



Année 2019 - 2020

Évaluation, identification
des freins et propositions
d'outils d'amélioration de
la prise en charge et du
diagnostic de vaginisme en
médecine générale

Étude qualitative par entretien semi-directif
auprès de six soignants Bruxellois

Tuteur : Dr Samia Achaara

Remerciements

Je tiens à remercier le Dr Olivier Hubert et le Dr Sophie Caurdelier, responsables des séminaires loco-régionaux, qui ont su apporter les premiers conseils à l'élaboration de mon travail.

Je remercie également le Dr Samia Achaara, tutrice de mon TFE. Son accompagnement et son soutien m'ont été indispensables.

Je remercie mes amis et mes collègues, le Dr Myriam Ou-chérif, le Dr Neslin Sahan, le Dr Sadegh Hossein et le Dr Farida Eabdellatin pour leur relecture et leurs conseils avisés.

Je remercie mon maître de stage ainsi que tous mes collègues pour leurs encouragements et leur compréhension.

Je remercie mon père (R.I.P) ainsi que ma mère pour l'amour et le soutien dont ils ont toujours fait preuve.

Je remercie mes sœurs et frères pour leur présence en tout temps et en toute circonstance.

Enfin, je remercie mon époux et mon fils pour l'amour et la joie qu'ils m'apportent au quotidien.

À vous tous, MERCI.

Table des matières

1. Abréviations.....	4
2. Résumé	5
2.1 Introduction	5
2.2 Objectifs	5
2.3 Méthode.....	5
2.4 Résultats	5
2.5 Conclusion.....	5
3. Introduction	6
3.1 Définitions	6
3.2 Epidémiologie	6
3.3 Objectifs de mon étude.....	7
4. Matériel et Méthode.....	7
4.1 Type d'étude.....	7
4.2 Population étudiée	8
4.3 Constitution de l'échantillonnage.....	8
4.4 Procédure d'intervention	8
4.5 Revue de littérature	9
5. Résultats.....	9
5.1 Déroulement	9
5.2 Description statistique des personnes interrogées	10
5.3 Déroulement des consultations, diagnostic et prise en charge	10
5.4 Formation des soignants sur les dysfonctions sexuelles.....	21
5.5 Freins dans la prise en charge et le diagnostic du vaginisme en médecine générale.....	22
Le temps	22
La formation	23
L'âge du médecin généraliste.....	23
Être mal à l'aise face à la sexualité	23
Le tabou de la santé mentale et sexuelle.....	24
La facilité à prendre en charge un type de patiente (âge, origine socio-culturelle, religion)	24
Être médecin traitant, médecin de famille	25
5.6 Suggestions d'amélioration du diagnostic et de la prise en charge du vaginisme	26
6. Discussion.....	29
6.1 Validité interne et limitations méthodologiques.....	29
6.1.1 Validité interne	29
6.1.2 Limitations méthodologiques.....	29

6.2	Validité externe	30
6.2.1	Déroulement des consultations, diagnostic et prise en charge	30
6.2.1.1	Fréquence et anamnèse.....	30
6.2.1.2	Démarche diagnostique	31
6.2.1.3	Prise en charge et traitements	32
6.2.2	La formation des soignants.....	34
6.2.3	Les freins dans la prise en charge.....	34
6.2.4	Suggestions d'amélioration	37
7.	Apport personnel	38
8.	Conclusion.....	39
9.	Brochure : Comment gérer le vaginisme en consultation ?.....	41
10.	Bibliographie	43
11.	Annexes	46
	Annexe 1 : Guide d'entretien	46
	Annexe 2 : Entretien MG1	47
	Annexe 3 : Entretien MG2	51
	Annexe 4 : Entretien MG3	53
	Annexe 5 : Entretien Sexo.....	55
	Annexe 6 : Entretien Gy.....	59
	Annexe 7 : Entretien MG4	62
	Annexe 8 : Contenu de la fiche à l'attention du médecin généraliste	65
	Annexe 9 : Brochure formation en sexologie à l'UCL.....	67
	Annexe 10 : Brochure formation en sexologie à l'ULB.....	69
	Annexe 11 : Brochure formation en sexologie à l'ULG	70

1. Abréviations

DSM IV-TR : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux IV – Texte Révisé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

TFE : Travail de Fin d'Étude

CDLH : Cebam Digital Library for Health

HAS : Haute Autorité de Santé

MeSH : Medical Subject Heading

MG : Médecin généraliste

Sexo : Sexologue

Gy : Gynécologue

CUSL : Cliniques universitaires Saint-Luc

UCL : Université catholique de Louvain

ULB : Université libre de Bruxelles

2. Résumé

2.1 Introduction

Le vaginisme est une dysfonction sexuelle féminine se manifestant par une contracture spasmodique et involontaire primaire des muscles de la paroi du vagin empêchant ainsi l'intromission de toute chose, qu'elle soit réelle ou fantasmée (2). Sa fréquence est relativement importante (5-17%) (3). Or, les dysfonctions sexuelles de ce type ne sont que rarement abordées lors des consultations de médecine générale (4).

2.2 Objectifs

Ce travail a pour but d'évaluer le diagnostic et la prise en charge de cette pathologie en médecine générale et d'en identifier les principaux freins. À terme, il fournira des pistes aux médecins généralistes afin de mieux appréhender ces consultations

2.3 Méthode

Il s'agit d'une étude qualitative par entretien semi-directif auprès de soignants de la région Bruxelloise. Parmi eux, des médecins généralistes, un sexologue et un gynécologue. Les entretiens sont anonymes, se basent sur un guide d'entretien établi au préalable à l'aide d'une revue de la littérature et sont retranscrits dans leur intégralité.

2.4 Résultats

Six soignants ont été interrogés : quatre médecins généralistes, un sexologue et un gynécologue. Parmi les médecins généralistes, l'abord de la question de la sexualité reste difficile que ce soit par manque de temps, d'expérience, de connaissances ou par gêne au vu de la proximité avec la patiente. Le sujet est souvent éludé lorsqu'il n'est pas abordé par les patientes. Ces dernières sont souvent référées à d'autres praticiens (gynécologues et sexologues en particulier) qui prennent en charge de manière différente ces patientes, en fonction de l'étiologie déterminée, tout en arrivant à des résultats généralement satisfaisants.

2.5 Conclusion

Cette étude a permis de faire le point sur le diagnostic et la prise en charge du vaginisme en médecine générale. Elle a également permis de proposer quelques outils pour faciliter la gestion de ces consultations, notamment une brochure reprenant les points essentiels.

Mots clés : dysfonction sexuelle féminine, vaginisme, médecine générale, freins, sexologie

3. Introduction

3.1 Définitions

Depuis plus de 150 ans, le vaginisme, défini par la présence de spasmes musculaires vaginaux, est connu et documenté (1). Aujourd'hui, le vaginisme fait partie du manuel diagnostique des troubles mentaux. Dans la version DSM IV-TR on peut retrouver les différents critères :

Il s'agit plus précisément d'une contraction involontaire, répétée et persistante, des muscles périnéaux qui entourent le tiers externe du vagin, en cas de tentative de pénétration par le pénis, le doigt, un tampon ou un spéculum (critère A).

L'affection doit être à l'origine d'un désarroi marqué ou de difficultés interpersonnelles (critère B)

L'affection n'est pas mieux expliquée par un autre trouble et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (critère C). Chez certaines femmes, la simple anticipation d'une pénétration vaginale peut déclencher un spasme musculaire. La contraction peut aller de légère, responsable d'un certain resserrement et d'une certaine gêne, à sévère, empêchant la pénétration. (2)

On décrit ensuite une série de sous-type tels que « généralisé ou situationnel », « de tout temps ou acquis », « dû à des facteurs psychologiques ou à une combinaison de facteurs ».

3.2 Epidémiologie

Il est difficile de trouver des chiffres clairs concernant le vaginisme tant les études de fréquence sont rares. On retrouve dans la littérature des estimations oscillant entre 5 et 17% à l'échelle mondiale (3).

Une chose est sûre, le vaginisme est une affection relativement fréquente. Pourtant, en médecine générale, médecine de première ligne, les dysfonctions sexuelles féminines sont rarement à l'ordre du jour lors des consultations. Selon une étude de la SFMG menée en 2000 et 2001, 26% des médecins généralistes de leur réseau ne s'occupent pas des dysfonctions sexuelles, masculines et féminines confondues. Lorsque ces consultations sont menées, on retrouve une inégalité au niveau de la proportion hommes/femmes. En effet, Il y a six fois plus d'hommes que de femmes parmi les patients qui sont pris en charge pour ce type de problème. (4)

3.3 Objectifs de mon étude

J'ai décidé d'effectuer un TFE sur le vaginisme après une consultation sur le sujet durant laquelle je me suis trouvée complètement démunie en l'absence de connaissance et de formation sur la question. Après discussions avec quelques consœurs et confrères, je me suis rendue compte que le problème n'était pas isolé. En effet, les médecins généralistes n'effectuent soit pas de consultation autour des dysfonctions sexuelles de leurs patientes soit, lorsqu'ils le font, se sentent également démunis.

J'ai donc choisi ce thème avec pour objectifs de :

- Évaluer la qualité des consultations autour des dysfonctions sexuelles, et principalement le vaginisme, à l'aide d'un guide d'entretien ;
- Cerner les freins ressentis par le médecin généraliste dans le diagnostic et la prise en charge de cette pathologie à l'aide d'un guide d'entretien ;
- Permettre ensuite aux médecins généralistes d'aborder le vaginisme plus sereinement en fournissant des pistes pour une prise en charge optimale ;
- Permettre ainsi au médecin généraliste d'aider la patientèle féminine souffrant de vaginisme et se trouvant souvent dans l'errance thérapeutique.

4. Matériel et Méthode

4.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative en entretien individuel semi-dirigé. Il m'a semblé qu'elle était la plus à-même de répondre aux questionnements soulevés par ma problématique. Ce type de recherche permet de discuter la notion de vaginisme avec les soignants tout en les orientant afin d'avoir une base comparable lors de l'analyse thématique. Cela a permis de faire émerger les idées, les expériences et la vision de chaque participant. J'ai ainsi interrogé des médecins généralistes, mais pas uniquement. Parmi les candidats, on retrouve également une sexologue et un gynécologue. Pour diriger mes interviews, j'ai utilisé un guide d'entretien confectionné à l'aide de mes recherches dans la littérature.

Les études qualitatives sont intéressantes pour l'élaboration de ce type de travail car elles *« permettent aux gens de s'exprimer dans leur propre voix, plutôt que de se conformer à des catégories et les conditions qui leur sont imposées par d'autres »* (Sofaer, 1999, p. 1105). (5)

4.2 Population étudiée

J'ai inclus dans mon étude les prestataires de soins en contact avec des femmes qui ont une vie sexuelle active (peu importe l'âge) et qui exercent à Bruxelles, tout type de pratique confondue (seule ou en association).

4.3 Constitution de l'échantillonnage

J'ai essayé de contacter par téléphone et par courriel un total de 24 prestataires de soins. 16 d'entre eux m'ont répondu. Une partie d'entre eux a exprimé un refus quant à la participation à cette étude, soit par manque de temps, soit par absence d'intérêt pour la question.

Au total, j'ai questionné six soignants. Les rendez-vous ont été fixés en fonction des convenances de chacun.

Les interviews ont eu lieu entre les mois de février 2020 et avril 2020.

4.4 Procédure d'intervention

Les entretiens ont été menés soit en face-à-face soit par voie téléphonique avec les modalités suivantes :

- Je débute la séance en me présentant ;
- Je rappelle le sujet de mon mémoire et ses principaux objectifs ;
- J'informe le participant que la discussion est enregistrée à l'aide d'un dictaphone mais qu'elle reste strictement anonyme ;
- Je pose ensuite les questions en fonction de mon guide d'entretien, mais il m'arrive de m'en détacher pour préciser les idées ou lorsque la question ne convient pas à la pratique du soignant.

Finalement, les entretiens sont retranscrits dans leur intégralité et présentent de la manière la plus fidèle possible les paroles des intervenants (cf. annexes 2 – 7). Les onomatopées ne sont pas retranscrites.

4.5 Revue de littérature

Dans le but d’approfondir mes connaissances et afin de constituer mon guide d’entretien, j’ai effectué une revue de la littérature actuelle.

J’ai commencé mes recherches sur des sites francophones, notamment *La Revue Prescrire*, le CDLH, la HAS, avec des mots-clés en français (vaginisme, dysfonction sexuelle féminine).

Les recherches étant peu fructueuses, j’ai utilisé les mêmes moteurs de recherche, mais avec les termes traduits en anglais (vaginismus, female sexuelle dysfunction, vaginismus and general practitioner, study, epidemiology, etc.), ce qui a donné beaucoup plus de résultats. D’autres sites ont été également explorés tels que *Pubmed*, *Uptodate*, *EMconsult*, *The Journal of Sexual Medicine*, *Cairn.info*, *Google Books* et *Google Scholar*.

J’ai ainsi obtenu une centaine d’articles. En affinant les mots-clés, notamment via le thésaurus *MeSH*, une vingtaine d’articles s’est distinguée. Ensuite, le tri final s’est opéré en lisant les abstracts, ce qui a permis de garder quatre articles réellement pertinents afin d’établir mon guide d’entretien (cf. annexe 1).

5. Résultats

5.1 Déroulement

J’ai eu l’occasion d’interroger six soignants : quatre médecins généralistes, une sexologue (sage-femme) et un gynécologue.

Deux médecins généralistes travaillent en pratique seule, un à Anderlecht, un à Jette.

Deux médecins généralistes travaillent en maison médicale à Laeken et à Molenbeek Saint-Jean

Le gynécologue exerce à l’hôpital Saint-Luc à Woluwe-Saint-Lambert.

La sexologue exerce à Molenbeek Saint-Jean et à Ganshoren.

Les premières interviews se sont déroulées en face à face dans les cabinets respectifs. Les trois dernières ont été effectuées par téléphone. Elles ont duré entre 10 et 25 minutes.

5.2 Description statistique des personnes interrogées

Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques des participants

Entretien	MG1	MG2	MG3	Sexo	MG4	Gy	Ratio
Age (années)	30	28	29	30	34	38	31,5
Genre	F	F	F	F	M	M	2F/1M
Expérience professionnelle (années)	4	2	3	7	10	14	6,7
Lieu de travail	Laeken	Molenbeek Saint-Jean	Anderlecht	Molenbeek Saint-Jean / Ganshoren	Jette	Woluwe-Saint-Lambert	/
Type de pratique	Maison Médicale	Maison Médicale	Seul	Seul	Seul	Hôpital	/
Cursus médical de base	UCL	UCL	UCL	/	ULB	UCL	/

L'âge moyen des soignants est de 31,5 ans, la plus jeune ayant 28 ans et le plus âgé, 38 ans.

L'expérience moyenne est de 6.7 ans avec un minimum de 2 ans et un maximum de 14 ans.

Nous avons un ratio de 2 femmes pour 1 homme

5.3 Déroulement des consultations, diagnostic et prise en charge

Concernant l'abord de la question de la sexualité lors de la consultation, plus de la moitié des médecins généralistes attendent que le patient le fasse.

Entretien MG1

« C'est souvent le patient qui aborde le sujet, (...) en général ce n'est pas leur 1^{ère} plainte, ils viennent souvent pour autre chose et puis, dans le décours de la consultation, ils vont glisser ça (...). »

Entretien MG2

« Déjà, pour ma part, je ne pose jamais la question, j'attends que ce soit le patient qui m'apporte la plainte. Ou, du moins, qu'il m'apporte un mal-être et de là on pourrait découler sur la question. Je ne me sens pas apte moi-même à évoquer le sujet, et puis je n'y pense pas forcément. »

Entretien MG3

« Je n'évoque jamais le sujet d'emblée, c'est un sujet tabou pour un grand nombre de personnes. »

L'autre moitié ainsi que les spécialistes évoquent le sujet d'emblée lorsqu'ils estiment que c'est nécessaire.

Entretien MG4

« C'est moi qui initie le problème en demandant la permission au patient. Je leur dis que j'aimerais poser une question plus délicate : "est-ce que vous me le permettez ?" Parfois j'explique le pourquoi, par exemple si tous les symptômes me font penser à des problèmes d'ordre sexuel, je demande si je peux poser des questions. »

Entretien Gy :

« Je travaille dans un service qui traite principalement de l'endométriose. (...) Nous sommes, par la force des choses, obligé d'évoquer la sexualité de la patiente. »

Un médecin généraliste se sent mal à l'aise pour parler de sexualité

Entretien MG3

« Je ne suis pas à l'aise avec la question, c'est très intime, voire tabou. Je ne me vois pas poser la question des rapports sexuels (...). »

Quatre soignants ont évoqué spontanément **l'importance d'établir un lien de confiance** dans ce genre de pathologie.

Entretien MG1

« (...) le patient, s'il ne connaît pas le médecin, ou s'il n'a pas confiance, il ne va pas vouloir en parler. Donc il faut créer cette confiance. »

Entretien MG2

« (...) elle pourrait craindre qu'on en parle ou qu'on porte un jugement, c'est pour ça qu'il faut mettre le patient en confiance très tôt et lui faire comprendre qu'on est soumis au secret professionnel. »

Entretien MG4

« Je rappelle le contexte du secret médical en disant : "voilà, ça reste entre nous". »

Entretien Sexo

« (...) il faut que le lien de confiance s'établisse d'abord. »

Tous les soignants interrogés sur la question de **la santé sexuelle**, qu'elle soit liée à la satisfaction sexuelle ou non, sont convaincus qu'elle est **l'affaire du médecin généraliste**.

Entretien MG2

« Oui, je pense, car nous sommes la première ligne de soin, c'est à nous de déceler cela, ou plutôt c'est à nous que le patient doit apporter cela et alors nous pouvons le rediriger vers des spécialistes. »

Entretien MG3

« Normalement oui, même si je ne le fais pas bien. Le médecin généraliste est assez facilement accessible, en tout cas plus que les sexologues ou les spécialistes. Quel que soit le problème, c'est au médecin généraliste qu'il faut en parler en premier et ensuite c'est à lui de voir s'il veut référer ou non. »

Entretien Sexo

« Oui, j'en suis certaine, (...). Selon moi, la santé sexuelle doit faire partie intégrante de l'anamnèse et ainsi la patiente sautera sur l'occasion pour évoquer ses problèmes et elle saura qu'elle peut en parler librement. »

Entretien Gy

« Oui, entre autres, je pense que c'est l'affaire de beaucoup de médecins. La gynécologie de première ligne doit être menée par le médecin généraliste, j'en suis convaincu. Tout ce qui est dépistages, infections, et donc, par la force des choses, la sexualité, est l'affaire du médecin généraliste. »

La **fréquence** à laquelle les prestataires de soins mènent ce genre de consultation est très différente. On retrouve plus de consultations sur les dysfonctions sexuelles féminines auprès des gynécologues et sexologues. Il n'y a qu'un médecin généraliste qui le fait systématiquement.

Entretien MG1

« Ce n'est pas très fréquent parce que les patientes ne sont pas très à l'aise avec ce genre de soucis. (...) J'en vois finalement une dizaine par an, mais je sais que beaucoup n'en parle pas. »

Entretien MG2

« Mes consultations sur le thème de la santé sexuelle porte le plus souvent sur la contraception, les moyens de protection, les MST. Par contre ce qui est de l'ordre psychologique ou affectif, je n'en ai pas. »

Entretien MG3

« La seule consultation dont je me rappelle sur la question concernait une patiente atteinte de vaginisme. »

Entretien MG4

« Je pense presque systématiquement, je le fais chez toutes mes patientes. »

Entretien Gy

« J'effectue environ une dizaine de consultations par semaine sur les dysfonctions sexuelles, il s'agit principalement de dyspareunie, qu'elle soit intromission ou profonde. »

La moitié des médecins généralistes ne se sent pas **apte à prendre en charge** les patientes atteintes de vaginisme.

Entretien MG1

« Honnêtement nous n'avons pas un bagage suffisant pour soigner correctement les patientes. »

Entretien MG3

« Vraiment pas, j'étais perdue, je passais d'un sujet à l'autre, puis je revenais sur mes dires. J'allais dans tous les sens. J'ai temporisé le temps de mieux faire des recherches sur la question. »

Un médecin généraliste pense pouvoir gérer la consultation si ça devait arriver tandis que le dernier se sent réellement apte à prendre en charge le problème. Le sexologue et la gynécologue n'éprouvent aucune difficulté non plus.

Entretien MG2

« Oui, tout en n'étant pas forcément capable d'évoquer le sujet, je pense que s'il vient sur le tapis, je saurais me débrouiller globalement. »

Entretien MG4

« Oui, Je n'ai pas de soucis par rapport à ça. »

Concernant l'**examen clinique**, un médecin généraliste l'effectue systématiquement. Le médecin généraliste de sexe masculin fait appel à une collègue de sexe féminin afin de l'effectuer. Les deux autres médecins généralistes préfèrent ne pas s'y aventurer. Le gynécologue ainsi que la sexologue effectuent systématiquement un examen clinique, que ce soit lors de la première consultation ou lors des suivantes.

Entretien MG1

« Je fais un examen clinique normal de base, puis je fais un examen gynéco, je regarde s'il n'y a pas de tension au niveau musculaire. »

Entretien MG2 :

« Non, pas d'examen clinique, et surtout pas gynécologique, parce qu'elle a déjà un problème avec ça je ne vais pas tenter d'enfoncer un spéculum ou aller faire un toucher vaginal. »

Entretien MG3

« Dans ce cas, je n'étais déjà pas à l'aise et elle non plus. Du coup je n'ai pas fait d'examen gynéco. »

Entretien MG4

« Non, car je suis un homme, que je travaille sur Jette, j'ai beaucoup de patientes qui sont voilées. J'envoie chez une collègue femme, pour pas qu'il y ait de confusion car je suis un homme. Soit j'envoie chez une gynécologue. »

Entretien Sexo

« (...) j'examine presque toujours mes patientes. Je les mets avant tout dans un état hypnotique en travaillant la relaxation, et ainsi j'arrive très souvent à les examiner sans aucun problème. »

« Je ne le fais ni n'en parle jamais lors de la première consultation, il faut que le lien de confiance s'établisse d'abord. Il arrive que certaines refusent lors de la 2^{ème} consultation, parfois lors de la 3^{ème} également, mais en général elles finissent par accepter tôt ou tard. »

Entretien Gy

« Moi j'examine toujours mes patientes, parce que d'une part, c'est ce que la patiente demande, elle vient pour ça. Elles veulent qu'on exclue une pathologie organique (hymen cerclant par exemple). D'autre part, je me mets systématiquement à la recherche d'un vaginisme. Je leur explique ce que c'est avant de commencer et puis avec la main je palpe directement des contractions importantes des muscles vaginaux et je leur fais sentir qu'en touchant ça leur fait mal. »

Après une légère anamnèse, les médecins généralistes ont **tendance à référer**. Les principaux soignants évoqués sont le sexologue, le psychologue, le gynécologue et le kinésithérapeute ainsi que des centres spécialisés. La sexologue, quant à elle, parle plutôt d'une approche multidisciplinaire

Entretien MG1

« Alors, moi je réfère plus aux sexologues qu'un gynécologue. Pourquoi ? Parce que les gynécologues vont faire un examen clinique voir si tout va bien, il va proposer des dilateurs et ça ne va pas plus loin, mais souvent il y a un terrain psychologique et ça c'est important de faire un travail de fond. »

Entretien MG2

« (...) Ensuite, je tenterai de la référer en sexologie ou autre. (...) en psychologie. (...) Gynécologie éventuellement afin de voir s'il n'y a pas de problème organique mais je pense que le vaginisme est un problème principalement psychologique. (...) le kiné peut aider à connaître cette zone de son corps, en prendre conscience, travailler le périnée, la respiration pour se détendre, etc. »

Entretien MG4

« Dans la mise au point j'envoie chez ma collègue, mais si le problème est organique je renvoie soit chez le gynécologue soit vers un sexologue, si c'est un problème de lubrifiant ou d'image du corps, etc. Si le problème est traumatique alors je renvoie soit vers le service d'aide aux victimes et on fait tout un travail sur l'inceste et la violence sexuelle vécue dans l'enfance, soit je renvoie vers la clinique du trauma. Je travaille à Jette donc j'envoie à Brugmann, c'est une clinique en psychiatrie spécialisée dans la prise en charge des syndromes du stress post-traumatique. »

Entretien Sexo

« Je travaille avec d'autres prestataires de soins. Il arrive que j'envoie chez le kiné, et il m'en envoie d'ailleurs aussi. L'une des raisons pour lesquelles je travaille avec des kinés est le volet financier. La sexologie ce n'est pas donné, ce n'est pas remboursé non plus. Le prix moyen d'une consultation se situe entre 30 et 50 euros, cela dépend de la durée. (...) Je travaille aussi avec des psychologues pour certaines patientes très angoissées ou lorsque la cause du vaginisme est liée particulièrement à un trauma psychologique ou à des peurs, etc. Donc oui, c'est souvent une approche pluridisciplinaire idéalement. »

La **cause évoquée concernant le vaginisme** est différente d'un soignant à l'autre. Un médecin généraliste pense que la majorité des cas de vaginisme, lorsqu'ils ne sont pas liés à une lésion organique, sont liés à des traumatismes sexuels actuels ou passés. La sexologue met le doigt sur des relations brutales avec le partenaire, une éducation restrictive où la sexualité est taboue, ou encore sur des traumas liés à des abus sexuels passés. Le gynécologue pense que, lorsqu'il n'y a pas de signe d'endométriose, le problème est majoritairement d'ordre mécanistique.

Entretien MG4

« Un vaginisme organique vient chez les gens par exemple qui ont eu des cancers des ovaires, une irradiation du vagin, voilà. Ou, par exemple, " Je suis ménopausée ou j'ai changé de pilule du coup j'ai une sécheresse vaginale". Mais chez les jeunes, c'est 99% des violences sexuelles. »

Entretien Sexo

« On va chercher si un trauma a été vécu, si elles ont subi des attouchements, si elles ont eu une éducation très rigide, peu voire pas du tout centrée sur la permissivité, la positivité, le fait que la sexualité est un droit, qu'il était normal de ressentir du désir, etc. On demande également comment le rapport sexuel se déroule avec le conjoint : si c'est trop rapide, brutal, etc. »

Entretien Gy

« (...) dans mon expérience en tout cas, beaucoup de patientes, j'ai l'impression, c'est une impression, peut-être que je devrais aller plus loin dans la sphère psychologique, chez beaucoup de patientes y a vraiment un problème mécanique, j'ai vraiment cette peur d'aller s'explorer. " Je ne touche pas là en bas", " Je ne sais pas ce qu'il y a en bas", plus que réellement un traumatisme plus profond. Elles pensaient que leurs premiers rapports se passeraient mieux, que c'était quelque chose qui viendrait instinctivement sans jamais avoir rien fait et finalement ça ne se passe pas aussi bien que prévu. Donc voilà, dans mon expérience, auprès des patientes que je vois moi-même en consultation, je les ressens plus dans un problème mécanistique. »

La **thérapie qui en découle** est par conséquent tout aussi différente. La majeure partie des médecins généralistes réfèrent aux entités spécialisées. La sexologue propose de discuter afin de mettre le point sur le problème, de faire des séances de relaxation, de découvrir son anatomie et sa physiologie. Le gynécologue propose des séances de massage et d'automassage.

Entretien Sexo

« On définit ensemble la cause de ce vaginisme, ensuite il faut également leur apprendre à connaître leur corps. Ce sont des femmes qui, souvent, n'ont jamais mis de miroir devant leurs parties génitales. Lorsque je leur propose, elles sont tout de suite plus tendues, plus réservées et crispées. C'est à ce moment-là que je pointe du doigt et demande ce que ça crée comme sentiment et elles répondent que ça les dégoûte ou que c'est sale, qu'elles n'ont pas l'impression que ça fasse partie de leur corps. Une fois qu'elles sont conscientes du problème, qu'elles se réapproprient leur corps, on peut envisager de la relaxation générale et locale. »

Entretien Gy

« (...) puis avec la main je palpe directement des contractions importantes des muscles vaginaux et je leur fais sentir qu'en touchant ça leur fait mal. Ainsi, je leur explique le phénomène du vaginisme, que ce sont des muscles qui sont continuellement contractés et pour cette raison, ils donnent des douleurs lors de la pénétration.

Ensuite, je leur explique le phénomène sous-jacent, je leur dis qu'il s'agit d'un réflexe archaïque qu'elles ne peuvent contrôler. Pour soulager cela il faut travailler comme toute crampe ou comme tout phénomène de contracture musculaire, en faisant des exercices de massage et d'automassage. Ce qui est important c'est que la patiente fasse un travail solo, qu'elle fasse marche arrière afin de pouvoir explorer la zone, qu'elle fasse une pénétration seule, sentir cette contraction, sentir les endroits qui lui font mal. C'est assez souvent difficile pour la patiente de repasser par ces exercices. »

Au final, lorsque je pose la question, tous arrivent à des **résultats satisfaisants** pour la majorité de leurs patientes.

Entretien MG4

« Oui et non, elles ne vont pas avoir une sexualité ultra-géniale, ça sera encore un peu pénible mais elles seront moins en souffrance, elles vont moins se forcer. Les femmes vont moins se forcer si elles ne souhaitent pas en avoir. »

Entretien Sexo

« Ça peut se résoudre en deux consultations et parfois ça peut aller jusque 8-10. J'ai également des patientes qui abandonnent en cours de cheminement mais c'est très rare. Je pense qu'à terme, je me situe autour des 90% de réussite. »

5.4 Formation des soignants sur les dysfonctions sexuelles

La **formation** des prestataires de soins interrogés est très différente de l'un à l'autre.

Entretien MG1

« Honnêtement, en tant que médecin généraliste je pense que nous ne sommes pas prêts, j'ai suivi une formation durant mon cursus, d'une trentaine d'heures. Ce n'était pas grand-chose, nous ne sommes pas vraiment formés à ça. »

Entretien MG2

« On n'est absolument pas formés dans notre cursus sur la question. Il existait des cours à option sur la sexologie (très peu d'heures) mais rien dans la formation obligatoire. »

Entretien Sexo :

« Il existe un certificat en sexologie clinique. Il s'obtient au bout d'un an à raison d'un à deux weekends par mois avec un travail à rendre à terme. »

Entretien Gy :

« Aux CUSL, durant mon assistantat, nous avons eu la chance d'avoir des consultations avec les sexologues chaque semaine. C'était assez formateur. On en parle également lors des colloques. En tant que spécialiste de l'endométriose, on est souvent invités dans des congrès qui présentent de plus en plus de topics dans ce sens-là. »

5.5 Freins dans la prise en charge et le diagnostic du vaginisme en médecine générale

Le temps

Les durées de consultations en médecine générale sont trop courtes que pour effectuer une prise en charge optimale de la pathologie.

Entretien MG1

« Un des freins c'est le temps, je pense que ça peut vraiment être un frein, parce que lorsque nous parlons de ça, il faut pouvoir prendre le temps et malheureusement nous n'en avons pas beaucoup. Quand il y a un patient qui vient vous déposer ça, il faut pouvoir être à l'écoute et prendre son temps, mais des fois ce n'est juste pas possible. Parfois il y a des patientes qui ont du vaginisme suite à un viol, des relations incestueuses et quand elles se marient ou lorsqu'elles ont des rapports sexuels avec leur copain, elles sont bloquées, elles somatisent. Nous en tant que médecin généraliste nous n'avons pas trop le temps d'aller loin, on pourrait mais c'est difficile. Il faudrait déborder »

Entretien Sexo

« Le temps est également un frein majeur, ce n'est pas en 15-20 minutes que le problème se résout. D'où l'importance de référer, c'est capital. »

La formation

Une partie des médecins généralistes pense ne pas avoir été assez formée pour prendre en charge ces patientes, ce qui constitue un frein majeur.

Entretien MG1

« L'autre frein, c'est la formation, nous n'avons pas la formation suffisante pour prendre en charge les patients correctement. Nous pouvons faire un diagnostic, mais pour traiter correctement il nous sera difficile de le faire. »

Entretien MG2

« Principalement la formation, on n'est absolument pas formés dans notre cursus sur la question. »

Entretien MG4

« Il y a des formations, mais les gens ont du mal à s'y former. (...) Ça n'intéresse personne malheureusement. »

Entretien Sexo

« La sexologie est une formation à part, il faut que le médecin généraliste se forme à la question. Le diplôme de médecin généraliste n'est pas suffisant. »

L'âge du médecin généraliste

Un médecin généraliste pense que son jeune âge, et donc son manque d'expérience en termes de sexualité, l'empêche de bien prendre en charge ce type de patiente.

Entretien MG3

« Mon jeune âge aussi peut être un frein. »

« (...) ne pas avoir d'expérience en tant que médecin généraliste peut constituer un frein. »

Être mal à l'aise face à la sexualité

Ne pas être à l'aise sur la question de la sexualité peut constituer un frein selon un médecin.

Entretien MG3

« Le fait de ne pas être à l'aise (...) peut constituer un frein. »

Le tabou de la santé mentale et sexuelle

Selon deux médecins généralistes, la question de la santé mentale ou sexuelle reste taboue aussi bien de la part du médecin généraliste que celle du patient ou dans la société en général.

Entretien MG3

« Le sujet est tabou. »

Entretien MG4

« C'est tabou la santé mentale et le mal-être psychique des gens. (...) ce n'est pas un sujet agréable, ce n'est pas un sujet qu'on a envie d'aborder. Il y a des formations, mais les gens ont du mal à s'y former. C'est aussi un problème de tabou, dans les universités on ne nous en parle pas. »

La facilité à prendre en charge un type de patiente (âge, origine socio-culturelle, religion)

La majeure partie des soignants sont complètement indifférent face au type de patiente. Cependant, deux critères ont été relevés comme pouvant être un frein. Un médecin évoque l'importance de l'absence de barrière linguistique et un second médecin avoue avoir plus de difficulté avec certaines origines.

Entretien MG2

« Plus de facilité à évoquer le sujet avec les patientes francophones. Quand il y a une barrière linguistique, c'est difficile. Il est déjà compliqué de mettre des mots là-dessus, alors si on n'a pas la langue, c'est d'autant plus dur. »

Entretien MG3

« Franchement oui. Au début de ma pratique j'ai travaillé avec des patientes d'origine maghrébine, actuellement je travaille dans un secteur multiculturel. Et je vois la différence. Les patientes actuelles parlent plus aisément de leur intimité sexuelle. »

Être médecin traitant, médecin de famille

Plus de la moitié des soignants interrogés sur la question pense que cela peut être un frein. L'autre moitié pense que c'est une force. Un médecin pense que ça peut être l'un, comme l'autre.

Entretien MG1

« Non, je dis toujours à mes patients : "Ce qui se dit ici ne sort pas d'ici". On instaure comme ça une certaine confiance. »

Entretien MG2

« Ça pourrait être un frein comme un levier. Si on soigne le mari, la famille de la patiente, elle pourrait craindre qu'on en parle ou qu'on porte un jugement. C'est pour ça qu'il faut mettre le patient en confiance très tôt et lui faire comprendre qu'on est soumis au secret professionnel. »

Entretien MG3

« Je pense que oui, les patientes ont peur qu'on les juge car on les connaît depuis longtemps, et puis les patientes ont également peur qu'on en parle aux autres membres de la famille. »

Entretien MG4

« Non, c'est plutôt une force au contraire. Déjà que c'est un sujet tabou, si en plus on doit en parler à un inconnu... On est vraiment mal embarqués. »

Entretien Gy

« Ce qui est très fort évoqué par les patientes, c'est leur relation qu'elles ont avec leur médecin traitant. Relation de confiance, elles le connaissent depuis longtemps, il connaît toute la famille, et de ce fait elles n'osent pas évoquer la sexualité et l'aspect gynécologique de leur plainte. Elles ne sont pas à l'aise pour parler de ça avec leur médecin traitant, ce qui constitue un frein. L'intimité sexuelle reste quelque chose pour lesquelles elles aiment bien avoir un interlocuteur autre que celui qui s'occupe de leurs enfants, leur mari. »

5.6 Suggestions d'amélioration du diagnostic et de la prise en charge du vaginisme

Une partie des soignants propose de **mettre en salle d'attente des affiches ou des dépliants à l'attention des patients.**

Entretien MG1

« Il faut pouvoir mettre des affiches en salle d'attente, pour que les patients comprennent que nous sommes ouverts à ça, mais aussi pour qu'ils ne se sentent pas seuls. Affiches, folders, dépliants. Parce que s'il n'y a rien, le patient ne sait pas trop s'il peut en parler. »

Entretien MG2

« Mettre des petites brochures en salle d'attente pour que les gens puissent savoir que c'est un sujet à évoquer au médecin généraliste. »

Entretien MG3

« Utiliser des flyers dans la salle d'attente, car j'ai déjà expérimenté la question avec d'autres pathologies : les patients viennent directement en consultation avec le flyer et posent des questions. »

Un médecin généraliste propose **d'organiser des séminaires en maison médicale avec les patients.**

Entretien MG1

« Pourquoi pas organiser des séminaires, des conférences à la maison médicale, avec les patients ? Et bien rappeler et réexpliquer qu'il faut en parler au médecin, qu'ils sont aussi là pour ça, qu'ils peuvent trouver une solution à leur problème. »

Deux médecins généralistes proposent **d'en parler lors des cours dans le cursus obligatoire** ou de **participer à des formations post-cursus**.

Entretien MG1

« Troisième chose ce serait d'en parler dans les cours de gynéco, à l'université. »

Entretien MG2

« Des petites formations afin de savoir ce qu'on peut faire à notre échelle, savoir à qui référer et quand. »

Un médecin généraliste décrit l'importance d'avoir **un bon réseau de contacts** pour savoir à qui référer.

Entretien MG1

« Avoir des bons contacts, le réseau du médecin, savoir vers qui référer, c'est ce qui va être déterminant pour le patient. »

Trois soignants estiment que ce qui est primordial pour améliorer la situation réside dans le fait que le médecin généraliste ose **poser la question de la sexualité**.

Entretien Sexo

« (...) il faut alors oser poser la question et faire une mise au point pour certaines données du dossier : "Cigarette ? Sport ? Problèmes sexuels ?" Et ensuite développer le point en mettant le patient en confiance et lui dire qu'il est possible d'en parler ici librement ou qu'il existe d'autres professionnels capables de pallier à ce type de problèmes éventuels.

Il faut vraiment oser poser la question. Dire que la sexualité fait partie de la vie. »

Entretien Gy

« Il faut juste que le médecin ose poser la question. Dans un dossier médical global il est important de questionner la qualité de la vie sexuelle de la patiente. Expliquer que si quelque chose ne se passe pas bien, ce n'est pas une fatalité. Beaucoup de patientes pensent que si elles ont eu mal au premier rapport, elles auront d'office mal toute leur vie.

Poser la question ne veut pas forcément dire qu'il faut donner une réponse. Cela permet parfois juste de tirer la sonnette d'alarme et pouvoir réorienter le patient éventuellement.

Poser la question de la sexualité va les faire réfléchir sans forcément devoir leur proposer une solution miracle, cela permet de mettre le doigt sur un problème, on peut ensuite, par exemple proposer d'en parler avec un sexologue. »

Entretien MG4

« D'être proactif, de ne pas attendre que les gens en parlent, d'en parler nous-même et de s'intéresser au patient dans sa globalité. Dans sa santé physique, psychique et sociale, ne pas avoir peur d'être intrusif, même si on ne connaît pas les gens. D'oser aborder le sujet comme la sexualité, la santé mentale, ne pas s'abstenir de poser des questions : "Est-ce que vous avez des idées suicidaires, est-ce que vous déprimez ?" Ça sera je pense une porte d'entrée à une meilleure prise en charge des gens. »

6. Discussion

6.1 Validité interne et limitations méthodologiques

6.1.1 Validité interne

Cette recherche a permis de mieux cerner le vécu des médecins, leur expérience ainsi que ce qui freine dans le diagnostic et la prise en charge du vaginisme en consultation de médecine générale. En effet, comme constaté initialement à l'échelle de la maison médicale pour laquelle je travaille, certains médecins généralistes interrogés éprouvent quelques difficultés à mener une consultation autour du vaginisme.

6.1.2 Limitations méthodologiques

Cependant, ce travail contient une série de limites qu'il est important de citer :

Premièrement, pour des raisons pratiques, le nombre de soignants interviewé a été limité et le panel de praticien questionné n'a pas été assez hétérogène (absence de médecins en association hors forfait, de médecins généralistes formés à la sexologie, de médecins généralistes avec une longue activité >10 ans, seuls des médecins formés à l'UCL et l'ULB ont été interrogés, etc.). Nous ne pouvons donc pas généraliser nos conclusions à l'ensemble de la population bruxelloise.

Deuxièmement, nous ne nous sommes intéressés qu'à la vision du soignant quant à sa prise en charge. Or, ce qui aurait pu être également enrichissant eût été de connaître le point de vue des patientes quant à leurs attentes lors d'une consultation de ce type, afin de compléter les informations qualitatives sur la question du vaginisme. Cependant, il aurait fallu l'accord du comité d'éthique, ce qui n'a pu se faire par manque de temps.

Troisièmement, en raison de l'épidémie du COVID-19 :

- La moitié de mes entretiens s'est faite par voie téléphonique, les conditions d'entretiens n'étaient donc pas optimales. La présence d'interférence et l'absence de clarté sonore a pu perturber les soignants.
- Un climat de stress et d'inquiétude s'est installé dans la population et auprès des soignants, ce qui a pu engendrer un raccourcissement des interviews.
- Un entretien avec une kinésithérapeute et un médecin généraliste travaillant en planning familial étaient initialement prévus mais ont dû être annulés.

Enfin, la majorité des articles traitant de mon sujet étant payant, je n'ai pas pu aller en profondeur lors de mes recherches.

6.2 Validité externe

6.2.1 Déroulement des consultations, diagnostic et prise en charge

6.2.1.1 Fréquence et anamnèse

La **fréquence** à laquelle le médecin généraliste mène des consultations sur les dysfonctions sexuelles féminines interpelle. Un médecin parmi les quatre médecins généralistes questionnés n'en a jamais menées sur deux années de pratique. Pourtant les chiffres montrent une prévalence relativement importante. Une étude américaine décrit que 40% des femmes ont des désagréments au niveau sexuel et 12% rapportent des relations sexuelles pénibles (6). Ainsi, statistiquement, il est peu probable que les médecins n'aient jamais été confrontés à une patiente souffrant de dysfonction sexuelle. D'où l'intérêt d'être proactif en tant que médecin.

Pourtant, **l'abord de la question de la sexualité** en médecine générale reste compliqué pour la plupart des médecins généralistes. Cette affirmation a déjà fait l'objet d'une série d'études allant dans ce sens (7) (8). Néanmoins, ils sont tous convaincus que **la santé sexuelle est l'affaire du médecin généraliste**, comme toute autre plainte, en tant que médecine de première ligne. Malgré tout, il persiste une gêne à évoquer le sujet, la peur de froisser le patient, de s'immiscer dans son intimité ou d'entrer dans un domaine qu'on ne maîtrise pas (8). Les spécialistes interrogés (sexologue, gynécologue) n'ont, quant à eux, aucun souci à soulever la question. Ce sont des spécialistes des organes sexuels au sens large, par définition. Par conséquent, lorsque la patiente se rend chez l'un d'eux, c'est pour parler de sexualité, ce qui facilite l'initiation de la discussion sur le sujet.

« Je travaille dans un service qui traite principalement de l'endométriose. (...) Nous sommes, par la force des choses, obligé d'évoquer la sexualité de la patiente. » Entretien Gy.

Pour aider le médecin généraliste à parler de sexualité en consultation, on peut trouver quelques pistes dans la littérature.

« Au moment de l'anamnèse, il suffit, en fait, de poser une simple question mais ensuite d'écouter la patiente de manière appropriée. » (9)

Cette question peut être posée de différentes manières :

- On peut la poser de manière spontanée en demandant à la patiente si on peut lui poser une question intime ;

- Elle peut également découler de la plainte première du patient : une maladie chronique, un nouveau traitement. On demandera alors « *cette maladie ou ce nouveau médicament ont-ils une répercussion sur votre vie sexuelle ?* » ou encore, « *certaines patientes qui ont cette maladie souffrent de problèmes sexuels, est-ce votre cas ?* »
- Après un accouchement ou une intervention chirurgicale de la sphère pelvienne on peut initier la question en demandant si les relations sexuelles ont repris avec le partenaire.

Ces petits procédés rhétoriques permettent à la patiente d'être moins gênée pour en parler. Une fois que la discussion est amorcée, il est important, même capital, d'écouter. L'écoute permet le diagnostic mais elle est également un outil thérapeutique en sexologie (9).

Dans le même registre, la majorité des médecins généralistes ont évoqué spontanément **l'importance d'établir un lien de confiance** avec la patiente. Selon eux, il faut aménager une ambiance dans laquelle la patiente se sentirait en confiance, à l'aise, prête à s'ouvrir, prête à parler de son intimité la plus secrète. Ce rôle incombe au médecin, à lui de faire preuve d'empathie et d'écoute afin que la patiente sente qu'en parler sera bénéfique pour elle.

« Ainsi, la confiance peut être vue comme un ingrédient nécessaire à la relation médecin - patient. La confiance faite au médecin ne serait pas une caractéristique extérieure au soin, elle fait partie du soin lui-même. Dans ce sens-là, l'effet placebo, par exemple, devrait être reconsidéré. Ce n'est pas un avatar, c'est un ingrédient central des soins. » (10)

6.2.1.2 Démarche diagnostique

Les intervenants ayant des consultations autour de la question du vaginisme ont évoqué des **étiologies différentes**. Certains pensent que c'est lié à un traumatisme présent ou passé tels que de la violence sexuelle, des abus sexuels ou l'inceste tandis que d'autres pensent que c'est purement mécanique car c'est une zone du corps qui n'a jamais été explorée.

Les principales causes évoquées dans la littérature sont reprises ci-dessous (3). Cependant, peu d'études réellement fiables et non biaisées ont pu réellement les confirmer.

- Les attitudes sexuelles négatives et le manque d'éducation sexuelle : le manque de connaissances sexuelles et la présence d'une culpabilité sexuelle peuvent entraîner la peur de s'engager dans un rapport.
- Le facteur relationnel : le vaginisme peut découler d'une relation de couple dysfonctionnelle.
- Des antécédents de violence sexuelle ou physique.

Une fois le problème soulevé, la moitié des médecins généralistes interrogés effectue **un examen clinique**, que ce soit lors de la première consultation ou les suivantes, l'autre préférant s'en abstenir. La première cause d'abstention évoquée est la peur de blesser ou de faire souffrir la patiente qui vit déjà un blocage à ce niveau. La deuxième cause est le fait que les deux parties sont mal à l'aise. On retrouve, dans la littérature, une étude quantitative sur le vaginisme menée en France auprès de médecins généralistes avec des chiffres similaires concernant la pratique de l'examen clinique : seuls 50% des médecins généralistes l'effectuaient (11). Lorsqu'il sera effectué, l'examen clinique comportera un toucher vaginal même si celui-ci peut se révéler être pénible pour la patiente (12). L'objectif, pour les thérapeutes qui l'effectuent, soit par leurs soins, soit en référant, est souvent double. D'une part, il permet d'objectiver le vaginisme tout en excluant d'autres pathologies : la paroi vaginale se contracte lors du toucher vaginal en l'absence d'autres signes pouvant la justifier (par exemple hymen cerclant comme évoqué lors de l'entretien avec le gynécologue). D'autre part, il est thérapeutique dans le sens où il permet à la patiente de prendre conscience de cette contraction. En effet, à travers l'intromission, on explique le mécanisme, la physiologie, l'anatomie de la patiente ce qui lui permet de comprendre, avec des mots simples, la raison de ce vaginisme. On montre également comment faire des séances de massage et d'automassage afin de relaxer la musculature vaginale.

6.2.1.3 Prise en charge et traitements

Lorsque le diagnostic est posé, les médecins généralistes ont **tendance à référer** leurs patientes afin de poursuivre la prise en charge. La majeure partie réfère au gynécologue en premier lieu afin d'exclure une pathologie organique sous-jacente. Ensuite, ils adressent au sexologue, kiné, et/ou psychologue pour la suite de la prise en charge. Une étude exploratoire a mis en évidence l'importance de la multidisciplinarité dans cette pathologie : une approche bio-psycho-sociale a plus de chance d'aboutir à un résultat acceptable en termes de satisfaction sexuelle (13). Il ne s'agit donc pas de traiter l'aspect psychologique ou physique de manière isolée mais de traiter la pathologie sur tous les fronts. D'ailleurs, dans une autre étude (14), des patientes ont subi des traitements isolés auparavant qui n'ont pas abouti à des résultats concluants. Ensuite, elles ont été soumises à des traitements travaillant sur l'anxiété, la peur mais aussi sur le vagin en tant qu'organe physique, ce qui s'est révélé prometteur. Il n'y a donc pas d'erreur à référer à tel ou tel praticien, tous se complètent et peuvent apporter leurs connaissances respectives afin de soigner la patiente.

Pour les soignants qui décident de traiter, les **thérapies** qui découlent de ces consultations et qui sont proposées aux patientes dépendent de l'expérience, des croyances et de la formation

de chacun. Le gynécologue se fixe sur l'organe et essaie de dilater le vagin lorsque le sexologue tente de discuter et de relaxer sa patiente.

Pourtant, personne n'est dans l'erreur. Il n'y a pas une seule et unique façon de faire pour traiter le vaginisme. C'est un ensemble de pratiques combinées ou non qui mènent à des résultats satisfaisants. Il s'agit de cas par cas en fonction de l'étiologie, des peurs et du vécu de chaque patiente.

Voici les principaux traitements proposés en pratique (3) (13) :

- 1) Traitements chirurgicaux : vestibulectomie totale ou partielle, très peu utilisée actuellement car le traitement est trop invasif. Il faut privilégier des moyens conservateurs.
- 2) Physiothérapie du plancher pelvien : elle fait appel à des exercices de respiration et de relaxation, une désensibilisation locale des tissus par stimulations électriques, un biofeedback électromyographique du plancher pelvien, l'utilisation de dilateurs vaginaux et des techniques de dilatations manuelles. Ceux-ci permettraient de développer la sensibilisation et le contrôle de la musculature vaginale, de restaurer sa fonction, d'améliorer la mobilité, de soulager les douleurs et de surmonter l'anxiété de la pénétration.
- 3) Traitement pharmacologique : anesthésiques locaux (ex. lidocaïne), relaxants musculaires (ex. toxine botulique ou crème à base de nitroglycérine) ou anxiolytiques sont les principaux traitements évoqués et sont respectivement utilisés en fonction de l'étiologie identifiée.
- 4) Psychothérapie générale : elle se base sur l'étiologie du vaginisme comme étant des problèmes maritiaux, des expériences sexuelles négatives ou un manque de connaissances sur le sujet. Elle peut se faire en thérapie individuelle ou de couple.
- 5) Sexothérapie et thérapie cognitivo-comportementale : on peut retrouver dans ces méthodes différents moyens thérapeutiques à savoir : une éducation sexuelle, des techniques de dilatations vaginales, une thérapie cognitive, des techniques systémiques de couple propre à l'éveil sexuel, de la relaxation, des exercices de concentration sensorielle (traduit de l'anglais *sensate focus*) et certains utilisent également de l'hypnose, de la sophrologie, de la pleine conscience et autres. Il s'agit là de la seule approche bio-psycho-sociale de la pathologie.

Cependant, les études menées sur ces différents moyens thérapeutiques sont biaisées pour la plupart. On ne retrouve soit pas de bras contrôle approprié, soit les études ne sont pas randomisées, ou encore les échantillons sont trop petits, ce qui ne permet pas d'évaluer l'efficacité réelle de ces traitements. Toutefois, l'importance d'une approche holistique et pluridisciplinaire afin d'arriver à des résultats satisfaisants émerge de nombreux articles (14) (15) (16).

6.2.2 La formation des soignants

Lors des entretiens, une partie des médecins généralistes a déclaré ne pas se sentir apte à prendre en charge ce type de patientes car ils n'estimaient pas avoir été assez bien formés sur la question.

En effet, le cursus médical obligatoire de l'UCL ne propose pas de formation sur la question des dysfonctions sexuelles féminines. Par contre, la faculté de médecine propose un cours optionnel d'introduction à la sexologie clinique d'une quinzaine d'heures. Deux médecins généralistes interrogés l'ont suivie mais ont estimé qu'il ne permettait pas d'assurer une consultation sur la question du vaginisme.

Nous n'avons pas d'informations concernant le cursus dans d'autres universités belges.

Toutefois, il existe des formations complémentaires de sexologie clinique appliquée proposées par la plupart des universités belges. Il s'agit en général de formations d'une année à raison d'un à deux weekends par mois aboutissant à l'obtention d'un certificat (cf. annexes 9 – 11).

6.2.3 Les freins dans la prise en charge

Un des premiers freins évoqués, comme dans d'autres études similaires (17), est le **manque de temps**. Selon une étude française, la durée moyenne des consultations de médecine générale est de 16 minutes (18). Quant aux consultations de sexologies, elles durent entre 45 et 60 minutes (19). Pour prendre en charge correctement les patientes dites, peut-être à tort, « vaginiques », il faudrait allonger le temps de consultation. Ce qui n'est pas forcément applicable partout et en tout temps. Certaines zones géographiques sont en pénurie de médecins et certaines périodes épidémiques exigent d'être rapides et efficaces afin de prendre en charge un maximum de patients. De plus, ce n'est pas rentable financièrement. En effet, pour les consultations de sexologie, il n'y a pas d'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités comme il en existe par exemple pour l'assistance au sevrage tabagique.

D'ailleurs, sans l'évoquer réellement en tant que frein, la sexologue a soulevé la question de

l'aspect financier qu'implique le suivi de ces patientes. « *La sexologie ce n'est pas donné, ce n'est pas remboursé non plus. Le prix moyen d'une consultation se situe entre 30 et 50 euros, cela dépend de la durée* » (entretien Sexo). Le coût des consultations pourrait donc constituer un frein non seulement pour le patient mais également pour les médecins. En sexologie le prix varie de 30 à 50 euros pour une durée de consultation allant de 45 à 60 min (voir 6.3.3 §1). Pour les consultations de médecine générale, le coût officiel est de 21,79 euros ou 26,27 euros en fonction de l'accréditation ou non du médecin, et ce, peu importe la durée de la consultation (20). Ainsi, l'absence de rémunération des plus longues consultations pour le médecin généraliste décourage l'abord de la sexualité ainsi que sa prise en charge (21). En Suisse par exemple, il existe une tarification en fonction de la durée. La consultation possède un tarif de base qui est ensuite facturé par tranches de 5 minutes (22) (23).

Un autre frein ressenti consiste en **un manque de connaissances**. Il serait intéressant d'éveiller les médecins généralistes à la notion de dysfonction sexuelle. Un problème évoqué par l'un des intervenants est le manque d'enthousiasme à se former sur la question de la santé sexuelle et mentale. Il est donc important de sensibiliser les soignants à l'importance de ces pathologies, dont la fréquence et l'impact sur la santé physique et mentale des patientes exigent une prise en charge sérieuse.

« Il y a des formations, mais les gens ont du mal à s'y former, (...) il y a eu un audit sur la prise en charge des abus sexuels aux urgences, le constat est catastrophique. Ça n'intéresse personne malheureusement » Entretien MG4

Être mal à l'aise constitue un frein évoqué par un médecin généraliste. Il est difficile d'entrer dans un terrain qui nous gêne. Les médecins ont l'impression de violer l'intimité et la pudeur de leurs patients. C'est entre autres pourquoi certains médecins expriment des réticences ou encore utilisent une stratégie d'évitement pour ne pas devoir faire face à ce type de problème (24). Par ailleurs, l'importance d'être face un médecin décontracté sur la question de la sexualité est également soulignée par les patients dans certaines études (25). Ainsi, médecins et patients identifient cette gêne comme étant un frein à la bonne prise en charge d'une pathologie sexuelle.

Un médecin généraliste a évoqué son jeune âge, et par conséquent, son manque d'expérience dans le domaine de la sexualité comme étant un frein, ce qui est également relevé dans une étude sur la prise en charge des dysfonctions sexuelles en soins primaires. (26)

Les pathologies reprenant les dysfonctions sexuelles féminines, et en l'occurrence le vaginisme, comportent dans leur étiologie des composantes psychologiques. Considérant l'approche

psychologique comme étant hors de leur portée, certains médecins généralistes s'autorisent à exclure ce domaine de leur pratique médicale (24). Pourtant, le médecin généraliste est le plus accessible, que ce soit du point de vue financier ou géographique. Il peut jouer un rôle central dans la prise en charge des pathologies en santé mentale : il peut aider le patient en le référant aux spécialistes qualifiés, suivre le patient dans le temps, être disponible rapidement et coordonner l'ensemble des soins qui sont attribués au patient, d'autant plus lorsque la pathologie nécessite une approche pluridisciplinaire (27). Si la **santé mentale** et la santé sexuelle sont considérées comme étant un **tabou**, que ce soit de la part du soignant ou du soigné, il est important de le lever en se formant sur le sujet, en osant l'aborder et en expliquant qu'il s'agit de maux fréquents que le médecin généraliste est capable d'écouter, de prendre en charge.

La majorité des soignants interrogés n'ont pas exprimé de **facilité de prise en charge** en fonction d'un **type de patiente** que ce soit l'âge, l'origine socio-culturelle ou la religion. La prise en charge dépend de la cause identifiée et non pas des caractéristiques propres aux patientes. D'ailleurs, *"Les tabous ne sont pas que dans les familles religieuses ou culturelles"* (entretien Sexo). Cependant, un médecin a tout de même évoqué, par comparaison avec son ancien lieu de travail, une plus grande facilité à parler de sexualité avec les patientes d'origine autre que le Maghreb.

En outre, une difficulté relevée est la barrière linguistique. Différentes études américaines ont en effet montré que les patients allophones étaient moins satisfaits de leur prise en charge que les patients parlant une langue identique à celle du praticien. Bien qu'il serait utopique d'espérer une communication optimale avec nos patients allophones, il serait tout de même primordial de l'améliorer à travers un médiateur interculturel ou encore en utilisant les outils de traduction disponibles (28).

Enfin, lorsqu'on a demandé aux médecins s'ils pensaient que leur position de **médecin traitant, médecin de famille** constituait un **frein ou un levier**, les réponses furent très mitigées. Pour qu'elle puisse constituer une force, les soignants ont soulevé l'importance d'établir le lien de confiance et d'expliquer au patient la soumission au secret professionnel. En effet, les patients pourraient craindre que leurs secrets soient divulgués aux autres membres de la famille soignés dans le même cabinet. Il y aurait également une peur d'être jugée par son médecin « que l'on connaît depuis si longtemps ». Une enquête menée en France a mis en évidence que les gynécologues (64%) ainsi que les partenaires (63%) étaient les interlocuteurs privilégiés pour parler des troubles de la sexualité. Le médecin généraliste ne venait qu'en troisième position

(39%) (29). Du point de vu des patients, on observe qu'ils distinguent deux types de relations avec leur médecin : ceux qui connaissent leur médecin depuis longtemps et ceux qui connaissent « trop bien » leur médecin. Le premier constitue un atout mettant le patient plus à l'aise pour en parler, tandis que le deuxième constituerait un frein à l'abord du sujet (30). La disparité des avis se retrouve aussi bien chez les soignants et que chez les soignés.

6.2.4 Suggestions d'amélioration

Plusieurs idées ont émergé de ces entretiens : mettre des affiches ou des dépliants en salle d'attente, organiser des séminaires en maison médicale avec les patients, en parler lors des cours dans le cursus obligatoire ou participer à des formations post-cursus, avoir un bon réseau de contacts ou oser poser la question de la sexualité.

L'intérêt d'être proactif dans les consultations médicales est également mis en valeur dans la littérature. C'est primordial. Le médecin est l'acteur de la prévention, quelle qu'elle soit. Il existe certainement des obstacles pour parler de la sexualité. Comme évoqué plus haut, il peut être tabou pour le soignant ou le soigné. Cependant, comme pour beaucoup de tabous, il peut être normalisé par exposition. Nous devons oser en parler. Il n'est peut-être pas nécessaire d'aborder la question de la sexualité avec tous nos patients, mais certaines situations devraient nous y conduire. La sexualité concerne de près ou de loin chaque individu et c'est le devoir du médecin que de mener le patient à parler de ses difficultés. (31)

Pour approfondir nos connaissances il serait certainement très intéressant d'en parler lors du cursus obligatoire. Cependant, malgré sa longue durée, le cursus médical est paradoxalement trop court pour pouvoir aborder tous les sujets traitant de la médecine au sens large. C'est pourquoi il existe de nombreuses formations postuniversitaires à suivre en fonction de l'attrait de tout un chacun. En l'occurrence, on peut notamment suivre des cours de sexologie dans les principales universités belges (cf. annexes 9 – 11).

« La santé sexuelle fait partie de la vie » (entretien Sexo)

7. Apport personnel

A travers la réalisation de ce travail, j'ai pu lire un certain nombre d'articles traitant de la sexualité et de sa gestion en médecine générale. Petit à petit, j'ai pu cibler la question du vaginisme et ainsi approfondir mes connaissances.

Les nouvelles expériences que m'ont apportés les différents entretiens individuels m'ont permis de voir les choses sous un autre angle et de mieux cerner le problème.

Ainsi, j'ai pu comprendre qu'il était important d'oser aborder spontanément un sujet aussi délicat que la sexualité de nos patientes. Lorsqu'elles ne le font pas elles-mêmes ce n'est pas parce qu'elles n'ont pas de problème de ce côté-là mais parce qu'elles ne savent tout simplement pas que la consultation de médecine générale est propice à ce genre de plainte.

En interrogeant un gynécologue et une sexologue, j'ai pu comprendre le rôle de chacune de leur spécialité dans la gestion du vaginisme. À l'avenir, je pourrai mieux orienter mes patientes en fonction de l'étiologie et de leurs attentes.

Dorénavant, je me sens beaucoup plus à l'aise à l'idée de parler de sexualité en consultation. J'essaierai d'évoquer le sujet plus souvent et de faire comprendre à mes patientes que je suis tout à fait apte à recevoir leurs plaintes.

Lorsque je serai face à une patiente présentant des signes de vaginisme, je pense pouvoir mieux l'appréhender. Grâce à ce travail, j'ai compris l'importance de l'instauration du climat de confiance et de l'écoute. Poser les bonnes questions me permettra de cerner l'étiologie de leur blocage afin d'adopter la prise en charge la plus appropriée.

Ainsi je pourrai objectiver le vaginisme par un examen clinique et initier les premiers traitements. Je pourrai ensuite expliquer concrètement à la patiente les différents moyens thérapeutiques qui existent et par qui ils sont proposés.

Finalement, j'espère pouvoir venir en aide à ces patientes en assurant un suivi continu et en coordonnant les soins mis en place par chaque thérapeute, afin d'arriver à une prise en charge optimale.

8. Conclusion

Cette enquête, malgré ses limites, a permis de faire le point sur une branche souvent délaissée de la santé sexuelle. Elle m'a permis d'établir un état des lieux du diagnostic et de la prise en charge du vaginisme en médecine générale, d'en identifier quelques freins, et de fournir des pistes pour l'améliorer. Ce travail démontre que d'autres médecins généralistes se trouvent également démunis face à certains points de la santé sexuelle de leurs patientes. Rares sont les médecins généralistes qui initient le sujet lors des consultations. Les principales raisons sont le manque de temps, de connaissances et la gêne qu'occasionne le sentiment de faire intrusion dans l'intimité de la patiente. Par conséquent, la fréquence de ces consultations est insuffisante étant donné la prévalence de ces pathologies, laissant des patientes dans l'errance thérapeutique. Pourtant, les médecins généralistes sont tout à fait conscients que la santé sexuelle, notamment dans sa dimension de satisfaction sexuelle, est leur affaire, indépendamment de toutes caractéristiques de la patiente.

Pour ces différentes raisons, j'ai estimé important de reprendre dans mon travail les connaissances de base à avoir pour mener à bien ces consultations. J'y ai décrit les différentes étiologies du vaginisme, l'importance de l'examen clinique et l'intérêt d'effectuer une approche bio-psycho-sociale pour un résultat thérapeutique optimisé.

Ainsi, pour mener à bien une consultation autour du vaginisme, le médecin généraliste est invité à être proactif. Il ne doit pas hésiter à initier la question de la santé sexuelle. Il peut par exemple utiliser les traitements habituels, les maladies propres à la patiente ou encore une récente chirurgie pelvienne pour demander s'ils ont un impact sur la vie sexuelle. Ensuite, une écoute attentive permettra d'une part de déterminer l'étiologie de cet éventuel vaginisme et d'autre part d'initier la thérapie. Un examen clinique peut être effectué lors de la première consultation ou les suivantes afin d'objectiver le vaginisme et d'exclure d'autres pathologies de la sphère génitale. C'est également l'occasion d'expliquer à la patiente son anatomie et la physiologie de la sexualité. Enfin, lorsque les limites sont atteintes, le médecin généraliste peut référer sa patiente pour une thérapie ciblée en sexologie, en gynécologie ou encore en psychologie tout en gardant un suivi et une coordination des soins.

Pour mieux illustrer ces notions, vous trouverez en annexe une brochure à l'attention du médecin généraliste. Celle-ci devrait aider, de manière plus concrète, à mieux appréhender ces consultations.

Nous sommes conscients que l'on ne peut parler de tout ce qui a trait à la médecine lors du cursus de base. C'est pourquoi il existe de nombreuses formations post-universitaires que l'on peut suivre en fonction de la demande des patients, de nos intérêts personnels ou de la prévalence des pathologies dans la pratique quotidienne. Pour ce qui est des dysfonctions sexuelles féminines, les différentes universités belges proposent une formation à la sexologie clinique appliquée (cf. annexes 9 – 11).

Afin de compléter ce travail, il serait intéressant de se pencher sur le point de vue des patientes quant à leurs attentes dans le domaine de leur santé sexuelle lorsqu'elles consultent un médecin généraliste. On pourrait alors analyser le problème du point de vue des deux parties et fournir des outils pour une meilleure prise en charge respective.

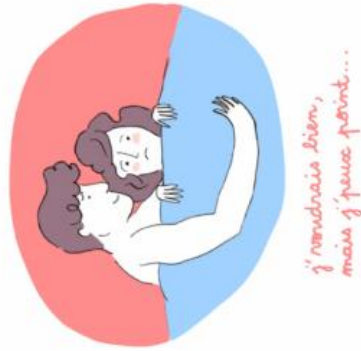
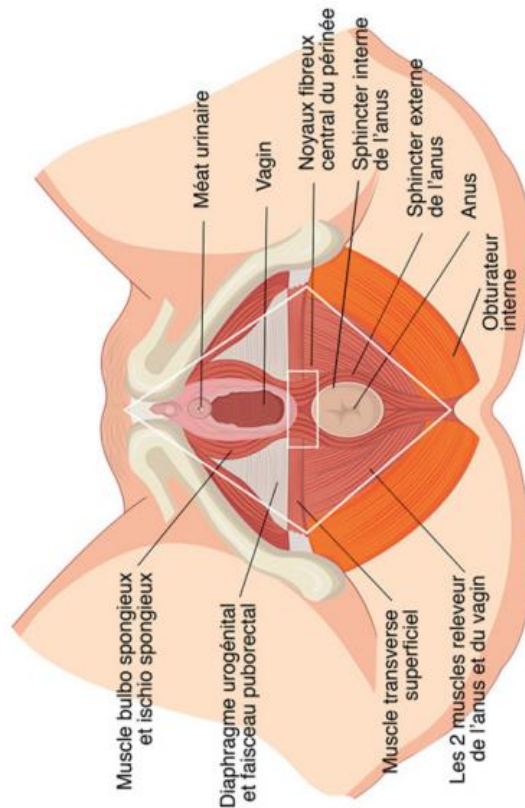
Une dernière perspective qui pourrait améliorer la prise en charge du vaginisme porte sur l'aspect financier. D'une part, il serait intéressant de proposer un remboursement pour les consultations menées par les sexologues. D'autres part, mettre en place une tarification des consultations de médecine générale en fonction de la durée de celles-ci pourraient encourager le médecin traitant.



- 1) El Habsaoui, H. Evaluation, identification des freins et propositions d'outils d'amélioration de la prise en charge et du diagnostic de vaginisme en Médecine Générale. Thèse de doctorat. 2020. Université Catholique de Louvain.
- 2) Michaux N, Marotta M-L, Di Gregorio M, Reynaert C : Comment aborder la sexualité avec une femme en consultation médicale. *Louvain Médical*. 2018, 137(8):477-482.
- 3) Coulet S, Fortin B. Aborder la sexualité pendant l'entretien médical : une compétence qui s'apprend. *De médecin à enseignant*. 2017, 52(6):61-64?

Sources images:
Cyf/otrea « *Perinée-anatomie.jpg* ». Image téléchargée le 6 avril 2020. Disponible sur <https://www.cyfobio.fr/le-perinee-est-encore-une-vue-et-descripte-par-les-osteopathes/perinee-anatomie/>
[voulait bien, mais j'peux point... : « *L_20140108_C1110127_6RQJang* ». Image téléchargée le 6 avril 2020. Disponible sur <https://meduniconi@streastrathle-vagrame-avec-ou-sara-vous-65db9a-f0400d>

Comment gérer le vaginisme en consultation ?



PRENDRE EN CHARGE LE VAGINISME

Définition & étiologies :

Il s'agit d'une dysfonction sexuelle féminine se manifestant par une contracture spasmodique et involontaire primaire des muscles de la paroi du vagin, empêchant ainsi l'intromission de toute chose qu'elle soit réelle ou fantasmée. La fréquence de cette pathologie est de l'ordre de 5-17% mais elle est peu documentée.

Les causes peuvent être variées :

- Le manque d'éducation sexuelle et les attitudes sexuelles négatives ;
- Une relation de couple conflictuelle ;
- Des antécédents de violence sexuelle ou physique ;
- Autres...

Avant toute chose...

1. POSER LA QUESTION

Il est important d'évoquer le sujet de la sexualité avec ses patientes.

Il fait partie intégrante de l'anamnèse dès lors que la patiente se présente régulièrement.

Mais comment évoquer le problème sans paraître trop intrusif ?

Voici quelques pistes :

- Après des questions d'ordre général durant l'anamnèse, **demandez** si l'on peut poser une question intime ;
- Demandez si tel médicament/telle maladie a des **répercussions** sur la vie sexuelle ;
- Après un accouchement ou une intervention chirurgicale, demandez si les **rapports sexuels** ont repris avec le partenaire.

Ensuite...

2. ECOUTER

Il s'agit là du premier outil thérapeutique en sexologie. Il faut laisser la patiente raconter son histoire : se sentir écoutée, c'est se sentir reconnu. L'écoute permet au soignant de témoigner son empathie pour une pathologie très intime, ce qui est apprécié par le patient qui peut se dévoiler.

3. PRENDRE LE TEMPS D'ÉMETTRE UN DIAGNOSTIC

Le vaginisme est un diagnostic d'exclusion lorsqu'il n'y a pas d'explication physiologique, organique ou fin à la pénétration.

Un examen gynécologique permet d'une part de confirmer le diagnostic et d'autre part d'initier la thérapie en expliquant à la patiente l'anatomie et la physiologie de son corps.

4. TRAITER

La formation en sexologie n'est pas indispensable pour aider ces patientes. En tant que médecin, vous pouvez informer la patiente sur la physiologie de la sexualité féminine ainsi que sur son anatomie à l'aide d'images, de vidéos ou de figurines.

Certains demandent également à la patiente d'apposer un miroir devant leurs parties génitales, chose qui n'a jamais été faite par la patiente auparavant. Il est important de lever les tabous et d'être à l'aise avec la question de la sexualité.

Lorsque vos limites thérapeutiques sont atteintes, vous pouvez référer à des spécialistes qui poursuivront votre travail. Un traitement efficace peut être obtenu de différentes façons en fonction de l'étiologie du vaginisme. Vous pouvez ainsi référer à un sexologue, un gynécologue et/ou encore à un psychologue. Une approche pluridisciplinaire reliant le bio-psycho-social semble être très efficace.

Méthodes thérapeutiques utilisées en pratique :

- Éducation sexuelle
- Psychothérapie générale
- Thérapie cognitivo-comportementales

- États modifiés de conscience (hypnose, sophrologie, pleine conscience)
- Eveil sexuel du couple
- Exercices de respiration et de relaxation
- Sensate focus
- Désensibilisation locale par électrostimulation et biofeedback électromyographique
- Dilatateurs vaginaux ou dilatation manuelle
- Certains médicaments (anesthésiques, relaxants musculaires, anxiolytiques)
- Et en dernier recours : la chirurgie.

Vous pouvez trouver un sexologue sur <https://www.ssub.be/membres/>

5. SUIVRE

N'oubliez pas de revoir vos patientes afin de réévaluer la situation régulièrement et ainsi tenir compte des différents aspects de l'évolution.

Dr Hafida El Habsaoui
Médecin Généraliste en formation
hafida_elhabsaoui@hotmail.com

10. Bibliographie

1. Binik YM. The DSM diagnostic criteria for vaginismus. *Arch Sex Behav.* avr 2010;39(2):278-91
2. Guelfi, JD, Crocq M-A. DSM IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. Paris : Masson, 2003.
3. Lahaie M-A, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: A Review of the Literature on the Classification/Diagnosis, Etiology and Treatment. *Womens Health (Lond Engl).* 1 sept 2010;6(5):705-19.
4. Raineri F., dysfonctions sexuelles. *La revue du praticien-médecine générale,* oct 2003,17(626):1264-1265
5. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique.* 2014;Tome LIII(4):p70.
6. Shifren, J. L. Overview of sexual dysfunction in women: Management. *Uptodate.* Oct 29, 2019
7. Wimberly YH, Hogben M, Moore-Ruffin J, et al. Sexual history-taking among primary care physicians. *J Natl Med Assoc.* 2006;98(12):1924–9. Available at: URL: PM:17225835.
8. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13178.
9. Michaux N, Marotta M-L, Di Gregorio M, Reynaert C : Comment aborder la sexualité avec une femme en consultation médicale. *Louvain Médical* 2018, 137(8):477-482.
10. Cresson G, La confiance dans la relation médecin-patient. In : Cresson G, Schweyer FX *Les usagers du système de soins.* Rennes. 2000:333-350
11. Cloppet, M. C., Prise en charge d'un symptôme sexuel par les médecins généralistes : le vaginisme. Thèse de doctorat. 1986. Université Paris Descartes.
12. Basson, R, Vaginisme - Gynécologie et obstétrique [Web page]. 2013. Édition professionnelle du Manuel MSD. Available from : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/dysfonction-sexuelle-chez-la-femme/vaginisme>

13. Mazzarini, J, Van den Broucke, S. Douleurs génitales féminines liées à la pénétration sexuelle Etude exploratoire : traitements existants & apports de l'hypnose thérapeutique. Thèse de doctorat. 2018. Université Catholique de Louvain
14. Pacik PT, Geletta S. Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients. Sex Med. juin 2017;5(2):e114-23
15. Simonelli C, Eleuteri S, Petruccelli F, Rossi R. Female sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. Curr Opin Psychiatry. nov 2014;27(6):406-12.
16. Fugl-Meyer KS, Bohm-Starke N, Damsted Petersen C, Fugl-Meyer A, Parish S, Giraldi A. Standard operating procedures for female genital sexual pain. J Sex Med. janv 2013;10(1):83-93.
17. Chambost, A, Bellaton N. Quelles sont les difficultés à aborder le sujet de la sexualité en médecine générale ? : état des lieux en 2017 : étude qualitative du point de vue des médecins et des patients. Thèse de doctorat. 2018. Université Claude Bernard.
18. Genier P, Polette C. La durée des séances des médecins généralistes. Revue Française des affaires sociales. 2006, 481(8):1-8
19. Tourmente Ch, Consulter un sexologue : les précautions à prendre [Web page]. 2015. Available from : https://www.allodocteurs.fr/sexo/consulter-un-sexologue-les-precautions-a-prendre_10290.html
20. Tarifs officiels des médecins généralistes en Belgique. [Web page]. 2020. Available from : <https://www.mc.be/la-mc/soins-sante-remboursements/tarifs-officiels/generalistes>
21. Gillet C. Attentes et besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle en consultation. Thèse de doctorat. 2018. Université de Bordeaux
22. Organiser sa visite chez le médecin en Suisse [Web page]. Available from : <https://fr.april-international.com/fr/sante-des-expatries/organiser-sa-visite-chez-le-medecin-en-suisse>
23. Structure tarifaire pour les prestations médicales [Web page]. 2018. Available from : https://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/documents/2851/Structures-tarifaires-assurance-maladie_Annexe-1-TARMED_fr.pdf
24. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. Singuliers généralistes. Rennes : Presses de l'EHESP, 2010:147-167
25. Bartoli, S, Grandcolin S. Aborder la sexualité masculine en médecine générale : attentes, opinions et représentations des hommes. Exercer, 2016,124:52-9.

26. Martel E. Place du médecin généraliste remplaçant dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles en soins primaires : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes remplaçants dans la région Nord-Pas-de-Calais). Thèse de doctorat. 2013. Université Lille 2 Droit et Santé.
27. Gillet A. La santé mentale en Médecine Générale : état de la question [Web page]. Fédération des maisons médicales. 2013. Available from : <https://www.maisonmedicale.org/-Les-pages-actualites-de-ce-numero-720-.html>
28. Bischoff A, Loutan L, Stalder H. Barrières linguistiques et communication dans une polyclinique de médecine. Bulletin VALS-ASLA, 2001,74 :193-207.
29. Bénichou A, Troubles de la sexualité féminine en médecine générale : quel rôle les femmes de 18 ans et plus voudraient attribuer au médecin généraliste dans le repérage des troubles de la sexualité féminine ?.Thèse de doctorat. 2019. Université de Limoges.
30. Rose J, Attentes et représentations des patients sur l'abord de la santé sexuelle en médecine générale. Thèse de doctorat. 2017. Université de Bordeaux
31. Rashidi K. Talk about sex. Tidsskr Nor Laegeforen. juill 2016;136(12-13):1057.

11. Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Je mène une étude sur le diagnostic et la prise en charge du vaginisme par le médecin traitant.

Dans ma pratique et dans mon entourage, j'ai estimé que la question était peu soulevée lors des consultations et que lorsqu'elle l'était, nous étions assez démunis face au problème.

Je souhaite, à travers ce questionnaire, trouver les raisons de ce sous-diagnostic. Je souhaite également améliorer la prise en charge et fournir aux médecins généralistes des pistes afin de pallier aux manquements.

Avec votre accord, cette interview sera enregistrée. Cependant, elle restera anonyme.

1. Afin de lancer la discussion, je vous propose de me raconter le déroulement de l'une de vos consultations sur les dysfonctions sexuelles féminines ?
 - Avez-vous évoqué le sujet d'emblée ou cela venait de la patiente ? vous sentiez-vous à l'aise pour parler de sexualité ?
 - Qu'est-ce qui vous empêche d'en parler spontanément vous-même ?
2. A quelle fréquence menez-vous ce genre de consultation ?
3. Pensez-vous que la santé sexuelle est de l'affaire du médecin généraliste ?
4. Plus spécifiquement, une patiente vous a-t-elle déjà parlé d'un frein à la pénétration lors des rapports sexuels ?
 - Vous sentiez-vous apte à mener cette consultation ?
 - Avez-vous eu une facilité à émettre un diagnostic ? quelle démarche thérapeutique vous y a mené ?
 - Avez-vous fait un examen clinique ? si oui, lequel ?
 - Quelle prise en charge avez-vous proposé ? avez-vous référé, si oui, à qui ? avez-vous proposé de revoir la patiente ?
5. Quels freins pourriez-vous identifier quant à la prise en charge de ce genre de pathologie ?
6. Pensez-vous que le fait d'être le médecin de famille constitue un frein ?
7. Pensez-vous avoir été assez bien formé dans votre cursus pour la gestion de ces consultations ?
8. Avez-vous plus de facilité à évoquer le sujet avec un type de patiente ? (Âge, origine socio-culturelle ? autre ?)
9. Enfin, que suggérez-vous afin d'améliorer le diagnostic et la prise en charge du vaginisme en médecine générale ?

Références

1. Cloppet, M. C, Prise en charge d'un symptôme sexuel par les médecins généralistes : le vaginisme. Thèse de doctorat. 1986. Université Paris Descartes.
2. Raineri F., dysfonctions sexuelles. La revue du praticien-médecine générale, oct 2003,17(626):1264-1265
3. De Andrade J, Dysfonctions sexuelles et parcours de soin. La place du sexologue. Enquête auprès de 105 médecins généralistes. Thèse de doctorat. 2008. Université Paris Val-de-Marne
4. Gavignet R, Le médecin généraliste, la sexualité féminine et ses troubles : enquête qualitative auprès de 11 médecins généralistes des Alpes Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2014. Université de Nice Sophia-Antipolis

Annexe 2 : Entretien MG1

30ans, médecin généraliste en maison médicale, 4 années d'expérience, Laeken, Molenbeek.

Je vous propose de me parler du déroulement d'une consultation sur la dysfonction sexuelle féminine, est-ce que c'est vous qui évoquez le sujet ou cela vient de la patiente ?

Alors c'est souvent le patient qui aborde le sujet, cela prend énormément de temps, donc les patients viennent apportent certains éléments, ils ne vont pas forcément tout dire à la 1^{ère} consultation, donc il faut vraiment prendre son temps, aller au rythme du patient. A partir du moment où le patient est prêt à discuter, je pense qu'il n'y a pas de honte à parler de sexualité en consultation. Il faut mettre le patient à l'aise, connaître ses limites, savoir vers où on va, pour ne pas brusquer le patient.

Et vous en tant que médecin généraliste, vous sentez-vous à l'aise pour en discuter ?

Oui, je me sens suffisamment à l'aise pour en parler, après parfois le vaginisme peut découler de relations incestueuses du coup on est sur un terrain un peu glissant, on marche un peu sur des œufs, donc c'est plus compliqué mais généralement ça va je n'ai pas de problème à discuter de ce problème avec les patients.

Et lorsqu'elles viennent c'est en général leur 1^{ère} plainte ou elles parlent d'autres choses avant ?

En général ce n'est pas leur 1^{ère} plainte, ils viennent souvent pour autre chose et puis dans le décours de la consultation, ils vont glisser ça, des fois on a déjà terminé notre consultation et elles rajoutent cette plainte. Du coup je propose à la patiente de reprendre rendez-vous pour qu'on ait vraiment le temps de discuter de la plainte.

Les consultations que vous avez c'est essentiellement du vaginisme ? ou vous avez d'autres dysfonctions ?

J'ai des patientes qui ont des problèmes de vaginismes, d'autres d'orgasmes, des fois aussi des conjoints avec des soucis d'éjaculations précoces qui entraînent chez la femme une certaine frustration. Il y a aussi tout ce qui est problème de sexualité chez les personnes plus âgées. Certaines personnes ont des troubles du plaisir, du désir. Il y a des femmes qui me disent en consultation que c'est quelque chose de mécanique, elles donnent ce qu'elles ont à donner à leur conjoint, elles n'éprouvent pas forcément de plaisir. J'ai aussi beaucoup de patientes en péri-ménopause qui se plaignent souvent de non désir envers leur conjoint ou de sécheresse vaginale. Des fois j'ai aussi des jeunes qui se plaignent de sécheresse à cause de certaines pilules.

A quelle fréquence menez-vous ses consultations ?

Ce n'est pas très fréquent parce que les patientes ne sont pas très à l'aise avec ce genre de soucis. Donc d'abord il faut que nous même soyons à l'aise avec ça, le patient s'il ne connaît pas le médecin, ou s'il n'a pas confiance, il ne va pas vouloir en parler. Donc il faut créer cette confiance. Il m'est arrivé d'avoir des patients avec des problèmes de sexualité, mais que je connaissais depuis 2-3 ans et qui ne m'en avais jamais parlé auparavant. J'en vois finalement une dizaine par an, mais je sais que beaucoup n'en parle pas. Des fois il faut tirer les vers du nez, c'est vraiment cette relation de confiance qui prime.

Je trouve qu'on a une richesse dans notre métier, c'est que nous connaissons nos patients, ce que le spécialiste n'a pas forcément. Donc nous en tant que médecin généraliste nous allons les voir et revoir et nous allons les connaître au fur et à mesure du temps, donc je trouve que c'est plus facile d'en parler au médecin généraliste. Après c'est peut-être l'affaire du généraliste, du sexologue, d'un psychologue, mais les gens vont plus facilement venir le déposer chez nous.

Plus spécifiquement, avez-vous déjà eu une patiente qui est venue avec un trouble de la pénétration, ce serait par exemple une patiente qui viendrait en disant qu'au moment de la pénétration elle est complètement bloquée, il n'y a rien qui passe ...

J'ai déjà eu oui.

Vous sentez-vous apte à prendre en charge ce genre de patiente ?

Honnêtement nous n'avons pas un bagage suffisant pour soigner correctement les patientes. Moi ce que je fais, je discute, j'essaie de comprendre la situation, j'ai l'exemple en tête d'une patiente mariée depuis 7 ans, qui a des troubles du vaginisme depuis 7 ans et qui détestait les rapports sexuels, pour elle c'était vraiment une torture. Elle avait été voir une gynécologue qui lui avait donné des dilateurs, donc dès qu'elle allait chez la gynécologue, c'était très éprouvant pour elle, car ses cuisses se refermaient, même insérer un speculum était très difficile à introduire. Donc elle a commencé à essayer avec les dilateurs, ça ne l'a pas aidé, puis a été voir une psychologue, ça ne l'a pas non plus aidé. Puis j'ai entendu parler d'une sexologue-sage-femme et au bout d'une consultation ça a été le déclic. Cette patiente me disait qu'elle se sentait revivre, car cela faisait 7 ans qu'elle s'était mariée et avait des rapports sexuels, mais elle n'y prenait aucun plaisir. Après cette consultation elle a pu avoir des rapports sexuels. Honnêtement en tant que médecin généraliste je pense que nous ne sommes pas prêts, j'ai suivi une formation durant mon cursus, d'une trentaine d'heures. Ce n'était pas grand-chose, nous ne sommes pas vraiment formés à ça. Le diagnostic ne pose pas problème, c'est vraiment l'accompagnement qui est difficile. Il y a vraiment un travail de fond, des fois c'est un problème plus profond. En médecine générale c'est 20 minutes de consultation.

Lorsque les patientes viennent en consultations pour ce problème vous les examinez ?

Oui, je le fais. Je fais un examen clinique normal de base, puis je fais un examen gynéco, je regarde s'il n'y a pas de tension au niveau musculaire. Déjà rien qu'en regardant, et puis en faisant un toucher vaginal voir s'il y a un souci, si on est face à un mur.

Pensez-vous à référer à un sexologue ?

Alors, moi je réfère plus aux sexologues qu'un gynécologue. Pourquoi ? Parce que les gynécologues vont faire un examen clinique voir si tout va bien, il va proposer des dilateurs et ça ne va pas plus loin, mais souvent il y a un terrain psychologique et ça c'est important de faire un travail de fond. Chez certaines femmes il y a vraiment un travail cognitivo-comportemental à faire, parce qu'elles en ont besoin. Des fois elles ont besoin d'une heure pour en discuter. Des fois il faut plusieurs séances pour que la patiente se sente mieux. Donc en gros, je pense qu'il faut référer, le gynéco va peut-être aider en donnant des dilateurs, mais moi je pense que souvent c'est un problème plus profond.

A part le gynécologue, le psychologue ou la sexologue, vous pensez à autre chose ?

Tout ce qui est sophrologie, hypnose, les médecines alternatives, je pense que ça peut-être quelque chose de bien. Tous ce qui est méditation de pleine conscience.

Que pensez-vous du rôle du kiné ?

Je pense que le kiné peut aider, car nous envoyons les patientes après leur accouchement pour rééducation du périnée, justement en renvoyant vers un kiné ça peut aider à prendre conscience de ses muscles du périnée. Pouvoir accepter de lâcher prise, la kiné peut aider.

Par rapport au médecin généraliste, qu'est-ce qui pourrait le freiner par rapport à la prise en charge, quant au diagnostic ?

Un des freins c'est le temps, je pense que ça peut vraiment être un frein, parce que lorsque nous parlons de ça, il faut pouvoir prendre le temps et malheureusement nous n'en avons pas beaucoup. Quand il y a un patient qui vient vous déposer ça, il faut pouvoir être à l'écoute et prendre son temps, mais des fois ce n'est juste pas possible. Parfois il y a des patientes qui ont dû vaginisme suite à un viol, des relations incestueuses et quand elles se marient ou lorsqu'elles ont des rapports sexuels avec leur copain, elles sont bloquées, elles somatisent. Nous en tant que médecin généraliste nous n'avons pas trop le temps d'aller loin, on pourrait mais c'est difficile. Il faudrait déborder. L'autre frein, c'est la formation, nous n'avons pas la formation suffisante pour prendre en charge les patients correctement, nous pouvons faire un diagnostic, mais pour traiter correctement il nous sera difficile de le faire.

Le fait que vous soyez médecin traitant, constitue un frein pour vous ? Le fait que vous connaissiez peut-être sa famille, son entourage pourrait freiner le fait d'en parler avec vous ?

Non, je dis toujours à mes patients ce qui se dit ici ne sort pas d'ici. On instaure comme ça une certaine confiance.

Par rapport à votre formation, pensez-vous que vous avez été assez formée ?

Non, il y a un gros manque, encore hier je regardais des formations que je pourrais suivre. Il en existe.

Avez-vous plus facile à aborder le sujet en fonction de l'âge, de la culture, des origines ?

Alors moi je travaille essentiellement avec des maghrébines de confession musulmane. C'est vrai qu'une fois j'ai eu une consultation avec des personnes âgées, j'avoue j'étais mal à l'aise au début, mais après, voilà on se dit qu'on est médecin, on est là pour les aider, il faut pouvoir le faire. Il faut être à l'aise, parce que des fois le patient ne veut pas en parler, mais s'il voit que vous êtes ouvertes et qu'il se sent à l'aise il va pouvoir dire des choses. Pour moi il n'y a pas de frein, que ce soit l'origine, la religion, il n'y a pas de différence, il faut prendre les gens comme ils sont et les aider, car c'est ça le but de notre métier.

Pour finir, que suggérez-vous afin d'améliorer le diagnostic et la prise en charge du vaginisme ?

Il faut pouvoir mettre des affiches en salle d'attente pour que les patients comprennent que nous sommes ouverts à ça, mais aussi pour qu'ils ne se sentent pas seuls. Affiche, folder, dépliant. Parce que s'il n'y a rien, le patient ne sait pas trop s'il peut en parler. Pourquoi pas organiser

des séminaires, des conférences à la maison médicale, avec les patients ? Et bien rappeler et réexpliquer qu'il faut en parler au médecin, qu'ils sont aussi là pour ça, qu'ils peuvent trouver une solution à leur problème.

Troisième chose, ce serait d'en parler dans les cours de gynéco, à l'université. Avoir des bons contacts, le réseau du médecin, savoir vers qui référer, c'est ce qui va être déterminant pour le patient.

OK, je vous remercie pour votre collaboration.

Annexe 3 : Entretien MG2

28 ans, assistante en médecine générale en maison médicale, 2ème année, Molenbeek

Pensez-vous que la santé sexuelle est l'affaire du médecin généraliste ?

Oui, je pense, car nous sommes la première ligne de soin, c'est à nous de déceler cela, ou plutôt c'est à nous que le patient doit apporter cela et alors nous pouvons le rediriger vers des spécialistes.

Donc pour vous que ce soit un problème de santé sexuelle organique ou psychologique, c'est le médecin généraliste qui est le plus apte à recevoir le problème

J'estime que oui.

Menez-vous des consultations sur le sujet ? si oui, à quelle fréquence ?

Mes consultations sur le thème de la santé sexuelle portent le plus souvent sur la contraception, les moyens de protection, les MST. Par contre ce qui est de l'ordre psychologique ou affectif, je n'en ai pas.

Vous n'avez donc jamais eu des consultations sur des troubles du plaisir ? ou de la pénétration ? ou de l'orgasme ?

Non, jamais, et pourtant j'ai une patientèle principalement féminine en âge de procréer

Comment cela se fait-il que ces sujets n'aient jamais été abordé ?

Déjà, pour ma part, je ne pose jamais la question, j'attends que ce soit le patient qui m'apporte la plainte. Ou, du moins, qu'il m'apporte un mal être et de là on pourrait découler sur la question. Je ne me sens pas apte moi-même à évoquer le sujet, et puis je n'y pense pas forcément

Vous dites ne pas vous sentir apte, permettez-moi de vous mettre en situation. Si une patiente se présente à vous se plaignant d'avoir un frein à la pénétration, pourriez-vous mener la consultation à bien ?

Oui, tout en n'étant pas forcément capable d'évoquer le sujet, je pense que s'il vient sur le tapis, je saurais me débrouiller globalement.

Comment prendriez-vous en charge le problème ?

Tout d'abord j'essaierai de créer un lien avec moi, de mettre la patiente à l'aise pour qu'elle puisse s'exprimer sans limite. Ensuite je tenterai de la référer en sexologie ou autre.

Autre ce serait ?

En psychologie

Pensez-vous que d'autres spécialistes pourraient aider ?

Gynécologie éventuellement afin de voir s'il n'y a pas de problème organique mais je pense que le vaginisme est un problème principalement psychologique

Pensez-vous que le kiné puisse avoir un rôle ?

Ah oui, je n'y ai pas pensé mais oui, le kiné peut aider à connaître cette zone de son corps, en prendre conscience, travailler le périnée, la respiration pour se détendre etc.

Feriez-vous un examen clinique ?

Non, pas d'examen clinique, et surtout pas gynécologique, parce qu'elle a déjà un problème avec ça je ne vais pas tenter d'enfoncer un spéculum ou aller faire un toucher vaginal. Quand bien même il faille faire un examen clinique, ce ne sera sûrement pas à la première consultation.

Vous ne pensez pas qu'il faille objectiver cliniquement ce vaginisme ?

Pas à la première consultation du moins. Le diagnostic peut être assez évident en questionnant uniquement la patiente.

Pour la prise en charge, quels freins sauriez-vous identifier ?

Principalement la formation, on n'est absolument pas formés dans notre cursus sur la question.

Il existait des cours à option sur la sexologie (très peu d'heures) mais rien dans la formation obligatoire.

Le fait d'être médecin de famille pourrait-il constituer un frein ?

Ça pourrait être un frein comme un levier. Si on soigne le mari, la famille de la patiente, elle pourrait craindre qu'on en parle ou qu'on porte un jugement, c'est pour ça qu'il faut mettre le patient en confiance très tôt et lui faire comprendre qu'on est soumis au secret professionnel

Auriez-vous plus facile à soulever la question avec un type de patiente ? Age, origine socio-culturelle ?

Plus de facilité a évoqué le sujet avec les patients francophones. Quand il y a une barrière linguistique c'est difficile. Il est déjà compliqué de mettre des mots là-dessus, alors si on n'a pas la langue c'est d'autant plus dur.

Il existe des tabous dans certaines sociétés mais pas auprès du médecin généraliste, ici les patients nous disent tout, que ce soit MST, partenaires multiples, il n'y a pas de tabou.

Que suggérez-vous pour améliorer le diagnostic et la prise en charge de cette pathologie.

Des petites formations afin de savoir ce qu'on peut faire à notre échelle. Savoir à qui référer et quand. Mettre des petites brochures en salle d'attente pour que les gens puissent savoir que c'est un sujet à évoquer au médecin généraliste.

Nous arrivons au terme de l'interview. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Je trouve cela très pertinent d'éveiller le médecin généraliste sur la question car il est vrai qu'on n'y pense pas forcément.

Merci pour le temps que vous m'avez accordé.

Annexe 4 : Entretien MG3

29 ans, 3 années d'expérience, médecin généraliste à l'acte, Anderlecht.

Afin de démarrer la discussion je vous propose de me raconter une de vos consultations sur les dysfonctions sexuelles féminines.

La seule consultation dont je me rappelle sur la question concernait une patiente atteinte de vaginisme. Je n'évoque jamais le sujet d'emblée, c'est un sujet tabou pour un grand nombre de personnes.

Ce n'était pas ma patiente, c'était une connaissance d'il y a longtemps qui avait déjà un médecin de famille mais à qui elle n'osait pas en parler. Elle avait eu ses premiers rapports 5 mois auparavant mais la pénétration n'avait jamais pu avoir lieu. Je ne savais pas trop quoi répondre, j'ai essayé de comprendre, la patiente se plaignait de douleur, de peur. J'ai essayé de remonter dans son passé pour essayer de trouver une cause à ce blocage.

Connaissiez-vous la pathologie avant cette consultation ?

J'avais eu un cours a option de sexologie dans mon cursus donc oui j'en avais entendu parler. J'avais retenu qu'il fallait proposer aux patientes de demander au conjoint de masser l'entrée du vagin sans pénétration. C'est ce que j'ai proposé à la patiente. J'ai ensuite fait des recherches sur internet car je savais que ma prise en charge était incomplète.

Pourquoi n'entamez-vous jamais le sujet avec vos patientes ?

Je ne suis pas à l'aise avec la question, c'est très intime, voire tabou. Je ne me vois pas poser la question des rapports sexuels à chaque patiente qui se présente à moi.

Peut-être pas pour un rhume, mais lorsque vos patientes reviennent à plusieurs reprises pour des mal-être, des soucis de couples ou autre.

Dans ce cas je demande comment cela va dans le couple mais jamais concernant les rapports précisément.

Avez-vous eu d'autres consultations concernant les troubles sexuels ? Masculin ou féminin ?

Les hommes ont plus facile a parler de ces problèmes et à trouver des solutions. J'ai déjà eu plusieurs hommes qui sont venus me demander des traitements pour des troubles de l'érection.

Les femmes non, elles ne m'ont jamais fait part de troubles du plaisir quelconque

La santé sexuelle est-elle l'affaire du médecin généraliste ?

Normalement oui, même si je ne le fais pas bien. Le médecin généraliste est assez facilement accessible, en tout cas plus que les sexologues ou les spécialistes. Quel que soit le problème c'est au médecin généraliste qu'il faut en parler en premier et ensuite c'est à lui de voir s'il veut référer ou non.

Vous sentiez-vous apte à mener la consultation sur le vaginisme ?

Vraiment pas, j'étais perdue, je passais d'un sujet à l'autre, puis je revenais sur mes dires. J'allais dans tous les sens. J'ai temporisé le temps de mieux faire des recherches sur la question.

Avez-vous pensé à faire un examen clinique ?

Je n'en ai pas fait, habituellement peu importe le motif de la consultation, je fais d'office un examen clinique général avec une tension, une auscultation cardio-pulmonaire.

Dans ce cas, je n'étais déjà pas à l'aise et elle non plus. Du coup je n'ai pas fait d'examen gynéco.

J'ai revu cette patiente plusieurs fois, elle a été voir la psychologue. J'ai également prescrit du valium car la patiente était extrêmement demandeuse. J'ai cédé à sa demande mais ça n'a pas non plus aidé. Je l'ai également envoyée chez la kiné. Elle n'a pas voulu voir de sexologue car elle était persuadée qu'elle ne résoudrait pas le problème.

Elle a également utilisé le set Velvi qui sont des dilatateurs. Ceci l'a légèrement aidée. Le souci n'a toujours pas été réglé au bout de deux ans actuellement.

Quels freins pouvez-vous identifier quant à la prise en charge de ces pathologies.

Le sujet est tabou. Le fait de ne pas être à l'aise et de ne pas avoir d'expérience en tant que médecin généraliste peut constituer un frein. Mon jeune âge aussi peut être un frein.

Pensez-vous que l'origine socioculturelle, l'âge des patients, ou d'autres caractéristiques propres aux patients peuvent constituer un frein ?

Franchement oui. Au début de ma pratique j'ai travaillé avec des patientes d'origine maghrébine, actuellement je travaille dans un secteur multiculturel. Et je vois la différence. Les patientes actuelles parlent plus aisément de leur intimité sexuelle.

Le fait d'être médecin de famille peut-il constituer un frein ?

Je pense que oui, les patientes ont peur qu'on les juge car on les connaît depuis longtemps, et puis les patientes ont également peur qu'on en parle aux autres membres de la famille.

Pensez-vous avoir été assez bien formée sur le sujet lors de votre cursus ?

Non, vraiment pas.

J'ai pourtant choisi le cours à option de sexologie mais même là, ça ne m'a pas permis de bien appréhender les consultations

Que suggérez-vous pour améliorer la prise en charge de ces patientes ?

Il faut absolument former les médecins généralistes sur la question.

Utiliser des flyers dans la salle d'attente, car j'ai déjà expérimenté la question avec d'autres pathologies : les patients viennent directement en consultation avec le flyer et posent des questions.

Merci pour le temps accordé

Annexe 5 : Entretien Sexo

29 ans, sage-femme et sexologue, 7 années d'expérience, Ganshoren, Molenbeek.

Pour initier la discussion, je vous propose de me raconter le déroulement de l'une de vos consultations concernant les problèmes de dysfonctionnement sexuels chez la femme.

Assez souvent, la patiente vient avec son diagnostic à elle, qui est généralement faux. Il arrive qu'elles aient été voir un médecin gynécologue avant qui n'a pas répondu à leurs questions. On leur dit « ce n'est rien, c'est dans votre tête ». De plus, il existe de nombreux clichés, plusieurs patientes d'origine maghrébine me rapportent avoir reçu comme remarque « de toute façon chez vous, vous êtes toutes tendues comme ça, lâchez-vous et ça ira », elles repartent donc avec un jugement supplémentaire.

Les problèmes qui reviennent souvent sont le vaginisme, les dyspareunies et absence de désir, ensuite viennent l'absence de plaisir et l'anorgasmie.

Vous avez une formation de Sage-femme à la base, ensuite vous est venue l'idée d'ajouter une formation en sexologie, c'est bien cela ?

Oui, tout à fait. Durant ma formation en tant que sage-femme j'avais déjà des femmes enceintes ou des femmes ayant accouché qui me posaient des questions afin de savoir s'il était normal de ne pas avoir d'envie ou d'avoir mal, quand fallait-il reprendre les rapports après une épisiotomie, etc. J'ai voulu me former pour répondre à la demande.

A quelle fréquence menez-vous des consultations sur les problèmes sexuels féminins ?

Pour ma part, je reçois plus de patientes pour problème sexuel que de patient. Par contre, il arrive qu'une patiente se présente pour un problème sexuel et en creusant on se rend compte que le problème vient de l'homme. Le conjoint accompagne sa femme pour qu'elle puisse parler de son vaginisme mais au final c'est le conjoint qui est éjaculateur précoce. C'est pour cela qu'il est important de recevoir le couple au moins une fois. Ce qui ne se fait pas en consultation de gynécologie. En parlant des consultations menées par les médecins non formés en sexologie, je relève souvent qu'une étiquette est facilement collée à la patiente. Celle-ci se plaint de dyspareunie et le médecin lui dit « vous êtes atteinte de vaginisme », la patiente ancre cette information dans sa tête et se dit être vaginique ce qui entraîne encore plus de contraction et de blocage alors que lorsque je mène la consultation elle m'informe avoir déjà été pénétrée. Il faut alors tout déconstruire. Les praticiens non formés peuvent donc faire pire que mieux, ce qui est dangereux.

Selon vous, la santé sexuelle est-elle l'affaire du médecin généraliste ? A-t-il un rôle à jouer ?

Oui, j'en suis certaine. Après, ce que j'observe sur le terrain, c'est qu'elle est très rarement mise en avant. Elle est d'une part limitée par la durée de la consultation qui est assez courte en médecine générale. Et souvent, ce qui me revient c'est que le médecin n'est pas à l'aise avec le sujet de la sexualité. Et si le Médecin ne soulève pas la question, il est rare que la patiente le fasse.

Selon moi, la santé sexuelle doit faire partie intégrante de l'anamnèse et ainsi la patiente sautera sur l'occasion pour évoquer ses problèmes et elle saura qu'elle peut en parler librement.

Il faut que le patient sache qu'il existe des sexothérapies, des sexologues et c'est au médecin de le lui apprendre. Non seulement la sexualité est l'affaire du médecin généraliste, mais ce dernier a pour devoir d'en parler !

Lorsque les patientes se rendent à votre cabinet pour des soucis d'ordre sexuels, ont-elles vues une gynécologue ou un médecin généraliste avant ?

Certaines ont vu en effet des gynécologues, d'autres des médecins généralistes, mais aussi des sages-femmes, des psychologues ou parfois elles ont juste lu des choses sur la toile. Concernant le vaginisme par exemple, les femmes peuvent consulter 2-3 mois après leur premier rapport mais il arrive également qu'elles consultent après des années. Des années durant lesquelles elles ont vu des médecins...

J'ai même encore des femmes qui accouchent par césarienne car elles souffrent de vaginisme, c'est encore une pratique en 2020 bien qu'elle soit aberrante. Lorsque je demande si on a proposé à la patiente une sexothérapie pendant la grossesse et la réponse négative.

Comment se passe une séance de sexothérapie ?

Ce sont plusieurs rendez-vous lors desquels on va interroger les croyances de la patiente par rapport à la sexualité. On va chercher si un trauma a été vécu, si elles ont subi des attouchements, si elles ont eu une éducation très rigide, peu voire pas du tout centrée sur la permissivité, la positivité, le fait que la sexualité est un droit, qu'il était normal de ressentir du désir etc. On demande également comment le rapport sexuel se déroule avec le conjoint : si c'est trop rapide, brutal etc. Certaines femmes souffrent de vaginisme mais de la journée elles n'échangent pas un mot avec leur conjoint. Le rapport dans ce cas ferait partie de la to do List :

- ✓ Faire le repas
- ✓ Nettoyer
- ✓ Passer à la corvée sexuelle.

Quand on en parle comme cela, bien entendu sans jugement, elles se sentent comprises et sont dès lors prêtes à aller de l'avant.

En plus de ces discussions, j'examine presque toujours mes patientes. Je les mets avant tout dans un état hypnotique en travaillant la relaxation, et ainsi j'arrive très souvent à les examiner sans aucun problème. Et le fait d'y parvenir est franchement une révélation pour elles. Elles se rendent compte que ça ne fait pas mal et que la pénétration est possible. Elles voient dès lors qu'elles sont « normales » « comme toutes les femmes », elles envisagent le fait d'avoir un bébé, etc. ça aide énormément.

Vos patientes acceptent-elles rapidement d'être examinées ?

Je ne le fais ni n'en parle jamais lors de la première consultation, il faut que le lien de confiance s'établisse d'abord. Il arrive que certaines refusent lors de la 2^{ème} consultation, parfois lors de la 3^{ème} également, mais en général elles finissent par accepter tôt ou tard.

Vous prenez en charge les patientes de A à Z ou vous arrive-t-il de les référer ?

Je travaille avec d'autres prestataires de soins. Il arrive que j'envoie chez le kiné, et il m'en envoie d'ailleurs aussi. L'une des raisons pour lesquelles je travaille avec des kinés est le volet financier. La sexologie ce n'est pas donné, ce n'est pas remboursé non plus. Le prix moyen

d'une consultation se situe entre 30 et 50 euros, cela dépend de la durée. Lorsqu'elles sont enceintes je peux rentrer ça dans les séances remboursées de consultation sage-femme et ainsi la mutuelle peut intervenir. Le fait d'envoyer chez le kiné pour certaines séances de relaxation du périnée permettent de soulager financièrement la patiente malgré que je pourrais également mener ces consultations.

Je travaille aussi avec des psychologues pour certaines patientes très angoissées ou lorsque la cause du vaginisme est liée particulièrement à un trauma psychologique ou à des peurs, etc.

Donc oui, c'est souvent une approche pluridisciplinaire idéalement.

Pour revenir à votre prise en charge, s'agit-il donc principalement de discussion et relaxation ?

On définit ensemble la cause de ce vaginisme, ensuite il faut également leur apprendre à connaître leur corps. Ce sont des femmes qui, souvent, n'ont jamais mis de miroir devant leurs parties génitales. Lorsque je leur propose, elles sont tout de suite plus tendues, plus réservées et crispées. C'est à ce moment-là que je pointe du doigt et demande ce que ça crée comme sentiment et elles répondent que ça les dégoute ou que c'est sale, qu'elles n'ont pas l'impression que ça fasse partie de leur corps. Une fois qu'elles sont conscientes du problème, qu'elles se réapproprient leur corps, on peut envisager de la relaxation générale et locale.

Quel est le rôle du kiné dans cette prise en charge ?

Nous sommes complémentaires, moi je fais de la relaxation au niveau du périnée, les kinés travaillent au niveau des tensions abdominales, dorsales, etc.

Combien de séances sont nécessaire pour la guérison ?

C'est du cas par cas. Ça peut se résoudre en 2 consultations et parfois ça peut aller jusque 8-10. J'ai également des patientes qui abandonnent en cours de cheminement mais c'est très rare. Je pense qu'à terme, je me situe autour des 90% de réussite.

Quels freins à la prise en charge du vaginisme pouvez-vous identifier chez le médecin généraliste ?

La sexologie est une formation à part, il faut que le médecin généraliste se forme à la question. Le diplôme de médecin généraliste n'est pas suffisant. Le temps est également un frein majeur, ce n'est pas en 15-20 min que le problème se résout. D'où l'importance de référer, c'est capital.

En quoi consiste la formation de sexologie ?

Il existe un certificat en sexologie clinique. Il s'obtient au bout d'un an à raison d'un à deux weekends par mois avec un travail à rendre à terme.

Avez-vous plus de facilité à évoquer le sujet avec un certain type de patiente ? (Âge, origine socio-culturelle, etc.) ?

Je n'ai aucun problème à parler de sexualité avec qui que ce soit. Ça en est parfois même perturbant pour les gens. Les gens sont devancés par leurs stéréotypes. Je suis une femme voilée, ils pensent que je suis remplie de tabous par rapport à la sexualité et au final ils se rendent compte qu'ils ont plus de tabous que moi. Je suis vraiment très à l'aise avec le sujet ce qui me permet de gagner beaucoup de temps dans ma thérapie.

Lorsque je reçois des femmes qui, comme moi, sont de confession musulmane ou d'origine maghrébine/arabe elles sont tout de suite très à l'aise parce qu'elles n'ont pas besoin de tout m'expliquer. Je vais directement pointer l'éducation restrictive, la punition, l'idée que c'est interdit, tabou, etc. Elles sont contentes d'être comprises car avant ça elles ont parfois été voir d'autres praticiens qui ne connaissent pas leur culture et elles avaient l'impression de patauger et d'être incomprises.

Mais j'ai également des patientes belgo-belges, la prise en charge est identique, on va juste moins travailler sur le volet éducation culturelle, même s'il existe des familles catholiques dans les générations au-dessus où les tabous ont persisté. Les tabous ne sont pas que dans les familles religieuses ou culturelles.

L'âge n'a en général pas d'importance. Ce qui fait la différence, c'est plutôt le temps depuis lequel le problème est installé. Le plus long délai de consultation que j'ai eu c'est après 15 ans de mariage. Il n'y avait jamais eu de pénétration vaginale en 15 ans de mariage.

Que suggérez-vous afin d'améliorer le diagnostic et la prise en charge de cette pathologie en Médecine Générale ?

Tout d'abord il faut que la question soit posée lors de l'anamnèse. Y-a-t-il des troubles au niveau sexuel ?

Peut-être pas quand il s'agit d'une consultation plic-ploc mais si la patiente est une habituée et revient souvent avec qui le lien de confiance est établi, il faut alors oser poser la question et faire une mise au point pour certaines données du dossier : « Cigarette ? Sport ? Problèmes sexuels ? » Et ensuite développer le point en mettant le patient en confiance et lui dire qu'il est possible d'en parler ici librement ou qu'il existe d'autres professionnels capables de pallier à ce type de problèmes éventuels.

Il faut vraiment oser poser la question. Dire que la sexualité fait partie de la vie.

Merci pour le temps que vous m'avez accordé.

Annexe 6 : Entretien Gy

38 ans, sur le terrain depuis 14 ans, Woluwe-Saint-Lambert.

Afin de lancer la discussion, je vous propose de me raconter le déroulement de l'une de vos consultations sur les dysfonctions sexuelles féminines ? Avez-vous évoqué le sujet d'emblée ou cela venait de la patiente ? Vous sentez-vous à l'aise pour parler de sexualité ?

J'initie le sujet de la sexualité spontanément. Je travaille dans un service qui traite principalement de l'endométriose. Ce sont des patientes qui se présentent pour des douleurs au sens large. La plainte principale n'est pas un problème lors des rapports, mais des douleurs au sens large. C'est alors nous qui l'évoquons lors de l'anamnèse en demandant s'il y a des douleurs lors des rapports ce qui est typique de l'endométriose. Nous sommes, par la force des choses, obligés d'évoquer la sexualité de la patiente. Parfois au contraire, les patientes se présentent pour des douleurs lors des rapports et se demandent s'il s'agit d'endométriose. Il s'agit-là de dyspareunies qui peuvent être soit profonde soit d'intromission. Il y a beaucoup de confusion auprès des patientes, beaucoup sont vaginiques avec des dyspareunies d'intromission mais pensent avoir de l'endométriose. Ces dyspareunies d'intromissions sont liées à des relations qui ne se passent pas bien et ainsi elles développent directement du vaginisme mais il existe également des patientes qui, parce qu'elles ont des dyspareunies profondes sur leur endométriose, développent du vaginisme, ce qui est facilement identifiable lors de l'anamnèse, il s'agit là d'un vaginisme secondaire.

Donc lorsqu'on travaille en endométriose et infertilité, c'est quelque chose qu'on demande systématiquement.

A quelle fréquence menez-vous ce genre de consultation ?

J'effectue environ une dizaine de consultation par semaine sur les dysfonctions sexuelles, il s'agit principalement de dyspareunie, qu'elle soit intromission ou profonde.

Pensez-vous que la santé sexuelle est l'affaire du médecin généraliste ?

Oui, entre autres, je pense que c'est l'affaire de beaucoup de médecin. La gynécologie de première ligne doit être menée par le médecin généraliste, j'en suis convaincu. Tout ce qui est dépistages, infections, et donc, par la force des choses, la sexualité, est l'affaire du médecin généraliste.

Vous parlez principalement de pathologies qui sont, si je puis dire, principalement organique, dans le sens où elles correspondent à la lésion d'un organe. Que pensez-vous plutôt de la santé sexuelle qui fait appel à la satisfaction sexuelle de la patiente, à savoir trouble de l'orgasme, du plaisir, du désir ou en l'occurrence de la pénétration ?

C'est-à-dire que les patientes pensent toujours au départ qu'il y a une composante organique, elles nous consultent avec ça et donc le rôle du gynécologue est d'avant tout de discuter et de faire la recherche d'une pathologie organique. Une fois qu'elle est exclue, il faut prendre le temps et discuter de cette sexualité. Expliqué qu'il ne s'agit pas de quelque chose d'inné, c'est quelque chose qui s'apprend, il faut apprendre à connaître son corps, etc. Je n'aime pas tellement la séparation de l'un et de l'autre. Il y a toute une série de pathologie autour de la sexualité mais faire la différence entre organique et anorganique je n'aime pas beaucoup car cela voudrait dire que tout se passe dans la tête alors que c'est plus compliqué que ça à mon sens au niveau sexuel. La sexualité, c'est un tout.

Plus spécifiquement, lorsqu'une patiente se présente réellement pour un frein à la pénétration lors des rapports sexuels, et qu'il n'y a, de nouveau, aucune explication organique à la situation, comment prenez-vous en charge ces patientes, effectuez-vous un examen clinique ?

Moi j'examine toujours mes patientes, parce que d'une part, c'est ce que la patiente demande, elle vient pour ça. Elles veulent qu'on exclue une pathologie organique (hymen cerclant par exemple). D'autre part, je me mets systématiquement à la recherche d'un vaginisme. Je leur explique ce que c'est avant de commencer et puis avec la main je palpe directement des contractions importantes des muscles vaginaux et je leur fais sentir qu'en touchant ça leur fait mal. Ainsi, je leur explique le phénomène du vaginisme, que ce sont des muscles qui sont continuellement contractés et pour cette raison, ils donnent des douleurs lors de la pénétration.

Ensuite, je leur explique le phénomène sous-jacent, je leur dis qu'il s'agit d'un réflexe archaïque qu'elles ne peuvent contrôler. Pour soulager cela il faut travailler comme toute crampe ou comme tout phénomène de contracture musculaire en faisant des exercices de massage et d'automassage. Ce qui est important c'est que la patiente fasse un travail solo, qu'elle fasse marche arrière afin de pouvoir explorer la zone, qu'elle fasse une pénétration seule, sentir cette contraction, sentir les endroits qui lui font mal. C'est assez souvent difficile pour la patiente de repasser par ces exercices.

Faites-vous une prise en charge psychologique de ces patientes ? pensez-vous que ce vaginisme puisse être la cause d'un traumatisme passé ?

On discute toujours avec les patientes, je demande toujours comment se sont passés les premiers rapports et le bien-être qu'elles ressentent dans leur relation de couple mais, dans mon expérience en tout cas, beaucoup de patientes j'ai l'impression, c'est une impression, peut-être que je devrais aller plus loin dans la sphère psychologique, chez beaucoup de patientes y a vraiment un problème mécanique, j'ai vraiment cette peur d'aller s'explorer. « Je ne touche pas là en bas » « je ne sais pas ce qu'il y a en bas », plus que réellement un traumatisme plus profond etc. Elles pensaient que leurs premiers rapports se passeraient mieux, que c'était quelque chose qui viendrait instinctivement sans jamais avoir rien fait et finalement ça ne se passe pas aussi bien que prévu. Donc voilà, dans mon expérience, auprès des patientes que je vois moi-même en consultation, je les ressens plus dans un problème mécanistique. Je n'ai pas la formation en psychologie pour une telle prise en charge. Je m'attarde sur la relation du couple mais je ne vais pas plus loin, je ne recherche pas une cause profonde à cette conséquence

Vos patientes se présentent spontanément ou sont-elles envoyées par un autre prestataire de soin ?

En général, elles se présentent spontanément. Elles viennent souvent parce qu'elles ont entendu que l'endométriose pouvait donner de telles douleurs et veulent s'assurer qu'elles ne l'ont pas.

Faites-vous des examens complémentaires ?

A priori non, c'est un diagnostic clinique, on peut difficilement envisager d'autres examens. Si j'en fais, c'est plutôt pour exclure quelque chose. Comme une IRM pour exclure l'endométriose ce qui permet également de rassurer les patientes. L'anamnèse aide beaucoup, on va plutôt prescrire un examen complémentaire lorsqu'on observe des dysménorrhées incroyables associées à de la dyspareunie ou autres symptômes parallèles.

Quels freins pourriez-vous identifier quant à la prise en charge du vaginisme par le médecin généraliste ?

Ce qui est très fort évoqué par les patientes, c'est leur relation qu'elles ont avec leur médecin traitant. Relation de confiance, elles le connaissent depuis longtemps, il connaît toute la famille, et de ce fait elles n'osent pas évoquer la sexualité et l'aspect gynécologique de leur plainte. Elles ne sont pas à l'aise pour parler de ça avec leur médecin traitant, ce qui constitue un frein. L'intimité sexuelle reste quelque chose pour lesquelles elles aiment bien avoir un interlocuteur autre que celui qui s'occupe de leurs enfants, leur mari.

Pensez-vous avoir bien été formé dans votre cursus pour la gestion de ce type de consultation ?

Aux CUSL, durant mon assistantat, nous avons eu la chance d'avoir des consultations avec les sexologues chaque semaine. C'était assez formateur. On en parle également lors des colloques. En tant que spécialiste de l'endométriose, on est souvent invités dans des congrès qui présentent de plus en plus de topics dans ce sens-là. Donc oui, je me sens à l'aise dans ce domaine-là car j'estime avoir reçu la formation nécessaire.

La sexologie n'est pas présentée dans notre cursus général et nécessite des formations complémentaires

Avez-vous plus de facilité à évoquer le sujet avec un certain type de patiente (âge, origine socio-culturelle, autre ?

Non, je n'ai pas de problème à ce niveau-là. La difficulté réside plutôt dans l'ouverture qu'elle a à pouvoir parler de ça. Il y a des patientes qui ont parfois beaucoup de mal et pour moi il n'y a pas de règle ni d'âge, ni d'origine, ni de religion. Je ne change pas mon discours quel que soit la personne en face de moi.

Que suggérez-vous afin d'améliorer le diagnostic et la prise en charge du vaginisme en médecine générale ?

Il faut juste que le médecin ose poser la question. Dans un dossier médical global il est important de questionner la qualité de la vie sexuelle de la patiente. Expliquer que si quelque chose ne se passe pas bien, ce n'est pas une fatalité. Beaucoup de patientes pensent que si elles ont eu mal au premier rapport, elles auront d'office mal toute leur vie.

Poser la question ne veut pas forcément dire qu'il faut donner une réponse. Cela permet parfois juste de tirer la sonnette d'alarme et pouvoir réorienter le patient éventuellement. Poser la question de la sexualité va les faire réfléchir sans forcément devoir leur proposer une solution miracle, cela permet de mettre le doigt sur un problème, on peut ensuite, par exemple proposer d'en parler avec un sexologue.

Merci pour votre collaboration.

Annexe 7 : Entretien MG4

34 ans, médecin généraliste à l'acte, sur le terrain depuis 10 ans, Jette

Est-ce que vous avez déjà eu une consultation sur la santé sexuelle féminine ?

Oui, bien sûre

Est-ce que vous pouvez me raconter un peu comment ça se passe ? Comment vous vous sentez par rapport à la question, êtes-vous à l'aise avec le sujet ?

C'est moi qui initie le problème en demandant la permission au patient. Je leur dis que j'aimerais poser une question plus délicate, est-ce que vous me le permettez ? Parfois j'explique le pourquoi, par exemple si tous les symptômes me font penser à des problèmes d'ordre sexuel, je demande si je peux poser des questions. J'essaie de normaliser un peu les choses. Je rappelle le contexte du secret médical en disant voilà, ça reste entre nous. Mais je donne aussi la possibilité aux gens de se rétracter, en leur disant voilà vous m'avez donné votre accord mais si mes questions vous gênent vous avez le droit de ne pas y répondre et que le sujet soit clos.

Ok et c'est à quelle fréquence que vous menez ce genre de consultation ?

Je pense presque systématiquement, je le fais chez toutes mes patientes.

Vous pensez donc que la santé sexuelle fait partie intégrante de la médecine générale ?

En fait je pose surtout ces questions par rapport aux violences conjugales et donc aux violences sexuelles.

Plus spécifiquement, est-ce qu'une patiente vous a réellement parlé du frein à la pénétration lors des rapports sexuels ?

Oui, oui.

Vous sentiez-vous apte à mener cette consultation ?

Je n'ai pas de soucis par rapport à ça.

Avez-vous une facilité à émettre le diagnostic ? Quelles démarches thérapeutiques avez-vous mené ?

Moi je ne parle pas de vaginisme, je trouve un vocabulaire plus simple en disant quand le corps il ne veut pas, le corps ne veut pas. Si l'esprit ne veut pas, le corps ne veut pas. Donc quels sont les traumatismes que les gens ont vécus pour que ça soit une torture. C'est souvent à cause d'un problème de violences sexuelles, à 90% c'est ça. Donc j'aborde ça en leur demandant si elles ont déjà vécu des violences sexuelles ? Est-ce que vous avez du plaisir ? Est-ce que vous pleurez lors des rapports sexuels ? C'est plutôt ce genre de question que je pose.

Et comment vous faites la différence entre une dyspareunie d'origine organique et un vaginisme purement psychologique ?

Alors ce n'est pas purement psychologique, c'est traumatique. Un vaginisme organique vient chez les gens par exemple qui ont eu des cancers des ovaires, une irradiation du vagin. Voilà. Ou, par exemple, « je suis ménopausée ou j'ai changé de pilule du coup j'ai une sécheresse vaginale ». Mais chez les jeunes, c'est 99% des violences sexuelles.

Et vous faites un examen clinique dans ce type de contexte ?

Non, car je suis un homme, que je travaille sur Jette, j'ai beaucoup de patientes qui sont voilées. J'envoie chez une collègue femme, pour pas qu'il y ait de confusion car je suis un homme. Soit j'envoie chez une gynécologue. En général elles ont déjà vu des gynécologues et si elles ne voient aucune amélioration, je leur dis voilà stop.

Et du coup à part les gynécologues et votre collègue vous référez à qui ?

Dans la mise au point j'envoie chez ma collègue, mais si le problème est organique je revoie soit chez le gynécologue soit vers un sexologue, si c'est un problème de lubrifiant ou d'image du corps etc. Si le problème est traumatique alors je renvoie soit vers le service d'aide aux victimes et on fait tout un travail sur l'inceste et la violence sexuelle vécue dans l'enfance soit je renvoie vers la clinique du trauma. Je travaille à Jette donc j'envoie à Brugmann, c'est une clinique en psychiatrie spécialisée dans la prise en charge des syndromes du stress post-traumatique.

Vous arrivez à un résultat grâce à cette méthode ?

Bah oui, c'est quand même logique.

Vous proposez de revoir la patiente ?

C'est évident.

Et vous avez en général de bons résultats alors.

Oui et non, elles ne vont pas avoir une sexualité ultra-géniale, ça sera encore un peu pénible mais elles seront moins en souffrance, elles vont moins se forcer. Les femmes vont moins se forcer si elles ne souhaitent pas en avoir. Donc vraiment déconstruire la violence conjugale, où la femme est forcée d'avoir des relations. Beaucoup de patientes finissent par divorcer, lors de problèmes de relations forcées ou de problèmes de relations non consenties. Un moment la solution est le divorce. Je fais aussi attention à rediriger vers des sexologues diplômés et compétents, parce qu'il y en a beaucoup qui ne sont pas formés.

Quels freins identifiez-vous lors de la prise en charge du médecin généraliste ?

L'origine du problème. Car on va souvent juste se soucier de l'organe en donnant des lubrifiants, faire des examens gynécologiques et invasifs et stressants et qui coutent des sous. Tout ça pour ne pas parler des problèmes de traumatismes liés à des abus sexuels. Je pense que c'est aussi le frein de parler de la santé mentale et après il y a toute la difficulté à amener les gens à aller voir un psychologue alors que tout le monde aimerait aller voir un sexologue ou un gynécologue. Alors qu'aller voir un psychologue c'est aussi un peu tabou. C'est tabou la santé mentale et le mal-être psychique des gens.

Ok, vous pensez que c'est un manque de connaissance du médecin généraliste ou un manque de formation ?

Non, je pense que c'est parce que ce n'est pas un sujet agréable, ce n'est pas un sujet qu'on a envie d'aborder. Il y a des formations, mais les gens ont du mal à s'y former. C'est aussi un problème de tabou, dans les universités on ne nous en parle pas. Il y a un manque de connaissance à la base. Dans nos cours de sexologie on n'en parle pas.

Ici à Saint-Pierre il y a eu un audit sur la prise en charge des abus sexuels aux urgences, le constat est catastrophique. Ça n'intéresse personne malheureusement.

Est-ce que vous pensez qu’être un médecin de famille peut-être un frein ?

Non, c’est plutôt une force au contraire. Déjà que c’est un sujet tabou, si en plus on doit en parler à un inconnu, on est vraiment mal embarqué.

On en a déjà parlé, mais pensez-vous avoir été assez bien formé dans votre cursus pour la gestion de ses consultations ?

Ce n’est pas l’université qui va le faire, je pense qu’il faudrait avoir un cours à l’université, mais il faut aussi que le médecin continue à se former. La responsabilité du médecin est de continuer de se former.

Avez-vous plus de facilité avec un certain type de patiente, âge, origine socio-culturelle ou autre ?

Non.

Ok.

Que suggérez-vous afin d’améliorer le diagnostic et la prise en charge du vaginisme en médecine générale ?

D’être proactif, de ne pas attendre que les gens en parlent, d’en parler nous-même et de s’intéresser au patient dans sa globalité. Dans sa santé physique, psychique et sociale, ne pas avoir peur d’être intrusif, même si on ne connaît pas les gens. D’oser aborder le sujet comme la sexualité, la santé mentale, ne pas s’abstenir de poser des questions, est-ce que vous avez des idées suicidaires, est-ce que vous déprimez ? ça sera je pense une porte d’entrée à une meilleure prise en charge des gens.

Ok. Merci beaucoup.

Annexe 8 : Contenu de la fiche à l'attention du médecin généraliste

Prendre en charge le VAGINISME

Définition & étiologies :

Il s'agit d'une dysfonction sexuelle féminine se manifestant par une contracture spasmodique et involontaire primaire des muscles de la paroi du vagin empêchant ainsi l'intromission de toute chose qu'elle soit réelle ou fantasmée. La fréquence de cette pathologie est de l'ordre de 10-15% mais elle est peu documentée.

Les causes peuvent être variées :

- Le manque d'éducation sexuelle et les attitudes sexuelles négatives ;
- Une relation de couple conflictuelle ;
- Des antécédents de violence sexuelle ou physique ;
- Autres...

Avant toute chose...

1) Poser la question

Il est important d'évoquer le sujet de la sexualité avec ses patientes. Il fait partie intégrante de l'anamnèse dès lors que la patiente se présente régulièrement. Mais comment évoquer le problème sans paraître trop intrusif ? Voici quelques pistes :

- Après des questions d'ordre général durant l'anamnèse, demander s'il on peut poser une question intime ;
- Demander si tel médicament/telle maladie a des répercussions sur la vie sexuelle ;
- Après un accouchement ou une intervention chirurgicale, demander si les rapports sexuels ont repris avec le partenaire.

Ensuite...

2) Ecouter

Il s'agit là du premier outil thérapeutique en sexologie. Il faut laisser le patient raconter son histoire : se sentir écouté, c'est se sentir reconnu. L'écoute permet au soignant de témoigner son empathie pour une pathologie très intime, ce qui est apprécié par le patient qui peut se dévoiler.

3) Prendre le temps d'émettre un diagnostic

Le vaginisme est un diagnostic d'exclusion lorsqu'il n'y a pas d'explication physiologique, organique au frein à la pénétration. Un examen gynécologique permet d'une part de confirmer le diagnostic et d'autre part d'initier la thérapie en expliquant à la patiente l'anatomie et la physiologie de son corps.

4) Traiter

La formation en sexologie n'est pas indispensable pour aider ces patientes. En tant que médecin, vous pouvez informer la patiente sur la physiologie de la sexualité féminine ainsi que sur son anatomie à l'aide d'images, de vidéos ou de figurines. Certains demandent également à la patiente d'apposer un miroir devant leurs parties génitales, chose qui n'a jamais été faite par la patiente auparavant. Il est important de lever les tabous et d'être à l'aise avec la question de la sexualité. Lorsque vos limites thérapeutiques sont atteintes, vous pouvez référer à des spécialistes qui poursuivront votre travail. Un traitement efficace peut être obtenu de différentes façons en fonction de l'étiologie du vaginisme. Vous pouvez ainsi référer à un sexologue, un gynécologue et/ou encore à un psychologue. Une approche pluridisciplinaire alliant le bio-psycho-social semble être très efficace.

Les méthodes thérapeutiques utilisées en pratique

- Éducation sexuelle
- Psychothérapie générale
- Thérapie cognitivo-comportementales
- États modifiés de conscience (hypnose, sophrologie, pleine conscience)
- Eveil sexuel du couple
- Exercices de respiration et de relaxation
- Sensate focus
- Désensibilisation locale par électrostimulation et biofeedback électromyographique
- Dilatateurs vaginaux ou dilatation manuelle
- Certains médicaments (anesthésiques, relaxants musculaires, anxiolytiques)
- Et en dernier recours : la chirurgie.

Vous pouvez trouver un sexologue sur <https://www.ssub.be/membres/>

5) Suivre

N'oubliez pas de revoir vos patientes afin de réévaluer la situation régulièrement

Sources et compléments d'informations :

- 1) El Habsaoui, H. Evaluation, identification des freins et propositions d'outils d'amélioration de la prise en charge et du diagnostic de vaginisme en Médecine Générale. Thèse de doctorat. 2020. Université Catholique de Louvain.
- 2) Michaux N, Marotta M-L, Di Gregorio M, Reynaert C : Comment aborder la sexualité avec une femme en consultation médicale. *Louvain Médical*. 2018, 137(8):477-482.
- 3) Goulet S, Fortin B, Aborder la sexualité pendant l'entretien médical : une compétence qui s'apprend. *De médecin à enseignant*. 2017,52(6):61-64

Annexe 9 : Brochure formation en sexologie à l'UCL

L'ÉQUIPE ENSEIGNANTE

- **PASCAL DE SUTTER**
Docteur en psychologie et sexologie, Professeur à l'Université catholique de Louvain (UCLouvain), responsable académique du certificat en sexologie clinique appliquée
- **FRANÇOISE ADAM**
Docteur en psychologie et sexologie, Chargée de cours invitée (UCLouvain), co-responsable du certificat en sexologie clinique appliquée

Et avec la collaboration de :
MICHEL AMAND, JEAN-LUC BEAUMONT, CHRISTOPHE BRASSEUR, FRANÇOIS DE CARIFEL, DOMINIQUE CHATTON, VALÉRIE DOYEN, AMANDINE EDARD, NICOLAS FAVEZ, MARIE GÉONET, STÉPHANIE HANNIER, ALEXANDRA HUBIN, PHILIPPE KEMPEENEERS, ISABEL KESTREMENT, MARTHYLLE LAGADEC, NATHALIE MICHAUX, CHRISTINE REYNAERT, AMÉLIE SIMON, CATHERINE SOLANO, CENDRINE VANDERHOEVEN, JULIE VAN ROMPAEY, ANITA VAN RUSSELT, ALINE WERY ...



CERTIFICAT D'UNIVERSITÉ DES CRÉDITS ECTS
**Sexologie Clinique
Appliquée**

CERTIFICAT D'UNIVERSITÉ

Les participants qui suivent activement le programme et réussissent l'épreuve d'évaluation des connaissances organisée à l'issue du programme se voient délivrer un certificat d'université en sexologie clinique appliquée assorti de l'octroi de 21 crédits. Outre sa valorisation personnelle dans le plan de formation du participant, le certificat d'université de l'UCLouvain est reconnu par le décret d'harmonisation européenne. Il permet donc l'octroi de crédits à faire valoir lors de l'admission à d'autres formations universitaires en Europe.

EN PRATIQUE

LIEU ET CALENDRIER

Les cours sont dispensés 1 week-end par mois. Le vendredi de 13h30 à 20h et le samedi de 9h à 17h00 à Louvain-La-Neuve (Bâtiment Socrate, Place Cardinal Mercator, 10).

Pour plus d'informations, veuillez vous référer aux informations données sur le site internet de la formation.

DROITS D'INSCRIPTION

Les droits d'inscription s'élevaient à 2300 euros. Le prix comprend les activités de formation (cours, séminaires, intervention), la documentation, la carte d'étudiant, l'accès aux infrastructures et aux bibliothèques de l'Université.

Ce programme est agréé dans le cadre du dispositif chèques formation de la Région wallonne. Le nombre maximum de chèques formation acceptés est de 145.

CONDITIONS D'ADMISSION

Ce certificat est accessible uniquement aux personnes souhaitant travailler en sexologie et qui disposent déjà d'un diplôme ci-dessous:

Accès direct :

- Master en sciences de la famille et de la sexualité, finalité sexologie ;
- Certificat universitaire en sexologie ULG ou ULB ;
- DIJ français de sexologie ou autres diplômes universitaires assimilés.

Accès moyennant 3 ans d'expérience professionnelle dans le domaine de la santé :

- Licences ou master en psychologie ;
- Doctorat ou master en médecine ;
- Licences ou master en kinésithérapie avec spécialisation en périmétrie ;
- Licences ou master en sciences de la santé publique, option sexologie.

Accès sur dossier par la Valorisation des Acquis d'Expériences (VAE) :

- Les professionnels de la santé ayant une expérience de 5 ans en lien avec la sexologie.

PROCÉDURE D'INSCRIPTION

Les inscriptions se font via le formulaire en ligne qui se trouve sur le site internet du programme : www.formation-sexologie-clinique.be

EN SAVOIR PLUS

- 📧 www.formation-sexologie-clinique.be
- ☎ +32 (0) 10 47 40 79 - Mme Brigitte Pelsmaekers
- 📧 brigitte.pelsmaekers@uclouvain.be

VENIR OU REVENIR À L'UCLouvain

- pour évoluer professionnellement
- pour actualiser vos connaissances dans des domaines innovants

LES 14 FACULTÉS DE L'UCLouvain PROPOSENT PLUS...

- d'une centaine de certificats d'université
- d'une vingtaine de masters et masters de spécialisation
- d'une cinquantaine de programmes qualifiants

Et des nouvelles formations chaque année

POUR UN PUBLIC D'ADULTES ENGAGÉS DANS LA VIE SOCIO-PROFESSIONNELLE

À découvrir sur :
www.uclouvain.be/formation-continue-catalogue



UCLouvain
Faculté de psychologie
et des sciences de l'éducation



FORMATION
CONTINUE

CERTIFICAT
D'UNIVERSITÉ



Sexologie Clinique Appliquée

2020-2021 • Édition 16

www.formation-sexologie-clinique.be

CERTIFICAT D'UNIVERSITÉ (25 CRÉDITS ECTS)

Sexologie Clinique Appliquée

LE PUBLIC

Ce certificat s'adresse aux :

- Sexologues universitaires
- Psychologues, médecins et kinésithérapeutes ayant déjà une expérience professionnelle
- Autres professionnels de la santé ayant une expérience en lien avec la sexologie de 5 ans ou plus (VAE)

LES ATOUTS DU PROGRAMME

- Une formation axée sur la pratique clinique de façon très concrète appliquée à la sexothérapie.
- Les intervenants partagent leur expertise tant au niveau théorique que pratique grâce à des cours, des séminaires incluant de nombreuses interactions, des jeux de rôles, des études de cas ainsi que des interventions tout au long du programme afin d'améliorer sa pratique clinique.
- La rigueur scientifique de ce programme est garantie par les meilleurs experts belges et étrangers qui y interviennent. L'équipe enseignante est composée de sexologues cliniciens expérimentés.
- L'opportunité aux professionnels de la santé de se spécialiser en sexothérapies cognitives et comportementales (TCC), en sexothérapies d'Etats Modifiés de Conscience (EMC) et en sexothérapies conjugales.

SE SPÉCIALISER EN SEXOTHÉRAPIE ET ACQUÉRIR DE NOUVEAUX OUTILS CONCRETS EN SEXOLOGIE.

LE PROGRAMME

La formation est structurée autour de trois modules et propose une mise à niveau (13h) ainsi qu'une révision en fin de programme (7h).

Module 1: Sexothérapies TCC (Thérapies cognitives et comportementales)

- L'approche TCC
- Le sexocorporel
- L'approche sexofonctionnelle
- Intervention

Module 2: Sexothérapies EMC (Etats modifiés de conscience)

- L'hypnose appliquée à la sexothérapie
- La sophrologie appliquée à la sexothérapie
- L'EMDR appliqué à la sexothérapie
- La Pleine Conscience appliquée à la sexothérapie
- Intervention

Module 3: Sexothérapies conjugales

- L'approche systémique appliquée aux difficultés sexuelles dans les couples
- L'approche TCC appliquée aux difficultés sexuelles dans les couples
- Intervention

LES OBJECTIFS

« Se spécialiser en sexothérapie » est l'objectif affirmé du programme.

Cette spécialisation rigoureuse vous permettra d'approfondir certaines approches sexothérapeutiques qui ont montré leur efficacité dans le traitement des difficultés sexuelles. Elle vise également à améliorer les prises en charge sexologiques par l'application directe de nouveaux enseignements à la pratique professionnelle.

NOUVEAU | Attestation « Perfectionnement en sexologie clinique »

4 week-end de formation accessibles à tous les étudiants ayant suivi le certificat en sexologie clinique appliquée



Consultez le programme
détaillé sur notre site :

www.formation-sexologie-clinique.be



LA PÉDAGOGIE & L'ÉVALUATION

La formation est pensée et adaptée au transfert de connaissances vers des professionnels selon un dispositif pédagogique majoritairement en présentiel avec quelques activités à distance (eLearning). L'objectif est d'améliorer sa pratique clinique sur base d'une pédagogie active et collaborative intégrant les nouvelles technologies alliant apports théoriques et intégration des acquis grâce à des moyens variés :

- Activités à distance via le Moodle du cours (lecture, vidéo, Forum, classes inversées...)
- Séminaires théoriques
- Jeux de rôle et études de cas cliniques
- Travaux de groupes
- Interventions

L'évaluation est composée d'un examen oral et d'un travail de fin d'études portant sur une étude de cas ou sur une question transversale. Un stage est toujours proposé mais n'est pas obligatoire.

CERTIFICAT D'UNIVERSITÉ - 60 CRÉDITS



ATOUTS

- > **Formation complète** dans les domaines médicaux, psychologiques et juridiques
- > **Multidisciplinarité et expertise de renommée internationale des intervenants**
- > Possibilité de suivre le certificat en **horaire adapté**
- > **Diversité des méthodologies employées** : exposés, ateliers et jeux de rôles.

RESPONSABLE ACADÉMIQUE

Thierry ROUMEGUÈRE

Urologue & Andrologue, Hôpital Erasme
Chargé de cours à l'ULB, Faculté de Médecine

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Fabrice JURYSTA, Philippe KEMPENEERS, Martine LALOUX, Liesbeth MANALIS, Iv PSALTI & Thierry ROUMEGUÈRE

INTERVENANTS

Jean-Luc BEAUMONT, Marcel BOISDEQUIN, Sylvia BONCZYK, Oranite GOLDRAT, Cécile HOCHET, Géraldine JACQUEMIN, Fabrice JURYSTA, Philippe KEMPENEERS, Martine LALOUX, Marjorie LOMBARD, Liesbeth MANALIS, B. MICHEL, André NERON, Chris PAULIS, Valérie PIETTE, Iv PSALTI, Christine REYNAERT, François RAMSEYER & Thierry ROUMEGUÈRE


PUBLIC

- > Médecins, psychologues, psychothérapeutes, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, professions paramédicales, assistants sociaux, juristes, criminologues, professeurs et enseignants, éducateurs.
- > Toute **personne** (Bachelier et/ou Master) **en situation d'aide thérapeutique, de conseil ou d'éducation** et disposant déjà d'une **formation initiale**.

Toutes les admissions s'effectuent sur base d'un dossier.

EN PRATIQUE

-  **2 années**
Les samedis
De septembre à juillet
-  **ULB Campus Erasme - Anderlecht**
-  **Certificat complet - 2200 €**
Tarif réduit (demandeur d'emploi) - 1100 €

 **Formation agréée** dans le cadre du dispositif des **Chèques-Formation** de la Région wallonne. **192** Chèques-Formation acceptés.
Plus d'infos sur le site du [Forem](http://forem.be).

INSCRIPTION

<http://helsci.ulb.be>

CONTACT

02/555 85 17
helsci@ulb.be
facebook/ULBHelSci



Pourquoi se former en sexologie clinique ?

Depuis la révolution sexuelle des années 60, de nouvelles réalités sociétales touchent et convergent dans tous les pays occidentaux. D'autres problématiques ne cessent d'interpeller tant les scientifiques que les législateurs ou les soignants.

Dans ce contexte sans cesse en évolution, une formation rigoureuse permet l'acquisition et la mise à jour de connaissances en sexologie. Le certificat universitaire vise donc :

- une connaissance élargie, une perception, une approche et une expérience professionnelle dans le domaine de la sexualité ;
- une réflexion personnelle sur sa propre dynamique, sur ses limites et sur son orientation professionnelle ;
- l'interdisciplinarité de la prise en charge, au vu des nombreux domaines au sein desquels la sexologie peut s'insérer.

Point fort du certificat de l'ULG

La formation vise simultanément :

- la maîtrise de l'information et des connaissances scientifiques en matière de sexualité selon une approche multidisciplinaire : médicale ; psychologique ; légale ; sociologique ; culturelle ; éthique ;
- l'apprentissage de l'utilisation des connaissances acquises dans sa pratique de manière adéquate afin d'alléger les difficultés des personnes présentant des troubles de la vie sexuelle ;
- la collaboration avec d'autres professionnels de la santé sexuelle ;
- la cohésion entre formation théorique, pratique et introspection réflexive dans le domaine de la sexologie.



Procédure d'admission

1. Adresser sa candidature (*curriculum vitae* et lettre de motivation) au Pr J.-M. TRIFFAUX, directeur scientifique du certificat.
2. Répondre à l'entretien motivationnel / de VAE.
3. Obtenir l'accord du directeur et sa validation de l'inscription auprès de la cellule de formation continue uliege.
4. S'y inscrire administrativement.

Droits d'inscription

Les droits d'inscription au programme complet s'élevaient à 1950 euros.

Possibilité d'inscription modulaire.

Contacts

En savoir plus sur la formation

www.programmes.uliege.be/cocoon/20182019/formations/condacc/MYCUSC00.html

celinetberghien@hotmail.com

Inscriptions

formation.continue@uliege.be
04/366 91 07

Certificat d'université Uliège

Cellule Formation continue

SEXOLOGIE

CLINIQUE

Faculté de Médecine



SEXOLOGIE CLINIQUE

Certificat Universitaire de 35 ECTS

Public cible

Notre programme s'adresse principalement aux candidats détenteurs d'un des diplômes repris ci-après :

- Master en médecine
- Master en psychologie
- Master en kinésithérapie
- Master en santé publique
- Master en droit
- Master en criminologie
- Bachelier en soins infirmiers

Un accès sur dossier reste cependant possible au travers de la VAE [Validation des Acquis de l'Expérience].

Equipe enseignante

Sous la direction du

Pr Jean-Marc Triffaux, Faculté de médecine

et du comité scientifique :

Robert Andrienne, Albert Bekers, Adélaïde Blavier,
Christine Debois, Serge Garcet, Philippe Kempeneers,
Marc Malempré, Christian Mormont, Michelle Nisolle,
Chris Paulis, Régis Radermecker & Céline Tiberghien.

Programme

Le certificat est dispensé sur une année et demie, de janvier 2019 à juin 2020, et se décompose en quatre temps.

1. Un temps de formation réparti en 8 modules thématiques [15 ECTS - 149 heures ; janvier - décembre]

- Les fondements de la sexualité humaine
- La sexualité au cours de la vie
- Les fonctions sexuelles
- Les pathologies et la sexualité
- Les variations sexuelles : orientation, identité et genre
- Les psychothérapies sexuelles
- Les paraphilies.
Les maltraitances sexuelles
La sexologie légale
- L'éducation à la vie affective et sexuelle
La prostitution

2. Un temps pour la pratique [6 ECTS ; septembre - avril]

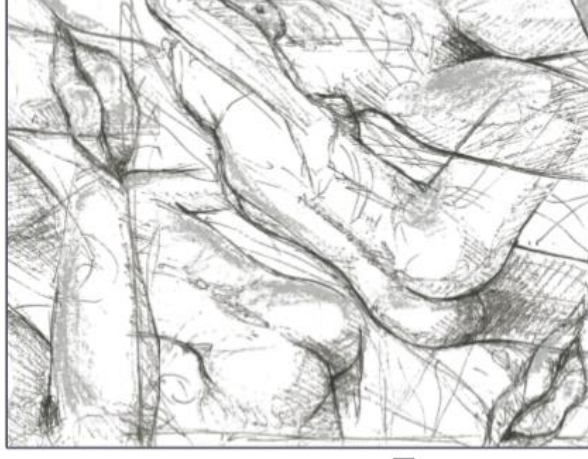
- 64 heures de stage cumulées au sein des services suivants
- Médecine sexuelle masculine (16 heures)
 - Médecine sexuelle féminine (16 heures)
 - Psychologie médicale (16 heures)
 - Sexologie clinique (16 heures)

3. Un temps de recherche et de réflexion [14 ECTS ; janvier - mai]

Rédaction d'un travail de fin de certificat [TFC]

4. Un temps pour l'évaluation [mai-juin]

- Examen d'évaluation des acquis (QCM)
- Présentation du TFC



Avec la collaboration de

Sophie André, Jacques Balthazar, Aude Belliard, Audrey Boclinville, Damien Bourgonjon, Frédéric Burdot, Luc Coppens, Martin Desseilles, Jean Doyen, Marie Fafchamps, Anne Firquet, Christine Gennigens, Arlette Lecoq, André-Marie Masson, Eric Mathy, Sophie Noël, Patrick Petrossians, Colette Pinsart, Anne Pirotte, Hannelore Schrod, Aurelien Partoune, Sylvie Roberti, Gabrielle Scantamburlo & Cathy Slangen.