



HAL
open science

Le vaginisme : accompagner les femmes pour un meilleur vécu du per-partum : étude qualitative, par entretien semi-directif entre Mai et Juin 2022 auprès de 14 sages-femmes hospitalières de Moselle et de Meurthe-et-Moselle

Wafae El Amrani

► **To cite this version:**

Wafae El Amrani. Le vaginisme : accompagner les femmes pour un meilleur vécu du per-partum : étude qualitative, par entretien semi-directif entre Mai et Juin 2022 auprès de 14 sages-femmes hospitalières de Moselle et de Meurthe-et-Moselle. Médecine humaine et pathologie. 2021. hal-04325907

HAL Id: hal-04325907

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04325907v1>

Submitted on 6 Dec 2023

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

Le vaginisme : Accompagner les femmes pour un
meilleur vécu du per partum

Étude menée par entretiens semi-directifs entre mai et juin 2022
auprès de 14 sages-femmes hospitalières

Mémoire présenté et soutenu par

Wafae EL AMRANI

Née le 17 Mai 1996

Directeur de mémoire : Émeline PEERS

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2017 – 2021

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

Le vaginisme : Accompagner les femmes pour un
meilleur vécu du per partum

Étude menée par entretiens semi-directifs entre mai et juin 2022
auprès de 14 sages-femmes hospitalières

Mémoire présenté et soutenu par

Wafae EL AMRANI

Née le 17 Mai 1996

Directeur de mémoire : Émeline PEERS

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2017 – 2021

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je souhaite adresser mes sincères remerciements à Mme Peers, ma directrice de mémoire qui a fourni un travail remarquable depuis plus d'un an. Mme Peers m'a soutenue et guidé à travers cette épreuve sans défaillance. Merci madame de m'avoir encadré avec bienveillance, douceur et justesse. Je ne peux que souligner votre rigueur et votre sens de la perfection. Merci infiniment.

Ensuite je souhaite remercier les patientes qui m'ont donné la force nécessaire tout au long de mes études et au-delà. C'est à elles que je pensais quand les choses pouvaient devenir difficile en stage. Parce qu'elles sont mon moteur depuis mon premier jour en tant qu'étudiante jusqu'à présent. A toutes ces patientes à qui j'ai tenu la main, avec qui j'ai rigolé ou qui m'ont accordé le droit de parcourir un petit bout de chemin avec elles, merci de tout mon cœur. Après ma soutenance je serai sage-femme grâce à vous et pour vous.

Je tiens à remercier Laura Goubet mon experte de mémoire. J'ai conscience qu'être experte de mémoire n'est pas chose facile et pour avoir accepté de me soutenir et de m'aider dans ce travail d'écriture et de recherche, je te remercie Laura.

Je souhaite remercier mes collègues de la clinique Claude Bernard de Metz, qui m'ont soutenu également, depuis mon embauche jusqu'à présent. Vous êtes la famille professionnelle que j'ai choisi d'intégrer et je ferai de mon mieux pour ne pas vous décevoir.

Enfin je remercie mes proches et mes amis qui ont également été un soutien nécessaire à l'aboutissement de ce travail et à la sage-femme que je suis devenue. Merci à vous tous.

SIGLAIRE

ADCO : Atelier pour le Développement des Connaissances Obstétricales

AMP : Aide Médicale à la Procréation

Cm : Centimètre

DMS : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SF : Sage-Femme

TCC : Thérapie Cognitivo Comportementale

TV : Toucher Vaginal

TABLE DES MATIÈRES

SIGLAIRE	8
INTRODUCTION	11
PARTIE 1 : CONTEXTE	13
1. DÉFINITION DU VAGINISME	13
1.1. DÉFINITION.....	14
1.2. ÉTIOLOGIES ET CRITÈRES DIAGNOSTIC	14
1.3. TRAITEMENTS.....	16
1.4. CRITÈRES DE GUÉRISON	18
2. VAGINISME ET PER PARTUM	18
2.1. PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT	18
2.2. IMPACT DU VAGINISME SUR LA SURVEILLANCE ET SUIVI DU PER PARTUM	19
3. LA PLACE DE LA SAGE-FEMME	20
3.1. STRATÉGIES MONDIALE ET NATIONALE DE SANTÉ SEXUELLE.....	20
3.2. LA SAGE-FEMME DANS LA PÉRINATALITÉ ET LE PER PARTUM.....	21
3.3. COMPÉTENCES ET CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES	22
PARTIE 2 : MÉTHODE ET RÉSULTATS	24
1. PROBLÉMATIQUE	24
2. MÉTHODE	24
2.1. BÉNÉFICES ET OBJECTIFS.....	24
2.2. HYPOTHÈSES	24
2.3. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	25
2.4. CRITÈRES DE JUGEMENT	26
2.5. MODALITÉS DE L'ÉTUDE.....	26
3.1. DONNÉES GÉNÉRALES DES ENTRETIENS	27
3.2. POPULATION DE L'ÉTUDE	27
3.3. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	27
PARTIE 3 : ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION	35
1. ANALYSE DE LA POPULATION	35
1.1. ÂGE, EXPÉRIENCE ET FORMATION INITIALE DE LA POPULATION.....	35
1.2. COURS DE SEXOLOGIE DURANT LA FORMATION INITIALE OU CONTINUE ET POSSIBILITÉ DE LES METTRE EN APPLICATION.....	35
2. ANALYSE DES RÉSULTATS	36
2.1. CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES RELATIVES AUX VAGINISME ET À LA DYSPAREUNIE	36
2.2. CONNAISSANCE DES MOYENS NON MÉDICAMENTEUX UTILISABLES EN SALLE DE NAISSANCE	36
2.3. FOCUS SUR L'HOMÉOPATHIE.....	38
2.4. SALLES « NATURE ».....	38
2.5. ANALGÉSIE PÉRIDURALE ET VAGINISME	39
2.6. ADAPTATION DE LA PRISE EN CHARGE : DE L'IMAGINAIRE À LA RÉALITÉ	40

2.7. AXES D'AMÉLIORATION PROPOSÉS PAR LES SAGES-FEMMES AYANT PARTICIPÉ À L'ÉTUDE

41

3. DISCUSSION.....	43
3.1. LIMITES DE L'ÉTUDE.....	43
3.2. BIAIS	43
3.3. FORCES DE L'ÉTUDE.....	44
3.4. PERSPECTIVES	45
CONCLUSION.....	49
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES	54
ANNEXE I.....	55
ANNEXE II.....	57
ANNEXE III.....	60
ANNEXE IV	62
ANNEXE V	62
ANNEXE VI	63

INTRODUCTION

De nombreux troubles en lien avec la santé sexuelle tels que le vaginisme, l'anaphrodisie (absence de désir), l'anorgasmie (absence d'orgasme), l'apareunie (impossibilité d'accomplir le coït) ou la dyspareunie (douleurs lors des rapports sexuels) peuvent se déclarer à tout moment de la vie sexuelle d'une femme.

Si la prévalence des troubles liés à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration est incertaine voire probablement sous-évaluée, la difficulté à avoir des relations sexuelles constitue une cause fréquente de consultation auprès des services cliniques spécialisés ou des spécialistes [1]. D'ailleurs, dans la cinquième version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders¹ (DMS), il est estimé qu'environ 15 pourcents des femmes sexuellement actives d'Amérique du Nord signalent des douleurs récurrentes lors des rapports sexuels [2].

L'un de ces troubles m'intéresse tout particulièrement : le vaginisme. En effet, j'ai été interpellée par sa complexité et le fort retentissement qu'il peut avoir sur la santé des femmes et du couple. De plus, le vaginisme semble être méconnu non seulement du grand public mais aussi de quelques professionnels de santé. Au cours de mes quatre années de formation, j'ai accompagné en collaboration avec des Sages-Femmes (SF), plusieurs patientes présentant potentiellement ce trouble mais généralement non diagnostiqué, et ce tout service confondu : urgences gynéco-obstétricales, salle de naissances, suites de couches, grossesses à haut risque, échographie et consultations gynéco-obstétricales. Certaines SF qui m'encadraient, interpellées par la réaction de certaines des patientes que nous suivions ensemble au moment du Toucher Vaginal (TV) émettaient alors cette hypothèse diagnostique.

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français estime qu'environ un pourcent des femmes en âge de procréer présentent un vaginisme et qu'il représente six à quinze pourcents des consultations en sexologie. De plus, ce trouble est majoré dans certaines circonstances : par exemple, la fréquence du vaginisme chez les femmes mariées sans leur consentement peut atteindre 70 % [3].

Le vaginisme peut se manifester par des difficultés à pratiquer le TV lors du suivi de la grossesse mais aussi et surtout lors de la prise en charge pour l'accouchement. En outre, il existe également des vaginismes dits sélectifs ou situationnels qui correspondent à un vaginisme où la pénétration est difficile voire impossible sauf dans certaines situations. Par exemple, une femme peut souffrir de vaginisme lors d'un examen gynécologique et ne ressentir aucune douleur lors des rapports sexuels avec certains partenaires ou lors de l'introduction d'un tampon.

Les professionnels se sentent parfois démunis lorsqu'ils prennent en charge les patientes concernées. Dès mes premiers stages, j'ai été étonnée de constater que certains d'entre eux ne savaient pas comment prendre en charge et accompagner, notamment en per partum, les patientes présentant un vaginisme. La question se posait à chaque fois qu'il a été nécessaire de réaliser un geste invasif (pose de spéculum, prélèvement vaginal, TV, sonde échographique endovaginale etc.) pour adapter la conduite à tenir ou poser un diagnostic. Les patientes elles-mêmes décrivaient de l'appréhension, de l'anticipation anxieuse, de la peur voire de l'angoisse à l'idée de ressentir de la douleur au moment de l'examen.

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders = Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

Ce sont toutes ces observations qui m'ont conduite à m'intéresser à ce thème pour mon mémoire de fin d'études. Mon mémoire consistera en l'analyse des pratiques des professionnels, afin d'améliorer le vécu perpartum des patientes porteuses d'un vaginisme. Afin de répondre à la question : **En quoi les sages-femmes hospitalières disposent-elles des connaissances pour adapter la prise en charge d'une patiente présentant un vaginisme en per partum**, nous définirons en première partie le vaginisme et son impact sur le per partum. En deuxième partie nous traiterons de la méthodologie utilisée pour l'étude ainsi que des résultats obtenus. Enfin, la troisième partie s'intéressera à l'analyse des résultats, ainsi qu'à la discussion.

PARTIE 1 : CONTEXTE

Dans sa Constitution du sept avril 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [4]. Soixante-trois ans plus tard, elle a défini la santé sexuelle comme suit : « 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. 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 » [5].

Afin de comprendre le vaginisme, pathologie à laquelle nous nous sommes intéressés dans ce travail de recherche, il est important de rappeler la physiologie du rapport sexuel normal (ou eupareunie). Il comporte quatre phases :

- La période d'excitation avec lubrification et exacerbation du désir.
- Le plaisir sexuel avec montée progressive ou rapide vers une phase de plateau.
- L'orgasme unique ou multiple chez la femme.
- La phase de résolution avec sensation de bonheur et de plénitude.

Dans cette première partie, nous définirons et analyserons le vaginisme, puis nous étudierons son impact sur le perpartum, pour terminer, nous analyserons la place de la SF dans la périnatalité et le perpartum en France.

1. DÉFINITION DU VAGINISME

Pour dépister et diagnostiquer un vaginisme, il faut en connaître la définition. Ce trouble se caractérise par une contraction musculaire réflexe prolongée ou récurrente des muscles du plancher pelvien qui entourent l'ouverture du vagin [Annexe I]. Ces contractions s'accompagnent de dyspareunies qui peuvent survenir à différents moments de la pénétration, mais le plus souvent dès l'introduction de l'élément pénétrant.

Lorsque l'on parle de vaginisme, il est important d'évoquer la notion de dyspareunie qui lui est souvent associée. La dyspareunie correspond à une douleur persistante ou récurrente lors d'une tentative de rapport sexuel ou lors d'une pénétration effective [6]. Elle peut être classée en trois types :

- La dyspareunie superficielle ou d'intromission : la douleur est ressentie dès le début de la pénétration. C'est la plus fréquente en cas de vaginisme.
- La dyspareunie de présence : la douleur est ressentie après la pénétration.
- La dyspareunie profonde ou de choc : La douleur est ressentie au fond du vagin [7].

De plus, le vaginisme peut se compliquer par :

- Une difficulté à avoir des rapports sexuels.
- Une douleur génito-pelvienne (la dyspareunie).
- Une peur de la douleur ou de la pénétration vaginale.

1.1. DÉFINITION

Dans la version actuelle du DMS, le vaginisme est classé parmi les troubles liés aux douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration [2].

Il existe deux principaux types de vaginisme [8] :

- Le vaginisme primaire.
- Le vaginisme secondaire.

1.1.1. Vaginisme primaire

Le vaginisme primaire survient avant même le début de la vie sexuelle. D'ailleurs, les femmes qui en souffrent sont généralement vierges. Généralement, elles méconnaissent leur anatomie et le fonctionnement de leurs organes génitaux. Par exemple, certaines croient que leur vagin est si petit qu'il ne pourra pas accueillir un pénis [8]. Cette représentation erronée génère une angoisse, voire une panique de toute pénétration. Des conduites d'évitement de la sexualité sont donc fréquemment retrouvées [3].

Face à un vaginisme primaire, il faut avant tout, éliminer une malformation congénitale, telle que :

- L'absence congénitale de vagin.
- Le syndrome de Rokitansky-Küster-Hauser (aplasie congénitale de l'utérus et des deux tiers supérieurs du vagin chez des femmes présentant un développement normal des caractères sexuels secondaires et un caryotype normal) [9].
- Le pseudo-hermaphrodisme masculin (ambiguïté des organes génitaux externes et internes associée à la présence exclusive de tissu gonadique masculin. C'est une affection rare, héréditaire à transmission autosomique récessive) [10].

1.1.2. Le vaginisme secondaire

Le vaginisme secondaire, survient après une période de sexualité sans douleurs et sans problème de pénétration.

Il concerne, le plus souvent, les femmes connaissant une longue période sans pénétration sexuelle lors des rapports, en particulier dans les suites d'un accouchement ou d'une agression sexuelle, un viol, un inceste.

D'autres causes peuvent être retrouvées au vaginisme secondaire : les infections vaginales récidivantes, la prise de médicaments antihormonaux prescrits pour traiter certains cancers gynécologiques hormonodépendants, la ménopause par l'atrophie et la sécheresse de la muqueuse vaginale qu'elle induit, ou encore suite à un accouchement (avec ou sans suture périnéale) [8].

Enfin, il peut apparaître après une dyspareunie.

La peur et la douleur engendrent les mêmes symptômes que dans un vaginisme primaire : une contraction vaginale involontaire qui empêche ou rend difficile la pénétration.

1.2. ÉTIOLOGIES ET CRITÈRES DIAGNOSTIC

Il convient de rappeler qu'en cas de vaginisme, il y a systématiquement un spasme des muscles releveurs de l'anus avant la tentative de pénétration [Annexe I] [11]. L'examen clinique permet de définir cinq niveaux de vaginisme :

- Le grade un correspond à une contraction involontaire de ces muscles releveurs qui disparaît en rassurant la patiente.
- Si cette contraction persiste pendant toute la durée de l'examen gynécologique ou la pénétration, le vaginisme est de grade deux.
- Au grade trois se surajoute une contraction des muscles fessiers lors de toute tentative d'examen ou de pénétration.
- Le grade quatre correspond à l'association d'un spasme des muscles releveurs de l'anus et d'une contraction dorsale en arc, une adduction des cuisses, de mouvements de défense et de rétraction des membres inférieurs.
- Et enfin, le dernier grade (XO) se caractérise par l'ajout de manifestations végétatives et d'un refus de tout examen ou toute pénétration. La patiente peut alors s'arc-bouter et/ou présenter une crise de spasmophilie.

Lors du diagnostic, il est essentiel de définir le grade du vaginisme pour ajuster et personnaliser le traitement de la patiente qui le présente.

1.2.1. Causes psychologiques

La principale étiologie du vaginisme est psychique, tout particulièrement en cas de vaginisme primaire. Ceci démontre bien l'importance de la dimension émotionnelle dans la sexualité et notamment sur la façon dont la pénétration est vécue et représentée.

Différentes causes psychologiques pouvant induire un vaginisme primaire et/ou secondaire ont été identifiées [12] :

- Peur de la pénétration (éducation spirituelle, culture, peur d'une infection, absence de contraception, peur d'avoir mal, peur de la sexualité, inexpérience, etc.), exacerbée après un accouchement (surtout s'il y a eu une plaie périnéale).
- Maladresse ou brutalité du partenaire.
- Mésentente dans le couple (non-respect du désir de l'autre, de sa temporalité, de son rythme, de ses envies, sentiment d'obligation y compris de devoir conjugal).
- Manque de communication d'écoute (non-respect du consentement, défaut de prise en compte de l'envie et des besoins de l'autre).
- Sentiment de culpabilité.
- Phobie du pénis, dégoût de la sexualité.
- Méconnaissance de son intimité féminine, défaut de représentation de l'anatomie du vagin et des organes génitaux dans son schéma corporel.
- Méconnaissance de l'anatomie et du fonctionnement des organes génitaux masculins.
- Mal-être avec sa féminité.
- Absence ou faible présence de préliminaires.
- Traumatisme psychologique, antécédents de maltraitance dans l'enfance, passé d'agression ou d'abus sexuel.

1.2.2. Causes organiques

Outre les malformations congénitales précédemment évoquées, d'autres causes somatiques peuvent entraîner une contraction réflexe des muscles péri-vaginaux avec vaginisme complet ou dyspareunie [13] :

- Perturbation endocrinienne (adolescence, grossesse, contraception hormonale mal dosée ou inadaptée, ménopause, traitement antihormonal dans les suites d'un cancer ou autre).
- Sécheresse et/ou atrophie de la muqueuse vaginale.
- Infection vulvovaginale récidivante.
- Maladie dermatologique inflammatoire de la vulve (lichen, eczéma, etc.).
- Plaie périnéale (due à une déchirure spontanée ou à une épisiotomie) récente ou cicatricielle.
- Hymen épais ou scléreux (fibrosé) empêchant tout acte ou déchirure traumatique de l'hymen lors des premiers rapports sexuels.
- Malformations génitales comme une bride ou une cloison vaginale.
- Mutilation génitales (excision, infibulation).

Chacun de ces facteurs peut différemment contribuer à la présence, l'apparition, l'aggravation ou l'amélioration des symptômes chez les femmes présentant un vaginisme [8]. Ainsi, toutes les causes doivent être explorées car elles permettent non seulement le diagnostic mais elles ont leur importance dans le pronostic, l'évolution et le traitement du vaginisme.

1.3. TRAITEMENTS

S'il n'est pas pris en charge, il est fréquent que le vaginisme induise une baisse de l'estime de soi, une culpabilité, un sentiment de honte, des symptômes d'anxiété voire une dépression. De même, s'il perdure, le vaginisme peut entraîner chez les femmes qui le présentent une réduction du désir et du plaisir par anticipation et même une peur de la douleur ou de l'échec. S'ensuit alors une phobie complète avec éviction de tout acte sexuel.

En outre, il est possible d'observer l'apparition de conflits conjugaux voire une séparation.

Enfin, une des conséquences du vaginisme à ne pas négliger reste la difficulté à concevoir un enfant [14].

1.3.1. Prises en charge médico-psychologiques

La prise en charge du vaginisme est à la fois médicale, psychologique et sexologique. Elle associe information, éducation, thérapie ainsi que le compagnon ou la compagne [15].

➤ *Consultation sexologique*

Un entretien est toujours le premier temps de la prise en charge sexologique. Il dure en général assez longtemps afin :

- De recueillir les antécédents.
- De préciser le contexte de survenue du dysfonctionnement sexuel : éducation, traumatisme éventuel voire agression.
- D'analyser ses modalités symptomatiques : survenue systématique ou épisodique, ancienneté du trouble, intensité de la contraction musculaire, de la douleur, etc.
- De définir les étapes progressives de la prise en charge sexothérapeutique [16].

Cet entretien permet à la patiente de s'exprimer sur la sexualité et sur ses difficultés, et sur ses préférences. Alors, le sexologue profitera de ce temps d'échange privilégié pour évaluer les connaissances de la patiente, ses capacités, ses blocages ou ses inhibitions. Selon le diagnostic et les besoins de la patiente,

le thérapeute expliquera à la patiente son anatomie génitale et l'anatomie génitale masculine. Il apportera des informations sur le plaisir et expliquera le mécanisme musculaire douloureux qu'elle ressent.

Ainsi, la prise en charge sexologique a plusieurs buts :

- Permettre à la patiente de prendre connaissance et d'avoir conscience de son appareil génital.
- Favoriser l'investissement érotique de son vagin par la femme.
- Expliquer et mettre en œuvre la thérapie acceptée par la patiente en fixant des objectifs précis et progressifs avec la patiente.

Ce travail de sexothérapie peut, si l'étiologie le nécessite ou s'il y a des problématiques plus profondes, être complété par un accompagnement psychothérapique. La prise en charge du conjoint, une thérapie de couple pourront également être proposées. Et face à des violences ou des abus, il sera conseillé à la patiente une prise en charge judiciaire et/ou médicale ainsi que des mesures de protection, d'éloignement de la personne violente, en parallèle à la prise en charge sexologique.

➤ *Thérapie cognitivo-comportementale*

La thérapie cognitivo comportementale (TCC) est axée sur l'équation « *problème – solution* » [15]. Ses objectifs sont alors la compréhension par la patiente des mécanismes conduisant à ses difficultés ainsi qu'à l'apprentissage de l'autocontrôle de son trouble.

Elle s'intéresse peu au passé mais plutôt au trouble en lui-même ainsi qu'à ses manifestations actuelles. De plus, elle implique la réalisation d'exercices par la patiente entre les séances.

Les séances de TCC sont structurées autour de trois dimensions :

- Aspect émotionnel (peur, anxiété, etc.) et sensoriel.
- Aspect cognitif (pensées parasites, croyances erronées, fantasmes).
- Aspect comportemental et conjugal (communication, caresses, échanges, etc.).

Ce type de thérapie est très efficace dans le domaine de la sexologie. Il s'agit alors de sexothérapie comportementale.

➤ *Pratiques psychocorporelles*

Parmi les traitements du vaginisme, les pratiques psychocorporelles (relaxation, hypnothérapie) sont particulièrement indiquées voire sont des éléments essentiels de la guérison de la patiente. Idéalement, il faut les associer à une sexothérapie puisque ces deux approches sont complémentaires. Elles reposent, entre autres, sur les massages, la relaxation, l'hypnose, la rééducation.

➤ *L'hypnose*

L'hypnothérapie qui modifie l'état de conscience et provoque une détente profonde de la patiente, ouvre une voie de communication entre le corps et l'esprit. De plus, elle permet à la patiente d'être très réceptive aux suggestions thérapeutiques [15].

L'hypnose est un abord efficace des troubles sexuels. En effet, le couplage relaxation et hypnothérapie, avec un travail centré sur la peur de la pénétration et sur la région périnéale et pelvienne, est particulièrement efficace pour traiter un vaginisme. Elle permet :

- D'apaiser l'angoisse voire la phobie de la pénétration.

- D'éviter voire de supprimer les pensées négatives d'anticipation d'un échec du rapport sexuel.
- De « *reprogrammer positivement* » le comportement de la patiente en modifiant les associations émotionnelles qui y sont liées. Cette « *reprogrammation* » va consister à modifier la séquence comportementale réflexe de la patiente, corriger ses croyances erronées, débloquer des émotions positives et activer ses circuits du désir et du plaisir.

Dans ce type de traitement du vaginisme, le thérapeute a recours à des images d'ouverture. Il associe le desserrement du poing ou des mouvements respiratoires à la détente des muscles du périnée et à l'ouverture détendue du vagin.

1.3.2. Traitements complémentaires

➤ *L'homéopathie*

L'homéopathie est également un traitement naturel intéressant en cas de vaginisme.

Les deux principales souches homéopathiques usuellement indiquées sont :

- *Cactus grandiflorus*, ou fleur de cactus qui agit principalement sur la contraction des muscles lisses ou circulaires tels que le myocarde, les muscles de la vessie, intestinaux, utérin et vaginaux. La prescription habituelle est de cinq granules en 15 CH de *cactus grandiflorus* avant chaque rapport.
- *Platinum metallicum*, ou platine qui agit également sur la contraction du myomètre mais aussi en exacerbant la sensibilité érogène du vagin. Il s'administre à raison trois granules en cinq ou sept CH, une à trois fois par jour ou encore en 15 CH une fois par jour [17].

Ils ne peuvent se substituer à la sexothérapie qui est la solution de première intention mais ils complètent et potentialisent la prise en charge.

➤ *Les gels lubrifiants*

L'utilisation d'un gel ou lubrifiant intime vise à faciliter la pénétration, surtout en cas de troubles de la trophicité vaginale. Il est recommandé d'éviter les lubrifiants à base de vaseline, car ils peuvent être irritants pour les muqueuses. De plus, elle ne doit pas être utilisée lorsque les rapports ont lieu avec préservatif (perte de leur étanchéité).

1.4. CRITÈRES DE GUÉRISON

Une femme porteuse de vaginisme est considérée comme guérie lorsque les rapports avec pénétration sont possibles et que la femme considère les rapports comme satisfaisants que ce soit en termes de facilité et de plaisir ressenti. Ces deux critères sont importants car le symptôme musculo-vaginal doit être suffisamment atténué voire dans l'idéal avoir disparu pour permettre à la femme de ressentir du plaisir lors de la pénétration. Elle doit avoir ainsi réinvesti son vagin en tant qu'organe à la fois sexuel et érotique. La seule disparition de la douleur est une amélioration notable mais n'est pas synonyme de plaisir.

2. VAGINISME ET PER PARTUM

2.1. PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT

L'étude du rôle du périnée lors de l'accouchement eutocique, permet la compréhension des problèmes qui pourraient survenir pour les patientes atteintes de vaginisme. Pour se faire, il convient de rappeler les étapes de l'accouchement normal définies par la Haute Autorité de Santé (HAS). Lorsqu'il est physiologique, le travail se compose de différents stades :

- Le premier stade avec la phase de latence jusqu'à cinq centimètres (cm) suivie de la phase active de cinq à dix cm.
- Le deuxième stade avec les phases de descente et d'expulsion.
- Le troisième stade débutant avec la naissance et se terminant par la délivrance.

C'est lors du deuxième stade que le périnée est le plus sollicité par :

- L'engagement de la présentation dans le bassin, (à ce moment-là le périnée n'est encore que peu sollicité).
- La descente et la rotation de la présentation.
- Le dégagement correspondant au franchissement du périnée par le mobile fœtal.

Lors de sa progression dans le bassin, le mobile fœtal doit franchir le bassin osseux et le bassin « *mou* » composé de l'ensemble des muscles du périnée [annexe I]. Ces derniers doivent progressivement se dilater sous la pression conjuguée de la présentation, de la contraction du myomètre et enfin des efforts expulsifs maternels. Ces muscles du plancher périnéal offrent une résistance plus ou moins élevée à franchir afin de permettre le dégagement du mobile fœtal. En cas de vaginisme, on peut donc observer un blocage de la présentation ou un arrêt de la dilatation du fait de la contraction réflexe des muscles périnéaux, surtout en cas d'accouchement sans analgésie péridurale.

La phase de dégagement est marquée par un bombement du périnée avec une ampliation du périnée postérieur, une dilatation de l'anus et une rétroimpulsion du coccyx. De nouveau, à ce stade, le vaginisme qui induit une contraction réflexe et prononcée des muscles périnéaux peut entraver l'ampliation du périnée et le dégagement du mobile fœtal.

2.2. IMPACT DU VAGINISME SUR LA SURVEILLANCE ET SUIVI DU PER PARTUM

Le suivi d'une parturiente en travail repose sur la surveillance de ses constantes et de son bien-être mais aussi sur l'enregistrement et l'analyse du rythme cardiaque fœtal. À cela vont s'ajouter les interventions médicamenteuses et non médicamenteuses.

L'un des outils quasiment incontournable en salle de naissances pour estimer l'avancée du travail, et mettre en place des actions correctives en cas d'anomalie (progression lente voire stagnation), est le TV. Dans les deux premières phases du travail, il permet de repérer les modifications cervicales et la progression du mobile fœtal. C'est un examen clinique, qui consiste en l'introduction de l'index et du majeur de la main dominante du professionnel recouverts d'un doigtier ou de gants dans la cavité vaginale de la patiente. D'ailleurs, la HAS recommande lors de la première phase de l'accouchement eutocique, de « *proposer un toucher vaginal toutes les deux à quatre heures, avant si la patiente le demande, ou en cas de signe d'appel* », et lors de la deuxième phase de « *proposer un toucher vaginal toutes les heures* » [18]. Ces examens sont nécessaires dans la mesure où ils permettent d'adapter la prise en charge surtout si la situation sort du cadre physiologique puisqu'ils permettent de contrôler l'ouverture du col et de situer la progression du mobile fœtal dans un espace-temps.

Il requiert une certaine technique pour qu'il soit indolore et puisse fournir les informations requises. Son apprentissage fait partie de la formation initiale des SF. Le TV nécessite au préalable, comme pour tout acte, de recueillir le consentement de la parturiente. Il est également nécessaire d'instaurer en amont un climat de confiance grâce à la communication, aux explications concernant l'examen et à la prise en compte des réactions de la patiente pour réajuster son geste voire stopper l'examen besoin. Cependant, malgré

ces précautions, les patientes peuvent appréhender cet examen et plus encore si elles présentent un vaginisme. Cette crainte doit être prise en compte et respectée. Le professionnel doit alors fournir encore plus d'explications, pratiquer son geste avec plus de douceur qu'en temps normal, s'adapter au ressenti et se laisser guider par la patiente. La peur de la douleur peut conduire à un refus de l'examen vaginal et à des difficultés voire une impossibilité pour les praticiens notamment en perpartum, d'évaluer l'entrée ou l'avancée du travail. Ainsi, si le TV ne peut pas être pratiqué, le vaginisme devient un obstacle majeur à la poursuite des soins élémentaires habituels en salle de naissances, à moins d'envisager d'autres moyens de suivre le travail (dynamique des contractions utérines, tocographie interne, réalisation d'une échographie endovaginale, toucher rectal, échographie abdominale pour observer la progression du fœtus, etc.).

La HAS précise également que, pendant le premier stade du travail, et pour les prises en charge non-médicamenteuses, il faut « *faire bénéficier toutes les femmes d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté à leur demande* » et « *accompagner les femmes dans leur choix en termes de moyens non médicamenteux souhaités (immersion, relaxation, acupuncture, hypnose ou massages) pour prendre en charge la douleur* » [18].

Selon une étude rétrospective multicentrique incluant des patientes affectées par un vaginisme primaire, ayant donné naissance à terme à un premier enfant vivant, entre 2005 et 2015 : « *La proportion d'accouchements dystociques et la morbidité périnéale étaient notablement élevées, ce qui paraît comparable avec la plupart des données de la littérature. Il est possible que les composantes psychologiques et comportementales du vaginisme, (mécanisme de peur-évitement, anxiété) aient favorisé les grossesses prolongées, les césariennes, les dystocias mécaniques et les lésions périnéales* » [19].

Il apparaît ainsi primordial que le professionnel adapte sa prise en charge et propose des alternatives acceptables en salle de naissances. Alors il pourra créer le lien entre lui et la patiente atteinte de vaginisme qu'il va prendre en charge. Ainsi, il lui délivrera les soins dans les meilleures conditions possibles. Il s'assurera également d'assurer la continuité des soins avec les professionnels qui prendront ensuite en charge la patiente, et de transmettre l'information du vaginisme présenté par cette patiente.

3. LA PLACE DE LA SAGE-FEMME

3.1. STRATÉGIES MONDIALE ET NATIONALE DE SANTÉ SEXUELLE

Suite au succès de sa précédente stratégie mondiale (2010-2015), l'OMS a publié en 2015 la « *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)* » [20]. Elle vise à promouvoir les actions mises en place par les responsables politiques et les décideurs en faveur de la santé et du bien-être des femmes, des enfants et des adolescents.

Malgré les améliorations de ces dernières années, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), recommande de mettre en place « *une stratégie nationale de santé sexuelle, afin d'assurer un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité de la naissance à la vieillesse pour l'ensemble de la population* ». S'appuyant sur les recommandations de l'OMS et du HCSP, les gouvernements français successifs sont intervenus dans le champ de la santé sexuelle par l'intermédiaire de plans ou de programmes de santé. Ainsi, la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 a été lancée le 28 mars 2017. Elle s'articule autour de six axes :

- Axe un : Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive.

- Axe deux : Améliorer le parcours de santé en matière d'infections sexuellement transmissibles dont le virus de l'immunodéficience humaine et les hépatites virales : prévention, dépistage, prise en charge.
- Axe trois : Améliorer la santé reproductive.
- Axe quatre : Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables.
- Axe cinq : Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle.
- Axe six : Prendre en compte les spécificités de l'outre-mer pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle.

Les SF qu'elles soient hospitalières, libérales, ou territoriales, peuvent agir dans chacun de ces axes. Elles sont donc au cœur de la santé sexuelle et génésique en France puisqu'elles se veulent être les professionnels de première intention pour le suivi gynécologique et/ou de grossesse de toute femme en bonne santé de l'adolescence à la ménopause. À ce titre, le développement des consultations de santé sexuelle par les SF fait partie des mesures répondant à cette stratégie nationale.

D'ailleurs, il faut rappeler que les problèmes sexologiques sont fréquemment évoqués à l'occasion d'une consultation gynécologique, d'un bilan uro-gynécologique, d'un entretien prénatal précoce ou lors suivi de grossesse. À ce titre, la place des SF n'est donc plus à démontrer puisque ces consultations sont l'occasion d'interroger la patiente sur sa féminité, sur sa connaissance de son corps et sur sa relation avec son/sa partenaire. La SF pourra alors l'informer sur l'anatomie de ses organes génitaux, la physiologie du cycle menstruel, les moyens de contraception et sur les réponses sexuelles.

La consultation en santé sexuelle exige du temps, un environnement sécurisant et une écoute active. Elle permet de comprendre l'histoire de la patiente, sa construction sur le sujet de la sexualité, ses croyances, ses peurs, son style d'attachement, etc. Elle peut aussi aborder des notions d'identité de genre et d'orientation sexuelle. Elle encourage l'expression des blocages ou tabous. Si des troubles de la sexualité sont identifiés, la SF pourra mettre en place une prise en charge ou orienter la patiente vers une sexologue si le trouble identifié le nécessite et/ou si la SF n'est pas spécialisée en sexologie.

3.2. LA SAGE-FEMME DANS LA PÉRINATALITÉ ET LE PER PARTUM

Outre leur rôle incontournable dans la santé génésique des femmes, les SF, qui font partie des professionnels médicaux, ont aussi et surtout un rôle privilégié dans la mise en œuvre de la politique périnatale française. D'ailleurs, les SF quel que soit leur mode d'exercice (hospitalier, libéral, territorial) participent aux réseaux de périnatalité.

De manière autonome, la sage-femme réalise les consultations de grossesse, la préparation à l'accouchement, l'entretien prénatal précoce, le suivi en salle de naissance, les accouchements physiologiques, le suivi post-partum avant et après le retour à domicile, la prise en charge du nouveau-né, le soutien à l'allaitement, la rééducation périnéale et l'examen postnatal dans le cadre de la physiologie. Elle peut également être amenée à réaliser les consultations et la surveillance d'interruptions volontaires de grossesse ou de grossesse arrêtées. Hors grossesse, la sage-femme peut également réaliser les consultations de contraception, de dépistage et de suivi gynécologique de prévention sous réserve qu'elle adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. De plus, les SF peuvent prescrire et pratiquer, les vaccinations de la femme, de l'entourage de la femme enceinte, du nouveau-né, de l'enfant et de l'entourage de l'enfant dans les conditions déterminées par le décret n° 2022-611 du 21 avril 2022 relatif aux compétences vaccinales des SF et l'arrêté du 21 avril 2022 modifiant l'arrêté du 1er mars 2022

fixant la liste des vaccinations que les SF sont autorisées à prescrire et à pratiquer [21, 22]. Hors grossesse, la SF peut également réaliser les consultations de contraception, de dépistage et de suivi gynécologique de prévention sous réserve qu'elle adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Sur prescription médicale, elle participe en collaboration étroite avec les médecins spécialistes au diagnostic anténatal des pathologies, au suivi des patientes ayant recours à l'Aide Médicale à la Procréation (AMP) et au suivi des grossesses à risque et de suites de couches pathologiques.

En cela, la SF est un acteur majeur dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé. La SF est donc un acteur de prévention et un promoteur de la santé primaire incontournable.

3.3. COMPÉTENCES ET CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES

Durant leur formation initiale, les SF apprennent des notions fondamentales d'obstétrique, de gynécologie, de pédiatrie, de pharmacologie, de sémiologie, du fonctionnement des principaux appareils et organes afin de faire face à toutes les situations qu'elles peuvent rencontrer durant leur exercice professionnel. En tant que professionnel de santé mais surtout professionnel médical, une SF doit être capable dans les limites de la physiologie d'analyser une situation, d'en extraire les informations importantes, de poser un diagnostic pour ensuite formuler une conduite à tenir et un pronostic. Ainsi dans l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme, on retrouve quelques exemples mettant en exergue que les SF diplômées possèdent certaines connaissances et compétences afin de s'adapter face à une femme présentant une pathologie ou un trouble tel que le vaginisme [23] :

Pour commencer, l'article cinq du chapitre deux : « *Deuxième cycle des études en sciences maïeutiques* » stipule que la formation a pour but « *L'acquisition des connaissances scientifiques indispensables à la maîtrise des savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme complétant et approfondissant celles acquises au cours du cycle précédent. Cette base de connaissances comprend des sciences fondamentales et biomédicales, des sciences humaines et sociales, la santé publique et l'ensemble des disciplines nécessaires à l'exercice de la maïeutique, tel que défini à l'article L. 4151-1 du code de la santé publique* ».

De plus dans la suite de l'article cinq, il est dit que « *l'enseignement comprend* :

- *Un tronc commun permettant l'acquisition de compétences et de connaissances pour communiquer ; dépister et prévenir ; établir un diagnostic ; concevoir une proposition thérapeutique ; réaliser et coordonner les soins adaptés [...] ; travailler en équipe autour de la patiente [...]* ;
- *Un parcours personnalisé au cours duquel l'étudiant pourra choisir : d'approfondir ou de compléter ses connaissances dans un domaine de la maïeutique et de la santé périnatale* ».

De plus, l'article neuf qui stipule que « *la formation dispensée au cours des stages permet à l'étudiant de s'inscrire dans une démarche clinique, de développer les compétences professionnelles et transversales indispensables à l'exercice de la profession de SF. Elle permet une approche réflexive des situations, le développement de l'autonomie et la capacité d'adaptation à des situations cliniques complexes* ».

Enfin en annexe de cet arrêté, on retrouve pour l'Unité d'Enseignement « *Gynécologie - santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation* », dans les objectifs généraux : « *Favoriser le dialogue autour de la sexualité et pouvoir répondre ou orienter en cas de plaintes* ».

Toutes ces connaissances et compétences en gynécologie voire sexologie permettront aux futures SF de dépister et participer à la prise en charge de troubles tels que le vaginisme. Elles pourront alors les mobiliser et ainsi adapter leur prise en charge en salle de naissances, si elles sont amenées à suivre une patiente présentant ce trouble.

PARTIE 2 : MÉTHODE ET RÉSULTATS

Dans cette seconde partie, nous présenterons la méthodologie de la recherche menée auprès de SF hospitalières de Moselle et Meurthe-et-Moselle concernant la prise en charge perpartum des femmes porteuses d'un vaginisme. Puis nous en présenterons les principaux résultats.

Il convient de préciser que dans la suite de ce travail, la période perpartum englobe l'arrivée aux urgences gynécologiques, le pré-travail (y compris le temps de maturation cervicale et/ou de déclenchement), le travail et l'accouchement.

1. PROBLÉMATIQUE

Cette étude a été motivée par la question suivante :

En quoi les SF hospitalières disposent-elles des connaissances pour adapter la prise en charge perpartum d'une patiente présentant un vaginisme ?

2. MÉTHODE

2.1. BÉNÉFICES ET OBJECTIFS

2.1.1. Bénéfices

- Améliorer la prise en charge perpartum des patientes atteintes de vaginisme.
- Améliorer le vécu de la prise en charge perpartum des patientes présentant un vaginisme.

2.1.2. Objectifs

➤ Objectif principal

Faire un état des lieux des connaissances des SF hospitalières sur le vaginisme.

➤ Objectifs secondaires

- Recenser les moyens non-médicamenteux que les SF hospitalières proposent lorsqu'elles prennent en charge, en perpartum, une femme présentant un vaginisme.
- Savoir si les SF pensent que l'homéopathie peut avoir un intérêt lors de la prise en charge perpartum une parturiente avec un vaginisme.
- Recueillir l'avis de SF sur l'utilité d'installer, en perpartum, une parturiente avec un vaginisme en salle nature.
- Connaître les conditions et le stade du travail auquel l'analgésie péridurale est posée chez une parturiente avec un vaginisme.
- Recenser les changements imaginés par les SF pour améliorer la prise en charge et le vécu des parturientes présentant un vaginisme.

2.2. HYPOTHÈSES

- Hypothèse une : Les SF peuvent définir le « *vaginisme* », la « *dyspareunie* » et citer leurs symptômes principaux.
- Hypothèse deux : Les SF peuvent citer trois moyens non-médicamenteux permettant la prise en charge perpartum des femmes présentant un vaginisme.
- Hypothèse trois : Les SF savent quelles souches homéopathiques administrer pour corriger certaines difficultés en perpartum liées au vaginisme telles que l'hypertonie du périnée.

- Hypothèse quatre : Les SF savent que la salle nature est à privilégier pour prendre en charge, en perpartum, une patiente porteuse d'un vaginisme.
- Hypothèse cinq : Les SF savent qu'en cas de vaginisme, l'analgésie péridurale doit être installée précocement même sans TV de référence.
- Hypothèse six : Les SF proposent des modifications de leur prise en charge perpartum habituelle pour l'adapter aux patientes présentant un vaginisme et améliorer leur vécu.

2.3. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.3.1. Type d'étude

Nous avons mené une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs en interrogeant les SF qui sont les professionnels de première ligne pour la prise en charge perpartum des patientes qui présentent un vaginisme. En effet, c'est le type d'étude le plus adapté pour faire un état des lieux de ce qui se passe sur le terrain. Nous nous sommes donc rendus dans différentes maternités afin de les interroger.

2.3.2. Population

Pour des question de faisabilité, nous avons choisi de ne pas inclure toutes les maternités de Moselle et Meurthe-Et-Moselle, mais nous avons pris soin de varier les types d'établissement.

➤ *Critères d'inclusion*

Initialement, la population ciblée pour cette étude a été constituée de SF hospitalières exerçant en salle de naissances en Moselle et Meurthe-et-Moselle. Cependant le nombre de SF correspondant à ces critères dans les maternités ciblées ayant accepté de participer à l'étude était trop faible pour assurer une diversité suffisante des représentations et des points de vue. Nous avons donc fait le choix d'inclure les SF exerçant dans les services accueillant les femmes en période du perpartum. Ce choix a été d'autant plus pertinent qu'en raison de la politique de mobilité interservices des SF, celles qui étaient en service de soins au moment de l'étude avaient également exercé en salle de naissances.

Ont donc été incluses les SF hospitalières de Moselle et Meurthe-et-Moselle prenant en charge les patientes pendant la période perpartum.

➤ *Critères de non-inclusion*

N'ont pas été incluses :

- Les SF hospitalières n'ayant pas récemment pris en charge de patientes pendant le perpartum.
- Les SF libérales.
- Les SF territoriales.
- Les étudiants SF.
- Les SF ayant participé à la phase test du guide d'entretien.

➤ *Critères d'exclusion*

Ont été exclues les SF hospitalières exerçant en salle de naissances ou dans un service accueillant les patientes en perpartum ayant refusé de participer à l'étude ou ayant demandé à la quitter.

➤ *Modalité de recrutement et nombre de sujets nécessaires*

Il a été prévu un recrutement d'une dizaine de SF correspondant aux critères d'inclusion sur la base du volontariat après une demande de participation.

L'effet seuil ayant été atteint à l'issue du 13^{ème} entretien, puisqu'il n'a pas permis de collecter de nouvelles données. Il a donc été décidé de mettre fin à l'inclusion de nouvelles SF.

2.4. CRITÈRES DE JUGEMENT

2.4.1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal a été les connaissances des SF relatives au vaginisme.

2.4.2. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires ont été :

- La connaissance des moyens non médicamenteux utilisables en salle de naissances.
- L'intérêt de l'homéopathie en salle de naissances notamment pour les patientes présentant un vaginisme.
- La présence et l'intérêt d'une salle nature en salle de naissances en général et pour les patientes présentant un vaginisme.
- Les conditions de pose de péridurale en cas de vaginisme.
- L'adaptation de la prise en charge pour les patientes présentant un vaginisme.
- Les axes d'améliorations envisagées tant au niveau de la prise en charge que du vécu des patientes.

2.5. MODALITÉS DE L'ÉTUDE

2.5.1. Période et lieux de l'étude

L'étude a été menée entre mai et juin 2022 au sein des services de salle de naissances et d'hospitalisation où sont prises en charge les patientes en perpartum d'une maternité de type IIB (identifiée par la lettre V) et de trois maternités de type I (identifiées par les lettres S, T et U).

2.5.2. Recueil de données

Nous avons dans un premier temps contacté les médecins chefs de service et les SF coordinatrices des établissements sélectionnés pour mener l'étude. Après avoir obtenu leur accord, nous avons contacté les SF hospitalières correspondant aux critères d'inclusion pour leur présenter l'étude et leur proposer d'y participer. Nous avons ensuite réalisé des entretiens semis dirigés grâce à un guide d'entretien auprès de celles ayant accepté de participer à l'étude (Annexe II).

La durée des entretiens a varié selon les SF interrogées en fonction de leurs connaissances et de l'intérêt porté au thème de l'étude.

Les données recueillies ont été anonymisées au moment de l'entretien en attribuant, au hasard, une lettre différente à chaque SF.

2.5.3. Analyse des données

Les données ont donc été recueillies à partir de l'enregistrement des entretiens, de leur retranscription intégrale grâce au logiciel de traitement de texte Word et de leur analyse.

Les entretiens ont été analysés verticalement puis horizontalement. L'analyse verticale a permis de réaliser la monographie de chaque entretien pris isolément afin de faire émerger les thèmes et idées fortes se dégageant du discours. Après cette première analyse, les données ont été croisées (lors de l'analyse horizontale) pour élaborer le verbatim.

3. RÉSULTATS

3.1. DONNÉES GÉNÉRALES DES ENTRETIENS

Nous avons pu interroger 14 SF. Nous tenons à préciser que deux SF ont tenu à répondre ensemble à cette étude, c'est pourquoi la majorité des questions ne comporte que 13 réponses.

Les entretiens ont duré en moyenne 15 minutes [9 - 22].

3.2. POPULATION DE L'ÉTUDE

Les caractéristiques de la population ayant répondu à l'étude ont été résumées dans le tableau I [Annexe III].

L'âge moyen des SF interrogées a été de 43 ans [27 – 60] et leur expérience moyenne de 20 ans [1 – 39].

Cinq SF ont exercé dans la Maternité S, quatre dans la Maternité T, trois dans la maternité V et deux dans la Maternité U.

Parmi elles, huit SF étaient affectées en salle de naissances au moment de l'entretien, et six en service de suites de couches.

3.3. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Pour commencer l'entretien, nous avons demandé à chaque SF de nous citer, dans la mesure du possible, les trois mots qui leur venaient à l'esprit lorsqu'on évoquait avec elles le « *vaginisme* » puis la « *dyspareunie* ».

Concernant le « *vaginisme* » nous avons recueilli 36 mots ou groupes de mots sur les 42 potentiels (certains mots ont été d'être cités par plusieurs SF). Parmi ces 36 propositions, nous avons constaté que le mot « *douleur* » a été le mot le plus cité (dix fois sur les 36). Nous avons ensuite relevé les mots « *difficulté* » (revenu six fois), « *psychologique* » (revenu trois fois), ainsi que « *contraction* », « *violence* » et « *sexualité* » revenus deux fois chacun. Les autres mots/groupes de mots n'ont été cités qu'une fois chacun. La figure 2 [Annexe IV] a repris les réponses données par les SF.

Concernant la « *dyspareunie* », nous avons obtenu 33 mots ou groupes de mots sur les 42 potentiels. Une fois encore, c'est le mot « *douleur* » qui est le plus revenu (13 fois sur 33). Nous avons ensuite relevé ensuite « *rapport* » (revenu sept fois), « *difficile* » ou « *difficulté* » (revenus trois fois) et « *sexuel* » (revenu deux fois). Les autres mots/groupes de mots n'ont été cités qu'une fois chacun. La figure 3 [Annexe V] a repris les réponses données par les SF.

3.3.1. Connaissances relatives au vaginisme et à la dyspareunie

➤ Définitions

Puis, nous avons demandé aux SF quelles définitions elles donnaient aux termes « *vaginisme* » et « *dyspareunie* ».

Trois types de définitions du terme « *vaginisme* » nous ont été proposées :

- Six des SF interrogées l'ont caractérisé en l'associant aux termes « *rapport sexuel* » et « *examens pratiqués à l'hôpital* », notamment les SF I, H P et R qui ont respectivement parlé de : « *contraction involontaire des muscles du périnée qui empêche une pénétration digitale, ou lors d'un rapport ou lors*

d'un examen gynéco », « difficulté pour une patiente à avoir des rapports sexuels ou même un toucher vaginal, ou même tout ce qui se rapproche au niveau de la vulve, du périnée et du vagin », « douleurs ressenties lors de l'examen, difficulté à se laisser examiner, à avoir des rapports sexuels » et « muqueuses sont resserrées empêchant l'examen vaginal ou la pénétration et le rendant douloureux ».

- Quatre SF ne l'ont défini que par rapport à « l'examen gynécologique ». Il s'est agi des SF O « *difficulté d'ordre physique et/ou psychologique empêchant ou limitant les examens vaginaux* », B « *Impossibilité à examiner* », M « *des femmes qui ne tolèrent pas d'examen vaginaux* » et J « *contraction involontaire du vagin empêchant les examens médicaux* ».
- Enfin les autres SF ont proposé une définition prenant en compte différentes dimensions : les SF D « *douleurs psychologique et physique concernant la sphère génitale féminine* », G « *Contraction volontaire ou involontaire je n'en sait rien des muscles du vagin* », F « *Impossibilité de pénétration* » et T « *peur d'une pénétration, peur d'être touchée* ».

À contrario, toutes les SF interrogées ont quasiment donné la même définition de la « dyspareunie » : « *Douleur lors des rapports sexuels* » comme nous l'a dit la SF G par exemple.

➤ *Lien entre vaginisme et dyspareunie*

Lorsque nous avons ensuite été demandé aux SF si elles pensaient qu'il existait un lien entre « vaginisme » et « dyspareunie », nous avons obtenu 13 réponses. Six SF ont décrit un lien de causalité entre les deux dont les SF E « *Il peut difficilement y avoir un vaginisme sans dyspareunie, mais le contraire est possible* », P « *Vu qu'il y a crispation rendant la pénétration difficile, celle-ci devient douloureuse. On peut avoir des dyspareunies sans vaginisme mais pas de vaginisme sans dyspareunie* » et G « *Ben par le fait que la patiente qui en est atteinte contracte son vagin, et du coup [...] ça rend la pénétration difficile et douloureuse* ».

Quatre SF ont déclaré que la psychologie avait un rôle dans le « vaginisme » et la « dyspareunie » comme les dires de la SF B l'ont illustré : « *Problème psy, pas au sens péjoratif du terme, mais il y a quelque chose en amont qui les induit* ».

La SF H a pensé que le « vaginisme » et la « dyspareunie » ne surviennent pas au même moment : « *pour moi vaginisme c'est même avant la pénétration, alors que dyspareunie ça serait pendant la pénétration* »,

Enfin, les SF T et D ont dit que le « vaginisme » et la « dyspareunie » étaient sensiblement la même chose : « *'c'est presque la même chose, pour moi c'est la même chose, la dyspareunie c'est la douleur en plus avec le vaginisme quoi* », « *c'est lié au même organe* ».

➤ *Symptômes évocateurs d'un vaginisme*

Au niveau des symptômes évoquant un vaginisme chez une patiente, toutes les SF interrogées ont déclaré que le premier symptôme évoquant un vaginisme chez les patientes est la difficulté voire l'impossibilité à pratiquer un TV. C'est ce que nous avons pu retenir des dires des SF C « *crispation, examen gynéco impossible* », E « *une difficulté dès qu'on veut l'examiner, c'est souvent des dames qui ont une position un peu fermée dès qu'on veut commencer l'examen, on leur demande toujours avant « je peux vous examiner ? » mais souvent on voit une réticence, comme les jambes qui se referment, et dès qu'on essaye d'introduire les doigts, on voit qu'elles ont peur et qu'elles se ferment un peu* » et F « *c'est surtout, au toucher vaginal, on arrive pas du tout à examiner la patiente, parce qu'il y a une contracture musculaire* ».

Les SF I et J ont précisé que les patientes pouvaient, d'emblée, annoncer leur vaginisme : « *ça peut être explicitement annoncé par la patiente* » et « *déjà souvent les patientes nous disent avant même qu'on les examine* ». Tandis que pour la SF O, les patientes présentant un vaginisme ne le diraient pas d'emblée : « *c'est des patientes qui ont souvent une pudeur poussée au maximum, avec une impossibilité de communication, puisque je ne vois même pas une seule patiente le dire avant même qu'on en vienne à devoir l'examiner quoi* ».

3.3.2. Connaissances des moyens non médicamenteux applicables en salle de naissances

Lorsqu'il leur a été demandé de citer tous les moyens non médicamenteux connus, La plupart des SF (dix sur les treize SF ayant répondu) ont cité l'hypnose, puis la sophrologie et l'acupuncture mentionnés sept fois chacun. L'homéopathie a été citée trois fois, le ballon a été cité deux fois, et les autres moyens une fois chacun. La figure 4 [Annexe VI] a repris les réponses données par les SF.

3.3.3. Intérêt de l'homéopathie en salle de naissances pour les patientes présentant un vaginisme

Trois SF parmi les 13 ayant répondu ont déclaré utiliser l'homéopathie en salle de naissances même s'il n'existait pas de protocole spécifique pour l'accompagnement d'une parturiente présentant un vaginisme, comme l'ont stipulé les SF G « *On en donne, mais est ce qu'on a des protocoles ? Je ne sais pas. On en donne pour le travail et la maturation du col* », O « *on est quelques-unes à avoir suivi des formations en homéopathie, on a à notre disposition en fonction des commandes et de la disponibilité à la pharmacie de l'homéopathie, mais on n'a pas de protocoles vrais pour en donner* » et J « *pour le vaginisme pur non* ». Les dix SF restantes ont répondu qu'elles ne proposaient pas d'homéopathie à leurs patientes en salle de naissances et qu'elles ne disposaient pas de protocole pour l'administrer. C'est d'ailleurs ce que les SF B, E et H ont respectivement dit « *Non [...] honnêtement à un moment donné y avait un petit courant comme ça je dirai 2017-2018 mais après ça s'est estompé. C'était sur quelques mois, et après voilà* », « *non, on a un protocole que pour l'arrêt de l'allaitement, donc on ne fait pas d'homéopathie en salle d'accouchement* », « *on a des protocoles homéo par rapport à l'inhibition de la lactation, après on a aussi des protocoles par rapport au dernier mois de grossesse pour la préparation du col, mais sinon pas pendant le travail non* ».

Puis, lors de onze entretiens, nous avons demandé aux SF si elles pensaient qu'il pourrait être intéressant d'utiliser l'homéopathie chez les parturientes présentant un vaginisme. Sept ont répondu par l'affirmative, même si elles n'étaient pas certaines de son efficacité dans cette situation particulière, comme en ont témoigné les SF M « *oui [...] parce que même s'il n'y a peut-être pas forcément de bien fait avéré et médical, je pense que pour ces patientes, il y a un très gros problème peut-être psychologique, et avec l'homéopathie, ça aura peut-être un effet placebo et un effet rassurant aussi pour elles* », J « *oui, rien que par l'effet placebo peut-être, mais je pense que le problème est bien plus profond* » et P « *ça peut aider dans le sens où on peut agir sur le stress et l'anxiété. Avec du GELSEMIUM par exemple, on peut lui donner pour qu'elle essaye de se détendre un peu* ». Tandis que quatre SF se sont montrées plus réservées quant à l'utilité de l'homéopathie chez les patientes présentant un vaginisme. La SF O a expliqué « *je ne saurais pas quoi leur donner, après c'est comme pour tout, il y a des patientes qui sont ouvertes sur le sujet, et qui du coup pourront se laisser avoir une efficacité et d'autres qui trouveront que de toute façon ça ne servira à rien et comme par hasard ça ne servira à rien, donc pas sûre que l'homéo puisse avoir une efficacité dans ce genre de problèmes* » alors que les autres ont simplement répondu par la négative.

3.3.4. Présence et intérêt de la salle nature en cas de vaginisme

Il faut d'abord préciser que six des treize SF ayant répondu, ont considéré disposer d'une salle nature, qu'elle soit de pré-travail ou de travail comme nous l'ont dit les SF B « *oui, une salle nature qui fait office de pré-travail parce qu'elle est assez grande, on peut déambuler sur ballon, la baignoire, etc.* », et G « *Heu les deux, bah nan de travail plutôt, mais après de pré travail on a une baignoire quoi* ». Inversement, sept SF ont déclaré ne pas en disposer d'une.

Enfin, sur les 13 SF, trois ont expliqué comme la SF O que « *non, on peut « naturiser » [sic] n'importe quelle salle, mais on n'a pas de salle spécialement dédiée à ça* ».

Pour ce qui a été de l'éventuel intérêt d'installer les patientes présentant un vaginisme dans une salle nature, nous avons posé la question à 11 SF dont les avis ont été divisés :

- Cinq d'entre elles ont trouvé l'idée intéressante à l'image de la SF J « *c'est tout bénéf' dans le sens où l'idée c'est de recréer un environnement, serein, cocon, avec une lumière tamisée, leur musique, leur mari, voilà* » et de la SF F « *oui, bien sûr puisque ça reste dans la physiologie, il faut un abord naturel, physio, puisque c'est aussi des personnes qui je pense ont une appréhension du monde médical, enfin j'vois ça comme ça, donc pourquoi pas* ».
- Trois d'entre elles n'y ont vu aucune utilité ainsi que les SF O, G et I l'ont respectivement exprimé « *pas plus qu'une autre, ça peut être utile pour n'importe laquelle mais pas plus pour une patiente souffrant de vaginisme* », « *Je la prendrai en charge comme une patiente lambda* » et « *non pas spécialement* ».
- Et enfin, trois d'entre elles sont restées dubitatives et ont avant tout évoqué l'intérêt de la salle nature en cas d'accouchement sans péridurale, notamment la SF H : « *tout dépend de leur préparation en amont* », la SF R « *ça dépend si elles veulent un travail avec péridurale ou pas* » et la SF T « *ça dépend de la patiente, faut déjà voir si elle est prête à vouloir travailler comme ça* ».

3.3.5. Analgésie péridurale et vaginisme

Le thème de l'analgésie péridurale a également divisé les sages-femmes interrogées. Nous leur avons demandé à quel moment elles proposaient ou pensaient proposer une analgésie péridurale aux patientes présentant un vaginisme. Les 14 SF se sont exprimées, nous avons classé leurs réponses en deux sous-thèmes : le moment de la pose de l'analgésie péridurale, et la nécessité d'un TV avant la pose de celle-ci.

Les propos de cinq SF répondaient à ces deux sous-thèmes tandis que ceux des neuf autres n'apportaient une réponse qu'à l'un des deux sous-thèmes. Ainsi nous avons obtenu 11 réponses pour la sous partie « *moment de la pose de l'analgésie péridurale* » et huit réponses pour la sous partie « *nécessité d'un toucher vaginal avant la pose de l'analgésie péridurale* ».

➤ *Moment de la pose de l'analgésie péridurale*

Sur les onze réponses à ce sous-thème, sept SF ont indiqué pouvoir proposer la pose de l'analgésie péridurale plus précocement en cas de vaginisme qu'en temps normal ainsi que l'ont souligné les SF I « *Ce qui arrive souvent c'est qu'on met une analgésie plus précoce, si vraiment on arrive pas du tout à examiner et qu'il y a une dynamique utérine, qu'on sait qu'elle est franchement en travail* », M « *immédiatement, sous condition d'une bonne dynamique utérine, avec une patiente qui manifeste des douleurs, à ce moment la oui. Je pense que ça les mettrait en confiance* » et R « *nous on propose très tôt la péridurale. C'est à dire qu'une dame qui a vraiment mal et qui est à un ou deux doigts, on pose la péridurale. On n'a pas de limite pour prise en charge de la douleur* ».

Et à l'inverse, quatre SF ont indiqué ne pas proposer de pose anticipée d'analgésie péridurale chez les patientes présentant un vaginisme comme l'ont dit les SF O « *si malgré les difficultés, j'arrive à faire un toucher vaginal, je ferai comme pour toutes les autres et je ne proposerai pas la péridurale avant* », G « *pas plus tôt, pas plus tard qu'une patiente lambda* » ou J « *c'est selon l'avancement du travail [...] si le travail évolue favorablement et que la patiente est examinable, ça ne changera rien au moment du choix de la péridurale* ».

➤ *Nécessité d'un toucher vaginal avant la pose de l'analgésie péridurale*

Six SF sur les huit réponses ont déclaré qu'il n'est pas nécessaire de pratiquer un TV en amont de la pose d'une analgésie péridurale et tout particulièrement dans cette circonstance où l'examen vaginal est très difficile et douloureux. D'ailleurs, la SF O a complété sa réponse en précisant que « *si le vaginisme est tel que je suis dans l'incapacité, sans analgésie, de pouvoir l'examiner, avec l'accord du gynécologue, je proposerai la pose de la péridurale quel que soit le col au final car si cela se trouve, elle est suffisamment avancée* ». D'autres, comme la SF I, ont simplement affirmé « *ben finalement qu'elle soit à un doigt ou à huit centimètres, on s'en fout, on mettra une péridurale pour la soulager parfois c'est possible une fois que la péri est installée de l'examiner, puis parfois ben tant pis on n'examine pas et puis c'est tout* ». Les SF M et B sont allées dans le même sens « *oui j'avais une dame qui avait un vaginisme déjà connu et quand elle est venue avec des contractions, c'était déjà noté dans son dossier, et elle en a tout de suite parlé, et ça a été impossible que je l'examine. Donc on a dû poser une péridurale sans que je sache à quelle dilatation elle était, et seulement une fois sous péridurale, j'ai pu l'examiner* », « *à partir du moment où les contractions deviennent pour elle ingérable, à la dynamique utérine, au palper on peut se douter que c'est de toute façon des contractions intenses de travail* ».

Enfin, seulement deux SF sur les huit ont déclaré ne pas proposer une pose d'analgésie péridurale sans avoir examiné au moins une fois la parturiente : les SF E et P qui ont dit « *la poser sans savoir où on en est ? Alors qu'elle n'est peut-être même pas en travail ? Non, et après si elle n'est pas en travail on déclenche du coup ?* » et « *non pour moi non. Il faut tenir compte du moteur de contractions et de pleins de choses qui entrent en jeu. Moi il me faudrait au moins un examen* ».

3.3.6. Adaptation de la prise en charge

À la question « *Avez-vous déjà pris en charge des patientes présentant un vaginisme ?* », huit SF sur treize ont répondu par l'affirmative et nous ont précisé quels avaient été ou quels seraient les changements opérés dans leur prise en charge perpartum. Ainsi les SF M et H nous ont respectivement expliqué qu'elles ont examiné à un doigt « *sous péridurale, j'ai réussi à l'examiner, avec du temps, beaucoup de discussion, mais j'ai réussi. Ce n'est pas un toucher le plus facile, parce qu'elle était très stressée, très angoissée, on examine quasiment à un doigt, mais au moins on a réussi* », « *si c'est pendant le travail je fais un toucher vaginal mais j'essaye de faire juste à un doigt, et puis je limite vraiment les touchers jusqu'à la pose de péridurale* ».

D'un autre côté, la SF J nous a dit « *c'est la façon d'aborder la patiente qui est différente, et c'est vrai que le fait de faire du suivi global, dans la mesure où la patiente on la voit du début de la grossesse à après, ben on a la chance de pouvoir créer une relation qui facilite quand même les examens [...] c'est une façon d'aborder le toucher vaginal qui est hyper progressive, hyper douce, avec beaucoup d'échange, et surtout si c'est trop compliqué pour la patiente, j'arrête tout de suite [...] lors de l'accouchement, même chose et une fois que la péridurale est posé, le problème est clairement résolu* ». Dans la même optique, la SF P a déclaré « *ma conduite à tenir n'a pas différé mais on fait encore plus attention à la pudeur, on essaye de*

les mettre en confiance, on est encore plus douce, encore plus lente, on prend encore plus de temps pour expliquer les choses, on attend qu'elles soient prêtes, c'est elles qui donnent le feu vert ».

La SF C a complété sa réponse en ajoutant *« ça dépend du contexte, si elle vient dans un cadre de MAP² où l'examen est un peu plus obligatoire façon de parler, c'est un peu plus compliqué, on peut passer par l'écho mais même l'écho vaginale est compliqué dans ces cas-là. Et de l'examen gynéco découle la conduite à tenir, donc là c'est compliqué. Une dame en travail ça me pose moins soucis parce qu'elle est à terme, si elle contracte tu la garde, tu peux essayer de faire un toucher même à un doigt ou tu attends. Après le toucher est pas forcément nécessaire, les dernières qu'on avait on les examinait même plus ».*

Les cinq SF qui nous ont répondu n'avoir jamais pris en charge de patientes présentant un vaginisme ont expliqué comment elles pensaient individualiser leur prise en charge. Ainsi la SF G nous a dit *« j'expliquerai beaucoup plus, je prendrai le temps, je la ferai se détendre avant avec la respiration etc. Chose que tu prends moins le temps de faire pour les patientes qui sont très à l'aise et qui n'ont pas de soucis avec ça. Bien sûr on demande le consentement à chaque fois ».* La SF B a pensé qu'il faudrait *« peut-être essayer de plus expliquer, peut-être de prendre un peu plus le temps, mais bon après ça dépend toujours de la charge de travail et de tout ce qui va à côté, mais globalement c'est ce que j'aurai essayé de faire »* et la SF I a précisé que *« ben déjà on va être plus patiente pour favoriser la confiance, pour pouvoir la mettre à l'aise, pour s'assurer qu'elle est confortable au niveau de la pudeur, y a des patientes on peut essayer de mettre en place tout le confort et toute la délicatesse possible on n'y arrivera pas quand même ».*

3.3.7. Axes d'amélioration proposés par les sages-femmes ayant participé à l'étude

Nous avons poursuivi en proposant aux SF interviewées de s'exprimer sur ce qui permettrait d'une part d'améliorer la prise en charge des patientes présentant un vaginisme en salle de naissances et d'autre part d'améliorer le vécu de ces parturientes et de leur passage en salle d'accouchements. Les 14 SF interrogées se sont exprimées. Une SF n'a parlé que de la prise en charge, six autres SF ont eu des idées correspondant à la fois à la prise en charge des patientes qui présentent un vaginisme, qu'à leur vécu, et sept sages-femmes ont cité des solutions qui n'allaient améliorer que le vécu des patientes qui présentent un vaginisme.

➤ Amélioration de la prise en charge

Afin d'améliorer la prise en charge, les SF ont fait huit propositions. La SF T nous a d'emblée dit que *« déjà les gynécologues devraient nous prévenir s'il y a un souci de ce côté-là pour commencer. Parce que c'est lui qui remarque qu'il y a un soucis ».* La SF B a proposé un *« dépistage en amont plus par les sages-femmes qui pourraient orienter vers une de ses consœurs en préparation à la naissance, pour faire un travail plutôt en amont, pour être mieux préparé le jour J. En parler au staff. Après un protocole de service à déboucher, mais à voir ».* Pour la SF F, le problème devrait également être résolu en amont de l'accouchement *« ben je dirai une consultation systématique avec la sexologue, l'orientation pour améliorer les choses c'est ça, en anténatal [...] mais sexo et psychologue c'est les bases d'un suivi, obligatoire je dirai, en cas de vaginisme avéré ».* La SF I a rappelé que *« Une analgésie peut être plus précoce, et à part la péridurale, tous les autres moyens qu'on a cités, sophro, hypnose, une présence continue du professionnel, le bain, etc. Toutes ces choses qui vont permettre une détente. Une meilleure formation concernant les violences, les troubles sexuels ».* La SF R a proposé *« Pour notre prise en charge,*

² Menace d'Accouchement Prématuro (MAP)

envisager un protocole, peut-être même une formation qu'on sache quoi faire quand une dame comme ça arrive [...] Un jour j'ai eu une dame, elle avait pas un vaginisme, mais elle était tout de même difficilement examinable, et du coup elle ramenait son propre lubrifiant pour les consultations. Donc c'est pas mal puisqu'elles ont l'habitude de l'utiliser à la maison, elles viennent avec ».

➤ *Amélioration du vécu des parturientes présentant un vaginisme*

Afin d'améliorer le vécu des patientes, 13 propositions ont été émises. Elles ont été regroupées en deux sous-thèmes et la réponse d'une des SF appartenait aux deux catégories. De manière singulière, la SF G a proposé « *Soit la patiente, elle sait que c'est hyper délicat, que ce sera trop compliqué, et donc proposer plus de césariennes programmées pour un meilleur vécu, car si le souvenir de son accouchement c'est des toucher vaginaux hyper douloureux, heu, entre guillemets une violation de son intimité etc., peut être qu'une césar programmée dans ces cas-là ça serait mieux vécu quoi, et sinon peut être former le personnel à des techniques d'hypnose, de sophro, des choses comme ça, pour détendre la patiente ».*

Nous retrouvons donc les trois grandes catégories d'idées qui ont émergé :

- Premièrement, six sages-femmes sur treize ont estimé qu'il faudrait que la patiente soit suivie par le moins de professionnels possible et de préférence par un seul intervenant (comme dans le cadre d'un suivi global). C'est ce qu'a suggéré la SF C « *que ce soit la même sage-femme qui s'occupe d'elle, qui l'examine et qui la prene en charge. Elle serait plus à l'aise ».* Les SF F et T sont allées dans le même sens « *Il y a une mise en confiance d'avoir une même personne qui la suit »* et « *Si c'est la même sage-femme qui va l'accoucher la journée, y a pas de problème, on n'a pas besoin d'examiner une dame tout le temps ».* D'ailleurs, la SF I a évoqué la notion de suivi global « *S'il y a un seul intervenant ça peut favoriser : si c'est la même sage-femme qui suit la patiente pendant le travail au moins ça, qu'il n'y ait pas plusieurs personnes qui l'examinent [...] si c'est un professionnel qu'elle connaît, qui la suit pendant la grossesse, la patiente elle n'est pas obligée de réexpliquer à nouveau à quelqu'un d'autre quels troubles elle présente, et probablement en effet qu'elle se sent plus en confiance ».* Les SF M et P ont corroboré cette idée « *Ce sont des patientes qui sont vraiment candidates au suivi global parce qu'elles connaissent la sage-femme. Je trouve que ça peut mettre en situation de confiance »* et « *le suivi global donc avoir une personne qu'elles connaissent déjà, savoir que le jour de l'accouchement ça sera une personne qui l'a suivie toute la grossesse, on la connaît, on l'a déjà examinée, elle sait comment on est, nous on sait comment elle est, donc ça facilite les choses c'est évident. [...] Mais quand vraiment elle est en travail avec les douleurs et les contractions, c'est pas le moment de faire venir la psychologue, par contre si c'est une maturation ou un déclenchement la oui on peut faire venir la psychologue pour discuter, essayer de la mettre en confiance ».*
- Puis l'idée de limiter le nombre de TV est revenue quatre fois comme l'ont précisé les SF C « *ne pas examiner toutes les heures, juste quand elles sentent l'envie de pousser »*, D « *si elle revenait en urgence pour MAP, j'attendrais que l'écho de col soit faite avant d'envisager de l'examiner. Limiter les gestes »*, E « *Peut-être accepter de les examiner moins souvent, surtout une fois qu'elles ont la péridurale, peut être que l'idée de l'examen en lui-même peut les gêner »* et R « *éviter au maximum les toucher vaginaux, mais pour moi c'est pour toutes les dames, si on peut éviter d'examiner, il faut éviter. Après si j'ai une dame avec un vaginisme, si j'ai une étudiante, elle n'examinera pas derrière. Et sinon leur parler, attendre un peu dans la consultation avant d'examiner. Bien la positionner. Et bien lubrifier ».*
- Enfin, d'après trois des sages-femmes ayant participé à l'étude, il faudrait renforcer la communication entre les professionnels accompagnant une patiente présentant un vaginisme que ce soit avant,

pendant et après l'accouchement pour améliorer leur vécu du perpartum. C'est d'ailleurs ce qu'ont indiqué les SF O « *de toute façon par rapport au vécu des patientes, je pense que l'élément le plus important reste toujours la communication. On aura beau mettre tous les protocoles en place que ce soit de l'hypnose, de la sophro, du Kalinox®, de l'homéo, une péridurale etc. si on ne parle pas ça sera toujours mal vécu* », H « *et pour le vécu c'est en reparler après* » et J « *une écoute, une prise en compte et vraiment comprendre que c'est indépendant de leur volonté bien souvent, que le moment de la salle de naissance ce n'est sûrement pas le moment de savoir d'où vient ce vaginisme, c'est pas le moment de faire l'historique et la prise en charge, c'est en amont que ça se travail, avec éventuellement psychologue, sophrologue, hypnose, etc. pendant la grossesse. Au moment de la salle de travail je crois qu'il faut faire avec et les moyens du bord : homéo, discussion, échange, écoute [...] revenir dessus après* ».

Ainsi, nous avons pu recueillir des réponses variées, riches et parfois contradictoires lorsque nous nous sommes entretenus avec les SF. Cela a bien démontré bien que le thème du vaginisme a sur certains points pu les diviser et sur d'autres les rassembler parfois même jusqu'à l'unanimité. Les SF qui ont participé à cette étude ont réellement insisté sur l'individualisation de la prise en charge de la parturiente et plus encore en cas de vaginisme.

PARTIE 3 : ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION

Dans cette dernière partie, il s'agira d'analyser la population et les résultats exposés ci-dessus. Puis nous discuterons des faiblesses, des forces et des biais de notre étude. Enfin nous envisagerons des perspectives pour faire suite à ce travail de recherche.

Bien entendu nous avons pris des précautions par rapport à l'analyse de nos résultats car nous avons conscience que seules les SF portant de l'intérêt au thème de notre travail de recherche y ont participé. De plus l'aspect qualitatif de notre étude ne nous permet pas de généraliser nos résultats à l'ensemble de la population des SF.

1. ANALYSE DE LA POPULATION

1.1. ÂGE, EXPÉRIENCE ET FORMATION INITIALE DE LA POPULATION

Cette étude a porté sur un large échantillon de 14 SF d'âges et d'expériences variées puisque qu'elles avaient entre 27 et 60 ans avec une moyenne de 43 ans et qu'elles exerçaient depuis un an pour la moins expérimentée et 39 ans celle ayant obtenu son diplôme d'état depuis le plus longtemps.

Dix des quatorze SF ont suivi leur formation initiale à l'école de SF de Metz, et les quatre autres à l'école de SF de Nancy. Ce constat illustre qu'indirectement les SF ayant effectué leur formation à un endroit, ont tendance à rester dans la région pour y exercer leur métier.

1.2. COURS DE SEXOLOGIE DURANT LA FORMATION INITIALE OU CONTINUE ET POSSIBILITÉ DE LES METTRE EN APPLICATION

Parmi les dix SF ayant fait leurs études à Metz, huit ont déclaré avoir reçu des cours de sexologie, et deux n'en avaient pas souvenir.

Pour rappel, l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de SF, prévoit que pour l'enseignement « *Gynécologie – Santé génésique des femmes et Assistance médicale à la procréation* », l'étudiant SF doit pouvoir « *favoriser le dialogue autour de la sexualité et pouvoir répondre ou orienter en cas de plaintes* » [23]. Cette compétence ne peut s'acquérir si les étudiants ne disposent pas d'un minimum d'enseignements en sexologie. Ainsi, les SF diplômées devraient avoir la capacité d'interroger la patiente sur sa sexualité, dépister les difficultés et adresser la patiente pour la poursuite de sa prise en charge.

Sur les dix SF qui ont déclaré avoir eu un enseignement de sexologie, quatre ont suivi l'intervention du professeur Jacques Waynberg (lors de la formation initiale pour trois d'entre elles et en formation continue pour la dernière). Ce docteur en médecine, sexologue, psychothérapeute et criminologue est connu dans le monde de la sexologie [24]. Bien que très réputé, ses colloques sont aussi controversés, d'ailleurs les SF de Metz ayant assisté à ses enseignements, ont été plutôt circonspectes par rapport à certains de ses dires, comme l'a dit la SF H « *tout n'était pas à mettre à profit, non, la place du père là, tout ça, je pense qu'il fait exprès de choquer l'assistance aussi, je pense qu'il est dans la provoc'* ».

2. ANALYSE DES RÉSULTATS

2.1. CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES RELATIVES AUX VAGINISME ET À LA DYSPAREUNIE

2.1.1. Définition

Au début de l'entretien, nous avons demandé aux SF de nous fournir une définition du « *vaginisme* ». Nous avons pu obtenir 14 définitions qui étaient plus ou moins proches de la définition de ce trouble. En effet, le vaginisme se définit comme « *une contraction musculaire réflexe prolongée ou récurrente des muscles du plancher pelvien qui entourent l'ouverture du vagin* ». Ainsi, quatre SF sur les 14 interrogées ont évoqué la notion de contraction des muscles du vagin pour définir le vaginisme. De ce fait, moins de la moitié des SF interrogées ont pu donner une définition du vaginisme conforme à la définition attendue, sans pour autant évoquer ses conséquences ou son lien à la dyspareunie.

En revanche, toutes les SF interrogées ont donné une définition assez juste de la « *dyspareunie* ». En effet, la dyspareunie correspond à une douleur persistante ou récurrente lors d'une tentative de rapport sexuel ou lors d'une pénétration effective.

2.1.2. Lien entre vaginisme et dyspareunie

Les six SF qui ont évoqué un lien de causalité entre « *vaginisme* » et « *dyspareunie* » ont eu raison. En effet, c'est la contraction des muscles du vagin qui bloque la pénétration et qui, à terme, crée une dyspareunie d'intromission (la plus fréquente lorsqu'il s'agit de vaginisme) [7]. Cependant l'inverse est également possible dans le sens où une dyspareunie persistante peut à terme entraîner un vaginisme par anticipation de la douleur (au travers d'une contraction réflexe).

2.1.3. Symptômes évocateurs d'un vaginisme

Les SF ayant participé à notre étude ont quasiment pu citer tous les symptômes attendus puisqu'il n'a manqué que la difficulté à avoir des rapports sexuel. Nous noterons que les SF ont cité les difficultés rencontrées lors des consultations en lien avec la grossesse et/ou gynécologique puisqu'elles ont cité :

- Le refus ou l'évitement de l'examen pelvien.
- La tension des muscles du plancher pelvien.
- La douleur génito-pelvienne.
- La peur de la douleur ou de la pénétration vaginale.

Ces symptômes ont été classés par fréquence de citation par les SF, c'est-à-dire de celui qui a été cité le plus fréquemment au moins fréquemment cité. En conclusion, nous venons de mettre en évidence que les SF disposent des connaissances théoriques essentielles concernant le vaginisme, la dyspareunie et leurs diagnostic mais elles n'ont pas les connaissances fines en lien avec ces troubles.

En ce sens, l'hypothèse « Les SF peuvent définir le « *vaginisme* », la « *dyspareunie* » et citer leurs symptômes principaux » est vérifiée.

2.2. CONNAISSANCE DES MOYENS NON MÉDICAMENTEUX UTILISABLES EN SALLE DE NAISSANCE

Au cours des entretiens, les SF ont cité de nombreux moyens non médicamenteux. Les moyens les plus fréquemment évoqués par les SF ont été : l'hypnose, la sophrologie et l'acupuncture.

De ce fait, l'hypothèse « Les SF peuvent citer trois moyens non-médicamenteux permettant la prise en charge perpartum des femmes présentant un vaginisme » est vérifiée.

Tous ces moyens et techniques non-médicamenteux cités par les SF dans cette étude (qui nécessitent pour la plupart une formation avant de les pratiquer) représentent une réelle plus-value en service de soins (suites de couches, grossesses à haut risque) et de salle de naissances. En effet, elles permettent aux SF de faire face à des situations compliquées telles que la prise en charge d'une patiente présentant un vaginisme mais bien d'autres comme les douleurs liées à la maturation cervicale et le début de travail algique. Ces moyens permettent aussi aux patientes de bénéficier de l'accompagnement le plus adapté et personnalisé afin que leur expérience du travail et de l'accouchement se déroule le mieux possible.

De plus, si l'accouchement est physiologique, la HAS recommande « *d'accompagner les femmes dans leur choix en termes de moyens non médicamenteux souhaités (immersion, relaxation, acupuncture, hypnose ou massages) pour prendre en charge la douleur* » pendant le premier stade du travail [18]. Même si actuellement, aucune étude ne prouve la supériorité des moyens non médicamenteux tels que l'hypnose par rapport à l'analgésie péridurale pour soulager les douleurs perpartum. Cependant, la plupart des parturientes qui en ont bénéficié ont affirmé que c'est une méthode efficace pour atténuer les douleurs [25].

Même si elles ne sont pas formées à la pratique de ces méthodes, la très grande majorité des SF les ont citées. Cela montre que les SF sont désireuses d'accompagner leurs patientes dans leurs différentes facettes et de leur proposer des prises en charge adaptées. Elles répondent ainsi aux demandes des patientes qui recherchent une prise en charge globale et la plus naturelle possible. En effet, selon le rapport 2021 de l'Enquête nationale Périnatale : « *le recours à des méthodes non médicamenteuses, seules ou en association avec une analgésie (médicaments, péridurale, rachianesthésie, péri-rachianesthésie combinée) continue à augmenter, passant de 14,3% en 2010 à 35,5% en 2016 et à 49,2% en 2021. Les méthodes utilisées sont principalement la mobilité puis le bain ou la douche et les massages. Les autres méthodes (hypnose, sophrologie, acupuncture...) sont moins utilisées. Il est très probable que cette évolution soit à la fois le reflet de modifications de pratiques au sein des maternités (qui proposeraient plus souvent aux femmes des méthodes alternatives ou complémentaires à la péridurale), mais également le reflet de la demande plus importante des femmes de pouvoir utiliser des méthodes non médicamenteuses* » [26].

Il est important de noter que les méthodes classiques, médicamenteuses et médecines auxiliaires sont complémentaires et leurs effets et bénéfices s'additionnent. Alors, plus les SF des maternités seront formées à ces alternatives, plus l'éventail des prises en charge sera large. Les SF pourront proposer différentes stratégies d'accompagnement global, ce qui répondra aux besoins et attentes du plus grand nombre de parturientes et plus largement de patientes. Ce sera une réelle plus-value pour la maternité puisque les patientes auront le choix et pourront s'orienter vers la thérapie qui leur correspondra le mieux. Et si elle ne donne pas les effets escomptés, l'équipe de SF pourra proposer une autre alternative.

Elles ont également déclaré qu'il était essentiel d'assurer la continuité des soins. C'est-à-dire que quand des soins ont été débutés en amont du perpartum, il est indispensable d'en tenir compte et de s'appuyer dessus sous peine de rompre le lien de confiance et/ou d'aggraver la situation.

2.3. FOCUS SUR L'HOMÉOPATHIE

Les approches médicales classiques habituelles ne sont pas vraiment efficaces chez les patientes porteuses d'un vaginisme alors que les méthodes favorisant le relâchement, le lâcher prise (telles que l'hypnose, la sophrologie) donnent de très bons résultats surtout si la prise en charge a pu débuter le plus en amont possible du perpartum.

L'homéopathie est une approche qui fonctionne en synergie avec ces médecines complémentaires. Elle est intéressante pour traiter ce trouble et/ou en limiter les impacts notamment en perpartum. En effet, certaines souches permettent de réduire les douleurs, d'autres favorisent les contractions, certaines aident au relâchement du col, etc.

Nous avons traité ces résultats avec précaution puisque sur les quatre maternités où nous avons mené notre étude, une seule a cité l'homéopathie et seules les SF de cet établissement ont intégré cette option thérapeutique dans leur pratique quotidienne. Ainsi, seules trois SF sur treize, ont déclaré qu'elles administreraient de l'homéopathie aux parturientes en salle de naissances. Ces trois SF exercent dans la maternité S qui favorise le recours à l'homéopathie. D'ailleurs, « *protocoles d'administration type* » ainsi que leurs alternatives sont mis à disposition des SF pour traiter les principaux problèmes rencontrés par leurs patientes. De plus, les SF de cette maternité ont accès aux différentes souches homéopathiques nécessaires à la prise en charge leurs patientes. Mais la SF P nous a fait remarquer « *qu'on n'est pas censés avoir un protocole en homéopathie, on est censée adapter le traitement à chaque patiente, un protocole en homéo c'est pas logique. Après on l'utilise toutes de façon protocolaire, mais on ne devrait pas* ». En effet, prescrire la souche adaptée ne s'improvise pas, c'est la raison pour laquelle la maternité S organise régulièrement des sessions de formation *in situ* à destination des SF, qui sont animées par une SF qui travaille au sein des laboratoires Boiron®. Notons aussi que les laboratoires Boiron® et la fédération française des sociétés d'homéopathies proposent des formations à destination des professionnels de santé notamment des sages-femmes. Ainsi, dans cet établissement, les SF prescrivent et administrent fréquemment de l'homéopathie à leurs patientes et savent adapter leurs prescriptions en pratique courante.

Si trois SF ayant participé à l'étude se sont déclarées prêtes à proposer de l'homéopathie à une patiente porteuse d'un vaginisme, sept autres de la maternité S se sont déclarées favorable à son administration à ces patientes mais elles ont avoué qu'elles n'en prescriraient pas car elles ne savaient pas quelle souche et dilution leur proposer. Ce qui s'explique assez facilement : le vaginisme est un trouble particulièrement complexe, rare, multifactoriel et d'expression variable. Alors déterminer la souche adaptée nécessite une expertise que n'ont pas les SF même si elles ont suivi des formations.

Ainsi l'hypothèse : « Les SF savent quelles souches homéopathiques administrer pour corriger certaines difficultés en perpartum liées au vaginisme telles que l'hypertonie du périnée » n'est pas vérifiée.

2.4. SALLES « NATURE »

Tout d'abord, lorsque nous avons évoqué la salle « *nature* », quelques SF ont répondu qu'il était possible d'équiper n'importe quelle salle d'accouchement pour la transformer en salle nature.

Là où toutes les SF de l'étude ont reconnu avoir beaucoup de difficultés à pratiquer le TV chez les patientes présentant un vaginisme, seules cinq SF sur onze ont trouvé intéressant d'installer les patientes qui présentent un vaginisme dans ce genre de salle et moins de la moitié des autres se sont déclarées

favorables à l'installation de ces patientes dans un environnement moins médicalisé. Nous avons alors demandé à ces SF pour quelle raison elles pensaient que ce type de salle n'était pas judicieux en cas de vaginisme. Elles nous ont alors expliqué que la salle nature était à réserver aux patientes désireuses d'accoucher sans analgésie péridurale. Mais ne pas proposer cet accompagnement aux patientes présentant un vaginisme, c'est les priver d'une prise en charge plus naturelle, moins invasive et surtout d'un environnement privilégié, plus doux où le calme, la détente sont la règle. Or, si la patiente se détend, il est fort probable que tous ses muscles se relâchent y compris ses muscles périnéaux ainsi que nous l'avons expliqué en première partie de ce mémoire. Alors privilégier l'installation même temporaire et le suivi de ces patientes très anxieuses et difficiles à examiner en salle nature est non seulement utile mais fortement recommandé tant qu'elles s'y sentent bien. D'ailleurs, cette prise en charge démedicalisée sera d'autant plus efficace si elle est associée à une prise en charge alternative (hypnose, relaxation, homéopathie, etc.).

En conséquence l'hypothèse : « Les SF savent que la salle nature est à privilégier pour prendre en charge, en perpartum, une patiente porteuse d'un vaginisme » n'est pas totalement vérifiée.

Par contre, si cet environnement ne permet pas à la patiente de se détendre, de lâcher prise, il faut lui proposer un autre accompagnement, naturel et/ou médicamenteux voire le recours à l'analgésie péridurale.

De plus, les salles « *nature* » ne sont pas constamment occupées et elles pourraient donc être facilement mise à disposition de toute patiente, même si elle souhaite une analgésie péridurale par la suite. D'ailleurs, la plupart du temps, elles sont proposées aux patientes en début de travail, en cours de maturation cervicale ou en attendant que le col soit suffisamment dilaté pour accéder à la demande de la patiente d'une analgésie péridurale mais elle est trop rarement proposée aux patientes angoissées, stressées.

Peut-être serait-il utile que les équipes réfléchissent à comment mieux utiliser les atouts et les retombées positives de ces salles pour le bien-être et l'amélioration du vécu de leur accouchement par les patientes.

2.5. ANALGÉSIE PÉRIDURALE ET VAGINISME

2.5.1. Moment de la pose de l'analgésie péridurale

Notons tout d'abord que, selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), la France est l'un des pays où le recours à l'analgésie péridurale lors de l'accouchement est le plus fréquent puisqu'en 2010, 77 % des femmes ayant accouché en ont bénéficié [27]. Cette information est confirmée et mise à jour par l'enquête nationale périnatale de 2021 qui stipule que « *Le taux d'analgésie péridurale chez les femmes ayant eu une tentative de voie basse est toujours très élevé en France et en légère augmentation. En 2021, 82,7% des femmes ont eu une analgésie péridurale (versus 81,4% en 2016)* » [26]. Ces deux enquêtes sont révélatrices la place qu'occupe la péridurale en salle de naissances.

Pour la majorité des SF de notre étude (sept sur onze), la pose de l'analgésie péridurale est plus précoce chez les patientes présentant un vaginisme que chez les autres. Alors, les SF ont été invitées à indiquer le stade auquel l'analgésie péridurale était posée dans ce contexte spécifique. La plupart d'entre elles ont répondu comme la SF M « *immédiatement, sous condition d'une bonne dynamique utérine, avec une patiente qui manifeste des douleurs* ».

Ce constat est encourageant et rassurant dans le sens où l'accès précoce à l'analgésie péridurale est recommandé en cas de vaginisme. D'ailleurs, cette pose anticipée de l'analgésie péridurale pour soulager

la patiente et soulager sa douleur est en accord avec les recommandations de la HAS et de l'OMS en cas d'accouchement physiologique. Rappelons ici que le vaginisme n'est pas une pathologie de l'accouchement, donc une patiente qui présente un vaginisme peut être suivie et accouchée par une SF. La HAS recommande que pour le premier stade du travail (y compris pendant la phase de latence), « *la demande d'une analgésie est guidée par l'intensité de la douleur ressentie* » et « *d'offrir aux femmes qui le souhaitent une technique d'analgésie loco régionale (méthode la plus sûre et la plus efficace), sans limite de dilatation cervicale minimale exigée* » [18]. Dans la même optique, l'OMS a émis en 2018 56 recommandations sur les soins perpartum pour une expérience positive de l'accouchement, et la 19^{ème} recommandation mentionne que « *l'analgésie péridurale est recommandée pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme* » [28].

2.5.2. Nécessité d'un toucher vaginal avant la pose de l'analgésie péridurale ?

Nous avons demandé aux SF si elles avaient besoin d'un TV de référence avant la pose d'une analgésie péridurale. Seules huit SF ont complété leur réponse. La grande majorité d'entre elles (six sur huit) ont répondu par la négative et ont ajouté qu'il n'était pas nécessaire surtout si la patiente présente un vaginisme et/ou est difficile à examiner.

À nouveau, les SF ayant été interrogées sont en accord avec les recommandations de la HAS pour l'accouchement physiologique : le TV n'est en rien obligatoire en salle de naissances. La SF peut « *proposer un TV si la femme semble être en travail* » [18]. En effet, il peut être proposé par la SF mais comme pour tout acte, tout traitement la patiente a le droit de le refuser. En outre, la SF doit recueillir le consentement de la patiente avant de le pratiquer. D'ailleurs, pour déterminer si la patiente est ou non en travail, la SF peut se baser sur la parité, le rythme, la régularité et l'intensité des contractions utérines et sur son ressenti notamment les douleurs qu'elle ressent. Le diagnostic de mise en travail d'une patiente repose normalement sur des contractions régulières couplées à une modification cervicale. Cette dernière étant difficile à apprécier si on ne réalise pas un examen vaginal quel qu'il soit, on ne peut donc que supposer que la patiente est en travail sans en avoir la certitude. L'OMS rappelle par sa 11^{ème} recommandations pour une expérience positive de l'accouchement, que « *l'examen clinique du bassin à l'admission pour la prise en charge du travail n'est pas recommandé chez les femmes enceintes en bonne santé* » [28].

Ainsi, qu'il y ait ou non vaginisme, rien n'impose la pratique d'un TV pour déterminer si la patiente est en travail ni pour pouvoir accéder et/ou proposer la pose d'une analgésie péridurale. Ainsi la pratique des SF ayant été interviewées est conforme à ce qui est recommandé. Cela signifie qu'elles ont adapté leurs prises en charge aux nouvelles recommandations et c'est très positif.

Ainsi, nous pouvons vérifier l'hypothèse « Les SF savent qu'en cas de vaginisme, l'analgésie péridurale doit être installée précocement même sans TV de référence ».

2.6. ADAPTATION DE LA PRISE EN CHARGE : DE L'IMAGINAIRE À LA RÉALITÉ

Qu'elles aient ou non déjà accompagné une parturiente présentant un vaginisme, la prise en charge énoncée par les SF interrogées dans cette enquête a été sensiblement la même que celles qu'elles mettaient habituellement en place. En effet, elles nous ont dit qu'elles :

- Adaptaient leurs gestes aux sensations de la patiente en les pratiquant avec encore plus de douceur qu'à l'accoutumée comme le TV à un seul doigt contre deux en temps normal.

- Respectaient la pudeur de la patiente.
- Expliquaient l'intérêt des gestes et la manière dont elles allaient le pratiquer.
- Prenaient tout le temps dont la patiente avait besoin etc.

En analysant leurs propos, nous avons réalisé que si les SF ne modifiaient pas radicalement leur pratique, elles prenaient tout de même beaucoup plus de précautions, prêtaient plus d'attention et se rendaient encore plus disponibles (dans la mesure du possible) pour ces patientes présentant un vaginisme que pour leurs autres patientes. Elles ont à cœur d'expliquer, d'informer la patiente pour recueillir son consentement éclairé comme c'est la règle pour toute prise en charge médicale mais aussi elles ont tout fait ou prévu de faire pour mettre les patientes en confiance et de les détendre, puisqu'elles prennent encore plus en compte les envies, besoins et les demandes de la patiente qu'à l'accoutumée. Ces précautions sont conformes aux recommandations de l'OMS qui stipule dans sa première recommandation, des « *soins maternels respectueux, qui consistent à assurer à toutes les femmes un accès à des soins de santé dédiés qui préservent leur dignité, leur intimité et leur confidentialité, leur garantissent l'absence de préjudices et de mauvais traitements et leur permettent des choix éclairés et un soutien continu pendant le travail et l'accouchement, sont recommandés* » [28].

Comme les SF nous l'ont précisé, nous avons conscience que prendre en charge une patiente porteuse d'un vaginisme implique d'être présente à ses côtés, à l'écoute de ses demandes, de ses plaintes, ce qui prend un temps certain. C'est pourquoi la majorité des SF ont nuancé leurs propos en rappelant que ces propositions étaient l'idéal vers lequel elles tendaient mais que si l'activité en salle de naissances était importante, il leur serait très difficile pour ne pas dire quasiment impossible d'agir ainsi. Ainsi, si une patiente présentant un vaginisme est accueillie en perpartum, il faudrait que la SF puisse être déchargée d'une partie de ses missions ainsi, elle pourrait être disponible pour accompagner cette patiente.

2.7. AXES D'AMÉLIORATION PROPOSÉS PAR LES SAGES-FEMMES AYANT PARTICIPÉ À L'ÉTUDE

Nous avons ensuite demandé aux SF interrogées de nous faire part de ce qui, selon elles, permettrait d'améliorer la prise en charge et le vécu du perpartum des patientes qui présentent un vaginisme. Les SF ont eu plus de difficultés à s'exprimer sur l'amélioration de la prise en charge que sur l'amélioration du vécu des parturientes.

2.7.1. Amélioration de la prise en charge

Les SF ont proposé les moyens suivants pour parfaire l'accompagnement des patientes présentant un vaginisme :

- En parler au staff médical afin d'informer de la situation tous les protagonistes qui pourraient être amenés à prendre en charge cette patiente. Qu'elle soit connue de l'équipe médicale et que tout le corps médical réfléchisse à toutes les options qui pourront lui être proposées pendant le perpartum.
- Envisager un protocole de service ou une fiche technique notamment pour les jeunes diplômées qui pourraient se trouver désemparées face à ce genre de patientes. ainsi, elles sauraient de quelles ressources elles pourraient se servir, quelles méthodes médicamenteuses ou non, quelles approches alternatives sont disponibles pour accompagner ces patientes.
- Créer un répertoire avec les coordonnées des professionnels pouvant intervenir en salle de naissances et qui sont formés aux méthodes alternatives citées plus haut (hypnose, acupuncture, sophrologie etc.).

- Recourir à tous les moyens non médicamenteux précédemment cités pour accompagner toute patiente. Ainsi, les SF les intégreraient dans leurs éventail thérapeutique et les proposeraient en pratique courante et plus précisément aux patientes algiques, angoissées ou présentant un vaginisme.
- Proposer une analgésie loco-régionale précoce.
- Former le personnel à la prise en charge des violences et des troubles sexuels,
- User de moyens médicamenteux comme la Lidocaïne® en spray ou le Kalinox®

La plupart de ces idées sont pertinentes et méritent d'être testées (pour celles qui en le sont pas déjà) et étoffées afin de multiplier les possibilités à offrir aux soignants en salle de naissances pour la prise en charge des patientes qui présentent un vaginisme, car il y a presque autant de formes de vaginisme et de prise en charge efficace qu'il y a de patientes. Bien entendu il reste nécessaire de tracer l'information dans le dossier et les aménagements de prise en charge travaillés, proposés à la patiente et qu'elle aurait accepté.

2.7.2. Amélioration du vécu des parturientes présentant un vaginisme

Afin d'améliorer le vécu du perpartum pour les patientes qui ont un vaginisme, les SF n'ont pas proposé d'éléments nouveaux et ont en quelque sorte déjà énoncé plusieurs fois au cours des entretiens ce qu'elles pensaient utile de faire. Parmi ces propositions les SF ont évoqué :

- Une bonne préparation en amont si la patiente a été dépistée comme présentant un vaginisme, à condition que l'équipe s'adapte et suive la préparation et/ou la prise en charge du vaginisme qui a été mise en place par le thérapeute.
- Proposer ou discuter de l'intérêt de césariennes programmées à terme aux patientes qui le souhaitent.
- Former un maximum de professionnels aux techniques d'hypnose, acupuncture, sophrologie etc.
- Communiquer au maximum avec la patiente, mettre en place une écoute active, un discours valorisant, une mise en confiance.
- Limiter les TV conformément aux recommandations pour l'accouchement normal.
- Faire intervenir la psychologue si le temps et les conditions obstétricales le permettent.
- Réduire le plus possible le nombre d'intervenants auprès de ces patientes en salle de naissances.
- Dans le même ordre d'idée, proposer à ces patiente un suivi global auprès d'une SF qui pourrait accéder au plateau technique de la salle de naissances.

À nouveau, ces propositions sont très proches de ce que les SF proposent à toute patiente mais qu'elles l'aient verbalisé prouve qu'elles se soucient réellement du bien-être des patientes dont elles se chargent. Comme elles prennent déjà ces précautions dans leur pratique quotidienne, elles seront encore plus attentives si elles accompagnent une patiente avec un vaginisme. D'ailleurs, la plupart des propositions des SF font partie des recommandations de la HAS concernant l'accouchement normal, puisqu'elles préconisent de « *faire bénéficier toutes les femmes d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté à leur demande* » [18].

Les SF ont beaucoup insisté sur la communication. Dans la relation de soin, dans l'accompagnement de toute patiente, la communication occupe une place essentielle mais en cas de vaginisme, elle devient primordiale comme l'a dit la SF O « *de toute façon par rapport au vécu des patientes je pense que l'élément le plus important reste toujours la communication. On aura beau mettre tous les protocoles en place que ce soit de l'hypnose, de la sophro, du Kalinox®, de l'homéo, une péridurale etc., si on ne parle pas ça sera toujours mal vécu* ». Dans sa seconde recommandation pour une expérience positive de l'accouchement,

l'OMS préconise « *une communication effective entre les prestataires de soins de maternité et les femmes qui accouchent, au moyen de méthodes simples et culturellement acceptables, est recommandée* » [28]. Ainsi, les SF qui ont participé à l'étude respectent les recommandations de la HAS et de l'OMS pour les patientes nécessitant un accompagnement particulier. Mais leurs réponses unanimes et spontanées montrent surtout qu'elles le font en temps normal.

Lors de leur entretien, trois des SF ont évoqué le « *suivi global* ». Il consiste en la prise en charge par une seule SF qui va assurer la surveillance médicale de la grossesse avec les consultations prénatales, la préparation à la naissance mais aussi la surveillance et la pratique de l'accouchement, les soins postnataux de la mère et de l'enfant. Il s'agit donc d'une SF libérale qui aura signé une convention avec un établissement et sa maternité afin d'accéder à son plateau technique pour accoucher ses patientes. Peu de sages-femmes le pratiquent car il est très contraignant en termes d'horaires et de charge de travail. Il n'en reste pas moins que cette proposition est réellement intéressante pour la prise en charge d'une patiente avec un vaginisme.

En ce sens, nous pouvons clore cette analyse de résultats en affirmant que l'hypothèse : « Les SF proposent des modifications de leur prise en charge perpartum habituelle pour l'adapter aux patientes présentant un vaginisme et améliorer leur vécu » est vérifiée.

3. DISCUSSION

Nous avons conscience que cette étude comme tout travail de recherche possède des limites induites, des biais, et des forces.

3.1. LIMITES DE L'ÉTUDE

Une partie des limites de ce travail de recherche est directement imputable au type d'étude qui a été utilisé. En effet, les résultats d'une enquête qualitative ne peuvent être extrapolés ou généralisés du fait de la taille de l'échantillon étudié.

Tout d'abord, l'étude a été réalisée auprès de quatre maternités de la région Grand Est (et plus précisément de Moselle et de Meurthe-et-Moselle). Alors, la population de SF ayant participé n'a comporté que des SF formées dans les écoles de sages-femmes de Metz et de Nancy.

De plus, il nous a fallu élargir les critères d'inclusion car nous ne parvenions pas à atteindre l'effet seuil en interrogeant que des SF exerçant en salle de naissances et qui acceptaient de participer à notre étude. Alors, nous sommes passés des SF exerçant en salle de naissances aux SF exerçant dans les services qui accueillent les parturientes pendant le perpartum. Mais cet élargissement de la population est justifié puisque dans ces quatre maternités, le principe de la mobilité interservices est la règle. Ainsi une SF qui était dans un service de soin pendant la période d'inclusion a exercé en salle de naissances précédemment. De plus, l'enquêteur a pris soin de s'assurer que la SF qui acceptait de prendre part à l'étude avait bien exercé en salle de naissances récemment avant de l'inclure.

3.2. BIAIS

Pour commencer, il convient de signaler que dans une étude qualitative, l'apparition d'un biais d'interprétation est inévitable puisque le travail d'analyse fait intervenir la subjectivité de l'enquêteur concernant ce qu'il a vu, entendu, compris du discours de ses interviewés. Pour le minimiser, l'analyse a été effectuée avec l'avis des tiers (directeur de mémoire et expert), ce qui a permis de varier l'analyse.

Puis à l'issue de l'étude nous avons vu apparaître des biais de sélection car :

- Les maternités sélectionnées étant principalement des maternités de type I (11 SF en type I contre trois SF en type II), les sages-femmes y exerçant ne sont pas soumises aux mêmes conditions de travail que les sages-femmes exerçant en type II ou III dans le sens où la charge de travail y est différente car il y a moins de prises en charge simultanées de patientes. En effet, le nombre de sages-femmes défavorables à la pose d'une péridurale précoce et/ou sans pratiquer au préalable d'un TV aurait peut-être été plus élevé si plus de sages-femmes exerçant en maternité de type II voire III avaient été interrogées. En effet, la physiologie est beaucoup plus mise en avant dans les petits établissements où chaque SF a le temps de s'adapter aux patientes. Alors que dans les maternités de type II et III qui réalisent beaucoup d'accouchements, les SF n'ont pas toujours la possibilité de proposer un accompagnement aussi personnalisé qu'elles aimeraient le faire. Mais aussi, en cas de pathologie, les patientes, via l'organisation en réseau périnatal, vont être adressées en type II voire III. Normalement, seules les patientes à « bas risque obstétrical » sont prises en charge en maternité de type I.
- Les SF répondant à l'étude ont été des SF formées exclusivement à Metz ou à Nancy.

Un biais de désirabilité sociale s'est également présenté puisque les SF se sont montrées sous une facette positive lors des entretiens. Surtout pour l'interview où deux SF ont souhaité répondre ensemble. Pour le minimiser et objectiver les résultats, nous avons multiplié les entretiens pour avoir des points de vue les plus variés possibles.

Nous avons aussi tenté de minimiser le biais de confirmation d'hypothèses en prenant en considération les informations, les signes qui allaient à l'encontre de nos présupposés, de nos hypothèses initiales. Minimiser ce biais a nécessité une capacité d'interrogation et de remise en question. Nous nous sommes appuyés sur notre expert et directeur de mémoire afin de prendre du recul, de poser des questions autres que celles qui confortaient nos points de vue initiaux, de tester notre trame d'entretien pour nous assurer d'un recueil de données non orienté.

Le biais de canalisation a été évité en incluant les SF sans critère expérience. Nous avons interrogé des SF qu'elles soient récemment diplômées, en milieu voire fin de carrière.

Enfin, nous avons minimisé le biais de déclaration en décidant d'exclure une des maternités initialement sélectionnées où le guide d'entretien avait malencontreusement été communiqué aux SF après que le médecin chef de service et la SF cadre supérieur aient donné leur accord pour que les SF de la maternité soient contactées et interrogées.

3.3. FORCES DE L'ÉTUDE

Tout d'abord, cette étude a été réalisée car nous avons été surpris du peu de littérature traitant du vaginisme pendant la grossesse et/ou le perpartum. Nous n'avons pas non plus trouvé beaucoup de publications sur les SF et le vaginisme. Nous avons donc décidé de réaliser une étude interrogeant les SF sur l'impact du vaginisme sur leurs prises en charge des patientes atteintes en perpartum et plus précisément au moment de l'accouchement.

Ensuite, la méthodologie choisie pour cette étude a constitué une force. En effet, ce type d'entretiens s'est révélé avantageux et pertinent puisque les entretiens semi-directifs nous ont permis d'obtenir des réponses aux questions posées par l'étude mais aussi d'explorer des notions supplémentaires telles que les nouveautés en termes de méthodes de déclenchement en voie orale par exemple etc. En outre, comme le

guide d'entretien comportait plusieurs questions ouvertes, les sages-femmes ont pu parler sans contrainte. Elles ont donc pu aborder librement les idées qu'elles trouvaient les plus importantes et raconter leurs expériences avec des patientes qui présentent un vaginisme. Grâce au guide d'entretien nous avons exploré tous les thèmes que nous souhaitions étudier. Ce guide nous a permis, grâce aux questions de relance, d'obtenir des réponses lorsque la question initiale n'était pas suffisamment explicite.

En outre, avant de réaliser nos entretiens, nous avons testé notre guide d'entretien ce qui nous a permis de réajuster et d'obtenir des réponses cohérentes, riches et exploitables.

Même s'il est assez restreint, notre échantillon nous a tout de même permis d'atteindre l'effet seuil, et d'avoir une grande diversité de réponses. De plus, toutes les SF auxquelles nous avons présenté l'étude ont accepté, sans réserve d'y participer.

Nous avons pu intégrer à notre étude des SF avec des profils et des points de vue variés. Nous avons donc pu réellement diversifier les données recueillies et atteindre l'objectif d'une étude qualitative. En effet, dans ce type de recherche, *« ce n'est pas la taille de l'échantillon qui importe mais sa qualité. En effet, la sélection des participants doit permettre la diversification des données, c'est à dire capter divers points de vue ou représentations du phénomène à l'étude »* [29].

Quatorze SF ont souhaité participer à notre étude qui explorait un thème un peu tabou et une pathologie assez rare. Ce qui prouve que les SF sont intéressées par le thème de l'étude. Aucun refus des médecins et coordinatrices pour mener notre étude dans leur maternité.

Enfin, nos résultats ont pu être appuyés de façon significative par les dernières recommandations de la HAS et de l'OMS sur l'accouchement physiologique.

3.4. PERSPECTIVES

En réalisant cette étude, nous souhaitons faire un état des lieux des connaissances des SF hospitalières sur le vaginisme et savoir en quoi les SF hospitalières disposent-elles des connaissances pour adapter la prise en charge de ces patientes en per partum.

Nous avons donc pu mettre en lumière les pratiques intéressantes telles que la pose de péridurale précoce ou encore le suivi du travail sans examen vaginal, ainsi que les pratiques qui étaient perfectibles telles que les connaissances. En effet, les SF n'ont pas toutes pu bénéficier d'enseignements de gynécologie et de sexologie pendant leur formation initiale ou continue.

Afin d'optimiser la prise en charge des patientes qui présentent un vaginisme et d'améliorer leur vécu de l'accouchement, nous proposons :

- De développer en amont de l'accouchement le dépistage des patientes qui présentent ce genre de troubles afin de les orienter vers un suivi encore plus personnalisé pendant la grossesse mais aussi de prendre en charge ce trouble pour en atténuer les effets au moment où les patientes se présentent en salle de naissances (ou aux urgences gynéco-obstétricales). Le dépistage peut se réaliser en posant la questions des violences ou des difficultés en lien avec la vie sexuelle à chaque consultation (urgences gynécologiques, suivi de grossesse, suivi gynécologique, AMP, problème gynécologique, Entretien Prénatal Précoce (EPP), etc.). En effet, lors d'une grossesse, l'EPP représente un moment idéal pour aborder cette particularité puisqu'il *« constitue un temps d'échange et d'écoute pour faire le*

point sur [le] projet de naissance, pendant lequel [la patiente pourra] exprimer [ses] attentes, [ses] questions, [ses] difficultés éventuelles (médicales, sociales, psychologiques) et [ses] besoins en termes d'accompagnement pendant [sa] grossesse et après l'accouchement » [30]. Il est possible d'aborder tous les éléments du suivi de grossesse. Alors si la patiente parle de son vaginisme, et comme cet entretien est proposé, dans l'idéal au quatrième mois de grossesse, il sera possible de débiter une prise en charge pluriprofessionnelle de son vaginisme. De plus, chaque consultation de suivi de grossesse représente une occasion de faire le point sur l'avancée de la prise en charge et/ou de dépister le vaginisme s'il n'a pas été diagnostiqué avant.

- Dès que le vaginisme est repéré, outre l'orientation vers un sexologue, il serait pertinent de proposer à la patiente de rédiger un projet de naissance et de l'aider à exprimer ses souhaits, ses envies et ce qu'elle refuse. Ce document doit être travaillé avec la patiente et respecté par l'équipe qui prend en charge la patiente au moment du perpartum.
- De réaliser un travail conjoint avec un sexologue, un psychologue et le professionnel qui réalise le suivi de grossesse de la patiente. Car ces patientes nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire.
- D'orienter les patientes dépistées comme porteuses d'un vaginisme et qui le souhaitent vers un suivi global. En effet l'accompagnement global peut être une alternative pour mettre les patientes en confiance, dès lors qu'un plateau technique est présent sur l'hôpital et est accessible aux SF libérales ayant signé une convention pour y accoucher leurs patientes.
- De développer l'accessibilité et l'attractivité des colloques, conférences et autres formations à destination des SF, et d'y inclure des thèmes de sexologie ciblés comme le vaginisme et sa prise en charge. Ce d'autant plus que les SF ont l'obligation déontologique de se former tout au long de leur carrière pour maintenir leurs connaissances à jour, perfectionner leurs pratiques. Ainsi, elles proposeront les prises en charge les plus optimales aux patientes et qui seront conformes à l'évolution des pratiques et des recommandations (physiologie pure, pathologies ou troubles particuliers comme celui que nous avons étudié : le vaginisme). C'est d'ailleurs ce qui est énoncé dans l'article R 4127-304 du code de la Santé Publique, « *La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L. 4153-1 et L. 4153-2* » [31]
- De développer la formation des étudiants SF en sexologie. Les SF interrogées ont déclaré regretter que les enseignements suivis en sexologie lors de la formation initiale ne soient que des bases comme l'a dit la SF R « *les cours n'étaient pas adaptés, on n'avait pas beaucoup d'outils, c'était plus des notions fondamentales, mais pas de conduite à tenir en fonction des cas* ». Il pourrait donc être intéressant de proposer des unités d'enseignement en sexologie dans les écoles de SF où ce n'est pas encore le cas, voire de profiter de la sixième année pour y inclure un peu plus d'enseignement de gynécologie et de sexologie. Même si cette année supplémentaire de formation devrait surtout permettre de répartir le volume d'enseignements théoriques et pratique des cinq années actuelles sans pour autant rajouter une quantité importante de nouvelles notions.
- De former un maximum de SF aux différentes méthodes non médicamenteuses (hypnose, sophrologie, acupuncture). Afin que dans chaque équipe/maternité, il y ait au moins une SF formée à chacun de ces accompagnements. Certes, toutes les gardes ne seraient pas couvertes mais former toute l'équipe à chaque pratique est inenvisageable et irréaliste particulièrement en raison du coût.
- Rediriger vers des établissements où l'activité devrait permettre une prise en charge plus personnalisée tels qu'une maison de naissances. Elles ont été expérimentées suite au plan périnatalité 2005-2007. À ce propos le décret n° 2021-1526 du 26 novembre 2021 relatif aux maisons de naissance explique que « *Les maisons de naissance sont des structures au sein desquelles des sages-femmes assurent*

la surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement définie à l'article L. 2122-1 ; la préparation à la naissance et à la parentalité, en tenant compte des besoins globaux d'accompagnement des futurs parents ; l'accouchement et les soins postnataux concernant la mère et l'enfant » et que « leurs conditions d'organisation et de fonctionnement permettent de garantir la disponibilité de leurs personnels pour prendre en charge, à tout moment, l'accouchement des femmes inscrites dans la structure » [32].

- D'accéder à la demande de bénéficier d'une césarienne programmée des patientes porteuses de vaginisme et qui ne souhaitent pas accoucher par voie basse. Ce fut l'une des propositions des SF de cette étude. D'ailleurs la HAS a, en 2012, émis des recommandations sur les indications des césariennes programmées : il est possible de programmer une césarienne sur demande de la patiente en cas « *d'antécédents et pathologies maternelles intercurrentes* » ou encore en cas de « *problèmes périnéaux* » [33]. Ce sont deux catégories dans lesquelles le vaginisme peut être inclus. D'ailleurs, nous souhaitons rappeler les résultats d'une étude rétrospective multicentrique incluant des patientes affectées par un vaginisme primaire, ayant donné naissance à terme à un premier enfant vivant, entre 2005 et 2015, citée en partie dans ce mémoire, qui montrent que « *La proportion d'accouchements dystociques et la morbidité périnéale étaient notablement élevées, ce qui paraît comparable avec la plupart des données de la littérature. Il est possible que les composantes psychologiques et comportementales du vaginisme, (mécanisme de peur-évitement, anxiété) aient favorisé les grossesses prolongées, les césariennes, les dystocies mécaniques et les lésions périnéales* » [19].
- De rédiger une « fiche technique » ou « fiche ressource » pour les SF, notamment pour les jeunes diplômées, qui pourraient se trouver désemparées lorsqu'elles prennent en charge une patiente avec un vaginisme. Ainsi, elles sauraient quelles possibilités elles auraient, quelles méthodes médicamenteuses ou non peuvent être envisagées, quelles approches alternatives sont disponibles, de quelles ressources dispose le service et qui peut être joignable pour aider à l'accompagnement ces patientes.

De plus, en raison des biais et limites de ce travail, nous pensons qu'il serait intéressant de proposer des études complémentaires afin d'explorer les aspects de notre travail qui n'ont pas été probants ou ceux révélés par notre étude. Il faudrait donc :

- Interroger les principales concernées : les patientes présentent un vaginisme car nul ne pourra mieux exprimer leurs vécus, leurs ressentis, leurs demandes et leurs besoins que les patientes elles-mêmes. C'est pourquoi une étude leur permettant de s'exprimer pour déterminer ce qu'elles attendent des professionnels qui les prennent en charge, comment elles imaginent leur séjour à l'hôpital ou leur prise en charge idéale, mais aussi, ce qu'elles ont vécu, ressenti, apprécié, qui s'est mal passé et comment les améliorer. Ainsi, une telle étude pourrait nous aider à répondre aux besoins et aux attentes de ces patientes.
- Inclure plus de SF qui exercent en maternités de type II et III mais aussi d'interroger des SF libérales et qui travaillent en maison de naissances afin d'analyser leurs représentations et de les confronter avec celles obtenues grâce à cette étude.
- Interroger des SF exerçant dans d'autres régions, car l'étude était centrée sur les pratiques de Moselle et Meurthe-et-Moselle. Cependant, pendant notre formation initiale, nous nous sommes engagés à l'association nationale des étudiants sages-femmes, et cela nous avait permis d'échanger avec des étudiants sages-femmes de toute la France et d'Outre-Mer; et de réaliser à quel point les pratiques peuvent différer selon les régions et peuvent enrichir nos pratiques.

Nous souhaitons que les pistes proposées ici contribuent à enrichir les relations entre patients et soignants et surtout à améliorer la prise en charge et le vécu des patientes, tout comme ce travail a déjà contribué à diversifier et améliorer très favorablement ma pratique en tant que professionnelle.

CONCLUSION

Lorsqu'une femme qui présente un trouble de la sexualité se présente pour accoucher, les soignants se doivent d'adapter leur conduite à tenir et leurs gestes au trouble en question, afin de garantir une naissance dans les meilleures conditions possibles. Tout au long de ce mémoire, nous nous sommes intéressés au vaginisme, car il représente une difficulté majeure dans la prise en charge des patientes qui le présentent mais que des solutions et adaptations sont possibles. Lorsque le vaginisme est tel qu'il ne permet pas un suivi classique en salle de naissances, les SF doivent, en collaboration avec la patiente et dans une urgence relative, trouver des solutions pour assurer le suivi des différents stades du travail, de la phase de latence au post partum immédiat. Nous avons donc souhaité à travers cette étude savoir **en quoi les sages-femmes hospitalières disposent de connaissances pour adapter la prise en charge d'une patiente présentant un vaginisme en perpartum**. L'objectif a donc été de réaliser un état des lieux de leurs connaissances sur le vaginisme et les moyens mis en œuvre dans le perpartum pour adapter leur prise en charge.

Grâce à notre enquête, nous avons pu mettre en évidence leurs acquis sur le vaginisme et ses répercussions obstétricales. Les SF qui avaient déjà pris en charge ce type de patientes ont partagé avec nous leurs expériences et la manière dont elles avaient modifié leur prise en charge habituelle. Quant aux autres, nous leur avons demandé de nous exposer ce qu'elles proposeraient à ces patientes pour assurer les soins dans les meilleures conditions. Pour finir, toutes les SF ont été invitées à réfléchir à ce qui, d'après elles, pourrait être mis en place notamment pour améliorer le vécu de ces patientes. Il en est ressorti que la communication, l'écoute, la bienveillance et la patience étaient les piliers fondamentaux pour gagner la confiance des patientes qui présentent un vaginisme, et donc assurer des soins de qualité y compris sur le plan relationnel et émotionnel. À cela s'ajoutent toutes les techniques, méthodes et médecines complémentaires que l'on peut essayer de mettre en place. Gardons à l'esprit qu'il y a autant de prises en charge que de patientes présentant un vaginisme, que chaque idée est bonne à prendre, et que plus la prise en charge est débutée tôt bien en amont de l'accouchement, mieux c'est.

Cette étude rejoint celle sur le vaginisme et de ses répercussions obstétricales [19]. Elle permet d'amorcer la réflexion et de partager les connaissances des SF pour une meilleure prise en charge des patientes. Le vaginisme reste un sujet rarement traité alors qu'il a un impact considérable sur la vie sexuelle et les soins gynécologiques et obstétricaux. À ce titre, il faudrait développer les recherches portant sur le vaginisme et la formation des SF, professionnelles médicales de premier recours pour le bien-être de ces patientes. Dans cet optique, il peut être envisagé de prévoir d'intégrer aux revues de mortalités et de morbidité (RMM) ces prises en charges délicates. Il est également possible de créer un espace de discussion de type groupe de parole à l'intention des SF et des patientes, car, pour rappel, c'est un trouble complexe, multifactoriel et à l'expression variable.

Plusieurs des SF qui ont eu l'occasion de prendre en charge une patiente présentant un vaginisme, se sont trouvées, dans un premier temps, démunies face à la difficulté ou à l'impossibilité d'examiner. Certaines ont simplement attendu que les choses se fassent naturellement sans intervenir tant que les conditions le permettaient, d'autres ont cherché de contourner la difficulté qui se présentait à elles, mais toutes ont su adapter leur prise en charge. Nous pouvons donc au terme de cette étude confirmer que les SF hospitalières disposent de connaissances pour adapter la prise en charge d'une patiente présentant un vaginisme en perpartum.

Pour aller plus loin, nous nous sommes intéressés à une nouvelle méthode de maturation cervicale par voie orale : l'Angusta®. Ce traitement à base de Misoprostol (25 microgrammes Per Os) est indiqué dans le déclenchement du travail [34]. La méthode de déclenchement par Angusta® est proposée par certaines maternités depuis 2019. Il est d'ailleurs déjà utilisé dans certaines maternités du Grand-Est. En effet ce traitement se prend par voie orale et pourrait remplacer les actuelles méthodes de déclenchement par Propess® ou Prostine® qui sont des modes de déclenchement par voie vaginale (très problématique pour les patientes qui présentent un vaginisme). Il serait donc intéressant de réfléchir à sa mise en place dans les service de salle de naissances qui n'en font pas encore l'usage, comme moyen supplémentaire afin d'améliorer la prise en charge et le vécu du per partum des patientes qui présentent un vaginisme.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Boyer P, Crocq MA, Guelfi JD, Pull C, Pull-Erpelding MC. DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson. Fév 2015; 5 : 570-575.
- [2] Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA PSYCHIAT. 1999 Feb 10; 281(6) : 537-44.
- [3] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Sexualité : Le vaginisme qu'est-ce que c'est ? [En ligne] (consulté le 03/02/20) ; Disponible sur : <http://www.cngof.fr/la-sexualite/320-le-vaginisme-qu-est-ce-que-c-est>.
- [4] Organisation Mondiale de la santé. Thèmes de la santé. [En ligne] (consulté le 04/02/20) ; Disponible sur : <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>.
- [5] Organisation Mondiale de la santé. Santé sexuelle. [En ligne] (consulté le 04/02/20) ; Disponible sur : https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_2.
- [6] Riviere JP. Douleurs pendant les rapports sexuels (dyspareunies) : diagnostic et prise en charge. Vidal. Juil 2018. [En ligne] (consulté le 05/02/20) ; Disponible sur : <https://www.vidal.fr/actualites/22789-douleurs-pendant-les-rapports-sexuels-dyspareunies-diagnostic-et-prise-en-charge.html>.
- [7] Dyspareunie. [En ligne] (consulté le 05/02/20) ; Disponible sur : <https://www.medq.fr/dyspareunie/>.
- [8] Vaginisme-Dyspareunie. [En ligne] (consulté le 18/12/20) ; Disponible sur : <https://www.vaginisme-dyspareunie.fr/definition-du-vaginisme/vaginisme-primaire-et-secondaire/>.
- [9] Morcel K, Guierrier D, Watrin T, Pellerin I, Leveque J. Le syndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) : clinique et génétique. Elsevier Masson. Oct 2008. 37 (6) : 539-546. [En ligne] (consulté le 25/08/21) ; Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/256068/article/le-syndrome-de-mayer-rokitansky-kuster-hauser-mrkh>.
- [10] Hadjersi R, Boudiaf R, Abdelali M. Pseudohermaphrodisme masculin en rapport avec un bloc 17 bêta hydroxystéroïde déshydrogénase : à propos d'un cas avec revue de la littérature. Annales d'endocrinologie. Elsevier Masson. Sept 2015; 76 (4) : 458. [En ligne] (consulté le 24/08/21) ; Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003426615006654?via%3Dihub#>.
- [11] Cogrel C. Intérêt de l'association du renforcement des muscles du plancher pelvien et du massage périnéal anténatal, dans la prévention des traumatismes périnéaux liés à l'accouchement par voie basse. [mémoire] Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation. Pays de la Loire. 2020. 64 p.
- [12] Mimoun S. Prise en charge des dyspareunies et vaginismes. Elsevier Ed. 2014.
- [13] Cabanis C. Analyse clinique des dysfonctions sexuelles féminines. Elsevier Ed. 2014.
- [14] Cloppet C. Prise en charge d'un symptôme sexuel par les médecins généralistes : le vaginisme [Thèse d'exercice]. Faculté de Médecine Paris Descartes. Oct 2017 ; 91p.
- [15] Vaginisme : causes et traitement naturel. [En ligne] (consulté le 10/04/22) ; Disponible sur : <https://doctonat.com/vaginisme-traitement/>.
- [16] Carrier S, Charvier K, Clément P, Collier F, Colson MH, Costa P, et al. Médecine sexuelle fondement et pratique, Lavoisier Ed. Jan 2016. p.192-5.
- [17] Tourneur-Bagot O, Bagot JL. Le vaginisme : regards croisés de la gynécologue et de l'homéopathe. Rev. Homéopathie, 2015 ; 6 : p.85-9.

- [18] Haute Autorité de Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Saint-Denis La Plaine. [En ligne]. Dec 2017 (cité le 25 Janvier 2018) (consulté le 20/04/22); Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales.
- [19] Tourrilhes E, Veluire M, Hervé D, Nohuz E. Pronostic obstétrical des femmes atteintes de vaginisme primaire. 8 Avr 2019. 8; 32 : 160. [En ligne] (consulté le 24/04/22) : Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6607310/>.
- [20] Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030). [En ligne] (consulté le 30/04/22) ; Disponible sur : <https://www.ohchr.org/fr/health/global-strategy-womens-childrens-and-adolescents-health-2016-2030>.
- [21] Décret n° 2022-611 du 21 avril 2022 relatif aux compétences vaccinales des sages-femmes. [En ligne] (consulté le 26/08/22) ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045638871>.
- [22] Arrêté du 21 avril 2022 modifiant l'arrêté du 1er mars 2022 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à prescrire et à pratiquer. [En ligne] (consulté le 26/08/22) ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045638937>.
- [23] Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme. [En ligne] (consulté le 27/08/22) ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027231825/>.
- [24] L'érotisme à l'horizon de la sexualité. [En ligne] (consulté le 12/08/22) : Disponible sur : <https://sexologies.fr/>.
- [25] Elise. Et si vous optiez pour l'accouchement sous hypnose ? Psycho Hypnose PNL. 7 Août 2019. [En ligne] (consulté le 28/08/22) ; Disponible sur : <https://www.psycho-hypnose-pnl.fr/opter-pour-accouchement-sous-hypnose>.
- [26] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale et Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Enquête nationale périnatale Rapport 2021 Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements Situation et évolution depuis 2016. Oct 2022. [En ligne] (consulté le 16/10/22) ; Disponible sur : <https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf>
- [27] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. En France, la péridurale est fréquente chez les femmes qui souhaitent accoucher sans. 24 Août 2015. [En ligne] (consulté le 12/09/22) Disponible sur : <https://www.inserm.fr/actualite/en-france-peridurale-est-frequente-chez-femmes-qui-souhaitaient-accoucher-sans/>.
- [28] Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS Sur les soins intra partum pour une expérience positive de l'accouchement. [En ligne]. 7 Fev 2018 (consulté le 10/08/22) : Disponible sur : <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241550215>.
- [29] Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. 2002 ; 3 :81-90.
- [30] Devenir parents. 3 Juin 2022. [En ligne] (consulté le 12/08/22) ; Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grossesse/preparation-parentalite#:~:text=L%27entretien%20pr%C3%A9natal%20pr%C3%A9coce%20est%20un%20entretien%20individuel%20ou%20en,%25%20par%20l%27Assurance%20Maladie>.
- [31] Code de la santé publique - Article R4127-304 [En ligne] (consulté le 15/08/22); Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000026202969/.
- [32] Décret n° 2021-1526 du 26 novembre 2021 relatif aux maisons de naissance. [En ligne] (consulté le 03/09/22) ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044376702#:~:text=maison%20de%20naissance,-%C2%AB%20Art.,en%20charge%20qu%27elle%20propose>.

[33] Haute Autorité de Santé. Indications de la césarienne programmée à terme. 11 Janv 2012. [En ligne] (consulté le 13/08/22) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1070417/fr/indications-de-la-cesarienne-programmee-a-terme.

[34] Vidal. ANGUSTA 25 µg cp. 21 Juil 2022. [En ligne] (consulté le 14/08/22) ; Disponible sur : <https://www.vidal.fr/medicaments/angusta-25-g-cp-189601.html>.

ANNEXES

ANNEXE I : Figure 1 : Plan superficiel des muscles du périnée féminin [11].

ANNEXE I : Figure 2 : Plan superficiel et moyen du périnée féminin [11].

ANNEXE II : Guide d'entretien

ANNEXE III :Tableau I : Caractéristiques des 14 sages-femmes incluses dans l'étude « Analyse des pratiques professionnelles quant à la prise en charge des patientes présentant un vaginisme en salle de naissances » menée de mai à juin 2022 au sein de quatre maternités de Moselle et de Meurthe-Et-Moselle.

ANNEXE IV : Figure 2 : Récurrence des mots cités par les 14 sages-femmes interrogées en rapport avec le vaginisme – Étude « Analyse des pratiques professionnelles quant à la prise en charge des patientes présentant un vaginisme en salle de naissances » menée de mai à juin 2022 au sein de quatre maternités de Moselle et de Meurthe-Et-Moselle

ANNEXE V : Figure 3 : Récurrence des mots en rapport avec la dyspareunie cités par les 14 sages-femmes interrogées – Étude « Analyse des pratiques professionnelles quant à la prise en charge des patientes présentant un vaginisme en salle de naissances » menée de mai à juin 2022 au sein de quatre maternités de Moselle et de Meurthe-Et-Moselle

ANNEXE VI : Figure 4 : Proportion des moyens non médicamenteux cités par les 14 sages-femmes interrogées vaginisme – Étude « Analyse des pratiques professionnelles quant à la prise en charge des patientes présentant un vaginisme en salle de naissances » menée de mai à juin 2022 au sein de quatre maternités de Moselle et de Meurthe-Et-Moselle – Plusieurs réponses possibles

ANNEXE I

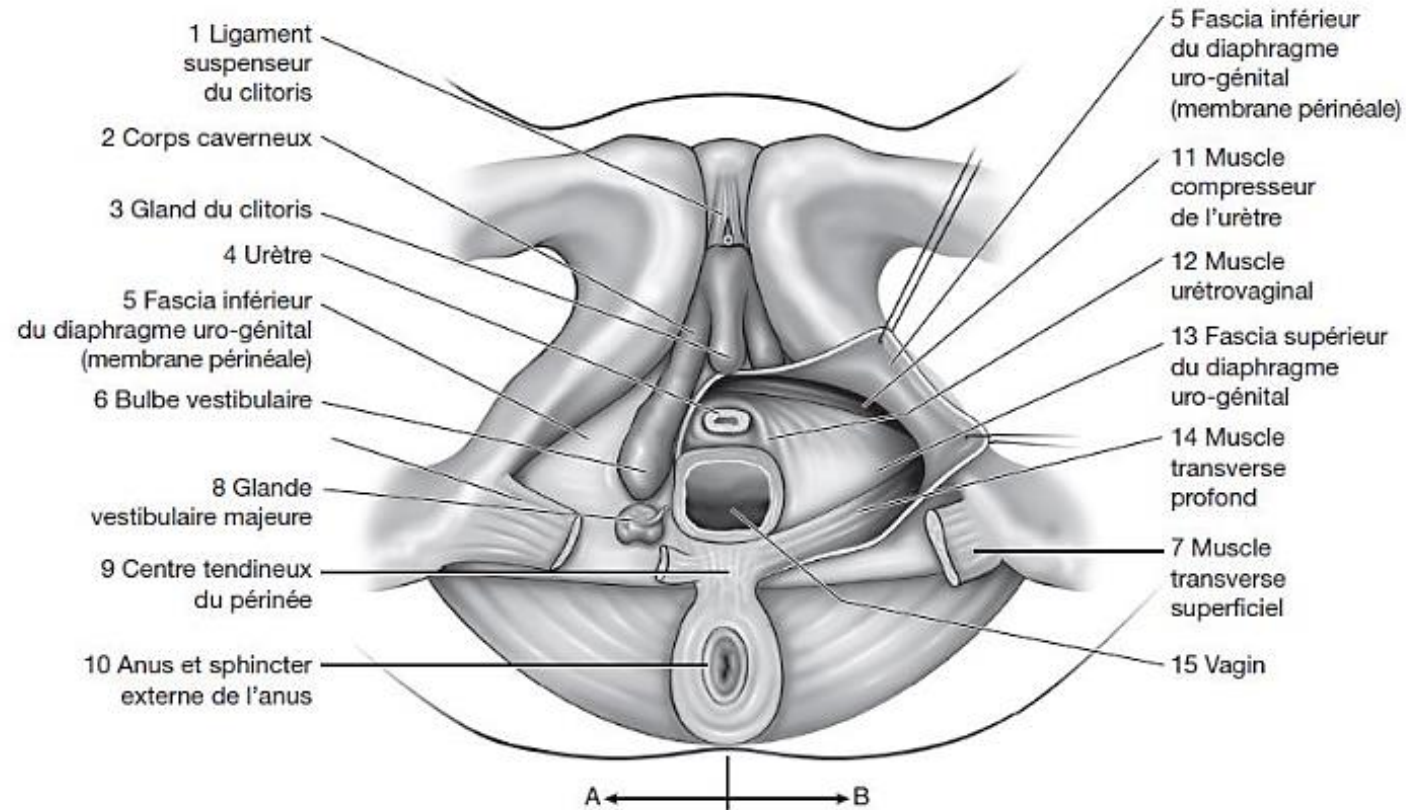


Figure 1 : Plan superficiel des muscles du périnée féminin - Légende: A = Espace superficiel du périnée; B = Espace moyen du périnée - Vue inférieure [11]

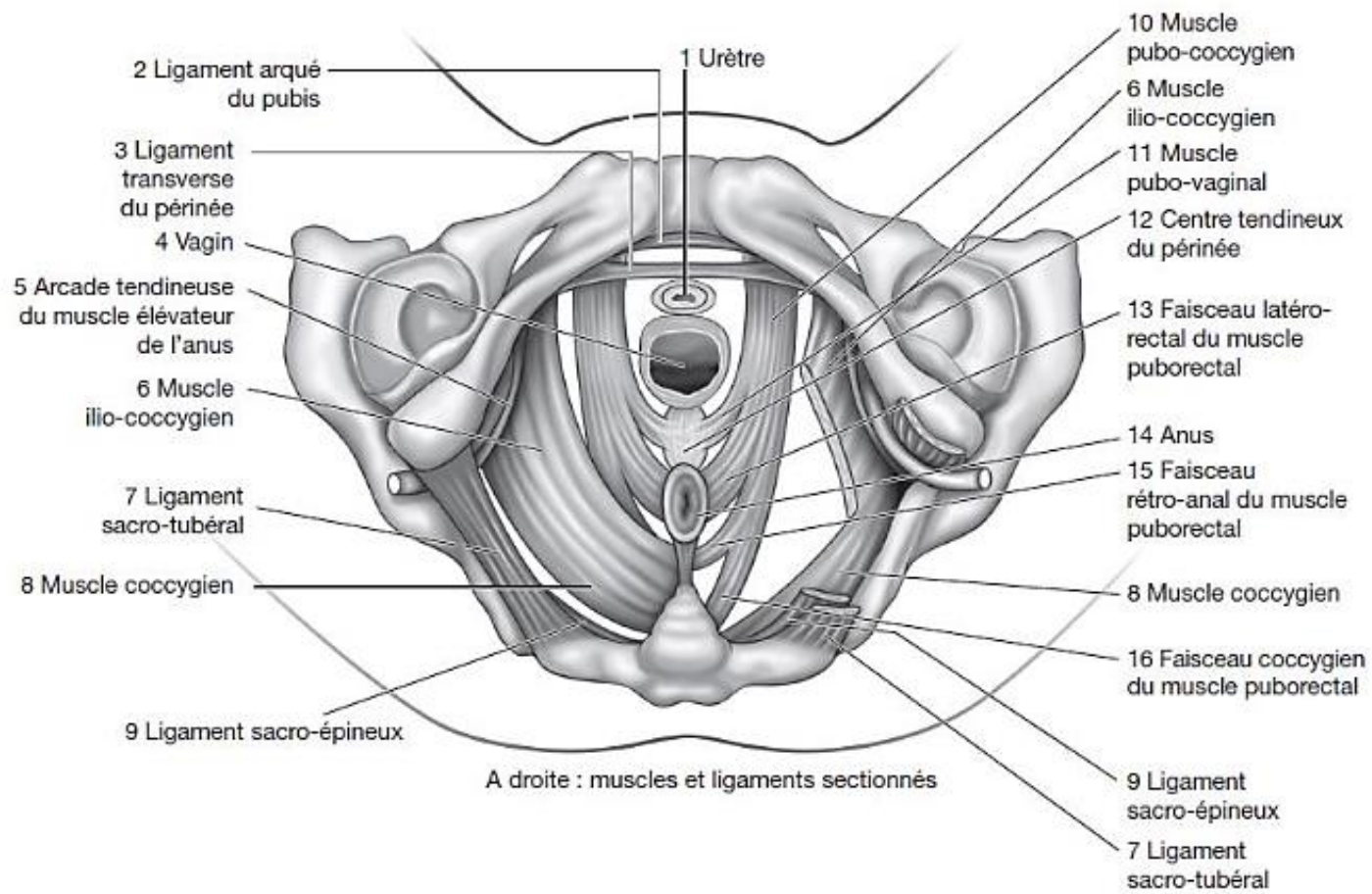


Figure 2 : Plan superficiel et moyen du périnée féminin - Vue inférieure [11]

ANNEXE II

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Bonjour, je m'appelle Wafae EL AMRANI, j'ai terminé mes études de sage-femme à l'école de Metz en validant l'intégralité des épreuves théoriques et pratiques. Il me reste à finaliser et soutenir mon mémoire pour obtenir mon diplôme d'état de sage-femme. J'exerce en qualité de sage-femme remplaçante à la clinique Claude Bernard de Metz.

Mon mémoire de fin d'études porte sur « La prise en charge et l'accompagnement des patientes présentant un vaginisme en salle de naissances ». Je réalise donc dans ce cadre des entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes hospitalières exerçant en salle de naissances. Les réponses peuvent s'appliquer aux femmes chez lesquelles un vaginisme est diagnostiqué et/ou suspecté.

Toutes les informations recueillies lors des entretiens resteront anonymes. Je vous remercie d'accepter de participer à ce travail de recherche.

Nous allons aborder trois thèmes, le premier portant sur vos connaissances générales à propos du vaginisme et de son diagnostic, puis nous parlerons des prises en charges en salle de naissances des patientes présentant cette pathologie, et nous terminerons sur quelques questions pour mieux vous connaître.

Thème 1 : Connaissances des sages-femmes sur le vaginisme et son diagnostic :

1. Questions principales :
 - Quels sont les trois premiers mots qui vous viennent à l'esprit quand je vous dis « vaginisme » ?
 - Comment définiriez-vous le vaginisme ?
 - Quels sont les trois premiers mots qui vous viennent à l'esprit quand je vous dis « dyspareunie » ?
 - Comment définiriez-vous la dyspareunie ?
 - Comment pensez-vous que vaginisme et dyspareunie puissent être liés ?
 - Quels sont les symptômes qui vous font évoquer un vaginisme chez une patiente ?

Questions de relance :

- *Lequel ? Lesquels ?*
- *À quel moment suspectez-vous une patiente atteinte de vaginisme ?*

Thème 2 : Prise en charge et conduite à tenir

1. Question principale : Avez-vous déjà pris en charge en salle de naissances, des patientes présentant des pathologies d'ordre sexuel ou chez lesquelles un trouble de ce type (dyspareunie, vaginisme) était suspecté ?

Questions de relance :

- Si **oui**, comment les prenez-vous habituellement en charge ? Votre conduite à tenir diffère-t-elle selon que la patiente soit ou non atteinte ou suspecte de vaginisme ? Que mettez-vous en place pour poursuivre les soins dans les meilleures conditions ? Disposez-vous de moyens particuliers que vous pouvez employer lorsque des patientes atteintes de vaginisme se présentent pour accoucher ?
- Si **non**, comment imaginez-vous la prendre en charge, changeriez-vous quelque chose à ce que vous faites en temps normal ?

2. Question principale : Connaissez-vous des prises en charges non médicamenteuses que vous pourriez utiliser en salle de naissances ?

Questions de relance :

- Êtes-vous formée aux médecines alternatives comme l'hypnose, l'acupuncture ou l'eutonnie ?
- Si oui, lesquels ?
- Si non, avez-vous des collègues formés à ces pratiques (hypnose, acupuncture, eutonnie) au sein du service ?

3. Question principale : Avez-vous des protocoles pour l'usage de l'homéopathie en salle de naissances ?

Questions de relance :

- Si oui, ce protocole peut-il s'appliquer en cas de vaginisme ?
- Pensez-vous que l'homéopathie puisse apporter une aide pour accompagner une parturiente présentant un vaginisme ? Pourquoi ?

4. Question principale : Disposez-vous d'une salle de pré-travail/travail nature ?

Questions de relance :

- Pensez-vous qu'il soit pertinent d'installer une patiente atteinte de vaginisme en salle nature ?
- Pourquoi ?

5. Question principale : Face à une parturiente chez qui vous suspectez un vaginisme ou s'il est avéré, à quel moment proposez-vous la pose de la péridurale ?

Question de relance :

- Pensez-vous que la péridurale favorise l'accompagnement et la prise en charge d'une parturiente chez qui vous suspectez un vaginisme ou qui présente un vaginisme ? En quoi ?
- Pensez-vous proposer plus tôt la pose d'une péridurale à une patiente présentant un vaginisme qu'à une patiente n'en présentant pas ?

6. Questions principales :
- Que pensez-vous qu'il faudrait mettre en place ou proposer pour améliorer la prise en charge d'une femme présentant un vaginisme en salle de naissances ?
 - Que pensez-vous qu'il faudrait mettre en place ou proposer afin d'améliorer le vécu d'une femme présentant un vaginisme en salle de naissances ?

Thème 3 : Présentation/Cursus

1. Questions principales :
- Pouvez-vous, si vous le voulez bien, vous présenter, en m'indiquant dans un premier temps votre âge ?
 - Pourriez-vous m'indiquer l'année d'obtention de votre Diplôme d'État ?
 - Pourriez-vous m'indiquer l'école dans laquelle vous avez suivi votre formation initiale ?
 - Avez-vous suivi des enseignements en sexologie ?

Questions de relance :

- *Si oui, à quelle occasion (formation initiale ou continue) ? Quand ? Pourquoi ? Laquelle ? Proposée par votre établissement ou à titre personnel ?*

2. Question principale : Avez-vous pu mettre à profit ce qui vous a été enseigné en sexologie jusqu'à présent ?

Questions de relance :

- *Si oui, à quelle occasion ? Comment ? Avez-vous amélioré le vécu de la patiente ?*
- *Si non, pourquoi ?*

3. Question principale : Avant que nous ne mettions un terme à cet entretien, avez-vous des choses à ajouter, des points que vous auriez souhaité aborder ?

Je vous remercie d'avoir participé à cet entretien.

Je me permets de vous rappeler que vous pouvez quitter cette étude à tout moment et/ou avoir accès aux principaux résultats après sa validation par un jury. Pour ce faire, il vous suffit de me le faire savoir ou d'adresser un mail à l'adresse suivante : wifi.am@gmail.com

ANNEXE III

Tableau I : Caractéristiques des 14 sages-femmes incluses dans l'étude « Analyse des pratiques professionnelles quant à la prise en charge des patientes présentant un vaginisme en salle de naissances » menée de mai à juin 2022 au sein de quatre maternités de Moselle et de Meurthe-Et-Moselle

Sage-Femme	Âge (années)	Diplôme*	École**	Enseignement de sexologie durant la formation initiale et/ou continue	Possibilité de mettre à profit les enseignements de sexologie suivis
G	27	2021	Nancy	« Sexologie oui, mais [pas] sur le vaginisme »	« Non [...] Bah parce que pour moi à part dire en post partum, a part dire la reprise des rapports sexuels c'est quand vous voulez, ce n'est pas forcément la pénétration, et en salle d'accouchement, je vois pas où j'aurai parlé de sexologie, pour moi c'est plus chez les sages-femmes libérales quoi, qui font du suivi gynéco etc., à mon avis »
O	43	2004	Metz	« En dehors non, et je crois qu'on a dû avoir un sexologue qui est venu une après-midi à l'école de sage-femme »	« Absolument pas, je ne m'en souviens plus »
B	37	2008	Nancy	« Oui, pendant la formation initiale uniquement oui »	« Oui, [...] en consult tout simplement »
C	49	1996	Metz	« Oui, on les avait et durant la formation »	« Pas du tout, c'étaient des généralités, c'était assez succinct »
D	38	2008	Metz	« Non, moi je n'ai pas eu ça, je n'ai même pas eu de cours de pharmaco »	/
E	57	1985	Metz	« Non, une conférence d'un sexologue que j'ai trouvé vraiment très intéressant M. Waynberg mais c'était après mes études, ça avait lieu à Bonsecours. Je me souviens plus de ce qu'on a développé là-dessus, mais il y avait aussi la place du père en salle d'accouchement etc. Mais sinon non, depuis je n'en ai plus fait »	« Ils parlaient de façon générale hein, on ne parlait pas du vaginisme spécialement »
F	50	1995	Nancy	« Non, du tout »	/
H	48	1997	Metz	« On a eu l'intervention d'un ou deux jours du professeur Waynberg »	« Tout n'était pas à mettre à profit, non, la place du père là, tout ça, je pense qu'il fait exprès de choquer l'assistance aussi, je pense qu'il est dans la provoque »

Sage-Femme	Âge (années)	Diplôme*	École**	Enseignement de sexologie durant la formation initiale et/ou continue	Possibilité de mettre à profit les enseignements de sexologie suivis
I	43	2003	Metz	« Non mais moi j'ai fait le DIU de prévention et suivi gynéco, donc il y a des cours de sexologie mais c'est très limité, on a dû avoir trois fois deux ou trois heures. Et à l'école on a eu un genre de colloque en dernière année l'intervention du professeur Waynberg qui était relativement controversé »	« Alors, ce n'était pas en lien avec ça, les cours portaient plus sur la sexualité chez l'adolescent. Donc non. Par contre, ce qui a influencé ma pratique c'est une formation sur les violences sexuelles. Mais ce n'était pas une formation dispensée par les sexologues, c'était dans un autre cadre [...] ce que j'ai retenu en tout cas et que je mets en lien avec le vaginisme c'est ce que c'est une prise en charge pluridisciplinaire »
M	33	2003	Metz	« Non ou alors très peu par une sexologue qui a dû passer deux heures »	« Non, mais après j'aime bien lire les articles de Laura Goubet c'est intéressant »
J	43	2001	Metz	« Oui, par le professeur Waynberg. Après j'ai fait une formation il y a trois ans sur « sexualité, grossesse et accouchement » avec l'ADCO***. C'était avec une super sage-femme qui avait un DU de sexo et c'était génial »	« Oui, bien sûr »
P	44	2003	Nancy	« Non, je ne crois pas »	/
R	30	2016	Metz	« Oui, quelques cours pendant la formation, mais pas en dehors »	« Non pas vraiment, parce que les cours n'étaient pas adaptés, on n'avait pas beaucoup d'outils, c'étaient plus des notions fondamentales, mais pas de conduite à tenir en fonction des cas »
T	60	1983	Metz	« Je crois qu'on a eu des cours, mais ça date évidemment »	« Franchement, c'étaient juste des cours théoriques. Il y a 40 ans c'étaient juste les bases »

* : Année d'obtention du diplôme d'état de sage-femme

** : École ayant assuré la formation initiale

*** : Atelier pour le Développement des Connaissances Obstétricales (ADCO)

ANNEXE IV

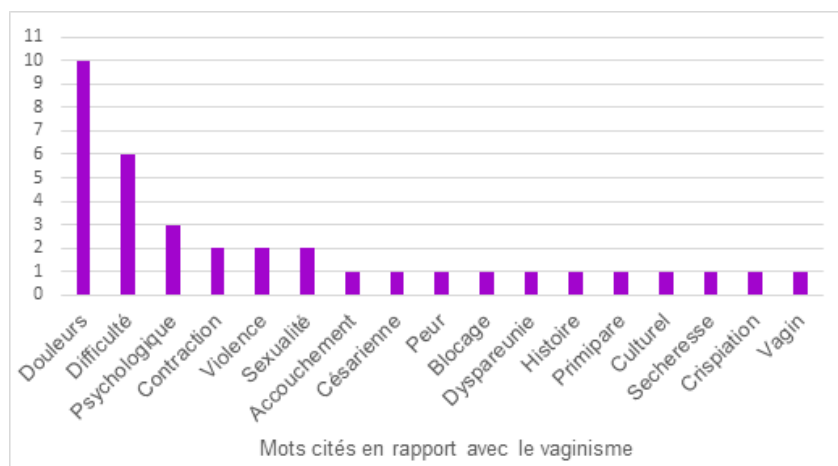


Figure 2 : Récurrence des mots cités par les 14 sages-femmes interrogées en rapport avec le vaginisme – Étude « Analyse des pratiques professionnelles quant à la prise en charge des patientes présentant un vaginisme en salle de naissances » menée de mai à juin 2022 au sein de quatre maternités de Moselle et de Meurthe-Et-Moselle

ANNEXE V

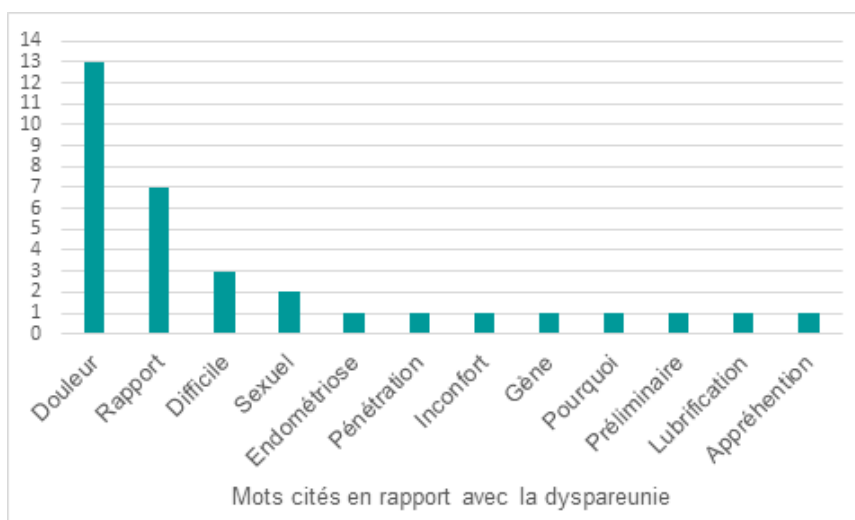


Figure 3 : Récurrence des mots en rapport avec la dyspareunie cités par les 14 sages-femmes interrogées – Étude « Analyse des pratiques professionnelles quant à la prise en charge des patientes présentant un vaginisme en salle de naissances » menée de mai à juin 2022 au sein de quatre maternités de Moselle et de Meurthe-Et-Moselle

ANNEXE VI

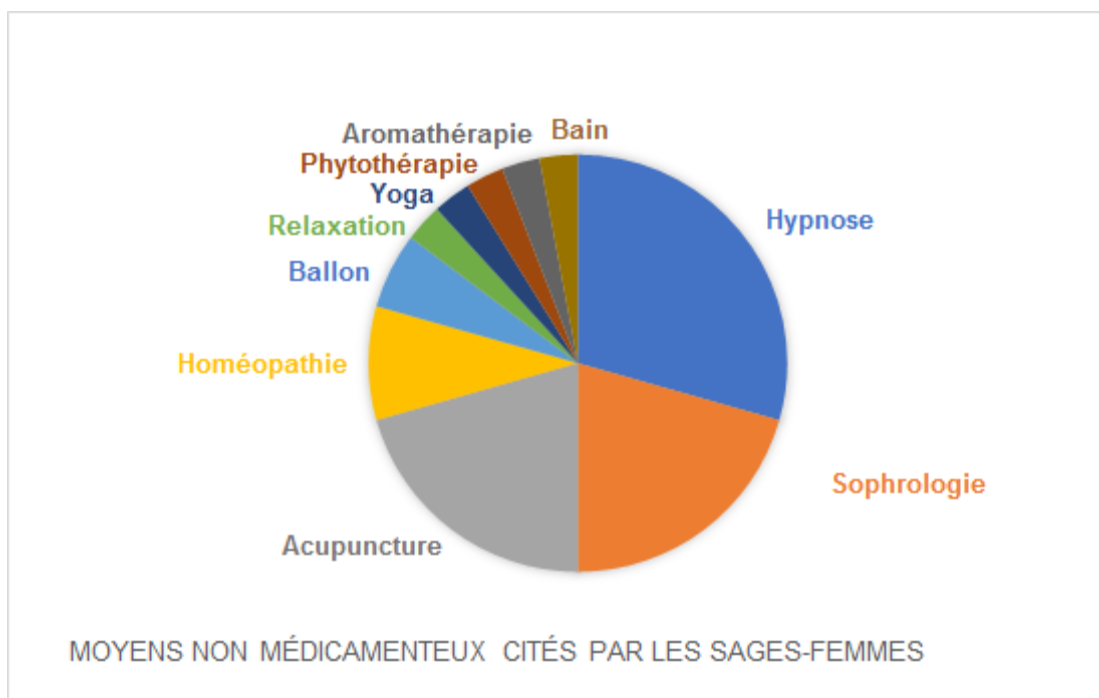


Figure 4 : Proportion des moyens non médicamenteux cités par les 14 sages-femmes interrogées vaginisme – Étude « Analyse des pratiques professionnelles quant à la prise en charge des patientes présentant un vaginisme en salle de naissances » menée de mai à juin 2022 au sein de quatre maternités de Moselle et de Meurthe-Et-Moselle – Plusieurs réponses possibles

Le vaginisme : Accompagner les femmes pour un meilleur vécu du per partum

Étude qualitative, par entretien semi-directif entre Mai et Juin 2022 auprès de 14 sages-femmes hospitalières de Moselle et de Meurthe-et-Moselle

RÉSUMÉ

Introduction : Le vaginisme est un trouble de la santé sexuelle. Il touche de nombreuses femmes dans le monde et entraîne des répercussions gynécologiques et obstétricales importantes, notamment pendant la période du perpartum. La Haute Autorité de Santé préconise de « faire bénéficier toutes les femmes d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté à leur demande » (Recommandations de 2017 portant l'accouchement normal). C'est pourquoi l'objectif de notre étude était de réaliser un état des lieux des connaissances des sages-femmes hospitalières sur le vaginisme et les moyens utilisés en perpartum pour adapter leur prise en charge.

Méthode : Il s'est agi d'une étude qualitative observationnelle menée par entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes hospitalières prenant en charge des parturientes. Elle a été menée entre mai et juin 2022 au sein des services de salle de naissances et de suites de couche de quatre maternités de Moselle et de Meurthe-et-Moselle.

Résultat : L'étude a montré que ces sages-femmes possèdent les connaissances requises pour dépister le vaginisme et adapter leur prise en charge. En effet elles ont pu citer de nombreux moyens à mettre en place pour améliorer la prise en charge et le vécu des patientes présentant un vaginisme durant la période perpartum. Elles se sont montrées créatives pour proposer des solutions afin d'assurer les soins dans les meilleures conditions et dans le respect des patientes et de leurs troubles.

Conclusion : Cette étude témoigne du réel intérêt que portent les sages-femmes au bien-être des patientes surtout si elles présentent des troubles tels que le vaginisme et tout particulièrement en salle de naissances. Plusieurs idées et pistes de réflexions ont été suggérées et méritent d'être explorées. Le bénéfice pour les patientes avec un vaginisme qui se présentent en salle de naissances s'en trouvera amélioré.

MOTS CLÉS : VAGINISME, PER PARTUM, TRAVAIL, ACCOUCHEMENT, DIFFICULTE, SUIVI.

ABSTRACT:

Introduction: Vaginism is an illness that affects sexual activity. Overall, it affects many women with significant gynecological and obstetric consequences, especially during childbirth. All women should receive ongoing, one-on-one, individualized support during normal childbirth, according to the High Health Authority in 2017. The main objective of our study was to identify hospital midwives' knowledge of vaginism and how they adapt their care during pregnancy.

Method: A qualitative observational study was conducted with hospital midwives providing parturition care. Four maternity hospitals from Moselle and Meurthe-et-Moselle took part in the study from May to June 2022. Their creativity led to solutions designed to ensure patients get the best possible care.

Results: The research showed that midwives could diagnose vaginism and adjust their care accordingly. They came up with creative ways to improve the experience and management of patients with vaginism.

Conclusion: Midwives really care about the well-being of patients, especially when they give birth and have disorders like vaginism. They suggested several alternatives that should be considered to improve the benefits for patients with vaginism presenting in the delivery unit.

KEYWORDS: VAGINISM, PER-PARTUM, LABOR, DELIVERY, DIFFICULTIES, FOLLOW-UP.