaginale.

La partie interne de l'appareil génital féminin est constituée :

- Du vagin, un tube musculo muqueux de 7 à 10 cm ayant une grande capacité de distension grâce aux plis transversaux. A l'état de vacuité, le vagin est aplati et ne représente qu'un espace virtuel. Le vagin a trois principales fonctions, il sert de voie de passage à l'écoulement des menstruations, à recevoir le pénis lors des relations sexuelles et de voie de passage à l'enfant lors de l'accouchement. Au repos, le vagin est concave en arrière avec une angulation de 135° à 145°. En cas de vaginisme, pendant la contracture du releveur de l'anus, cette angulation se ferme et mesure 110° à 120°.
- L'utérus se compose du col de l'utérus, d'une cavité tapissée d'endomètre qui se prolonge de part et d'autre par les trompes de Fallope menant aux ovaires.

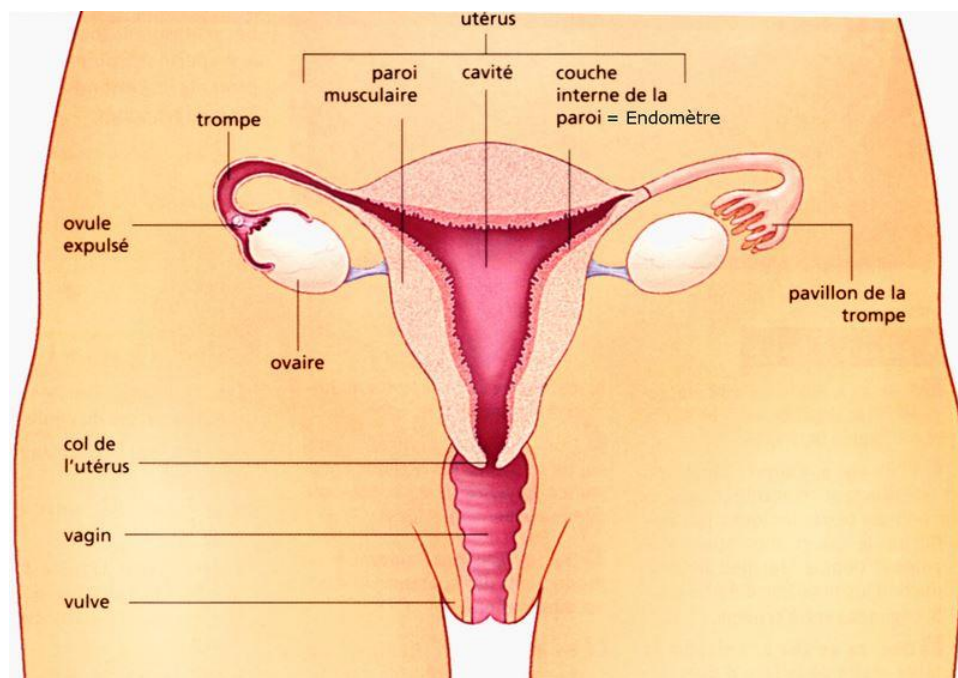


Figure 3 : Schéma légendé de l'utérus [7]

1.2.2 Rappels anatomiques du périnée

Le périnée est un ensemble de muscles en forme de “hamac”, qui ferme l’excavation pelvienne. Il soutient les organes du petit bassin (vessie, utérus, rectum). De forme losangique, il s’étend du bord inférieur de la symphyse pubienne et des branches ischio-pubiennes jusqu’au sommet du coccyx et des ligaments sacro-tubéraux. La ligne transversale passant par les deux tubérosités ischiatiques sépare le périnée en deux segments triangulaires : le périnée antérieur ou région uro-génitale et le périnée postérieur ou région anale. Il se divise en différents plans :

- Le plan superficiel est composé des muscles suivants : muscle ischio-caverneux, muscle bulbo-spongieux, muscle transverse superficiel, muscle constricteur de la vulve et muscle sphincter externe de l’anus.
- Le plan moyen est composé du muscle transverse profond.
- Le plan profond est composé du muscle releveur de l’anus. C’est le muscle principalement impliqué dans le vaginisme. Le muscle élévateur de l’anus est formé d’une partie médiale comprenant le faisceau pubo-vaginal et le faisceau pubo-rectal et d’une partie latérale comprenant le faisceau pubo-coccygien et le faisceau ilio-coccygien [8].

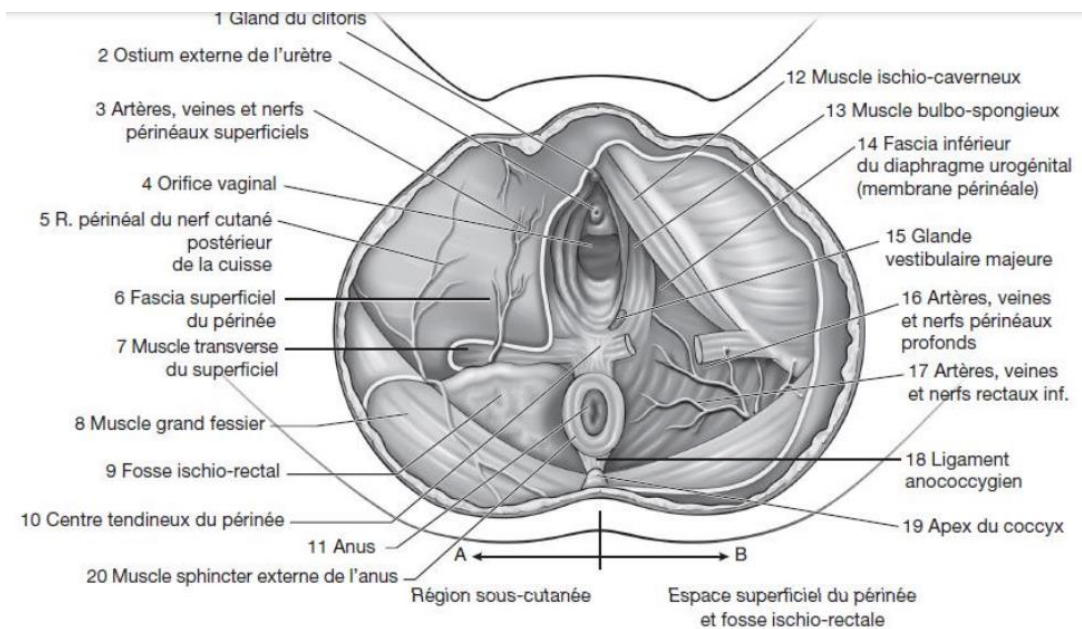


Figure 4 : Schéma légendé du périnée féminin [8]

1.3 DEFINITION DU VAGINISME

1.3.1 Peur et douleur

Le vaginisme se définit comme une contracture douloureuse et involontaire des muscles péri-vaginaux. Cela se produit souvent lors d'une tentative de pénétration : coït, intromission digitale ou examen gynécologique. Le vaginisme isolé est fréquent, il y a théoriquement un désir et une libido normale, il y a une lubrification et une possibilité d'orgasme. C'est pour cette raison que le vaginisme n'appartient pas à une phase particulière de la réaction sexuelle, mais est une réaction involontaire qui survient lors de la pénétration à laquelle se surajoute un manque de désir ou un trouble orgasmique lié à la diminution des rapports et à l'inhibition sexuelle. Dans son livre « La femme et son plaisir », Tordjman dit « douleur et constriction musculaire peuvent être confondues : la constriction des muscles péri-vaginaux peut rendre le rapport douloureux, tandis que la douleur provoquée par un rapport sexuel douloureux met souvent en alerte les sentinelles musculaires. Au point que le vaginisme peut ne représenter qu'une forme particulière de la dyspareunie ». Mais le vaginisme va au-delà d'une simple perturbation à la tentative de pénétration. Le vaginisme provient de réponses conditionnées. La douleur liée à l'absence d'excitation et de lubrification, la peur, l'appréhension amenant à un blocage rendant difficile voire impossible tout rapport sont autant de faits qui peuvent mener après quelques essais et tentatives répétés, à éviter la situation problème, meilleure solution pour abaisser son niveau d'anxiété, mais meilleure façon de maintenir le problème. Le vaginisme est renforcé par l'anxiété et la peur. La pénétration est alors associée à de la douleur, qui devient alors source d'angoisse. Cette angoisse entraîne des cognitions négatives que la femme cherche à éviter, les muscles péri-vaginaux vont alors se contracter en réaction de défense ce qui entraînera d'autant plus de douleur et ainsi générera un cercle vicieux douleur – angoisse – contraction musculaire – douleur [9].

Il est courant de retrouver chez les patientes un besoin de contrôle, une peur de l'inconnu ou de la perte de contrôle, peur de dépasser ses limites et de se laisser aller. Ces craintes entraînent des réactions défensives et se retrouvent également à d'autres niveaux relationnels : manque de confiance en soi, difficulté à s'affirmer et à communiquer ou repli affectif [10].

1.3.2 Le vaginisme primaire

Le vaginisme primaire est présent dès le début de la vie sexuelle et rend toute pénétration impossible. Souvent les femmes atteintes de vaginisme primaire ne le savent

pas par manque d'informations et construisent leur sexualité sur une représentation douloureuse de la pénétration [11].

1.3.3 Le vaginisme secondaire

Le vaginisme secondaire intervient après une période exempte de symptômes. Il survient après un fait traumatisant ou des infections génitales récidivantes. Le vaginisme secondaire peut survenir après une grossesse, suite à un accouchement traumatisant ou des suites de couches compliquées (accouchement instrumentalisé, déchirure périnéale, épisiotomie). Il existe alors une rupture dans la sexualité de la femme, il y a un avant et un après l'évènement traumatique, qui est d'autant plus dur à vivre pour la femme qui en souffre [11].

1.3.4 Classification du vaginisme

Dans le DSM-IV, qui est un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par l'association américaine de psychiatrie, le vaginisme est décrit par :

- « A. Présence de spasme involontaire, répété ou persistant, de la musculature du tiers externe du vagin perturbant les rapports sexuels.
- B. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles.
- C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale. »

Cependant cette définition a été remise en question depuis le début les années 2000 car il est difficile d'objectiver scientifiquement la présence de ces spasmes, de plus les notions de douleur, de peur ou d'appréhension ne sont pas prises en compte comme critères diagnostiques alors qu'elles jouent un rôle majeur.

Ainsi la définition a été modifiée en 2013 : [12]

- « A. Difficultés permanentes/persistantes concernant l'un ou plusieurs des items suivants : - difficultés à la pénétration vaginale pendant les rapports - douleur pelvienne ou vulvo-vaginale pendant la pénétration vaginale ou la tentative de pénétration - peur ou anxiété par anticipation de la douleur pelvienne ou vulvo-vaginale lié à la pénétration ou une tentative de pénétration - tension ou contraction des muscles du plancher pelvien liée à la tentative de pénétration.
- B. Durée des symptômes > 6mois.
- C. Les symptômes causent une souffrance clinique significative.

D. Absence d'explication par une autre cause (pathologie mentale, sévère conflit conjugal comme violence ou abus, cause médicale ou médicamenteuse) ».

La classification de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) met en évidence la douleur comme critère essentiel du vaginisme [13]. La classification du vaginisme selon Lamont (1978) expose différents grades dans le vaginisme [9] :

- Grade I : Le vagin de la patiente est tonique et étroit mais l'examen gynécologique est possible.
- Grade II : Les muscles pelviens sont toniques et la patiente n'arrive pas à se détendre. L'examen est cependant possible.
- Grade III : La patiente bouge pendant l'examen et par réflexe relève son bassin, en signe de contraction musculaire.
- Grade IV : L'examen n'est pas réalisable et la patiente se lève pour empêcher l'examen.
- Grade V (décrit par Pacik) : La peur extrême ou réaction viscérale de type : hyperventilation, nausée, vomissement, saut de la table d'examen, perte de conscience, agressivité à l'approche du médecin et tremblements généralisés.

Ces classifications permettent aux professionnels d'identifier les différents stades de vaginisme et d'adapter leur prise en charge ainsi que la thérapie à chaque patiente.

Etant donné les difficultés à définir le vaginisme, l'estimation du nombre de cas est compliquée. Le vaginisme est une des dysfonctions sexuelles féminines les plus importantes car il en représente environ 25 %. Seules 20 % des femmes touchées par le vaginisme consultent et la première consultation est souvent tardive. Dans une revue Cochrane, selon les études, le pourcentage de femmes ayant un vaginisme apparaît très varié, estimé entre 5 et 16 % [14].

1.4 LES CAUSES DU VAGINISME

Le vaginisme peut avoir des origines variées et multifactorielles qu'il est important de connaître afin de mieux le comprendre. Mais parfois la source du vaginisme reste indéterminée.

1.4.1 Les causes organiques

Le vaginisme peut être dû à des anomalies physiques qui peuvent rendre la pénétration douloureuse voire totalement impossible. Une malposition du pubis, une malformation vaginale ou hyménale, ou toute pathologie vaginale peuvent entraîner des dyspareunies engendrant un vaginisme primaire. Dans certains cas, un hymen trop épais ou résistant peut nécessiter une action chirurgicale. Parfois certaines caroncules myrtiformes (les restes de l'hymen) peuvent être très sensibles et donner des dyspareunies. La présence d'un utérus rétroversé peut engendrer des douleurs à la pénétration dans certaines positions et créer un vaginisme secondaire réactionnel par anticipation de la douleur. De même, certaines pathologies telles que l'endométriose peuvent créer de vives douleurs à la pénétration. Certaines de ces causes peuvent être prises en charge chirurgicalement mais d'autres non et entraînent des douleurs chroniques [15].

1.4.2 Les causes inflammatoires

Le vaginisme peut parfois être dû à des causes infectieuses provoquant inflammation et sécheresse vaginale. C'est notamment le cas des mycoses ou des infections sexuellement transmissibles comme l'herpès ou le gonocoque. Pour rappel, seul l'usage du préservatif protège des IST et il est conseillé de se faire dépister régulièrement. Dans le cas d'une infection il sera nécessaire de traiter la patiente et parfois également son partenaire et de stopper les rapports pendant un certain temps.

En fonction du moment du cycle (ménopause, grossesse, post-partum) des douleurs à la pénétration peuvent apparaître dues à une sécheresse vaginale, il est alors conseillé d'utiliser un lubrifiant. Cependant il est possible qu'une réaction allergique au latex ou à certains lubrifiants engendre des rapports douloureux.

1.4.3 Les causes socio-culturelles

Le vaginisme peut être la conséquence d'une éducation ou d'un environnement social particulier. Une éducation religieuse stricte tendant à diaboliser les rapports sexuels considérés comme sortant de la norme acceptable peut créer de fausses représentations de son corps et de sa sexualité chez la femme. Ainsi tout rapport hors mariage, n'ayant pas pour but la reproduction (cela implique la contraception, la sodomie, l'homosexualité, le libertinage, etc...) est prohibé.

La sexualité est encore aujourd'hui un sujet tabou pour beaucoup de parents et ceux-ci ne savent donc pas comment aborder le sujet dans l'éducation de leurs enfants.

L'éducation sexuelle dispensée à l'école n'est pas suffisante pour aborder des sujets primordiaux tels que les notions de consentement ou de plaisir. Il n'est alors pas rare que les enfants et adolescents construisent leur éducation sexuelle tout seul grâce à internet et la pornographie. Le phénomène est d'une telle ampleur que le gouvernement français a créé un site « je protège mon enfant de la pornographie » où l'on peut trouver ces chiffres : À 12 ans, près d'un enfant sur 3 a déjà été exposé à du contenu pornographique. 62 % des jeunes ont vu leurs premières images pornographiques avant d'entrer au lycée, soit avant 15 ans. Plus de 82 % des mineurs ont été exposés à des contenus pornographiques. Le smartphone est le support le plus utilisé par les jeunes pour visionner des vidéos pornographiques, 2/3 des enfants de moins de 12 ans possèdent un smartphone. 44 % des jeunes ayant déjà eu un rapport sexuel déclarent avoir essayé de reproduire des scènes ou des pratiques vues dans des films ou vidéos pornographiques [16].

Le tabou autour de la sexualité engendre également un manque de connaissances et des fausses représentations anatomiques. Il existe souvent un décalage entre la réalité anatomique et les représentations mentales des femmes ayant un vaginisme. Le vagin est souvent perçu comme trop petit, trop serré et l'hymen comme une barrière infranchissable ou alors uniquement dans la douleur et les saignements. La sacralisation de la virginité contribue au mythe du premier rapport sexuel. Ce mythe est si profondément ancré dans certaines cultures que de nombreuses femmes demandent d'avoir recours à des opérations de réparation chirurgicale de l'hymen afin qu'elles puissent prouver leur virginité lors de leur mariage à cause de la tradition du « drap blanc ». Toutes ces fausses représentations mènent à une méconnaissance des femmes de leur propre corps et de leur sexualité qui peut engendrer un vaginisme [14].

1.4.4 Les causes psychiques et traumatiques

On l'a vu une éducation stricte peut mener les femmes à de fausses représentations de leur sexualité voir à une culpabilisation, une honte à se laisser à leurs envies et plaisirs. Des traumatismes psychiques subis dans l'enfance ou l'adolescence, ainsi que des traumatismes gynécologiques et obstétricaux peuvent être la source du vaginisme.

Le collectif féministe noustoutes.org a mené une Enquête « NousToutes Consentement dans les rapports sexuels (2020) » : il en ressort que plus d'une femme sur deux en France et plus de six jeunes femmes sur dix ont déjà été victimes de harcèlement ou d'agression sexuelle au moins une fois dans leur vie, Pour une femme sur six, l'entrée dans la sexualité se fait par un rapport non consenti et désiré. Pour 36 % de ces

répondantes, ce rapport a eu lieu avant l'âge de 15 ans. En moyenne, chaque année sur la période 2011-2018, 213 000 femmes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un conjoint (concubin, pacsé, petit ami) ou d'un ex-conjoint. En moyenne chaque année sur la période 2011-2018, 94 000 femmes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir été victimes d'un viol ou d'une tentative de viol. 16% des Françaises et Français ont subi une maltraitance sexuelle durant leur enfance, soit un enfant sur 5 en Europe en 2019 selon Stop violences sexuelles. Ces chiffres alarmants démontrent l'importance d'une éducation sexuelle bienveillante et d'un apprentissage du consentement [17].

1.5 DIAGNOSTIC

1.5.1 Diagnostic positif

L'incidence du vaginisme est mal connue du fait que les femmes consultent peu pour ce motif, ainsi le diagnostic se fait souvent tardivement. Dans une société hétéro normée où le rapport pénétratif est la norme, le vaginisme peut créer un profond mal être chez les femmes qui en sont atteintes. Celles-ci peuvent ne pas oser en parler par honte ou culpabilité. Le vaginisme vient susciter des questions existentielles « Suis-je normale ? Mon corps est-il normal ? Suis-je faite pour être mère ? ». Ces questionnements peuvent profondément détériorer la perception ainsi que la confiance en soi en tant que femme ou mère. Chez une femme ayant un désir de grossesse, le vaginisme sera d'autant plus difficile à vivre que son corps semble s'opposer à ce désir. Les femmes auront tendance à consulter plus facilement lors d'un désir de grossesse et le plus souvent le vaginisme est découvert secondairement lors du suivi de la grossesse. C'est pourquoi les professionnels de santé doivent être formé.e.s à la prise en charge du vaginisme.

Le diagnostic du vaginisme demande l'établissement d'une relation de confiance avec la patiente. L'anamnèse et le temps d'écoute sont des moments primordiaux pour cerner l'histoire de la patiente et les conditions d'apparition du vaginisme. L'interrogatoire se concentre sur l'enfance, l'éducation, l'environnement social et culturel et le partenaire de la patiente à la recherche de difficultés ou d'évènements traumatiques.

Quel que soit le facteur primaire, un examen gynécologique doit vérifier l'intégrité de l'appareil génital (le vaginisme rendant l'examen très difficile) ainsi qu'un examen

psychoaffectif individuel et relationnel précis. A l'examen clinique, on recherche des signes d'angoisses, une réaction de défense, un refus de se déshabiller. L'examen gynécologique peut s'avérer très compliqué mais doit être le plus attentif et complet possible afin d'écartier toutes étiologies organiques. On recherche une augmentation du tonus musculaire global, une hypertonie des muscles des releveurs de l'anus, une difficulté voire impossibilité totale à l'intromission des doigts ou d'un spéculum [9].

1.5.2 Diagnostic différentiel

Il y a une différence entre le vaginisme lié à des anomalies locales et vaginisme psychogène. On distingue le vaginisme vrai avec contracture des releveurs de l'anus et le pseudo vaginisme lié à une position défensive où la femme ferme ses cuisses sans véritable contracture du releveur de l'anus.

Le vaginisme se définissant comme une contracture involontaire des muscles péri-vaginaux, il est nécessaire de le différencier des dyspareunies. Les dyspareunies doivent être identifiées et leurs causes objectivées afin de les traiter et d'éviter une chronicisation de la douleur pouvant être à la source du cercle douleur-angoisse-contracture musculaire qui peut découler vers un véritable vaginisme.

1.6 LES TRAITEMENTS

Chaque vaginisme naît de l'histoire de la patiente. Il n'existe donc pas de traitement général standardisé. C'est la raison pour laquelle le diagnostic doit être établi et la prise en charge personnalisée et remise à jour en fonction de l'avancée de la patiente. Le traitement du vaginisme nécessite une prise en charge pluridisciplinaire car ses causes physiques et psychiques sont multiples et s'entrecroisent. On peut découvrir une cause organique, la traiter et voir persister la symptomatologie.

1.6.1 Thérapies psychiques

Dans la réaction psychique d'un individu qui présente une dysfonction sexuelle, on retrouve une composante ouverte : comportement externe (fuite, évitement, panique anxiété, colère, inhibition...), une composante neurovégétative (palpitations, tremblements, sueurs, rougissements) et une composante cognitive (pensées parasites, distorsions conceptuelles, principes erronés) [15].

Haynal, un psychiatre suisse, dit dans « médecine psychosomatique » que le trouble sexuel semble être la traduction d'un véritable trouble psychosomatique [9].

La prise en charge du vaginisme débute par l'éducation et l'information. On recherche auprès de la patiente les points à éclaircir et on déconstruit ses préjugés et fausses représentations de la sexualité. Le but de la thérapie va être de permettre à la patiente de se réapproprier son corps et sa sexualité, de ne plus associer la pénétration à un ressenti douloureux et à une angoisse anticipée. Ici on cherche à modifier les cognitions négatives qui tendent à reproduire le symptôme à chaque apparition de l'événement en associant l'élément déclencheur (souvent la pénétration) à une cognition agréable associée à de l'excitation, du plaisir sexuel et non plus comme une source d'angoisse.

La définition de l'inhibition réciproque nous dit que certaines dysfonctions sexuelles peuvent être traitées par désensibilisation, celle-ci se divisant en deux phases : apprentissage de la relaxation et construction avec la patiente d'une hiérarchie de situations anxiogènes en débutant par la situation la moins difficile à réaliser (regarder son sexe), jusqu'à la plus difficile à appréhender (faire pénétrer la verge). Une fois les premières étapes purement psychiques passées sans déclencher d'angoisse ou de peur, le traitement peut se focaliser sur la thérapie physique [15].

1.6.2 Thérapies physiques

L'auto-exploration permet à la patiente de prendre possession de son corps et de mieux le comprendre. La patiente travaille seule sur la vision de son propre sexe en se regardant dans un miroir. Cet exercice permet l'acceptation plus franche de son sexe, de dissiper les ignorances et les fausses croyances, de la déculpabiliser en ce qui concerne le toucher du sexe. Cette étape consiste à explorer l'extérieur du vagin, toucher sans connotation de plaisir, puis masser avec un doigt l'entrée du vagin afin d'assouplir cette zone de contractions. Ce qui compte le plus, c'est la prise de conscience personnelle par la patiente de son corps, qu'elle puisse progressivement l'aborder, par des exercices de sensibilisation. Après cette première étape acquise, la femme peut tenter d'introduire un ou deux doigts. On associe à l'exploration des exercices de Kegel consistant à prendre conscience de la possibilité de pouvoir commander les contractions du sphincter anal, urétral et vaginal. Ces exercices permettent d'agir sur la tonicité musculaire du vagin, de pouvoir la contrôler consciemment, de permettre une meilleure lubrification vaginale

importante pour la reprise des rapports sexuels et permettre la mise en action des récepteurs tactiles et proprioceptifs intra-vaginaux [19].

La rééducation vaginale permet à la patiente de prendre conscience de son périnée et d'apprendre à le contrôler. Le traitement passe par la confrontation en réalité ou en imagination à la situation problème, cette technique est appelée immersion (flooding). La technique consiste, après un certain travail de désensibilisation, à introduire un ou deux doigts en intra-vaginal jusqu'à ressentir un relâchement, ou encore en demandant à la patiente de serrer encore plus fort que la contraction actuelle. Cette technique permet non seulement de comprendre le contrôle de ses muscles mais aussi de se confronter à la situation angoissante.

1.6.3 Méthodes alternatives

Il existe d'autres méthodes de traitement du vaginisme telles que l'hypnose ou la sophrologie qui vont travailler à la fois sur la perception de soi et de son corps, ainsi que sur la détente notamment au travers d'exercice de respiration. Les bougies de Hegar ou dilateurs peuvent être utilisés pour détendre progressivement le vagin et appréhender à son rythme la taille de l'objet pénétrant, ces dispositifs médicaux de taille croissante sont également utilisés dans des cas de pathologies anales ou en post-opératoire. La tecarthérapie principalement utilisée par les sages-femmes pour favoriser la guérison des tissus en post-partum peut également être utilisée comme traitement du vaginisme, elle produit un flux d'ions avec des oscillations électriques rapides ce qui stimule les échanges cellulaires et favorise la cicatrisation. De plus, son action régulatrice du tonus musculaire permet un travail efficace dans les cas d'hypertonie du plancher pelvien.

D'autres méthodes plus invasives existent telles que les injections d'acide botulique au sein des muscles concernés, ce médicament a pour effet d'empêcher la transmission de l'influx nerveux et donc de provoquer le relâchement musculaire. Un traitement par intervention chirurgicale peut également être envisagé dans le cas de malformations engendrant le vaginisme.

2. EXPLORATION DES CONNAISSANCES ET PRISES EN CHARGE DU VAGINISME PAR LES SAGES-FEMMES

2.1 PROTOCOLE DE RECHERCHE

2.1.1 Problématique choisie

Quels sont les connaissances et les outils des sages-femmes pour adapter leur prise en charge face à un vaginisme ?

2.1.2 Hypothèses préliminaires

L'hypothèse principale était que toutes les sages-femmes sont un jour confronté.e.s au vaginisme mais déplorent un manque de connaissances, de formation, d'outils et de temps pour le prendre en charge correctement.

L'hypothèse secondaire était que les sages-femmes sont désireu.x.ses d'être d'autant plus formé.e.s sur le sujet et que des outils leur soient proposés.

2.1.3 Objectifs de l'étude

L'objectif du travail de recherche était d'explorer les connaissances des sages-femmes concernant le vaginisme, les difficultés que cela occasionne dans leur prise en charge et les solutions qu'elles mettent en place. Le but était de définir les besoins des sages-femmes sur le sujet et d'élaborer des pistes de prise en charge adaptées aux besoins des patientes.

2.2 METHODE D'INVESTIGATION

2.2.1 Caractéristiques de l'étude

Il s'agissait d'une étude prospective et non interventionnelle, réalisée au moyen de questionnaires anonymes diffusés d'octobre à décembre 2023. Selon la loi Jardé, elle ne nécessitait pas d'autorisation CNIL.

2.2.2 Mode de recueils des données

Le questionnaire a été conçu à partir du logiciel REDCap®, puis partagé auprès des ordres départementaux des sages-femmes afin de toucher un maximum de professionnels à travers la France et exerçant dans différents secteurs d'exercice. (Annexe)

2.2.3 Population cible de l'étude

L'étude incluait tou.te.s les sages-femmes diplômé.e.s et exerçant quel que soit leur secteur d'exercice. Le critère d'exclusion était alors toute personne n'étant pas sage-femme diplômé.e.

2.2.4 Données étudiées

Le questionnaire permettait tout d'abord de caractériser la population interrogée en s'assurant qu'elle respectait le critère d'inclusion, puis définir l'année et la faculté d'obtention de diplôme, ainsi que les secteurs d'exercice et pratique des sages-femmes.

Ensuite les sages-femmes étaient interrogé.e.s sur leurs connaissances et expériences concernant le vaginisme :

- La fréquence du vaginisme, ses origines, ses signes de diagnostic, ses traitements,
- Leur point de vue sur leurs études de sage-femme concernant le vaginisme, ainsi que leurs compétences et ressenties face au vaginisme,
- L'impact du vaginisme sur la qualité du suivi des patientes.

Enfin les sages-femmes étaient interrogé.e.s concernant leurs besoins et les différents axes d'améliorations :

- L'intérêt d'une préparation à la naissance spécialisée ou de la péridurale face au vaginisme,
- La pertinence de rédiger des fiches à destination des sages-femmes concernant l'aide à la prise en charge de la grossesse, du suivi de travail et de l'accouchement face au vaginisme, l'utilité de formations sur le vaginisme,

2.2.5 Analyse des données

Les données des questionnaires ont d'abord été traitées par REDcap® puis exportées sur le logiciel Microsoft Excel® pour en faire l'analyse statistique.

3. ANALYSE DES RESULTATS

Le questionnaire a reçu 402 formulaires sont complets. Il sera donc précisé pour chaque question le nombre de réponses obtenues et les pourcentages associés.

3.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

100 % des personnes participant à l'étude sont sages-femmes diplômé.e.s.

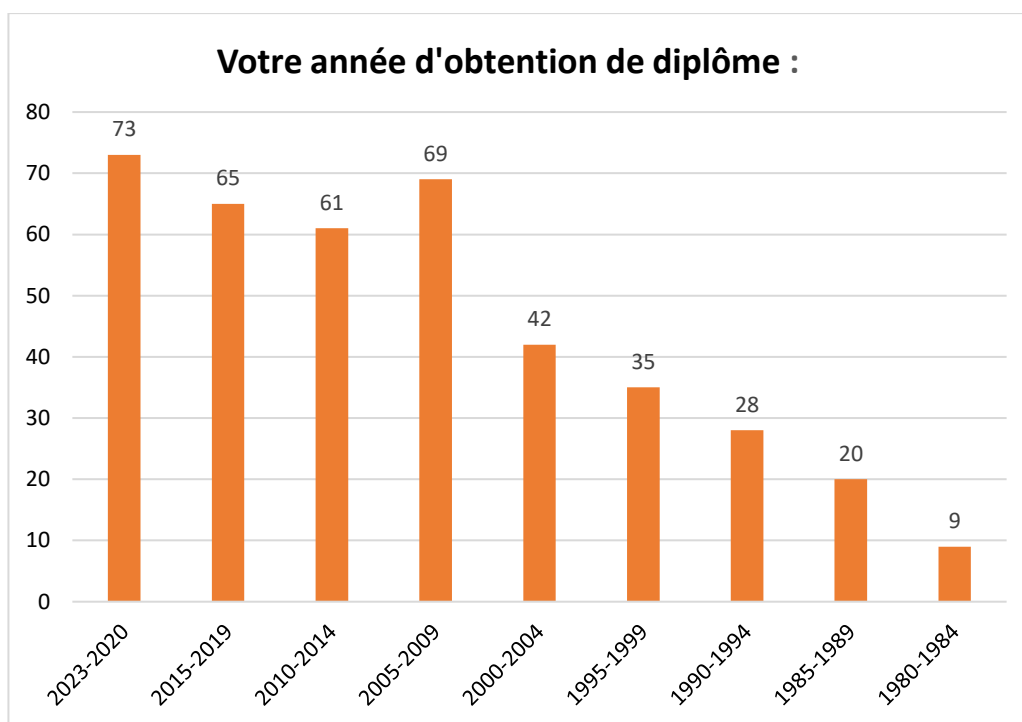


Figure n°5 : Année d'obtention de diplôme (n=402)

Les années d'obtention de diplôme des sages-femmes interrogées s'étendent de 1979 à 2023 soit 44 ans. Ainsi l'étude englobe toutes les générations de sages-femmes et permet d'être représentative des formations dispensées au travers des années. La majorité des sages-femmes interrogé.e.s ont obtenu leur diplôme entre 2005 et 2023 (au total 268 soit 67 %) et 33 % ont obtenu leur diplôme entre 1979 et 2004.

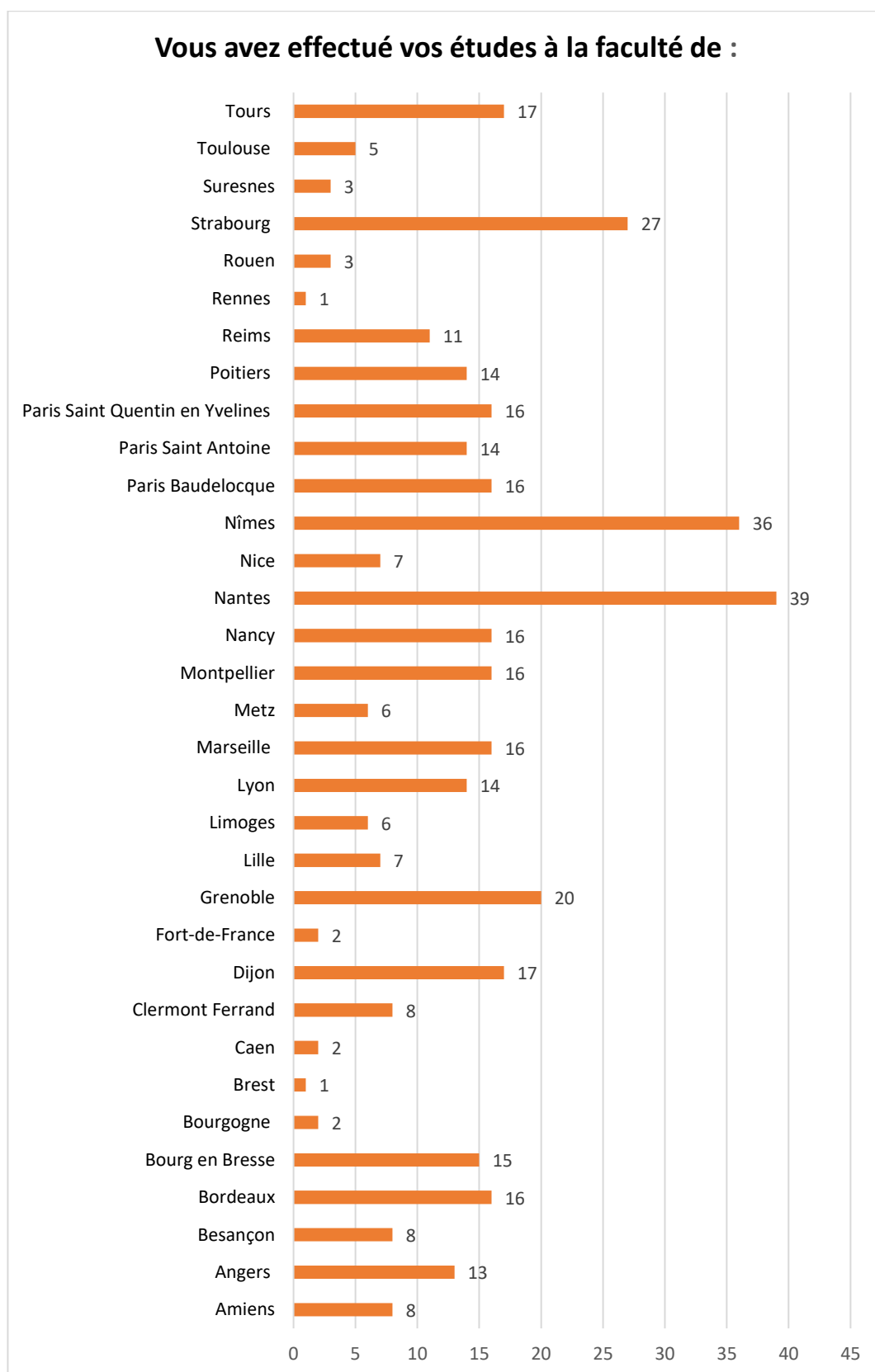


Figure n°6 : Faculté (n = 402)

Le questionnaire a obtenu au moins une réponse pour chaque école française (sauf pour Tahiti et la Réunion, non représentées dans le graphique).

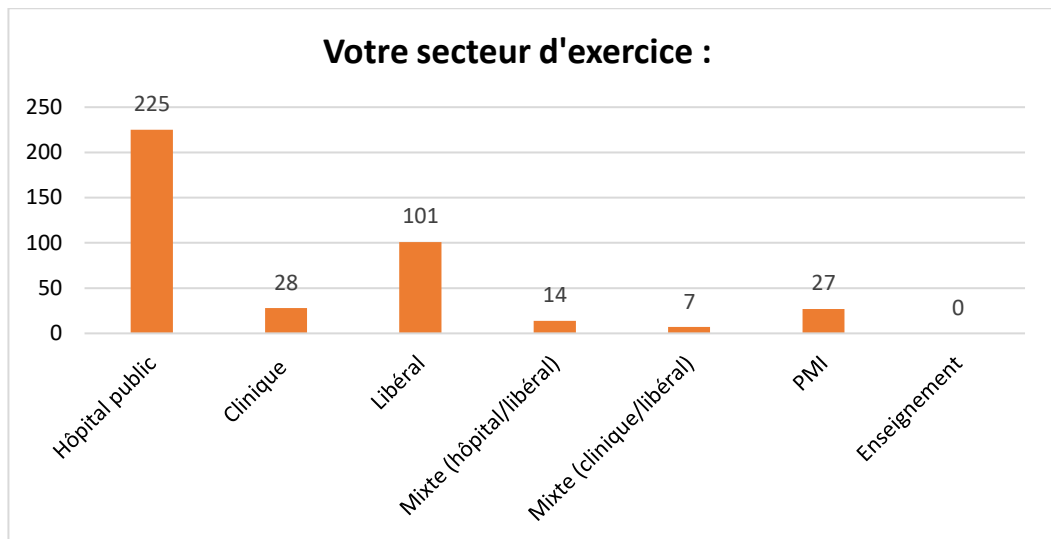


Figure n°7 : Secteur d'exercice (n=402)

La majorité des sages-femmes sondé.e.s pratiquent en hôpital public (225 soit 56 %). Parmi les autres, 101 sont sages-femmes libérales (soit 25 %), 27 travaillent en PMI (soit 7 %), 28 travaillent en clinique (soit 7 %), 14 ont une pratique mixte hôpital/libéral (4 %) et 7 ont une pratique mixte clinique/libéral (2 %). Aucune sage-femme enseignant.e n'a participé à l'étude.

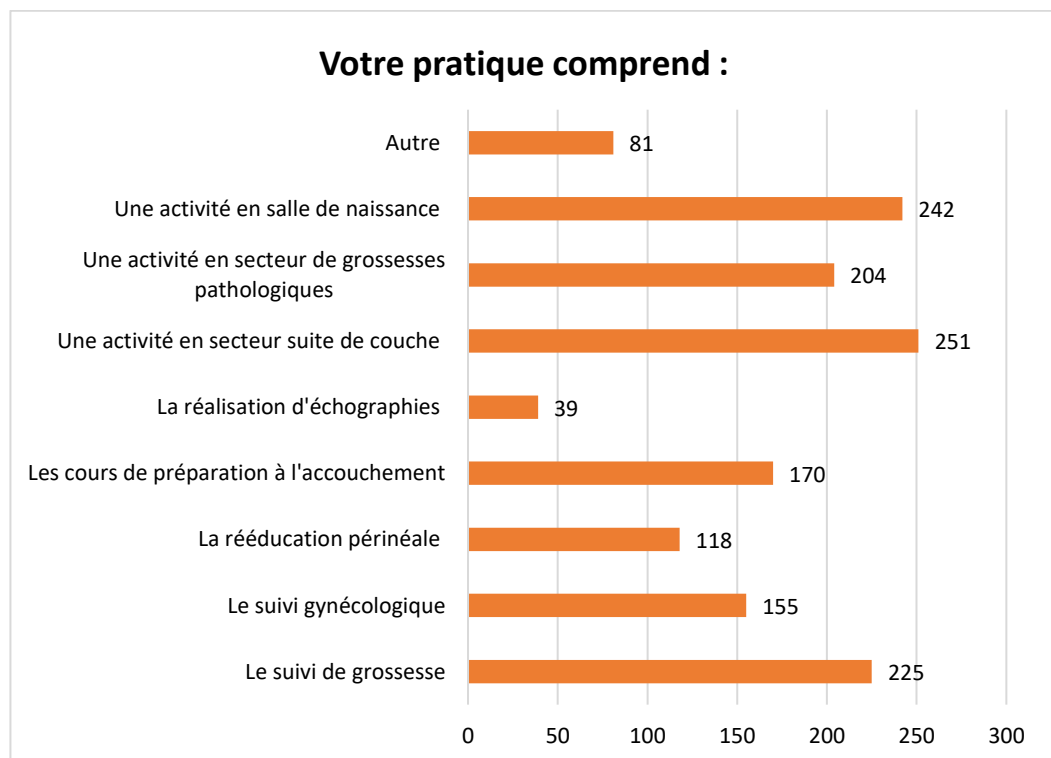


Figure n°8 : Pratique (n=402)

Parmi les 402 répondant.e.s, 251 soit 61 % pratiquent une activité en suite de couche. 242 soit 58 % pratiquent une activité en salle de naissance. 225 soit 56 % pratiquent du suivi de grossesse. 204 soit 50 % pratiquent une activité en grossesses pathologiques. Les participant.e.s réalisent en moindre proportion des séances de préparation à l'accouchement, le suivi gynécologique, la rééducation périnéale, des échographies et 81 soit 20 % ont répondu autres et ont été invitées à développer leurs pratiques dans la question suivante.

Parmi les autres réponses on retrouve : les interruptions volontaires de grossesse, l'acupuncture, le travail en centre de santé sexuelle, l'accompagnement social/vulnérabilités, l'accouchement à domicile, l'addictologie, les consultations d'allaitement, les consultations d'urgences, le CPEF. Mais aussi L'EPP, l'homéopathie, l'HDJ, l'hypnose, les maisons de naissance, l'ostéopathie, la permanence d'accès aux soins, le PRADO, la prise en charge des douleurs gynécologiques, la PMA, la réserve sanitaire, la pratique de sage-femme coordinatrice, la gynécologique, la sexologie, le soutien à la parentalité, le suivi de grossesse à domicile, la tecarthérapie, l'UK, les VAD du post-partum.

3.2 CONNAISSANCES ET EXPERIENCES

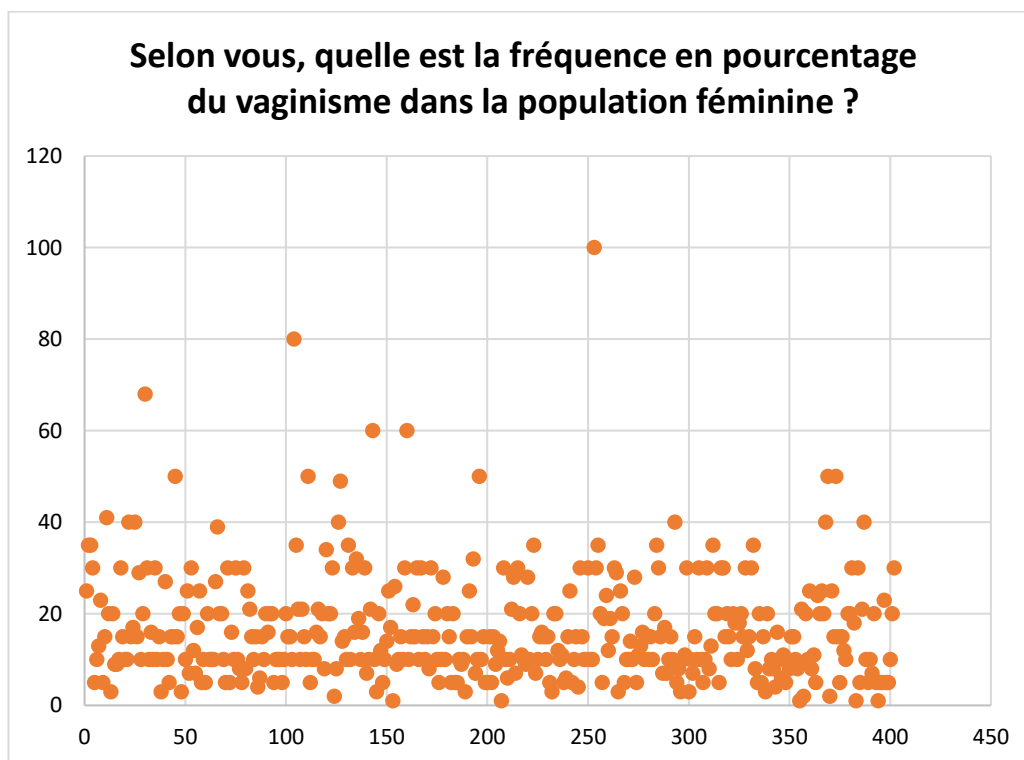


Figure n°9 : Fréquence du vaginisme (n=402)

Parmi les 402 réponses on obtient une moyenne 16.47 % de et une médiane de 15 %, avec une valeur minimale de 1% et maximale de 100%.

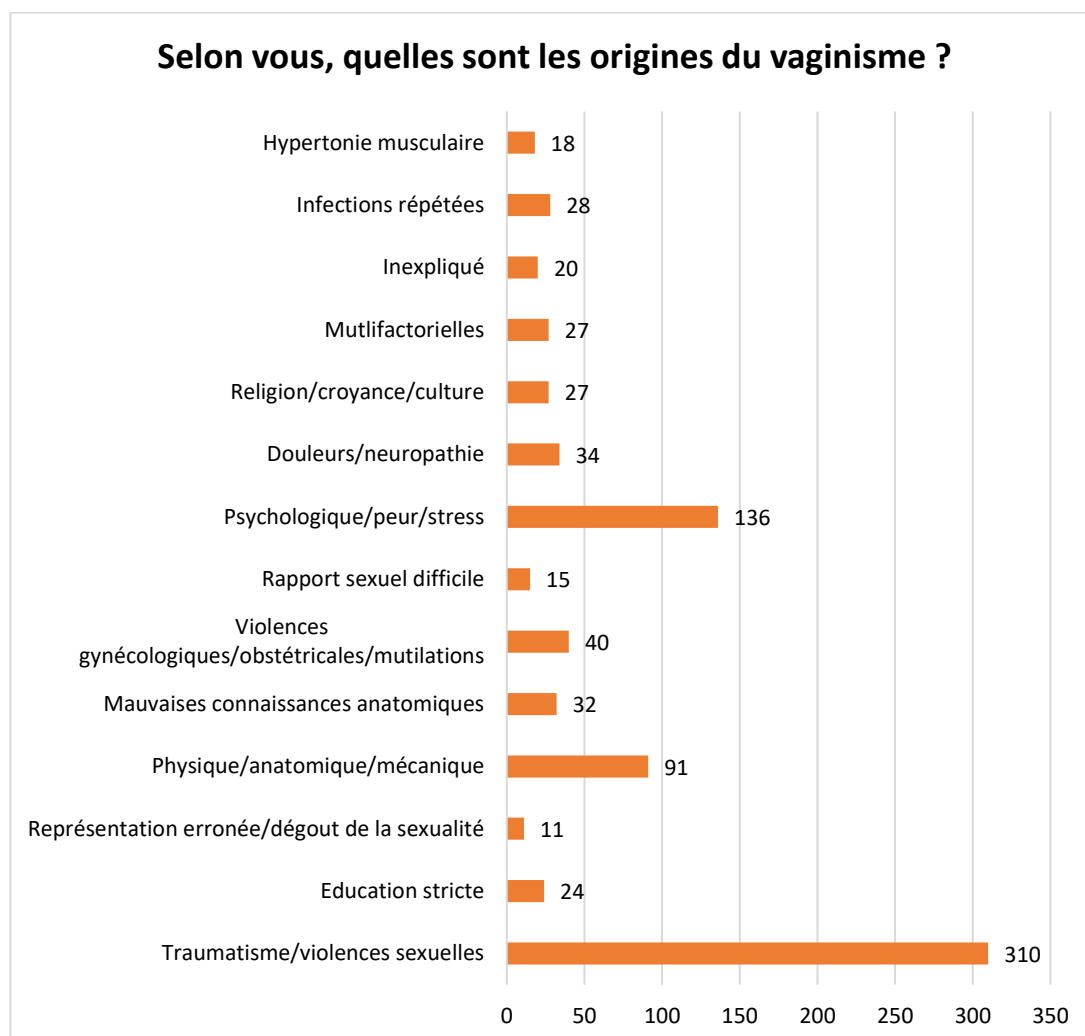


Figure n°10 : Origines du vaginisme (n=402)

Dans cette question à texte libre, les sages-femmes évoquent diverses origines du vaginisme. On retrouve une récurrence des réponses évoquant un traumatisme dû à des violences sexuelles (310 soit 77 %), une origine psychologique avec un contexte de peur et de stress (136 soit 33 %) ou des causes physiques/anatomiques (91 soit 23 %). Parmi les autres réponses, les origines évoquées sont : une hypertonie musculaire, des infections répétées, une origine inexpliquée, des causes multifactorielles, la religion/les croyances/la culture, des douleurs, des rapports difficiles, des antécédents de violences obstétricales, une mauvaise connaissance anatomique de la patiente, un dégoût de la sexualité, une éducation stricte.

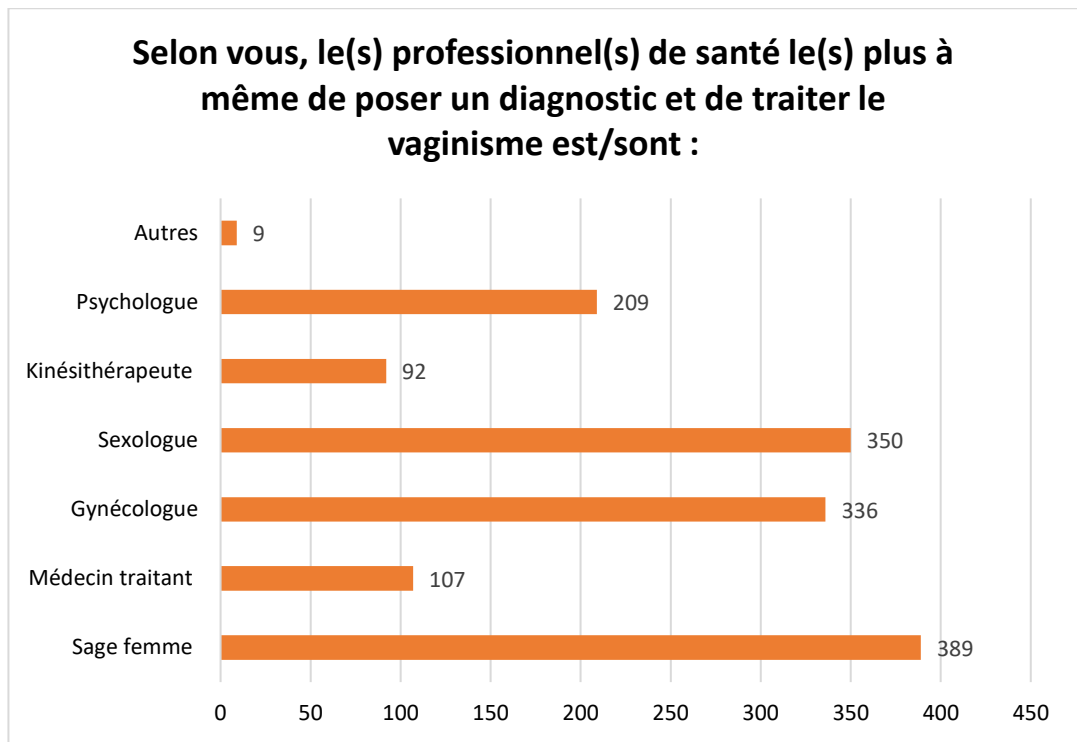


Figure n°11 : Professionnel(s) de santé le(s) plus à même de poser un diagnostic et de traiter le vaginisme (n=402)

Dans ce questionnaire à choix multiple, une majorité de sages-femmes pense que les professionnels de santé les plus à même de poser le diagnostic et de traiter le vaginisme sont les sages-femmes (avec 389 votes soit 96 %) devant les sexologues (350 soit 87 %) et les gynécologues (336 soit 83 %). Ensuite viennent comme réponses les psychologues, les médecins traitants et les kinésithérapeutes. 9 sages-femmes ont proposé d'autres professionnels et ont été invité.e.s à développer leurs réponses dans la prochaine question.

Les autres propositions sont : hypnothérapeute, sophrologue, chiropracteur, ostéopathe, doula, la patiente elle-même, tout professionnel formé.

Parmi les 402 sages-femmes ayant participé à l'étude, 367 soit 91 % sont amené.e.s à prendre en charge des patientes présentant un vaginisme.

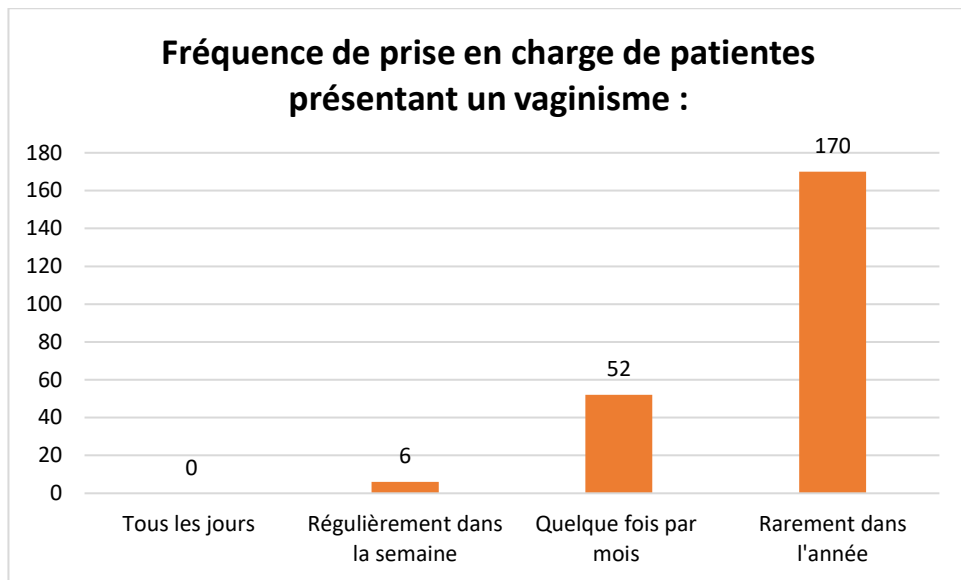


Figure n°12 : Fréquence de prise en charge de patientes présentant un vaginisme (n=367)

Les 367 sages-femmes ayant répondu « Oui » à la question précédente ont été invité.e.s à estimer la fréquence de leur prise en charge du vaginisme. Parmi les réponses 170 soit 46 % estiment en voir rarement dans l'année, 52 soit 14 % y sont confronté.e.s quelques fois par mois et 6 soit 1 % en rencontrent régulièrement dans la semaine.

Parmi les 402 sages-femmes ayant répondu, 228 soit 57 % sont amené.e.s à poser un diagnostic de vaginisme.

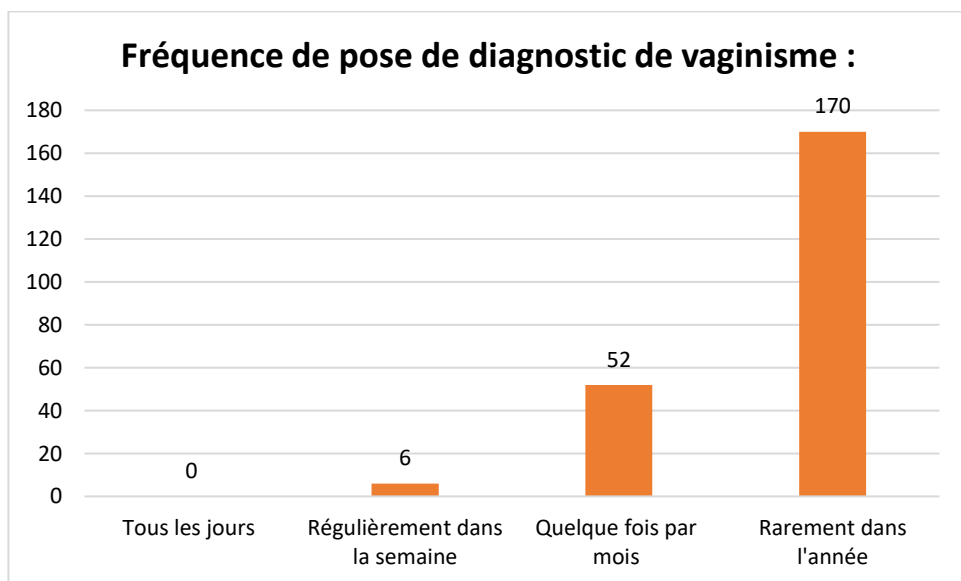


Figure n°13 : Fréquence de pose de diagnostic de vaginisme (n=228)

Les 228 sages-femmes ayant répondu « Oui » à la question précédente ont été invité.e.s à estimer la fréquence de leur pose de diagnostic de vaginisme. Parmi les réponses 170 soit 75 % en posent rarement dans l'année, 52 soit 22 % en posent quelques fois par mois et 6 soit 3 % en posent régulièrement dans la semaine.

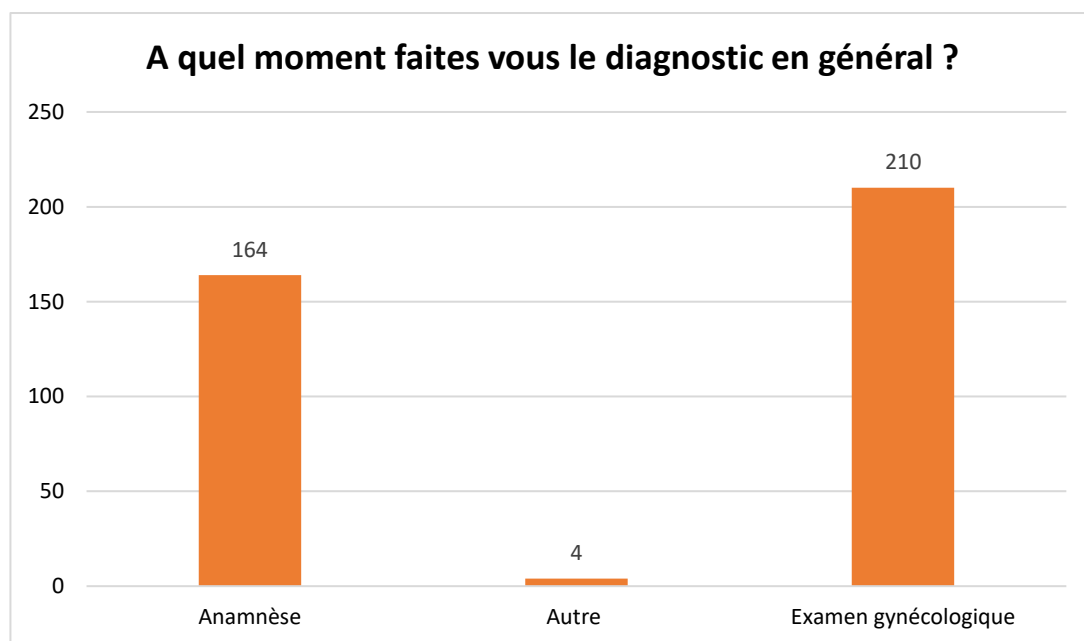


Figure n°14 : Moment du diagnostic (n=229)

Les 228 sages-femmes ayant répondu « Oui » à la question « Etes-vous amenés à poser un diagnostic de vaginisme ? » ont été invité.e.s à répondre à un questionnaire à choix multiple concernant le moment du diagnostic. Parmi les 228 répondant.e.s, 210 soit 85 % posent le diagnostic à l'examen gynécologique, 164 soit 67 % le diagnostic lors de l'anamnèse. Les quatre sages-femmes ayant répondu « Autre » à la question précédente ont été invité.e.s à expliquer ces moments dans une question à texte libre. Les réponses retrouvées sont : lors d'une consultation de sexologie, d'une échographie vaginale, à l'observation de l'attitude de la patiente, à l'arrivée en salle d'une parturiente peu suivie.

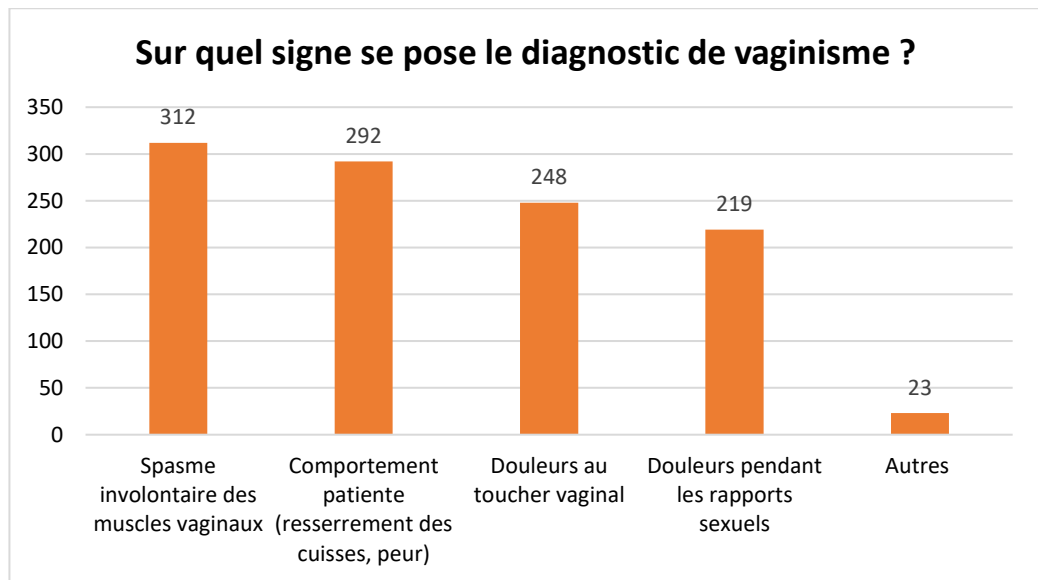


Figure n°15 : Signes de pose du diagnostic (n=402)

La question des signes de pose de diagnostic du vaginisme est à choix multiple. Parmi les 402 réponses, 312 soit 78 % choisissent les spasmes involontaires des muscles vaginaux comme signe, 292 soit 73 % comprennent le comportement de la patiente (resserrement des cuisses, peur) comme critère, 248 soit 61 % considèrent les douleurs au toucher vaginal comme critère, 219 soit 54 % choisissent les douleurs pendant les rapports sexuels comme signe et 23 soit 6 % ont coché « Autres ». Les autres signes cités sont le récit de la patiente, l'impossibilité d'être pénétrée/d'avoir des rapports, un regard fuyant/de l'appréhension, un périnée très tonique, l'intromission impossible.

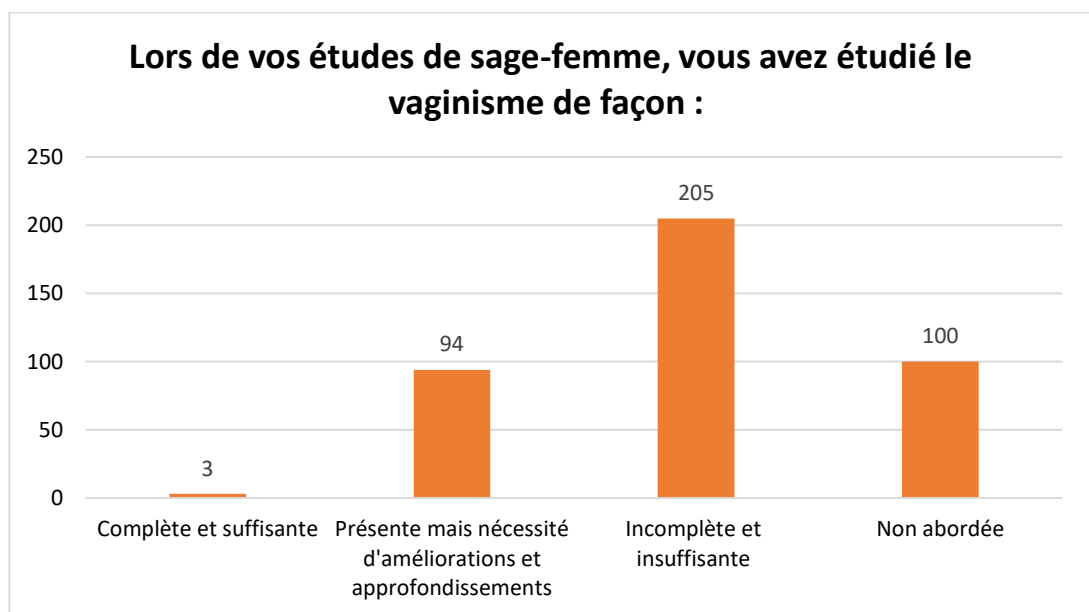


Figure n°16 : Etude de sage-femme et vaginisme (n=402)

La question de l'étude du vaginisme est à choix unique, les sages-femmes étaient invité.e.s à évaluer leur formation. 205 soit 51% ont trouvé les études incomplètes et insuffisantes sur le sujet, 100 soit 25% ne l'ont pas abordé 94 soit 23% trouvent que le sujet est abordé mais nécessite des améliorations et approfondissements. Seulement trois sages-femmes soit 1% trouvent la formation complète et suffisante concernant le vaginisme.

Dans le tableau croisé dynamique n°1 (Annexe 2) faisant correspondre la satisfaction concernant la formation au vaginisme et l'année d'obtention de diplôme, on remarque une légère amélioration avec les années avec une plus grande satisfaction chez les sages-femmes diplômé.e.s en 2023.

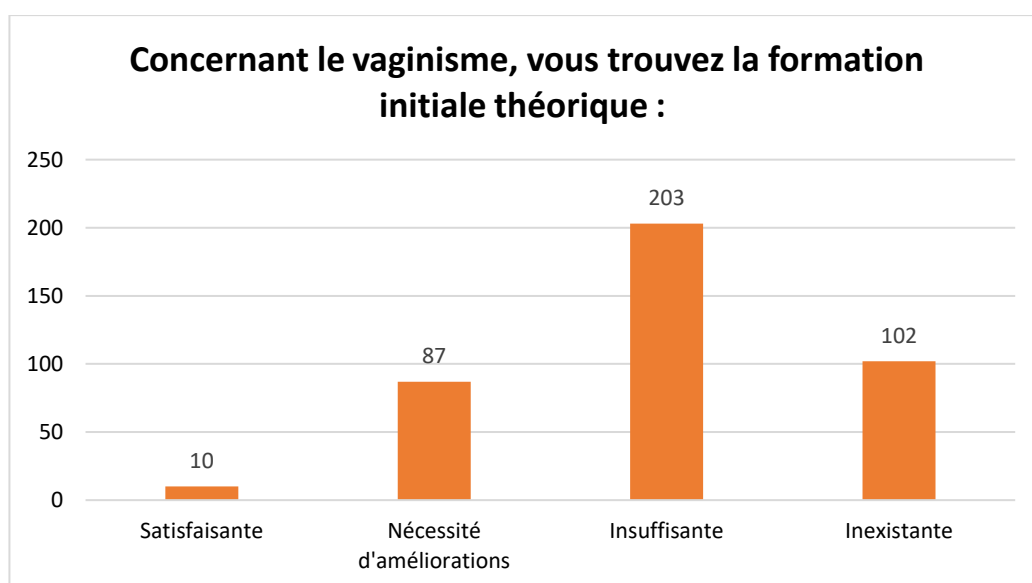


Figure n°17 : Formation initiale théorique (n=402)

Les sages-femmes sont invité.e.s à distinguer plus précisément la qualité de la formation, à savoir distinguer l'abord théorique puis l'abord pratique du vaginisme. Dans cette question à choix unique concernant la formation initiale théorique, 203 sages-femmes soit 50 % trouvent la formation initiale théorique insuffisante, 102 soit 26 % la trouvent inexistante, 87 soit 21 % trouvent nécessaire d'apporter des améliorations et 10 soit 3 % la trouvent satisfaisante.

Dans le tableau n°2 (Annexe 3) croisant la satisfaction de la formation initiale théorique au vaginisme en fonction de l'année d'obtention du diplôme, on remarque une légère amélioration au fil des années.

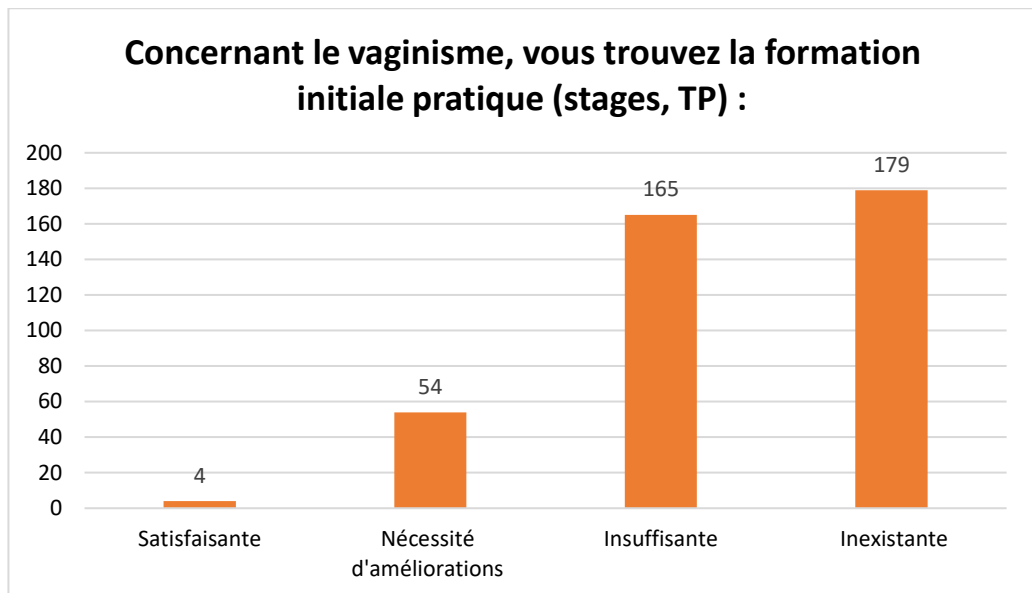


Figure n°18 : Formation initiale pratique (n=402)

Dans cette question à choix unique concernant la formation initiale pratique (stages, TP), 179 soit 45% des sages-femmes trouvent la formation inexistante, 165 soit 41 % insuffisante, 54 soit 13 % trouvent nécessaire d'apporter des améliorations et 4 soit 1 % la trouvent suffisante.

Dans le tableau n°3 (Annexe 4) croisant la satisfaction de la formation pratique au vaginisme en fonction de l'année d'obtention du diplôme, on remarque une légère amélioration au fil des années.

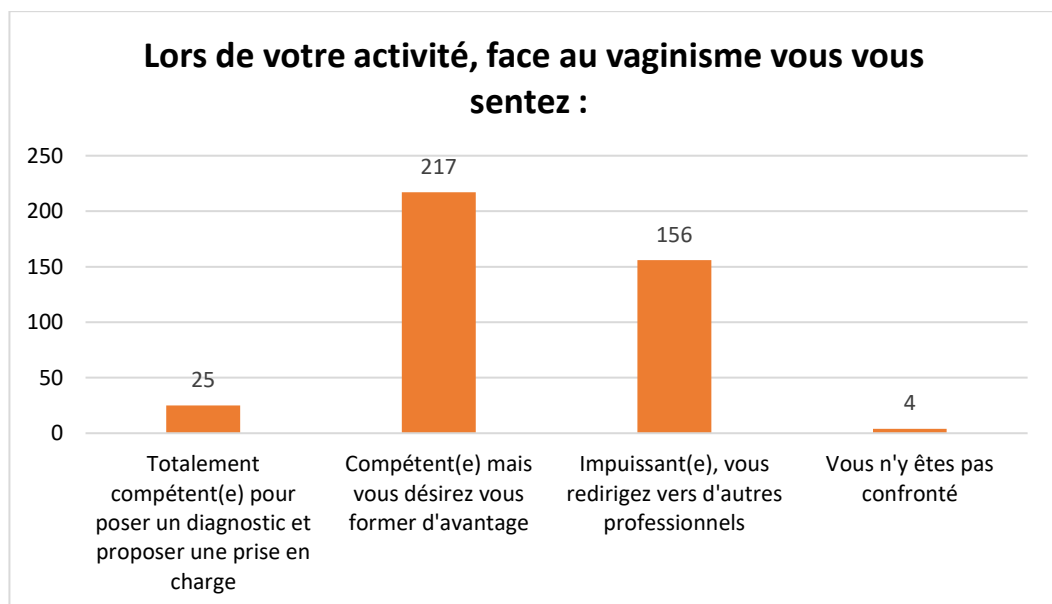


Figure n° 19 : Lors de votre activité, face au vaginisme vous vous sentez (n=402)

Cette question à choix unique invite les sages-femmes à juger le ressenti de leurs compétences face au vaginisme. 217 soit 53 % se sentent compétent.e.s mais désirent se former davantage. 156 soit 40 % se sentent impuissant.e.s et redirigent vers un autre professionnel. Seulement 25 soit 6 % se sentent totalement compétent.e.s pour poser un diagnostic et proposer une prise en charge. 4 soit 1 % des répondant.e.s n'y sont pas confronté.e.s dans leur pratique.

Dans le tableau n°4 (Annexe 5) croisant l'estimation de la fréquence du vaginisme avec le sentiment de compétence face à celui-ci on remarque : parmi les 40 répondant.e.s ayant estimé la fréquence à 5% une majorité de personne se sentant compétent.e.s mais désiraient se former davantage. Parmi les 83 ayant estimé la fréquence à 10%, quasiment la moitié des répondant.e.s se sentaient compétent.e.s mais désiraient se former davantage.

Dans le tableau n°5 (Annexe 6) croisant le sentiment face au vaginisme en fonction de l'année du diplôme, on remarque une sensation d'impuissance ou une volonté d'être davantage formé plus importante pour les jeunes diplômé.e.s.

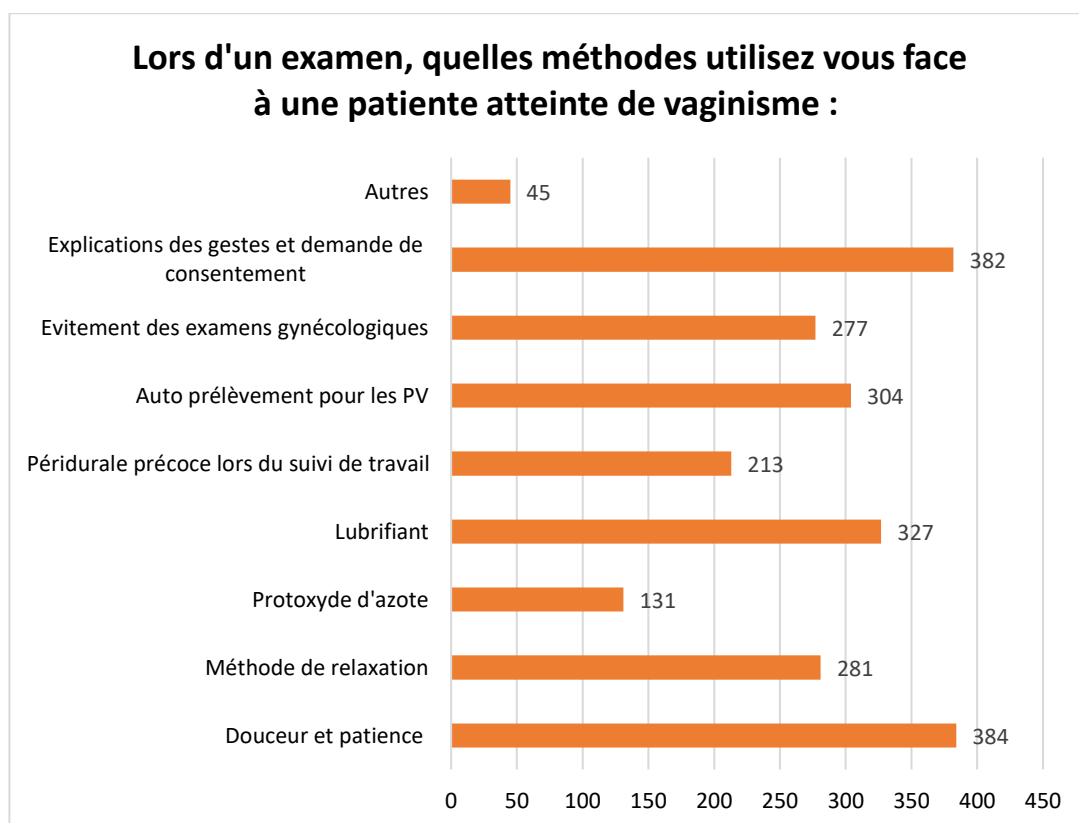


Figure n°20 : Méthodes d'examens (n=402)

Cette question à choix multiples questionne les sages-femmes sur leurs méthodes utilisées pour faciliter la prise en charge d'une patiente qui présente un vaginisme. 384 soit 95 % ont voté « douceur et patience ». 382 soit 94 % ont voté « explications des gestes et demande de consentement ». 327 soit 81 % utilisent du lubrifiant. 304 soit 75 % proposent un auto-prélèvement aux patientes pour les PV. 277 soit 70 % évitent les examens gynécologiques. 281 soit 69 % ont voté « méthodes de relaxation ». 213 soit 52 % proposent une péridurale précoce lors du suivi de travail. 131 soit 32 % proposent du protoxyde d'azote. 45 soit 11 % sages-femmes ont répondu « Autres » et ont été invité.e.s à développer leurs réponses dans la prochaine question. Les autres méthodes qu'ils/elles utilisent face au vaginisme sont l'hypnose, la sophrologie, l'acupuncture ou la técarthérapie pour détendre le plancher pelvien. Ou encore proposer à la patiente d'introduire elle-même le speculum ou de guider la main de la sage-femme, ne pas faire d'examen gynécologique, un drap pour cacher la patiente, informer sur l'anatomie afin d'expliquer le geste, positionner la patiente jambe serrée ou sur le côté, la présence du conjoint pour rassurer, l'utilisation d'un spéculum pour vierge et questionner sur les violences sexuelles.

Parmi les 402 sages-femmes ayant répondu à la question suivante : dans votre pratique, vous êtes amenés à traiter le vaginisme, seulement 70 soit 18 % ont répondu traiter le vaginisme.

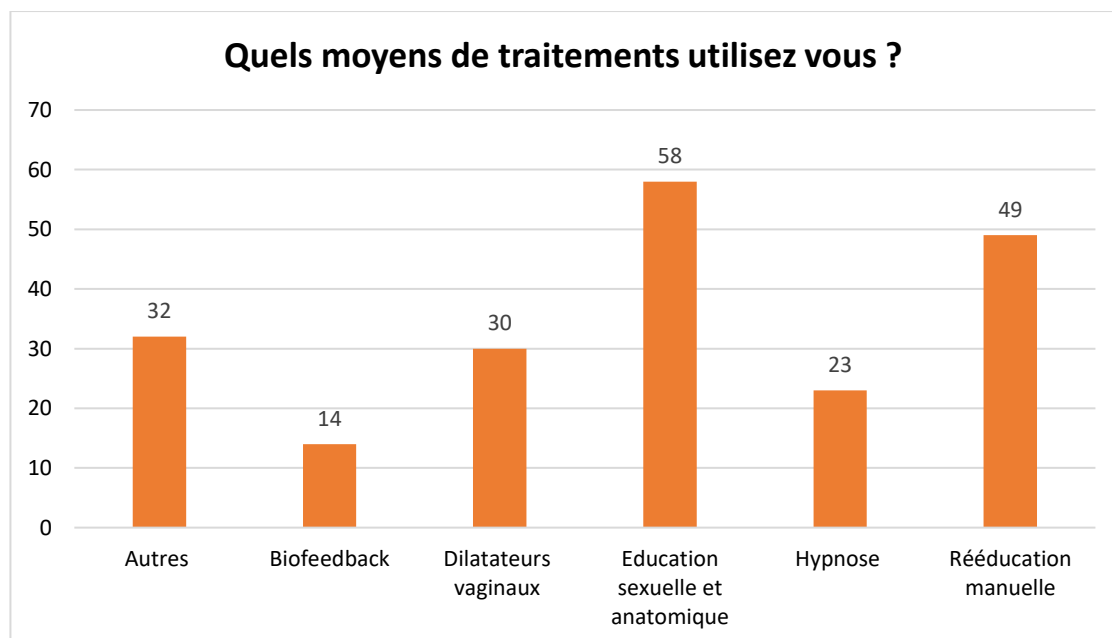


Figure n°21 : Moyens de traitements (n=70)

Les 70 sages-femmes ayant répondu « Oui » à la question précédente ont été invité.e.s à répondre à cette question à choix multiples concernant les moyens de traitements. 58 soit 76 % ont voté « Education sexuelle et anatomique ». 49 soit 64 % traitent le vaginisme par rééducation manuelle. 30 soit 39 % traitent avec des dilateurs vaginaux. 23 soit 30 % utilisent l'hypnose. 14 soit 18 % utilisent le biofeedback. De plus 32 soit 42 % ont votés « Autres ». Les autres moyens cités sont la tecarthérapie, la relaxation/sophrologie/respiration, l'acupuncture, les massages, la discussion et l'écoute, le yoga, la prescription d'un lubrifiant, la réorientation vers un sexologue ou psychologue, la mise en place d'un accompagnement de l'apprentissage avec un carnet de progression, l'homéopathie, la rééducation sans TV.

Parmi les 402 répondants à la question suivante : vous est-il déjà arrivé de découvrir un vaginisme mais de ne pas l'explorer, 145 soit 36 % ont répondu avoir déjà découvert un vaginisme sans l'explorer.

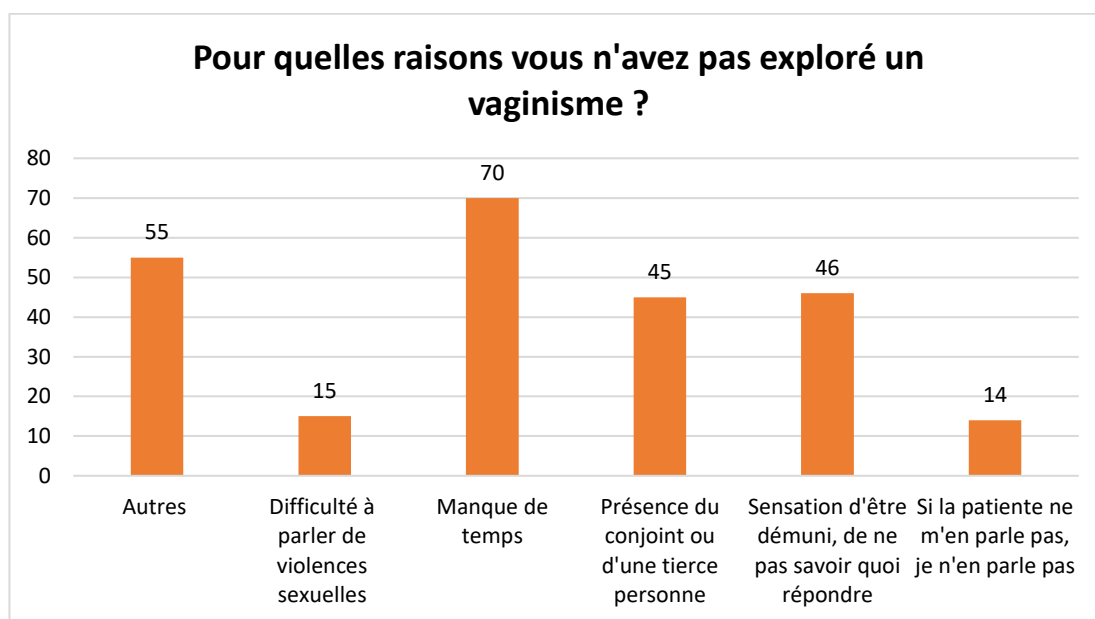


Figure n°22 : Pour quelles raisons ne pas explorer un vaginisme (n=145)

Les 145 sages-femmes ayant répondu « Oui » à la précédente question ont été invité.e.s à développer les raisons pour lesquelles elles n'avaient pas exploré ce vaginisme. 70 soit 44 % par manque de temps. 46 soit 29 % par sensation d'être démuni, de ne pas savoir quoi répondre. 45 soit 28 % étaient dérangées par la présence d'une autre personne. 14 soit 9 % car la personne n'en parle pas. 15 soit 9,5 % par difficulté à parler de violences sexuelles. 55 soit 35 % ont voté « Autres ».

Les autres raisons évoquées sont : ce n'était pas le bon moment (lors d'une première consultation par exemple) ou qu'ils/elles manquaient de temps, refus de la patiente, manque d'outils, de formations ou de personnes ressources, redirection directement vers un autre professionnel. De façon plus anecdotique, ils/elles citent une barrière de la langue ou les femmes perdues de vue.

Parmi les 402 sages-femmes ayant répondu à la question : pensez-vous que le vaginisme puisse avoir un impact sur le suivi gynécologique d'une patiente, 389 soit 97 % ont répondu « Oui ».

Les 389 sages-femmes ayant répondu « Oui » à la question précédente ont été invité.e.s à développer l'impact qu'ils/elles pensent que le vaginisme a sur le suivi gynécologique. Les impacts évoqués sont une absence ou insuffisance de suivi, une peur, un évitement des examens, cela entraîne un retard diagnostic ou dépistage et donc un retard de prise en charge. De façon beaucoup moins marquée, quelques professionnels pensent que le vaginisme augmente le traumatisme, entraîne un agacement des professionnels, influence le choix de la contraception (évitement des DIU) et entraîne une culpabilité ou la peur d'être jugée de la patiente.

Parmi les 402 sages-femmes ayant répondu à la question : vous est-il déjà arrivé de découvrir un vaginisme non diagnostiqué précédemment en salle de naissance, 177 soit 44 % ont répondu « Oui ».

3.3 BESOINS ET AXES D'AMELIORATIONS

Parmi les 402 sages-femmes ayant répondu à la question, 311 soit 77 % pensent qu'il faudrait réaliser une préparation à la naissance spécialisée aux femmes atteintes de vaginisme.

Parmi les réponses favorables on trouve comme arguments : préparer la patiente, diminuer l'appréhension, créer un lien de confiance, limiter les difficultés lors du travail et de l'accouchement, faciliter les examens et la prise en charge, améliorer le vécu de l'accouchement et ne pas ajouter de traumatisme. Parmi les réponses défavorables on trouve : la préparation à la naissance n'est pas le bon moment pour prendre en charge le vaginisme, ne suffirait pas, et pour ne pas stigmatiser la patiente.

Les sages-femmes participant à l'étude ont été amenées à réfléchir à la question suivante : s'il devait y avoir une préparation spécialisée, quelle serait-elle ? Selon les répondant.e.s, la préparation devrait inclure de l'hypnose, de la sophrologie ou des méthodes de relaxation. Un approfondissement à la préparation aux TV. Certain.e.s feraient une préparation individuelle et au contraire, d'autres feraient des cours en groupe pour ne pas stigmatiser. Une moindre proportion adresseraient à un psychologue, un sexologue ou un kinésithérapeute, adapteraient le projet de naissance (césarienne, péridurale), feraient une préparation psychologique avec la patiente et approfondiraient la discussion et exploreraient le vaginisme, laisseraient le choix à la patiente de sa préparation, utiliseraient l'acupuncture ou l'haptonomie, feraient des cours d'anatomie, proposeraient un travail du périnée. D'autres ne savent pas ou n'en voient pas l'intérêt car estiment que ça n'est pas nécessaire, d'autres estiment que ce n'est pas le moment d'aborder le vaginisme de la patiente.

Parmi les 101 sages-femmes libérales sondées, 70 % ont répondu ne pas proposer de préparation à la naissance spécialisée pour les patientes atteintes de vaginisme.

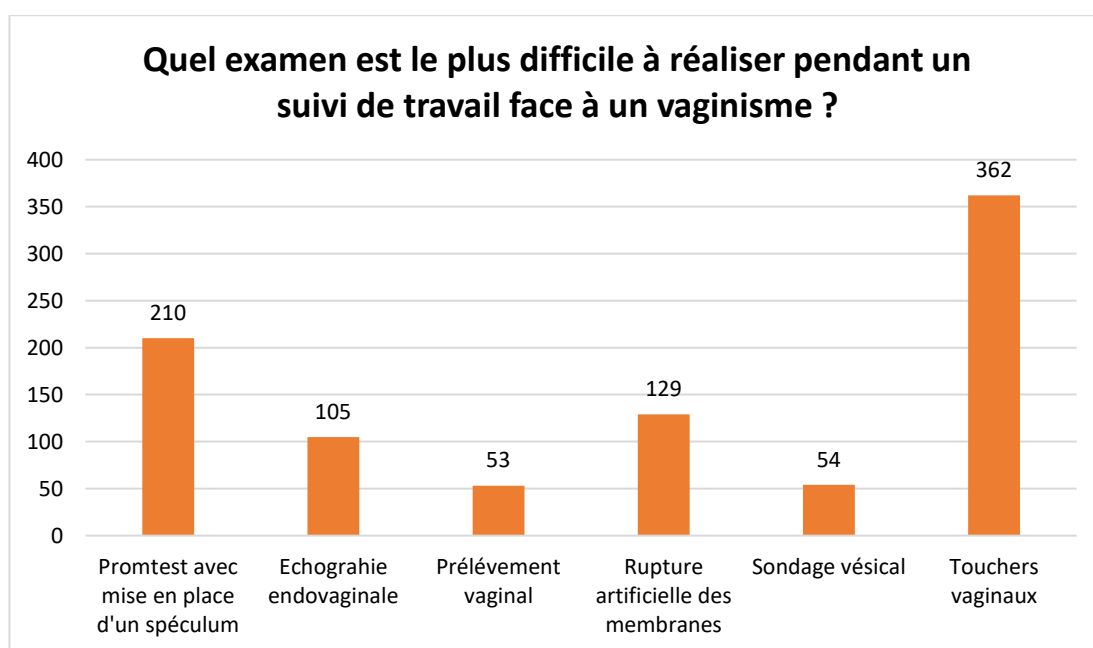


Figure n°23 : Examen le plus difficile pendant un suivi de travail (n=402)

402 sages-femmes ont répondu à cette question à choix multiples concernant les actes les plus difficiles à réaliser face à un vaginisme. Une majorité estime que ce sont les TV et les promtests. Puis en moindre proportion viennent la rupture artificielle des membranes, l'échographie endovaginale.

Les sages-femmes ont été invité.e.s à estimer l'utilité de la péridurale comme aide lors du travail et de l'accouchement d'une patiente ayant un vaginisme. Parmi les 402 réponses, 378 soit 94 % estiment que la péridurale est une aide.

Les arguments en faveur de la péridurale sont : elle permet une perte de sensations et donc de douleurs, elle permet une relaxation musculaire, cela facilite les examens, elle aide à diminuer le stress et la peur de la patiente, elle améliore le confort. D'autres pensent que c'est une aide mais que ça ne suffit pas.

Les arguments défavorable à la péridurale sont : la péridurale n'est pas une aide pendant le travail car ne suffit pas, la péridurale ne peut pas agir sur la réaction inconsciente du corps, car la part psychologique du vaginisme reste toujours présente. D'autres estiment que cela risque d'induire une fréquence de TV plus élevée ou pensent qu'un accouchement sans péridurale serait plus bénéfique pour aider la patiente à reprendre confiance en son corps.

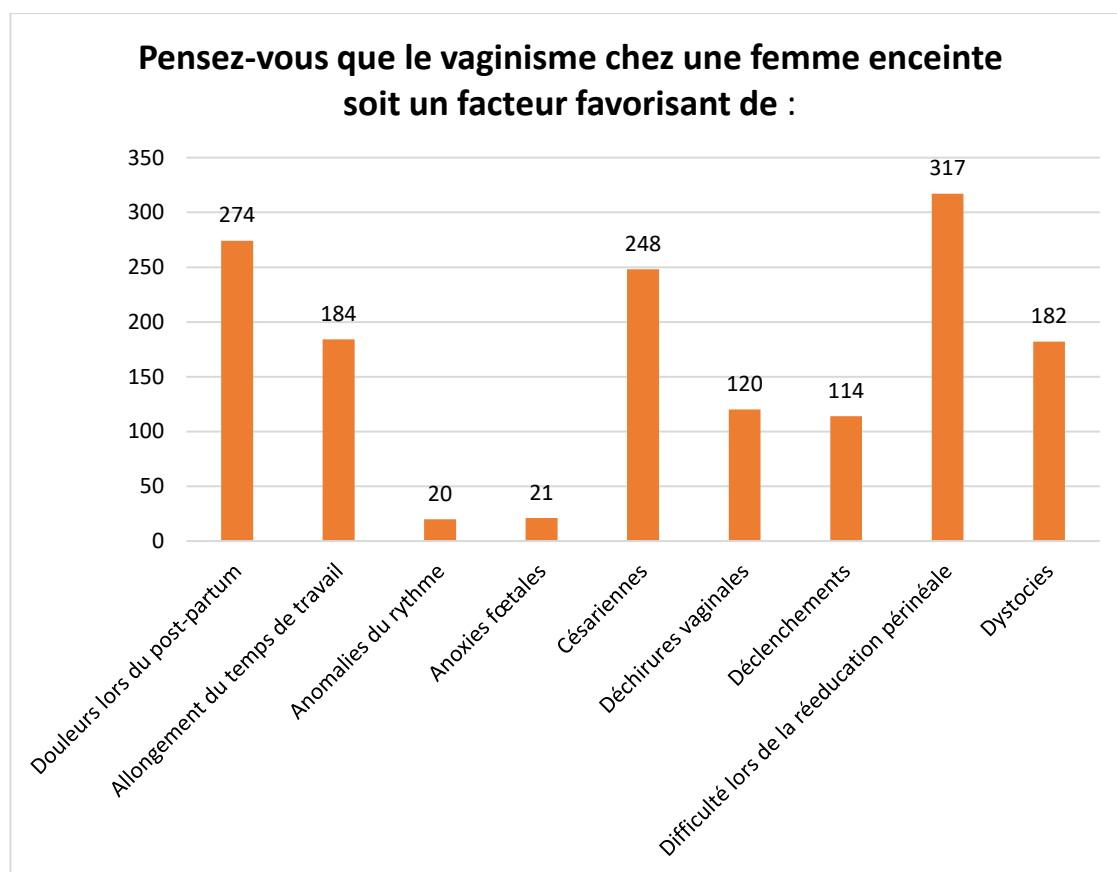


Figure n°24 : Pensez-vous que le vaginisme chez une femme enceinte soit un facteur favorisant de (n=402)

402 sages-femmes ont répondu à cette question à choix multiples concernant les difficultés liées à l'accouchement pouvant être associées au vaginisme. Les sages-femmes

estiment que le vaginisme favorise les difficultés lors de la rééducation périnéale, augmente les douleurs en post-partum. Plus de la moitié parlent du risque de césarienne, une moindre proportion estime que cela augmente le temps de travail, les dystocies, la proportion de déclenchement ou les déchirures vaginales.

Les sages-femmes ont répondu à des questions concernant l'utilité de fiches. 91 % trouveraient utile une fiche d'aide au suivi de grossesse de patientes atteintes de vaginisme. 84 % sont pour la rédaction d'une fiche d'aide au suivi de travail et à l'accouchement de patiente atteinte de vaginisme. 93 % sont favorables à l'idée de formations sur le vaginisme et trouvent utile l'idée d'une fiche d'informations à donner aux patientes atteintes de vaginisme à la sortie de la maternité.

4. DISCUSSION

4.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Parmi les sages-femmes ayant participé.e.s à l'étude, plus de 66 % des répondants ont été diplômés après 2005. Le questionnaire a obtenu au moins une réponse pour chaque école française ce qui permet de s'assurer que le questionnaire a été largement diffusé dans toute la France et se veut représentatif des sages-femmes françaises. Plus de la moitié des répondant.e.s travaillent en hôpital public, ce qui peut induire un biais, cependant la proportion est assez représentative des modes d'exercice en France avec 57 % des sages-femmes salariées et hospitalières et 25 % des sages-femmes exerçant en libéral selon l'ordre des sages-femmes [20]. Les pratiques des sages-femmes ayant répondu au questionnaire sont multiples et très variées ce qui permet de dresser une liste quasiment exhaustive de toutes les activités du métier de sage-femme et de constater la diversité des profils sondés.

4.2 CONNAISSANCES ET EXPERIENCES

En ce qui concerne les connaissances des sages-femmes à propos du vaginisme, nous constatons qu'elles estiment sa fréquence avec une moyenne 16.47 de et une médiane de 15, avec quelques résultats surprenant allant bien au-delà. Pour rappel, selon le CNGOF, la fréquence du vaginisme dans la population se situe entre 6 et 15 %. Cette estimation haute du vaginisme par les sages-femmes soulève alors un point important : la proportion de vaginisme dans la population semble beaucoup plus importante que ce que les chiffres officiels nous en disent.

Une majorité de sages-femmes s'accorde à dire que le vaginisme est une conséquence de traumatismes ou de violences sexuelles, mais de nombreuses autres origines ont été citées. On peut donc voir que les sages-femmes ont une large connaissance des différentes origines du vaginisme.

Selon 96 % des répondant.e.s, les professionnels de santé les plus à même de poser un diagnostic et de traiter le vaginisme sont les sages-femmes (devant les sexologues et les gynécologues). De plus, 92 % sont amené.e.s à prendre en charge des patientes présentant un vaginisme et 57 % posent un diagnostic de vaginisme, bien qu'en pratique une majorité de sages-femmes estiment diagnostiquer et traiter le vaginisme rarement dans l'année. Les moments de diagnostic privilégiés du vaginisme sont l'examen gynécologique puis

l'anamnèse. Les signes de pose de diagnostic majoritaires sont les spasmes involontaires des muscles vaginaux, le comportement de la patiente (resserrement des cuisses, peur), les douleurs au toucher vaginal et les douleurs pendant les rapports sexuels. Face à ces résultats nous pourrions en conclure que les sages-femmes sont les professionnels de santé les plus à même de rencontrer et donc de prendre en charge le vaginisme, les questions suivantes se sont ensuite portées sur le contenu de la formation des sages-femmes concernant le vaginisme.

Paradoxalement seulement trois sages-femmes ont trouvé leur formation complète et suffisante concernant le vaginisme. Plus de la moitié ont trouvé leurs études incomplètes et insuffisantes sur le sujet et 25 % ne l'ont pas du tout abordé. Cela permet de faire le constat d'un paradoxe frappant : les sages-femmes, qui disent être la profession la plus à même de prendre en charge le vaginisme, n'y sont pas formé.e.s. Concernant la formation initiale théorique sur ce thème, seulement 3 % des sages-femmes la trouvent satisfaisante et 26 % la trouvent inexistante. Concernant la formation initiale pratique, seul 1 % la trouve satisfaisante et 45 % des sages-femmes trouvent la formation inexistante. Dans leur pratique, face au vaginisme 53 % des sages-femmes se sentent compétent.e.s mais désirent se former davantage et 40 % se sentent impuissant.e.s et redirigent vers un autre professionnel. Seulement 6 % se sentent totalement compétent.e.s pour poser un diagnostic et proposer une prise en charge. Les données croisant le sentiment de compétence face au vaginisme en fonction de l'année du diplôme montrent que les jeunes sages-femmes se sentent moins compétentes et plus en demande de formation que d'anciennes sages-femmes, cela s'explique par le fait que les sages-femmes se forment tout au long de leur carrière au travers de leur expérience et de la formation continue. Le constat est donc sans appel : les sages-femmes ont besoin et désirent être mieux formé.e.s à la prise en charge d'une patiente présentant un vaginisme.

Des questions portaient sur les outils que les sages-femmes utilisent face à une patiente ayant un vaginisme. Ainsi la prise en charge d'une patiente atteinte de vaginisme comporte l'explication des gestes et la demande du consentement, de la douceur et patience, l'utilisation de lubrifiant, la proposition d'auto-prélèvement aux patientes pour les PV ou pose de spéculum, l'évitement des examens gynécologiques, des méthodes de relaxation, la proposition d'une péridurale précoce lors du suivi de travail ou du protoxyde d'azote. Dans une moindre proportion, des sages-femmes ont proposé l'hypnose, la técarthérapie pour détendre le plancher pelvien, l'acupuncture, un drap pour cacher la patiente, informer sur l'anatomie afin d'expliquer le geste, positionner la patiente jambe

serrée ou sur le côté, l'utilisation d'anesthésique local, la présence du conjoint pour rassurer et l'utilisation d'un spéculum pour vierge.

Ensuite, les sages-femmes ont été invité.e.s à développer les différents moyens de traitement du vaginisme. Pour cela, uniquement les sages-femmes concerné.e.s par le traitement ont été invité.e.s à répondre, soit 18 % des répondant.e.s. Parmi les moyens de traitement on compte l'éducation sexuelle et anatomique, la rééducation manuelle, les dilateurs vaginaux, le biofeedback, la thérapie, l'hypnose, la relaxation, la sophrologie, la respiration, l'acupuncture, les massages, la discussion et l'écoute, le yoga, la prescription du lubrifiant, la mise en place d'un accompagnement de l'apprentissage avec un carnet de progression, l'homéopathie ou la rééducation sans TV.

Ensuite nous avons approfondi les raisons de non exploration d'un vaginisme puisque 37 % des sages-femmes se sont trouvé.e.s dans cette situation, le but étant de définir les contextes propices ou non à sa prise en charge. Les différents arguments évoqués sont : par manque de temps ou parce que ça n'était pas le bon moment (lors d'une première consultation par exemple), à cause de la présence d'une autre personne, par sensation d'être démuni ou de ne pas savoir quoi répondre, par difficulté à parler de violences sexuelles, par manque d'outils, de formations ou de personnes ressources. Les autres raisons évoquées sont : car la personne n'en parle pas ou par refus de la patiente, à cause d'une barrière de langue, parce que la patiente a été perdue de vue ou la patiente a été redirigée directement vers un autre professionnel. En conclusion, la prise en charge du vaginisme nécessite l'adhésion de la patiente, lors d'un temps dédié et une bonne formation du professionnel.

Malheureusement, le vaginisme au-delà d'entraîner des difficultés et douleurs lors d'un examen ou d'un rapport sexuel a également un impact sur la santé des patientes. Selon 97 % des répondant.e.s, le vaginisme a un impact sur le suivi gynécologique, celui-ci entraîne une absence ou insuffisance de suivi par peur et évitement des examens. Cela entraîne un retard de diagnostic ou de dépistage des pathologies donc un retard de prise en charge et une perte de chance pour les patientes. Par exemple on sait que le dépistage du cancer du col de l'utérus permet de traiter des anomalies de cellules avant que celles-ci n'évoluent en cancer, ce diagnostic précoce permet d'améliorer les chances de guérison. Enfin pour conclure cette partie concernant l'expérience des sages-femmes face au vaginisme, presque la moitié, soit 44 % des répondant.e.s ont répondu avoir déjà découvert un vaginisme en salle de naissance alors qu'il n'était pas diagnostiqué auparavant. Cette donnée vient donc corroborer l'idée que le pourcentage de diagnostic

serait largement sous-estimé et que de nombreuses femmes souffrant de vaginisme seraient insuffisamment suivies.

4.3 BESOINS ET AXES D'AMÉLIORATIONS

L'objectif de cette troisième partie était de dégager les besoins et axes d'améliorations des sages-femmes concernant le vaginisme. Les questions avaient pour but de solliciter leurs opinions concernant différentes propositions. Parmi les répondant.e.s 75 % pensent qu'il faudrait réaliser une préparation à la naissance spécialisée aux femmes atteintes de vaginisme afin de préparer la patiente, faciliter les examens et la prise en charge et améliorer le vécu de l'accouchement. Cette préparation pourrait être faite en groupe ou individuellement et inclurait de l'hypnose, de la sophrologie ou des méthodes de relaxation, elle approfondirait la préparation aux TV, comporterait des cours d'anatomie, un travail du périnée, approfondirait la discussion et explorerait le vaginisme. D'autres sages-femmes ont proposé d'adapter le projet de naissance ou d'adresser les patientes à un autre professionnel (sexologue, psychologue, kinésithérapeute). En parallèle à cela, les sages-femmes libérales ont été sondé.e.s concernant le fait qu'ils/elles fassent ou non des préparations à la naissance différentes et adaptées aux patientes atteintes de vaginisme, 71 % ont répondu qu'ils/elles n'en faisaient pas ce qui est dommage car ce sont les sages-femmes libérales qui font le plus de préparations à la naissance.

Ensuite les sages-femmes ont été invité.e.s à définir les examens les plus difficiles à réaliser pendant un suivi de travail. Une majorité soit 84 % estime que ce sont les TV, puis les promtests, la rupture artificielle des membranes, l'échographie endovaginale, le sondage vésical et le prélèvement vaginal. Ensuite, parmi les gestes facilitant le suivi du travail et de l'accouchement, 93 % des sages-femmes estiment que la péridurale est une aide car elle permet une perte de sensation et donc de douleur, elle permet une relaxation musculaire donc facilite les examens et diminue le stress et la peur de la patiente. Cependant 7 % des répondant.e.s pensent que la péridurale n'est pas une aide ils/elles estiment que cela risque d'induire une fréquence de TV plus élevée et qu'un accouchement sans péridurale serait plus bénéfique pour aider la patiente à reprendre confiance en son corps : c'est l'idée que le passage du bébé « réparerait » ce qui a été blessé chez la mère. Concernant les difficultés que peut induire le vaginisme, les sages-femmes estiment que celui-ci favorise les difficultés lors de la rééducation périnéale, augmente les douleurs en post-partum, augmente le risque de césarienne, le temps de

travail, les dystocies, les anomalies de rythme, cela augmente également la proportion de déclenchement ou les déchirures vaginales.

Enfin les dernières questions se portaient sur la pertinence de la création de fiches récapitulatives à l'attention des sages-femmes ou des patientes, et l'augmentation de formation autour du vaginisme. La grande majorité des sages-femmes trouvaient utile et pertinente l'idée de créer une fiche d'aide au suivi de grossesse ainsi qu'une fiche d'aide au suivi de travail et à l'accouchement de patiente atteinte de vaginisme. 93 % trouvaient utile de former davantage les sages-femmes au vaginisme. 87 % étaient favorables à la création d'une fiche d'informations à donner aux patientes atteintes de vaginisme à la sortie de la maternité. En conclusion, les sages-femmes sont en demande de formations sur le sujet ainsi que d'outils et moyens concrets pour les aider face au vaginisme.

Le questionnaire se terminait par une question à champ libre afin de laisser la possibilité aux participant.e.s d'écrire ce qu'ils/elles souhaitent ou de porter des informations à ma connaissance. Plusieurs sages-femmes ont regretté le fait que les dernières questions ne les concernaient pas car ils/elles ne pratiquaient pas en salle de naissance. J'ai par choix décidé de poser ces questions spécifiques à la salle de naissance à l'ensemble des participant.e.s car j'estime que toutes les sages-femmes, quel que soit leur lieu et mode d'exercice peuvent avoir un avis sur la prise en charge idéale des patientes atteintes de vaginisme en salle de naissance. L'apport d'expériences et de points de vue différents sur une même question permet d'en saisir tous les enjeux. Une sage-femme, quel que soit son secteur d'exercice, peut discuter du vécu de l'accouchement de ses patientes et se faire son propre avis. En post-partum elle pourra reprendre avec ses patientes les différentes prises en charge que les sages-femmes de salle de naissance ont pu leur proposer. Ainsi de par leur expérience j'estimais qu'il était important de ne pas les écarter de ces questions.

J'ai été agréablement surprise de l'intérêt que portaient de nombreux.ses sages-femmes à mon travail, qui me demandaient de leur envoyer une fois terminé ou qui me remerciaient de traiter de ce sujet.

CONCLUSION

Le vaginisme, qui se définit comme une contraction involontaire de muscles du plancher pelvien, est un trouble sexuel qui touche 6 à 15 % des femmes. Ce trouble a des conséquences sur la santé sexuelle des femmes qui en sont atteintes mais aussi sur leur prise en charge obstétrical et gynécologique. Les sages-femmes, se positionnent comme les professionnel.le.s de santé les plus à même de prendre en charge le vaginisme, pourtant une majorité d'entre eux/elles se sentent démuni.e.s face au vaginisme par manque de formations, de temps, de moyens et de professionnels ressources pour faciliter leur prise en charge. Ce mémoire n'a pas pour but de trouver la solution miracle au vaginisme mais de rassembler les différentes expériences et méthodes de prise en charge sous forme de fiches afin de proposer des solutions variées aux sages-femmes.

J'ai pu au cours de mes études mettre le doigt sur ce que je ressentais comme une lacune dans notre formation et ce mémoire m'a permis de l'objectiver et de l'explorer. J'ai compris au fil de mes études que chaque sage-femme, autant que nous sommes, avec nos profils, nos expériences et nos sensibilités différentes venait enrichir la profession et la faire évoluer. La contribution de chaque sage-femme à notre métier est de venir le questionner et l'améliorer dans un même but commun : la santé materno-fœtale. Cette mission commune nécessite aussi de s'assurer du bien-être des sages-femmes dans leur profession. J'ai souhaité, au travers de ce mémoire, donner la parole aux sages-femmes concernant une problématique peu évoquée : celle du vaginisme et construire avec eux/elles une aide à la prise en charge des patientes dans le but de donner des pistes pour améliorer le bien-être des sages-femmes dans leur pratique et par conséquent le confort des patientes.

Ce mémoire s'inscrit dans une démarche personnelle d'approfondissement de mes connaissances concernant le corps de la femme, car suite à mes études de sage-femme je souhaiterais poursuivre mes études en sexologie. Ce travail m'a permis de me projeter dans ma future carrière de sage-femme et j'espère pouvoir mettre mes connaissances à contribution de notre profession.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] World health organization. Defining sexual health report of a technical consultation on sexual health, 2002, Geneva.
- [2] Harrisson C.M., « Le vaginisme », *Contracept.Fert.Sex.*, Paris, mars 1996, vol 24, n°3, (p.223-228).
- [3] Masters W., Jonhson V., *Les mésententes sexuelles*. Paris, Robert Laffont, 1971, 412p.
- [4] Kamina P, *Anatomie- Introduction à la clinique -7- Petit bassin et périnée : organes génitaux*. Paris, Maloine, 1995
- [5] Schéma légendé de la vulve : Manuel « Notre corps, nous même » p.289
- [6] Schéma légendé du clitoris : Institut pluri-professionnel de sexologie, anatomie du clitoris : <https://ipps-france.fr/sexualite/anatomie/>
- [7] Schéma légendé de l'utérus : <https://www.neufmois.fr/le-dictionnaire-de-la-grossesse/uterus>
- [8] Schéma légendé du périnée : <https://kinedoc.org/work/kinedoc/e502bdf2-75e5-4116-a623-895f93ea4f99.pdf>
- [9] Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 2018, 4^{ème} édition, Elsevier Masson.
- [10] Dr. F.X. Poudat, Noëlla Jarrouse. *Traitement comportemental des difficultés sexuelles*, Maloine, 1986.
- [11] Dr. Colson M.H, Art. «Non consommation de mariage et vaginisme » *ISSM/SFMS* 19/09/2006
- [12] American psychiatric association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. 2000.
- [13] American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé*. Paris: Masson; 2003.
- [14] Organisation Mondiale de la Santé. *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : Critères diagnostiques pour la recherche*. Paris : Masson ; 1994.

[15] Auguste Lutaud, Du vaginisme, ses causes, sa nature, son traitement, suivi d'une leçon clinique (Ed. 1874)

[16] République française, je protège mon enfant de la pornographie : <https://jeprotegemonenfant.gouv.fr/pornographie/>

[17] Enquête « NousToutes Consentement dans les rapports sexuels (2020) » https://www.noustoutes.org/ressources/Dossier_complet_JaiPasDitOui.01.pdf

[18] Binik Ym. The DSM diagnostic criteria for vaginismus. Arch sex behav. Avr 2010.

[19] Gilles Trudel, Les dysfonctions sexuelles, évaluation et traitement par des méthodes psychologiques, interpersonnelles et biologiques, 3^{ème} édition.

[20] Ordre National des Sages-femmes, données démographiques : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>

ANNEXE

Annexe 1 :

Questionnaire vaginisme

Page 1

Bonjour, je suis Morgan, étudiante sage-femme en 4ème année. Afin d'obtenir mon diplôme, j'écris un mémoire sur la prise en charge du vaginisme par les sages-femmes.

Si vous êtes sage-femme, je souhaiterais solliciter vos connaissances et votre expérience concernant le vaginisme pour répondre à mon questionnaire.

Merci pour votre contribution.

Vous êtes sage femme ?

- Oui
 Non

Page 2

Votre année d'obtention de diplôme :

- 2023
 2022
 2021
 2020
 2019
 2018
 2017
 2016
 2015
 2014
 2013
 2012
 2011
 2010
 2009
 2008
 2007
 2006
 2005
 2004
 2003
 2002
 2001
 2000
 1999
 1998
 1997
 1996
 1995
 1994
 1993
 1992
 1990
 1989
 1988
 1987
 1986
 1985
 1984
 1983

-
- 1982
 - 1981
 - 1980
 - 1979
 - 1978
 - 1977
 - 1976
 - 1975
 - 1974
 - 1973
 - 1972
 - 1971
 - 1970
 - 1969
 - 1968
 - 1967
 - 1966
 - 1965
 - 1964
 - 1963
 - 1962
 - 1961
 - 1960

08/03/2024 15:55

projectredcap.org



Page 3

Vous avez effectué vos études à la faculté de :

- Amiens
- Angers
- Besançon
- Bordeaux
- Bourg en Bresse
- Bourgogne
- Brest
- Caen
- Clermont Ferrand
- Dijon
- Fort-de-France
- Grenoble
- Lille
- Limoges
- Lyon
- Marseille
- Metz
- Montpellier
- Nancy
- Nantes
- Nice
- Nimes
- Papeete, Tahiti
- Paris Baudelocque
- Paris Saint Antoine
- Paris Saint Quentin en Yvelines
- Poitiers
- Reims
- Rennes
- Rouen
- Saint Denis, La Réunion
- Strasbourg
- Suresnes
- Toulouse
- Tours

Votre secteur d'exercice :

- Hôpital public
- Clinique
- Libéral
- Mixte (hôpital/libéral)
- Mixte (clinique/libéral)

- PMI
 Enseignement

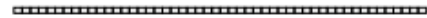
Votre pratique comprend :

- Le suivi de grossesse
 Le suivi gynécologique
 La rééducation périnéale
 Les cours de préparation à l'accouchement
 La réalisation d'échographies
 Une activité en secteur suite de couche
 Une activité en secteur de grossesses pathologiques
 Une activité en salle de naissance
 Autre

Vous avez coché autre, merci de préciser :

Selon vous, quelle est la fréquence en pourcentage du vaginisme dans la population féminine ?

0 50 100



(Place a mark on the scale above)

08/03/2024 15:55

projectredcap.org



Page 4

Selon vous, quelles sont les origines du vaginisme ?

Selon vous, le(s) professionnel(s) de santé le(s) plus à même de poser un diagnostic et de traiter le vaginisme est/sont :

- Sage femme
 Médecin traitant
 Gynécologue
 Sexologue
 Kinésithérapeute
 Psychologue
 Autres

Vous avez répondu autres, merci de préciser :

Vous êtes amené(e)s à prendre en charge des patientes présentant un vaginisme :

- Oui
 Non

A quelle fréquence ?

- Tous les jours
 Régulièrement dans la semaine
 Quelques fois par mois
 Rarement dans l'année
 Jamais

Vous êtes amenés à poser un diagnostic de vaginisme :

- Oui
 Non

A quelle fréquence ?

- Tous les jours
 Régulièrement dans la semaine
 Quelques fois par mois
 Rarement dans l'année
 Jamais

A quel moment faites vous le diagnostic en général ?

- Anamnèse
 Examen gynécologique
 Autre

Vous avez répondu autre, merci de préciser :

Sur quel signe posez vous le diagnostic ?

- Spasme involontaire des muscles vaginaux
 Comportement patiente (resserrement des cuisses, peur)
 Douleurs au toucher vaginal
 Douleurs pendant les rapports sexuels
 Autres

Vous avez répondu autres, précisez :

Lors de vos études de sage-femme, vous avez été étudié le vaginisme de façon :

- Complète et suffisante
 Présente mais nécessité d'améliorations et approfondissements

- Incomplète et insuffisante
 Non abordée

08/03/2024 15:55

projectredcap.org



Page 5

Concernant le vaginisme, vous trouvez la formation initiale théorique :

- Satisfaisante
 Nécessité d'améliorations
 Insuffisante
 Inexistante

Concernant le vaginisme, vous trouvez la formation initiale pratique (stages, TP) :

- Satisfaisante
 Nécessité d'améliorations
 Insuffisante
 Inexistante

Lors de votre activité, face au vaginisme vous vous sentez :

- Totalement compétent(e) pour poser un diagnostic et proposer une prise en charge
 Compétent(e) mais vous désirez vous former d'avantage
 Impuissant(e), vous redirigez vers d'autres professionnels
 Vous n'y êtes pas confronté

Lors d'un examen, quelles méthodes utilisez vous face à une patiente atteinte de vaginisme :

- Douceur et patience
 Méthode de relaxation
 Protoxyde d'azote
 Lubrifiant
 Péridurale précoce lors du suivi de travail
 Auto prélèvement pour les PV
 Evitement des examens gynécologiques
 Explications des gestes et demande de consentement
 Autres

Vous avez répondu autres, merci de préciser :

Dans votre pratique, vous êtes amenés à traiter le vaginisme :

- Oui
 Non

Quels moyens de traitements utilisez vous ?

- Dilatateurs vaginaux
 Biofeedback
 Rééducation manuelle
 Education sexuelle et anatomique
 Hypnose
 Toxine botulique
 Autres

Vous avez répondu autres, quels sont-ils ?

Vous est-il déjà arrivé de découvrir un vaginisme chez une patiente, mais de ne pas l'explorer :

- Oui
 Non

Pour quelles raisons ?

- Si la patiente ne m'en parle pas, je n'en parle pas
 Manque de temps
 Présence du conjoint ou d'une tierce personne
 Sensation d'être démuni, de ne pas savoir quoi répondre
 Difficulté à parler de violences sexuelles
 Autres raisons

Vous avez répondu "autres raisons", quelles sont-elles ?

08/03/2024 15:55

projectredcap.org



Pensez vous que le vaginisme puisse avoir un impact sur le suivi gynécologique d'une patiente ?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

Quel est son impact selon vous ?

Pensez vous qu'une préparation spécialisée à la naissance doit être réalisée pendant la grossesse d'une femme atteinte de vaginisme ?

- Oui
 Non

Pourquoi ? Et si oui, laquelle ?

Proposez vous une préparation à la naissance différente et adaptée aux patientes vaginiques ?

- Oui
 Non

En salle de naissance, vous arrive-t-il de découvrir un vaginisme non diagnostiqué précédemment ?

- Oui
 Non

Quel examen est le plus difficile à réaliser pendant un suivi de travail chez une femme vaginique ?

- Touchers vaginaux
 Promtest avec mise en place spéculum
 Prélèvement vaginal
 Rupture artificielle des membranes
 Sondage vésical
 Échographie du col

Pensez vous que la péridurale soit une aide lors de la prise en charge de l'accouchement d'une femme vaginique ?

- Oui
 Non

Pourquoi ?

Pourquoi ?

Pensez-vous que le vaginisme chez une femme enceinte soit un facteur favorisant de :

- Allongement du temps de travail
- Dystocies
- Anomalies du rythme
- Anoxies fœtales
- Déclenchements
- Césariennes
- Déchirures vaginales
- Douleurs lors du post-partum
- Difficulté lors de la rééducation périnéale

Une fiche concernant l'aide à la prise en charge de la grossesse des patientes vaginiques vous serait-elle utile ?

- Oui
- Non

Une fiche concernant l'aide à la prise en charge du suivi de travail et de l'accouchement d'une patiente vaginique vous serait-elle utile ?

- Oui
- Non

Des formations sur le vaginisme vous seraient-elles utiles ?

- Oui
- Non

08/03/2024 15:55

projectredcap.org



Page 7

Une fiche d'informations à donner aux patientes vaginiques à la sortie de la maternité vous semblerait-elle utile ?

- Oui
- Non

Avez-vous des remarques, informations que vous souhaitez porter à ma connaissance ?

Annexe 2 :

Année diplôme	Satisfaction formation vaginisme				Total
	Complète et suffisante	Incomplète et insuffisante	Non abordée	Présente mais nécessité d'améliorations et approfondissements	
1981				1	1
1982			2		2
1983		1	2		3
1984		1	1	1	3
1985		1	2		3
1986		3	3	2	8
1987		4	1		5
1988			1		1
1989		1	1	1	3
1990		3	4	1	8

1992		8	4	1	13
1993		1	1	1	3
1994		3	1		4
1995		7	2		9
1996		4	3	1	8
1997		3	1		4
1998		7	3		10
1999		3	1		4
2000		7	2		9
2001		2	2		4
2002		5	4	2	11
2003		5	6	1	12
2004		3	2	1	6
2005		9	3	1	13
2006		9	5		14
2007		8	4	2	14
2008		6	4	4	14
2009		6	3	5	14
2010		9	2	1	12
2011		6	5	2	13
2012		5	3	2	10
2013		6	3	1	10
2014		12	3	1	16
2015		5	2	4	11
2016	1	5	2	2	10
2017		8	3	6	17
2018		9	1	4	14
2019		7		6	13
2020		4	2	10	16
2021		7	1	8	16
2022		7	2	8	17

2023	2	5	3	14	24
Total	3	205	100	94	402

Tableau n°1 : Satisfaction de la formation au vaginisme en fonction de l'année d'obtention du diplôme (n=402)

Annexe 3 :

Année diplôme	Inexistante	Insuffisante	Nécessité d'améliorations	Satisfaisante	Total
1981		1			1
1982	2				2
1983	1	2			3
1984		2	1		3
1985	2	1			3
1986	2	4	2		8
1987	2	3			5
1988	1				1
1989	1	2			3
1990	4	2	2		8
1992	3	9	1		13
1993	1	1	1		3
1994		4			4
1995	2	6	1		9
1996	3	5			8
1997	1	3			4
1998	4	5	1		10
1999	1	2	1		4
2000	2	5	2		9
2001		3	1		4
2002	5	6			11
2003	4	6	2		12
2004	3	3			6
2005	4	8	1		13
2006	6	7	1		14
2007	4	6	4		14
2008	6	4	3	1	14
2009	3	7	4		14
2010	2	9	1		12
2011	5	7	1		13
2012	2	6	2		10

2013	3	3	4		10
2014	5	9	2		16
2015	2	5	3	1	11
2016	1	5	3	1	10
2017	4	8	5		17
2018	2	9	3		14
2019	1	6	6		13
2020	2	5	8	1	16
2021	1	9	5	1	16
2022	3	7	4	3	17
2023	2	8	12	2	24
Total	102	203	87	10	402

Tableau n°2 : Satisfaction de la formation initiale théorique au vaginisme en fonction de l'année d'obtention du diplôme (n=402)

Annexe 4 :

Année diplôme	Inexistante	Insuffisante	Nécessité d'améliorations	Satisfaisante	Total
1981	1				1
1982	1	1			2
1983	1	2			3
1984	2	1			3
1985	2	1			3
1986	2	5	1		8
1987	3	1	1		5
1988	1				1
1989	1	2			3
1990	5	2	1		8
1992	5	8			13
1993	2	1			3
1994		3	1		4
1995	4	5			9
1996	4	4			8
1997	3	1			4
1998	6	3	1		10
1999	3	1			4
2000	4	4	1		9
2001	2		2		4
2002	6	5			11
2003	5	4	3		12
2004	3	2	1		6
2005	7	4	2		13
2006	7	6	1		14

2007	5	6	3		14
2008	4	8	2		14
2009	5	5	4		14
2010	4	8			12
2011	6	5	2		13
2012	6	3	1		10
2013	7	2	1		10
2014	9	7			16
2015	3	7		1	11
2016	6	3		1	10
2017	7	5	5		17
2018	7	4	2	1	14
2019	4	5	4		13
2020	4	10	2		16
2021	6	5	5		16
2022	6	6	4	1	17
2023	10	10	4		24
Total	179	165	54	4	402

Tableau n°3 : Satisfaction de la formation pratique au vaginisme en fonction de l'année d'obtention du diplôme (n=402)

Annexe 5 :

Estimation fréquence du vaginisme (%)	Compétent(e) mais vous désirez vous former d'avantage	Impuissant(e), vous redirigez vers d'autres professionnels	Totalement compétent(e) pour poser un diagnostic et proposer une prise en charge	Vous n'y êtes pas confronté	Total
1	2	3			5
2	3				3
3	1	7	2		10
4	3				3
5	25	15			40
6	1	2		1	4
7	5	3	1	1	10
8	6	6	1		13
9	3	3			6
10	37	40	5	1	83
11	4	2			6
12	3	3	1		7
13	2	1			3
14	3	1			4
15	31	16	3		50
16	3	4	2		9
17	3	1			4

18	1	1	1		3
19	2	1			3
20	24	12	3	1	40
21	3	4	1		8
22	1				1
23	2				2
24	1		1		2
25	6	5			11
26		1			1
27		1	1		2
28	2	1	1		4
29		1	1		2
30	18	13	1		32
32		2			2
34	1				1
35	8	1			9
39	1				1
40	6				6
41		1			1
49		1			1
50	2	3			5
60	2				2
68	1				1
80	1				1
100		1			1
Total	217	156	25	4	402

Tableau n°4 : Sentiments face au vaginisme en fonction de l'estimation de la fréquence
(n=402)

Annexe 6 :

Année diplôme	Compétent(e) mais vous désirez vous former d'avantage	Impuissant(e), vous redirigez vers d'autres professionnels	Totalement compétent(e) pour poser un diagnostic et proposer une prise en charge	Vous n'y êtes pas confronté	Total
1981		1			1
1982		1	1		2
1983	1		2		3
1984	2	1			3
1985	1	2			3
1986	3	3	2		8
1987	2	3			5
1988		1			1

1989	3				3
1990	5	3			8
1992	6	4	3		13
1993	1	1	1		3
1994	1	1	2		4
1995	4	4	1		9
1996	4	3		1	8
1997	3	1			4
1998	5	4		1	10
1999	2	2			4
2000	6	2	1		9
2001	4				4
2002	6	5			11
2003	7	5			12
2004	5	1			6
2005	6	4	3		13
2006	8	6			14
2007	9	4	1		14
2008	8	6			14
2009	10	3	1		14
2010	5	5	2		12
2011	5	8			13
2012	5	5			10
2013	5	3	2		10
2014	8	7	1		16
2015	6	4	1		11
2016	7	2		1	10
2017	7	9	1		17
2018	7	7			14
2019	8	5			13
2020	11	4		1	16
2021	6	10			16
2022	8	9			17
2023	17	7			24
Total	217	156	25	4	402

Tableau n°5 : Sentiments face au vaginisme en fonction de l'année d'obtention du diplôme (n=402)

RESUME

Le vaginisme, qui se définit comme une contraction involontaire de muscles du plancher pelvien, est un trouble sexuel qui touche 6 à 15 % des femmes.

Ce trouble qui prend sa source dans des causes organiques, inflammatoires, socio-culturelles, ou psychiques et traumatiques a des conséquences sur la santé sexuelle des femmes qui en sont atteintes mais aussi sur leur prise en charge obstétrical et gynécologique. En effet de par la peur et la douleur qu'il génère, le vaginisme peut engendrer un évitement des examens et donc un retard de diagnostic et de prise en charge gynéco-obstétrical.

De par leur rôle au plus proche de l'intimité, les sages-femmes se positionnent comme les professionnel.le.s de santé les plus à même de rencontrer et prendre en charge le vaginisme. Pourtant une majorité d'entre eux/elles se sentent démuni.e.s face au vaginisme par manque de formations, de temps, de moyens et de professionnels ressources pour faciliter leur prise en charge.

Ce mémoire a pour but de rassembler les différentes expériences et méthodes de prise en charge afin de proposer des solutions variées aux sages-femmes.

MOTS CLES

Sage-femme - vaginisme - prise en charge