



Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation

Pays de la Loire.

54, rue de la Baugerie – 44230 SAINT - SÉBASTIEN SUR LOIRE

L'utilisation de l'Evidence Based Practice dans la prise en charge masso-kinésithérapique des vulvodynies lorsqu'elles sont source de dyspareunies.

Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés

Yasmine HACHAD

Mémoire UE28

Semestre 10

Année scolaire : 2021-2022

RÉGION DES PAYS DE LA LOIRE





#### AVERTISSEMENT

Les mémoires des étudiants de l'Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et de la Réadaptation sont réalisés au cours de la dernière année de formation MK. Ils réclament une lecture critique. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFM3R.



## Remerciements

---

Je souhaite tout d'abord remercier mon directeur de mémoire pour sa disponibilité et ses conseils tout au long de ce travail de recherche.

Je tiens à remercier les cinq masseurs-kinésithérapeutes qui ont accepté de participer. Merci pour le temps que vous m'avez accordé, vos réponses ont permis l'aboutissement de ce mémoire.

Un grand merci à mes parents qui ont toujours été présents et qui m'ont soutenu tout au long de mes études. C'est grâce à vous que je peux réaliser le métier de mes rêves.

Enfin, je souhaite remercier tous mes relecteurs, pour vos conseils, votre soutien et le temps que vous m'avez accordé.



## Résumé

---

**Introduction :** La vulvodynie lorsqu'elle est source de dyspareunie est un trouble complexe dont l'étiologie à ce jour indéterminée entraîne des conséquences non négligeables sur la qualité de vie des femmes atteintes. Souvent sous diagnostiqué et source d'errance médicale, ce trouble est un véritable enjeu de santé publique. Dans un contexte où l'Evidence Based Practice (EBP) est de plus en plus probante, l'objectif de ce travail consiste à mettre en avant et analyser la façon dont les Masseurs-kinésithérapeutes (MK) mobilisent ce triptyque dans leur prise en charge en cabinet libéral.

**Matériels et méthodes :** Une enquête qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée auprès de 5 MK travaillant dans des structures libérales. Ces entretiens ont été retranscrits puis analysés thématiquement.

**Résultats :** Les données recueillies mettent en avant un déséquilibre dans la mobilisation des trois concepts de l'EBP. La vulvodynie est présentée comme un trouble complexe dont la prise en charge est multidisciplinaire. Il persiste toutefois des zones d'ombres concernant les spécificités de ce trouble. Malgré une prise en charge globale et des objectifs pour la plupart atteints, l'expérience du clinicien ainsi que les attentes et/ou valeurs du patient prévalent sur la littérature scientifique chez l'ensemble des MK interrogés.

**Discussion :** La présence de nombreux freins ainsi que le manque de données probantes semblent limiter la consultation de la littérature scientifique. A cela s'ajoute l'assimilation de l'EBP à la preuve scientifique seule. La réforme de 2015 semble marquer un tournant quant à la mobilisation des trois composantes par les MK. Ce travail présente l'application du triptyque sur le terrain ainsi que les différents enjeux qui en découlent. Cependant, il serait adéquat d'effectuer des études de plus grande envergure pour démontrer la place de chaque triptyque dans cette prise en charge.

## Mots clés

---

- Dyspareunies
- Evidence Based Practice
- Guide de recommandations
- Pluridisciplinarité
- Vulvodynies

## Abstract

---

**Introduction** : Vulvodynia, when it is a source of dyspareunia, is a complex disorder of which etiology is still undetermined and which has significant consequences on the quality of life of affected women. Often underdiagnosed and a source of medical wandering, this disorder is a real public health issue. In the context where Evidence Based Practice (EBP) is more and more convincing, the goal of this work consists in highlighting and analyzing the way physiotherapists mobilize this triptych in their care in private practice.

**Materials and methods** : A qualitative survey by semi-directive interviews was carried out with 5 physiotherapists working in private practices. These interviews were transcribed and then analyzed following a thematic grid.

**Results** : The data collected show an imbalance in the mobilization of the three concepts of the EBP. Vulvodynia is presented as a complex disorder with multidisciplinary management. However, there are still grey areas concerning the specificities of this disorder. Despite a global management and objectives that are mostly achieved, the experience of the clinician as well as the expectations and/or values of the patient prevail over the scientific literature among all the physiotherapists interviewed.

**Discussion** : The presence of many obstacles and the lack of evidence as well as the assimilation of EBP to scientific evidence seem to restrict the consultation of the scientific literature. The 2015 reform seems to be a turning point in the mobilization of the three components by physiotherapists. This work presents the application of the triptych in the field as well as the different issues that result from it. However, it would be relevant to conduct larger studies to demonstrate the place of each triptych components within this care.

## Key words

---

- Dyspareunia
- Evidence Based Practice
- Guidelines
- Pluridisciplinarity
- Vulvodynia



## Sommaire

---

<b>1. Introduction</b> .....	1
<b>2. Cadre conceptuel</b> .....	2
<b>2.1 Les douleurs génito-pelviennes et troubles de la pénétration</b> .....	2
<b>2.2 La dyspareunie</b> .....	3
<b>2.3 La vulvodynie</b> .....	4
<b>2.4 Anatomie du plancher pelvien</b> .....	5
<b>2.5 Le diagnostic</b> .....	8
<b>2.6 Prise en charge de la pathologie</b> .....	11
<b>2.7 Conclusions de la littérature scientifique concernant les vulvodynies associées à des dyspareunies</b> .....	17
<b>2.8 Qualité de vie et santé sexuelle</b> .....	19
<b>2.9 Suivi de la pathologie</b> .....	20
<b>2.10 Rôle du masseur-kinésithérapeute</b> .....	22
<b>3. Problématisation</b> .....	23
<b>3.1 Contextualisation</b> .....	23
<b>3.2 Question de recherche</b> .....	24
<b>3.3 Les hypothèses</b> .....	24
<b>4. Matériel et méthode</b> .....	25
<b>4.1 Enquête par entretiens</b> .....	25
<b>4.2 Construction de l'échantillon</b> .....	26
<b>5. Présentation des résultats</b> .....	29
<b>5.1 Analyse qualitative des données</b> .....	29
<b>6. Discussion</b> .....	40
<b>6.1 Interprétation des résultats au vu des hypothèses et de la littérature</b> .....	40
<b>6.2 Retour sur la méthodologie</b> .....	46
<b>7. Conclusion</b> .....	50

## Références bibliographiques

## 1. Introduction

La vulvodynie est un trouble peu connu et pourtant courant qui touche 8 à 16% des femmes de tout âge (1,2). Elle peut être source de dyspareunie et affecter de façon importante la qualité de vie ainsi que la santé sexuelle des femmes concernées (3). L'hétérogénéité des femmes souffrant de vulvodynie ainsi que son étiologie indéterminée et probablement multifactorielle posent un défi important à l'identification d'un type spécifique de prise en charge (4). De plus, il règne autour de ce trouble une méconnaissance générale du corps médical entraînant non seulement un retard dans la prise en charge mais aussi un faible taux de diagnostic responsable de l'errance médicale d'une partie des femmes (5). L'ensemble des données scientifiques préconise une approche multidisciplinaire. Cependant, la prise en charge masso-kinésithérapique manque de données probantes et les dernières recommandations datent de 2016 (6). Ainsi, les prestataires de soins doivent donc bien connaître les différentes options afin d'optimiser au maximum cette prise en charge complexe. Bien que le traitement optimal demeure imprécis, les Masseurs Kinésithérapeutes (MK) doivent mettre en place une approche individualisée et s'inscrire dans une démarche pluridisciplinaire afin d'aborder tous les aspects physiques et émotionnels de ce trouble.

Ce travail de recherche s'est construit de par notre expérience. En effet, le secteur de l'uro-gynécologie est très souvent associé à la prise en charge des femmes en post-partum ou suite à des incontinences urinaires. Or, la sexualité présente une part importante de ce domaine et reste malheureusement un sujet tabou.

Différents questionnements ont alors émergé : cette affection qui touche un grand nombre de femmes est-elle bien connue par les kinésithérapeutes et l'ensemble du corps médical ? Le manque de données probantes des recommandations influe-t-il sur leur consultation ? Sont-elles appliquées sur le terrain ? Si non, quelle est la place de l'empirisme dans la prise en charge ? L'expérience ou encore les formations des cliniciens influencent-elles l'efficacité de la prise en charge ? Comment les MK adaptent-ils leur traitement à la complexité biopsychosociale de la vulvodynie ? Cherchent-ils à interroger les patientes sur leur santé sexuelle ? Que peuvent-ils mettre en place pour améliorer leur qualité de vie ?

Cette démarche de questionnement nous pousse à nous interroger sur la place de l'Evidence Based Practice (EBP) dans la pratique des MK. En effet, on retrouve dans nos interrogations les trois piliers qui constituent l'EBP. Finalement, la théorie est-elle vraiment la même sur le terrain ? Peut-elle être appliquée et comment ? Existe-t-il des freins à son application ?

Afin d'apporter des réponses à l'ensemble de ces questions, une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de différents MK semble être ici la méthodologie la plus adéquate. La théorie apporte des concepts nécessaires à l'optimisation des pratiques mais qu'en est-il réellement sur le terrain ? L'objectif de ce travail de recherche est de recueillir différents points de vue concernant la mobilisation des trois piliers de l'EBP dans la prise en charge du trouble complexe que représente la vulvodynie associée à des dyspareunies.

## **2. Cadre conceptuel**

### **2.1 Les douleurs génito-pelviennes et troubles de la pénétration**

Les troubles liés à des douleurs génito-pelviennes (DGP) ou à la pénétration sont un des principaux dysfonctionnements chez la femme selon la classification des troubles sexuels. Ils sont référencés dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM pour Diagnostic and Statistical Manual of Mental en anglais) qui a publié sa cinquième version traduite en français en 2015 (7).

Le DSM classe les troubles liés aux DGP ou à la pénétration selon quatre critères diagnostiques allant de A à D. Le critère A définit plus spécifiquement quatre dimensions :

« A. Difficultés persistantes ou répétées dans un ou plusieurs des cas suivants :

- Pénétration vaginale pendant la relation sexuelle
- Douleur vulvo-vaginale ou pelvienne marquée pendant la relation sexuelle ou lors des tentatives de pénétration
- Peur ou anxiété marquée d'une douleur vulvo-vaginale ou pelvienne par anticipation, pendant ou résultant de la pénétration vaginale
- Tension ou crispation marquée de la musculature du plancher pelvien au cours des tentatives de pénétration vaginale (...) » (7).

Ces quatre dimensions de symptômes sont souvent comorbides. Cependant, la présence de l'une de ses dimensions suffit à établir le diagnostic. Certaines caractéristiques associées telles que les facteurs relationnels, psychologiques, culturels ou encore liés au genre ou au développement et à l'évolution de ces douleurs doivent être considérées tout au long du diagnostic (7).

Bien qu'elle soit l'une des causes les plus courantes de douleurs lors des rapports sexuels, la vulvodynie n'y est pas mentionnée en tant que diagnostic différentiel. En suivant la

terminologie du DSM-5, la vulvodynie pourrait être classée comme un trouble psychiatrique et une dysfonction sexuelle. Cependant, il faut garder un regard critique sur la classification des douleurs vulvaires chroniques comme trouble psychiatrique car elle n'incite pas les cliniciens à adopter une approche contemporaine de la prise en charge fondée sur les preuves (5).

## **2.2 La dyspareunie**

La dyspareunie est définie comme une douleur génitale associée aux rapports sexuels (8). Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-V-révision textuelle (DSM-V-T), la dyspareunie est sous-classée dans la catégorie des douleurs génito-pelviennes et troubles de la pénétration (9). On classe la dyspareunie selon le lieu, le moment et la nature de la douleur. On retrouve la dyspareunie profonde lorsque la douleur est liée à la pénétration vaginale profonde alors qu'elle est dite superficielle lorsque la douleur se situe dans la zone vulvo-vaginale lors de la pénétration initiale. Elle peut être primaire si elle survient lors du premier épisode de rapport sexuel ou secondaire si la douleur survient après plusieurs rapports sexuels sans douleurs de la femme. Enfin, la dyspareunie peut être généralisée et survenir indépendamment du partenaire ou de la situation et peut être situationnelle lorsque la douleur est ressentie lors d'une situation spécifique ou avec le/la partenaire (10).

L'étiologie est différente selon le type de dyspareunies. En effet, les fissures anales, les hémorroïdes, l'infection de la glande de Bartholin, la vulvovaginite, la vulvodynie, l'atrophie vaginale, la lubrification sexuelle ou une excitation inadéquate, le vaginisme et la dyspareunie post-partum seraient responsables de dyspareunies dites superficielles (11). Parmi ces dernières, la vulvodynie est le type le plus courant de douleur pelvienne chronique et de dyspareunie chez les femmes pré-ménopausées (3). Tandis que l'adénomyose, l'endométriose, les cicatrices vaginales, la cystite interstitielle et les adhérences pelviennes entraîneraient plutôt des dyspareunies profondes (11). Des antécédents d'abus physiques ou sexuels en plus des facteurs psychosociaux tels que la dépression ou encore l'anxiété peuvent être également associés à ce trouble. La dyspareunie est donc un trouble multifactoriel impliquant des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

Selon les études, la prévalence varie de 8 à 21% et on estime qu'environ 20% à 50% de l'ensemble des femmes souffriront de dyspareunies à un moment donné de leur vie. Cependant une variation des pourcentages est notable en fonction des pays (9,10).

### 2.3 La vulvodynie

L'international Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) propose en 2003 une terminologie pour l'étude des maladies vulvo-vaginales et définit la vulvodynie comme « une gêne vulvaire, le plus souvent décrite comme une douleur brûlante, survenant en l'absence de signes visibles pertinents ou d'un trouble neurologique spécifique cliniquement identifiable ». En 2015, l'ISSVD ainsi que l'International Society for the Study of Women's Sexual Health et l'International Pelvic Pain Society revisitent cette classification et divisent les douleurs vulvaires en deux sections :

- Les douleurs vulvaires dues à une cause spécifique (infectieuse, inflammatoire, neurologique, traumatique, iatrogène, hormonale et néoplasique),
- La vulvodynie : douleur vulvaire qui dure depuis au moins 3 mois, sans cause clairement identifiable, potentiellement liée à des facteurs associés (12).

La vulvodynie est caractérisée selon la localisation de la douleur (localisée, généralisée ou mixte), la provocation (spontanée, provoquée ou mixte), le début (primaire ou secondaire) ainsi que la temporalité (symptômes intermittents, persistants, constants, immédiats) (1,12). La vulvodynie localisée fait référence à une douleur limitée au vestibule vulvaire, autour de l'anneau hyménée à l'entrée du vagin, et la vulvodynie généralisée est définie comme une douleur affectant l'ensemble de la région vulvaire (13). Le type le plus courant de vulvodynie est la vulvodynie provoquée également appelée vestibulodynie provoquée (PVD) (14). Cette affection n'ayant pas d'étiologie claire, la nouvelle terminologie fournit des indications sur les facteurs potentiellement associés (par exemple, candidose, facteurs psychosociaux, problèmes musculo-squelettiques, comorbidités, génétique, inflammation, ATCD chirurgicaux) ce qui suggère que la vulvodynie n'est probablement pas une maladie unique mais un ensemble de plusieurs processus pathologiques (2,5,14).

Actuellement, de par le caractère chronique de cette affection on observe un dysfonctionnement du traitement sensoriel du système nerveux central impliquant trois processus interdépendants. On retrouve la sensibilisation périphérique et centrale ainsi que l'altération de la modulation descendante. Cela a pour conséquence de diminuer les seuils sensoriels, de sorte qu'un toucher non douloureux devient douloureux (allodynie) et qu'un toucher douloureux devient plus douloureux (hyperalgésie) (5,6). De plus, certaines composantes psychologiques telles que l'anticipation, l'état émotionnel, l'humeur, l'anxiété,

le catastrophisme, l'apprentissage ou encore la mémoire présents chez les femmes souffrant de vulvodynies peuvent moduler la perception de la douleur (5).

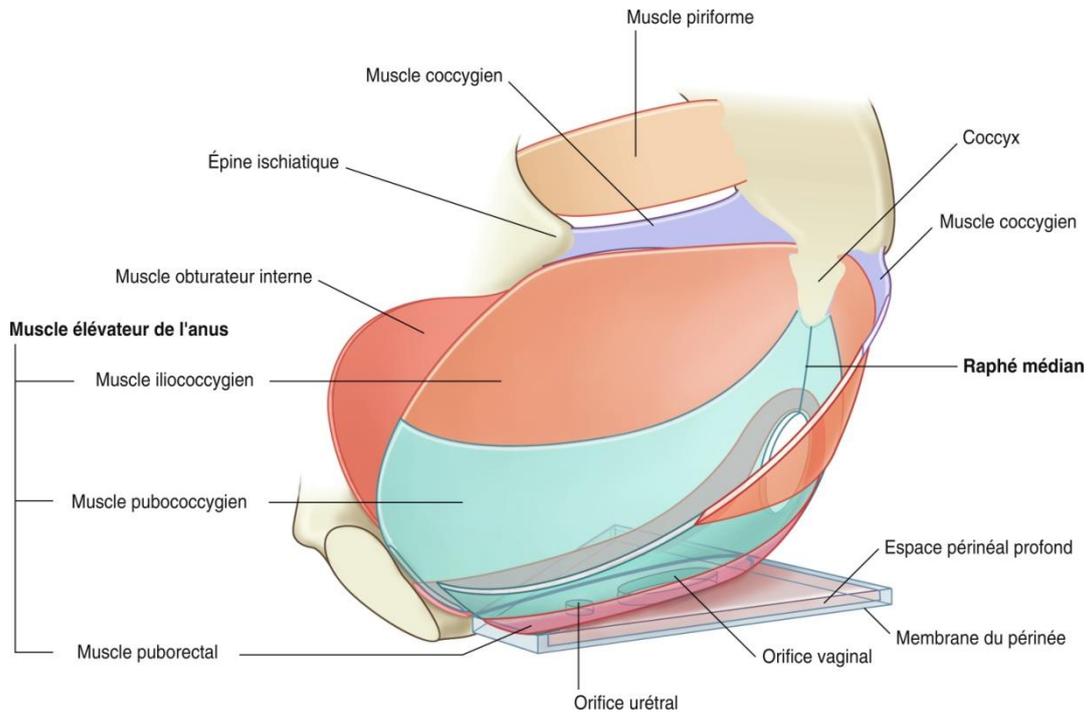
Les femmes de tout âge peuvent être touchées par cette affection, de ce fait on estime que la prévalence varie de 8 à 16% selon la littérature. La plupart des données épidémiologiques sur la vulvodynie proviennent des États-Unis, peu d'informations sont disponibles en Europe (1,2). Le taux de rémission spontanée est élevé mais les rechutes sont fréquentes (5).

## **2.4 Anatomie du plancher pelvien**

Bien que chaque cas de vulvodynie soit différent, on retrouve un élément commun à ces femmes qui peut être une des origines des douleurs et des limitations fonctionnelles, ce sont les muscles du plancher pelvien. En effet, un dysfonctionnement du plancher pelvien est souvent associé à des troubles de la douleur pelvienne et à la dyspareunie, y compris la vulvodynie (15). Bien que ce dysfonctionnement associé à la vulvodynie soit connu, les processus physiopathologiques restent encore peu compris et pourraient provenir de différents mécanismes.

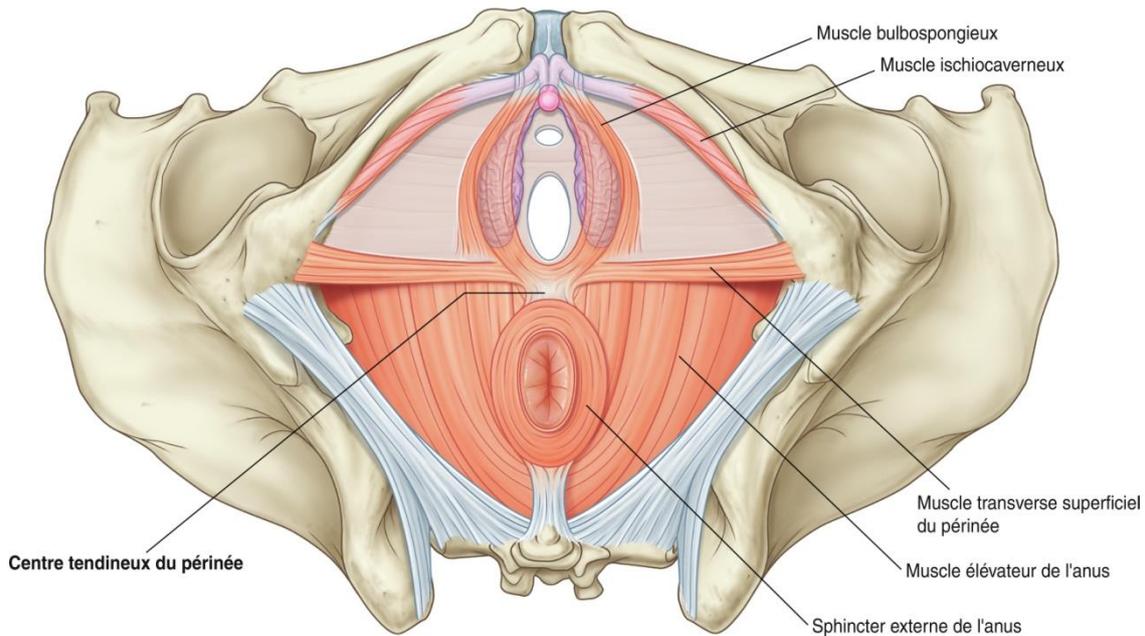
### **2.4.1 Les muscles périnéaux**

On retrouve dans le petit bassin trois régions anatomiques : la cavité pelvienne, le plancher pelvien ainsi que le périnée. La cavité pelvienne présente une forme arrondie, on y retrouve des éléments de l'appareil urinaire, gastro-intestinal, de la reproduction ainsi que deux muscles, le piriforme et l'obturateur interne. La cavité est séparée du périnée par le plancher pelvien.



***Figure 1 : les muscles du plancher pelvien (16)***

On trouve dans le plancher pelvien (figure 1), le muscle élévateur de l'anus qui est compartimenté en trois muscles: l'iliococcygien, le pubococcygien et le puborectal. Avec le muscle coccygien, ils forment une structure importante en forme d'entonnoir qui est le diaphragme pelvien. On y trouve également la membrane du périnée ainsi que les muscles de l'espace périnéal profond constitués du sphincter externe de l'urètre, du transverse profond du périnée, du compresseur de l'urètre ainsi que du sphincter uréthro-vaginal. Le périnée quant à lui présente une forme de losange. En avant, se situent le triangle urogénital traversé par l'urètre et le vagin chez les femmes et en arrière le triangle anal traversé par le canal anal. Le périnée (figure 2) est constitué d'une couche profonde et d'une couche superficielle comprenant les muscles bulbo-spongieux, ischio caverneux et transverse superficiel. Ces deux derniers s'insèrent sur le centre tendineux du périnée afin de le stabiliser (16).



*Figure 2 : centre tendineux du périnée (16)*

L'innervation du plancher pelvien est assurée par les racines nerveuses sacrées, le nerf pudendal ainsi que le nerf releveur de l'anus et n'est jamais complètement au repos puisque l'un de ses rôles principaux est d'assurer la continence. De ce fait, cela complique les conséquences d'un potentiel dysfonctionnement et de son traitement. La névralgie pudendale peut être une cause et/ou un effet de la vulvodynie et doit être prise en considération pour un diagnostic différentiel (15).

#### **2.4.2 Les organes génitaux externes**

C'est dans ce diaphragme uro-génital que les organes génitaux externes de la femme se situent et forment la vulve. On y retrouve le mont du pubis, les grandes et petites lèvres, le clitoris, l'urètre, les glandes de Bartholin et de Skene, le vestibule, le bulbe vestibulaire et l'orifice vaginal. Sur une vue externe, les organes génitaux sont couverts par les plis cutanés que forment les grandes et les petites lèvres. Ces dernières font partie de la vulve (17).

Le vestibule du vagin est délimité par le frein du clitoris en avant, par le bord des petites lèvres latéralement et par les commissures des petites lèvres dans sa partie inférieure. Il contient l'orifice vaginal, le méat urétral externe, les bulbes clitoridiens, les ouvertures des 2 grandes glandes vestibulaires (Bartholin), et celles de nombreuses petites glandes muqueuses (17,18). Le vestibule du vagin est une zone importante à considérer pour les patientes présentant des douleurs vulvaires et une dyspareunie. En effet, il a été démontré que les patientes souffrant de douleurs vulvaires ou de vestibulodynie présentent une plus

grande densité de terminaisons nerveuses dans ce tissu, ce qui pourrait contribuer au déclenchement de la douleur (18).

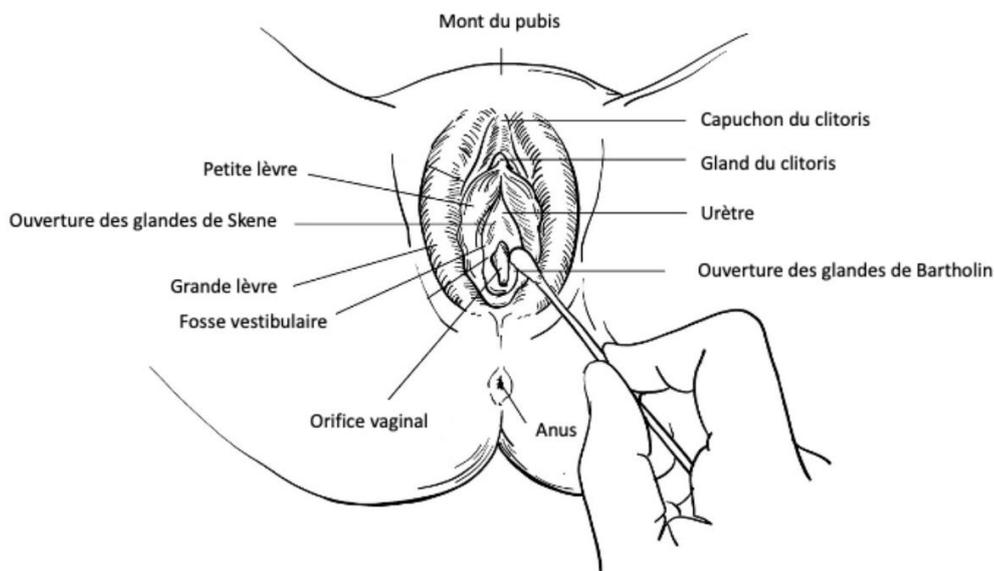
## **2.5 Le diagnostic**

Un des problèmes principaux de la prise en charge de la vulvodynie est le diagnostic. Cela est dû en majeure partie à la méconnaissance de cette affection par les professionnels de santé mais également au fait que les symptômes décrits par les patientes ne soient pas toujours cohérents ou vécus comme une douleur. De plus, la physiopathologie de la vulvodynie est plurifactorielle ce qui peut être à l'origine du retard mais également du faible taux de diagnostics (5). Il est donc du devoir du masseur-kinésithérapeute d'effectuer son diagnostic avec le plus grand soin, en s'aidant dans la mesure du possible des moyens dont il dispose afin de ne pas passer à côté de cette affection (19,20).

La vulvodynie est un diagnostic d'exclusion qui repose principalement sur l'histoire clinique additionnée à un examen physique. Il est donc important d'identifier et de traiter les troubles spécifiques qui peuvent contribuer à la douleur avant de poser un diagnostic de vulvodynie. Dans un premier temps, le masseur kinésithérapeute doit effectuer une anamnèse approfondie de l'histoire de la douleur (sa temporalité, sa localisation, son rythme, l'intensité, la durée des épisodes douloureux, les facteurs déclenchants/améliorants/aggravants) ainsi que son impact sur la vie quotidienne (21,22). Le MK se doit de questionner la patiente sur sa sexualité actuelle (désir, excitation, orgasme, pratiques, fréquence des rapports, satisfaction) ainsi que ses antécédents sexuels (2). Certaines patientes peuvent présenter des expériences sexuelles négatives ou des antécédents d'abus pouvant entraîner une détresse liée aux questions de sexualité. De plus, les femmes présentant des vulvodynies peuvent souffrir de problèmes psychologiques qu'il faut aller questionner tels que l'anxiété, la dépression, l'hyper-vigilance, la peur de la douleur ou encore le catastrophisme. L'état actuel de la relation avec le/la partenaire de la patiente (soutien, comportement d'évitement, conflit, réactions négatives du/de la partenaire) sont également des points importants à aborder. Un des derniers points essentiels à questionner est les antécédents médicaux puisque les recherches montrent que les patientes souffrant de vulvodynies présentent un taux élevé d'affections comorbidites douloureuses (2). Tout au long de l'examen les plaintes de la patiente sont à prendre en compte puisqu'elles vont guider le clinicien dans son diagnostic.

Avant de débiter l'examen physique il est nécessaire d'éduquer la patiente sur son anatomie et de l'informer des différentes étapes qui constituent l'examen pelvien. En effet, au vu des possibles antécédents de dyspareunies, de douleurs ou de violences gynécologiques/sexuelles les patientes peuvent montrer une certaine forme d'anxiété et d'appréhension à la palpation des organes génitaux. Le consentement de la patiente doit être systématiquement recherché et respecté tout au long de cet examen (23). Il débute par l'inspection de la peau de la vulve et de la muqueuse vaginale afin de détecter d'éventuelles anomalies telles qu'un changement de coloration, atrophique ou dermatologique, des fissures, des cicatrices, des ulcérations ou des néoplasies. Cela est primordial, car à l'issue de chaque étape le masseur-kinésithérapeute doit déterminer si les patientes doivent être réorientées ou non (2,22). Dans la vulvodynie, l'inspection de la vulve ne révèle aucun signe physique pertinent (6).

L'étape suivante est l'examen sensoriel de la vulve. Le vaginal cotton swab examination (figure 3) est le test standardisé pour la vulvodynie. Il consiste à une palpation à l'aide d'un coton-tige humide de l'ensemble des zones de la région ano-génitale susceptibles d'être douloureuses. Le clinicien peut demander à la patiente de coter l'intensité de la douleur à l'aide d'une échelle d'évaluation numérique de 0 à 10.



*Figure 3 : Examen du cotton swab test (13)*

Une douleur à la palpation de différentes zones suggère une affection plus généralisée contrairement à une douleur plus localisée au niveau du vestibule qui ferait référence à une

vulvodynie provoquée. De plus les femmes atteintes de PVD signalent souvent une douleur à l'ouverture du vagin lors de la pénétration vaginale (par exemple, l'utilisation d'un tampon, les rapports sexuels), alors que les femmes atteintes de vulvodynie généralisée signalent souvent une douleur constante, une brûlure ou une douleur irritante sur l'ensemble de la vulve (22).

Enfin, le MK procède à l'examen des muscles du plancher pelvien. Une grande partie des femmes atteintes de vulvodynies en particulier de vulvodynies provoquées présente une augmentation du tonus musculaire du plancher pelvien ainsi qu'un mauvais contrôle musculaire (22). Le système musculo-squelettique externe peut être autant à l'origine d'atteinte de la vulve que les muscles, tissus et nerfs du plancher pelvien. Il est donc nécessaire d'effectuer un examen interne mais également externe. L'examineur vérifie dans un premier temps la capacité de la patiente à effectuer des mouvements volontaires via une contraction concentrique des muscles du plancher pelvien (serrer) puis un mouvement inverse pour pousser (15).

L'examen interne s'effectue avec un seul doigt ganté et lubrifié. Un examen interne de kinésithérapie comprend également l'examen du tissu conjonctif vulvaire et du tissu conjonctif péri-urétral, la palpation de toutes les branches du nerf pudendal, le coccyx, et un examen plus approfondi du contrôle moteur des patientes, de la longueur des muscles, de la force et de l'endurance (15).

Le clinicien palpe la tonicité et l'élasticité des muscles tout en demandant des informations sur la sensibilité et la douleur. Plusieurs muscles sont palpés :

- L'obturateur interne : Ce muscle contribue à l'hypertonie généralisée du plancher pelvien et provoque souvent des douleurs au niveau des tubérosités ischiatiques et du coccyx. Le clinicien peut également examiner l'irritabilité du nerf pudendal dans le canal d'Alcock qui est en partie composé de l'aponévrose de l'obturateur interne. Si la palpation provoque une douleur, le nerf pudendal peut être un facteur dans la vestibulodynie et dans la douleur pelvienne des femmes.

- Le diaphragme uro-génital : Il comprend les muscles bulbo-spongieux, l'ischio-caverneux ainsi que le périnée transversal superficiel. Ces muscles sont impliqués dans l'orgasme. Chez les patientes souffrant de vulvodynie provoquée, le tonus au repos de ces muscles est considérablement plus élevé.

- Le muscle releveur de l'anus : Il comprend les muscles pubo-rectal, pubo-coccygien et ischio-coccygien.

Ces muscles sont considérés comme altérés si la palpation est douloureuse, s'ils ne peuvent pas se contracter ou s'ils ne se relâchent pas après une contraction concentrique. Un contrôle moteur défectueux et une hypertonie est souvent à l'origine de douleurs et de dysfonctionnements pelviens (15).

L'examen externe comprend une évaluation des tissus mous (tissus conjonctifs de l'abdomen, du tronc, du bassin, des jambes, des points gâchettes myofasciaux/hypertonus des muscles de la ceinture pelvienne), des tests d'irritation neuro-dynamique du nerf ilio-inguinal, du nerf fémoral cutané postérieur, du nerf génito-fémoral et du nerf sciatique. Mais également des structures squelettiques (articulation sacro-iliaques, hanches) et de la colonne lombaire (Évaluation de la biomécanique et de la motricité) (15).

S'en suivent des tests des réflexes clitorido-anal et clitoridiens témoignant de l'intégrité neuronale du périnée (2).

## **2.6 Prise en charge de la pathologie**

Aujourd'hui, il existe différentes recommandations de prise en charge. De manière générale, les guides de pratique clinique et les rapports de comités d'experts, préconisent une approche multidisciplinaire en ce qui concerne la vulvodynie (6,21,24). Bien que de nombreux traitements soient disponibles, aucun n'est efficace pour toutes les patientes, d'où la nécessité d'individualiser la prise en charge en fonction des critères de la maladie, de la gravité des symptômes, ainsi qu'en fonction des attentes des patientes et de leurs spécificités. Depuis la publication de l'ISSVD en 2015, la prise en charge des vulvodynies se concentre sur le traitement des facteurs associés, pour autant aucune approche thérapeutique efficace pour toutes les formes de présentation de la maladie n'est à ce jour accessible (12,25).

### **2.6.1 La prise en charge masso-kinésithérapique**

En 2016, la ligne directrice européenne pour la prise en charge des affections vulvaires fait un état des lieux sur les différentes modalités de traitements disponibles ainsi que leurs niveaux de preuves (6). Concernant la prise en charge masso-kinésithérapique, les cliniciens disposent de plusieurs options telles que le traitement par la thérapie manuelle, l'utilisation de biofeedback, la neurostimulation transcutanée mise en place à domicile ou encore les

dilatateurs vaginaux tous recommandés selon un grade B (6). L'American College of Obstetricians and Gynecologists a également publié en 2016 un consensus recommandant la thérapie physique par des kinésithérapeutes dans la prise en charge des vulvodynies (24). Concernant les dyspareunies, aucune recommandation des pratiques cliniques n'est parue à ce jour. Cependant, la rééducation périnéale et plus précisément des techniques de thérapie manuelle telles que le massage, les relâchements de points myofasciaux et les étirements présentent des effets prometteurs concernant la douleur et la fonction sexuelle (10,26). De plus, la vulvodynie provoquée étant source de dyspareunies (11), traiter l'origine des douleurs pourrait donc atténuer ces dernières lors des rapports sexuels.

#### *2.6.1.1 La thérapie physique*

De nombreuses études montrent une corrélation entre la présence d'un dysfonctionnement des muscles du plancher pelvien et la vulvodynie, particulièrement lorsqu'elle est associée à une dyspareunie introïtale (4,6,21,24,27). En effet, une activation pathologique du tonus du plancher pelvien a été constatée chez les femmes souffrant de PVD. Cela s'accompagne d'une difficulté de relaxation musculaire, d'une diminution de la force, du contrôle et de l'endurance (27).

La thérapie physique du plancher pelvien représente une modalité de traitement importante dans la prise en charge des vulvodynies et des dyspareunies. Elle comprend des techniques de mobilisation et de stabilisation pelvienne et du tronc, de mobilisation du tissu conjonctif, des viscères et des nerfs, la libération de points de déclenchement myo-fasciaux internes et externes. Le kinésithérapeute dispose de plusieurs modalités de traitements telles que le biofeedback, la stimulation électrique transcutanée des nerfs (TENS) ou encore les dilatateurs vaginaux. Elles permettent de diminuer les points sensibles, de réduire les restrictions tissulaires, de rétablir une longueur adéquate des muscles et des tissus du plancher pelvien en diminuant les tensions (13,22). Les objectifs principaux de la thérapie physique du plancher pelvien consistent à « restaurer la fonction correcte du plancher pelvien et des tissus, de diminuer la tension neuronale et la douleur vulvovaginale et, dans certains cas, d'améliorer la fonction sexuelle » (4).

Il existe une grande variété de techniques manuelles telles que des étirements, des massages, la mobilisation des articulations, des tissus conjonctifs et cicatriciels et notamment la libération trans-vaginale des points gâchettes myofasciaux. Elles facilitent la relaxation musculaire, améliorant ainsi la mobilité des tissus, des muscles et des nerfs ainsi

que la circulation (4,22). Des techniques d'étirements et de renforcement des muscles du dos, des membres inférieurs, de l'abdomen peuvent être proposés afin d'améliorer la stabilité et l'équilibre. Cependant, le clinicien doit rester vigilant quant à la progression des exercices afin de ne pas venir irriter prématurément ces structures déjà sensibles.

Des programmes de thérapie physique peuvent être mis en place à domicile par le kinésithérapeute incluant des étirements ainsi que des exercices de relaxation et de respiration. L'apprentissage de la relaxation et de renforcement en douceur peuvent donner aux patientes une meilleure confiance en elles (22).

Toutefois, il est nécessaire de garder en tête que certaines patientes peuvent éprouver une gêne envers les examens intra-vaginaux ce qui peut diminuer l'adhésion au traitement. De plus, certaines prises en charge peuvent être longues avec des symptômes qui tardent à disparaître. C'est pourquoi une explication claire et approfondie des différentes modalités de traitement ainsi que des objectifs est à privilégier (28).

#### *2.6.1.2 Le biofeedback*

Le biofeedback est une modalité complémentaire aux techniques manuelles. Cela peut avoir un intérêt dans la coordination et dans la réduction de l'hyper-activité musculaire chez les femmes souffrant de vulvodynie provoquée (22,29). Cette technique a également pour but d'aider les patientes à développer des stratégies d'autorégulation afin d'affronter et réduire leurs douleurs (24). L'assistance d'un retour visuel de l'activité musculaire est particulièrement pertinente chez les femmes souffrant de douleurs, car plus de 50 % des femmes ne présentant pas de symptômes ont des difficultés à obtenir une contraction adéquate des muscles du plancher pelvien avec des instructions verbales seulement. L'efficacité du biofeedback chez les femmes atteintes de PVD a été étudiée dans de nombreuses études. En conclusion, les résultats tendent à dire que le biofeedback est efficace pour diminuer la douleur chez les femmes souffrant de PVD. Cependant, il est important de garder en tête le fait que ces études présentent de nombreux biais et que sur du long terme, le biofeedback présente des résultats inférieurs à la thérapie cognitive comportementale et à la vestibulectomie (4,27).

#### *2.6.1.3 Le TENS*

Le TENS est une modalité de traitement qui s'avère efficace et dont les effets tendent à perdurer dans le temps pour les douleurs vulvaires chroniques ainsi que pour la dyspareunie

(4,21,24). Il est recommandé d'inclure son utilisation dans un protocole d'auto-administration à domicile (grade B) (6). Selon les paramètres utilisés, le TENS peut avoir un effet sur la douleur de par le phénomène de Gate Control ou par la sécrétion d'endorphine, sur l'amélioration de la proprioception musculaire ou encore sur l'augmentation de la circulation sanguine locale (27).

De plus, Murina et al. mettent en avant dans une Etude Contrôlée Randomisée que le TENS permet une amélioration de la fonction sexuelle en plus de la diminution de la douleur chez les femmes souffrant de vestibulodynie (30). D'autres études ont été menées afin de valider l'utilisation du TENS, elles présentent cependant des biais importants. Tout de même, les bénéfices apportés par ce traitement sont positifs chez les femmes souffrant de PVD (27).

#### *2.6.1.4 Les dilateurs vaginaux*

L'utilisation de dilateurs vaginaux à domicile peut aider les femmes souffrant de dyspareunies associées à diminuer leur peur vis-à-vis de la pénétration vaginale et favoriser le relâchement des muscles du plancher pelvien (27). Les quelques études réalisées sur l'efficacité des dilateurs vaginaux vont dans le même sens et montrent une diminution de la douleur lors des rapports ainsi qu'une amélioration de la fonction sexuelle. Cependant, peu d'informations sont disponibles sur les modalités du traitement et les études présentent de nombreux biais ; leurs résultats sont donc à interpréter avec prudence (4,27).

#### *2.6.1.5 Autres*

L'information constitue un traitement à part entière. En effet, donner des explications claires et concises sur l'état de la patiente, sur la reconnaissance de l'impact que peut avoir la maladie sur sa qualité de vie est fortement recommandé. Il est également du devoir du clinicien de donner des informations sur les connaissances actuelles des mécanismes, sur les facteurs qui peuvent contribuer à la douleur, aux différentes modalités de traitement et sur le pronostic de la vulvodynie (6). Une éducation concernant la fonction sexuelle est également encouragée (27). Brotto et al. (31) ont évalué en 2010 l'effet de trois séminaires éducatifs avec des femmes atteintes de vulvodynies provoquées. Ils rapportent des effets significatifs concernant la détresse et la fonction sexuelle. La taille de l'échantillon, l'absence d'un groupe contrôle, ainsi que d'autres biais, indiquent que les résultats sont à prendre avec précautions.

Les patientes peuvent également être encouragées à chercher de l'aide auprès d'associations de patientes (par ex, National Vulvodynia Association) afin de réduire leur sentiment d'isolement. Les résultats suggèrent également que la baisse significative des symptômes psychologiques peut préparer de manière optimale les femmes à des stratégies ultérieures de gestion de la douleur, que ce soit par la pharmacothérapie, la thérapie psychologique ou la physiothérapie du plancher pelvien avec lesquelles les niveaux de base élevés des symptômes psychologiques pourraient autrement interférer (27).

De plus, certaines mesures de soins vulvaires telles que l'évitement des facteurs irritants (grade C) et l'utilisation d'un substitut de savon émoullissant (grade C) sont recommandées (6,24).

### **2.6.2 Intervention psychosexuelle**

Les interventions psychosexuelles représentent une part importante de la prise en charge des vulvodynies et constituent une des étapes initiales du traitement. Présentant un niveau de preuve B, elles ont pour but « de diminuer la douleur, de restaurer la relation entre les partenaires et la fonction sexuelle en ciblant les émotions, les pensées et les comportements du couple vis-à-vis de la douleur sexuelle» (22). Parmi l'ensemble des interventions disponibles à ce jour, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est la principale approche recommandée (Grade C), supérieure à la psychothérapie de soutien (Grade A) (6). A l'instar de son efficacité, elle est non invasive et peut être réalisée individuellement ou en couple. La dyspareunie affecte la santé sexuelle de la patiente et de ce fait, les thérapies cognitivo-comportementales de couple peuvent avoir du sens (grade C) (6,22). De plus, cette approche est conseillée puisqu'elle permet une meilleure gestion de l'anxiété souvent présente lors de dyspareunies (26). Enfin, la prise de conscience de part la méditation par exemple peut être utilisée dans la prise en charge (grade C) (6). Une ECR sortie en 2019 a comparé l'efficacité de la prise de conscience face à la thérapie comportementale chez des femmes présentant des vulvodynies provoquées. Les deux types d'interventions montrent une amélioration de la douleur et de la détresse sexuelle et sur le long terme, l'approche de prise de conscience semble plus intéressante et efficace (32).

De nombreuses approches psychologiques et relationnelles existent. Dans la vulvodynie la douleur met en jeu non seulement des éléments psychologiques, émotionnels mais également physiques. Une approche globale est à envisager afin de laisser entendre aux patientes que la douleur n'est pas seulement psychologique (21). Pour un maximum

d'efficacité, les différentes techniques comportementales et de rééducation du plancher pelvien peuvent être intégrées dans un programme de soin à domicile élaboré par le kinésithérapeute dans la limite de ses compétences (22,26).

### **2.6.3 Traitements pharmacologiques**

#### *2.6.3.1 Topiques*

L'utilisation d'anesthésiques et d'antalgiques à application locale sont couramment prescrits et préconisés (6,24). La lidocaïne sous forme de gel ou de pommade est la molécule la plus prescrite (6,21,24). La ligne directrice européenne sortie en 2016 préconise une application de 15 à 20 minutes puis de procéder à un rinçage avant la pénétration (grade IV,C)(6). Malgré les recommandations, son efficacité ne s'est pas avérée meilleure qu'un placebo (33) (grade I,A). Il en est de même pour les autres agents locaux dont les effets sont remis en question (6,24). De plus, un grand nombre de ces médicaments sont connus non seulement pour leur interaction avec d'autres médicaments mais également pour leurs effets secondaires qui peuvent contribuer aux douleurs de types brûlures déjà présentes (21,24). Il est donc recommandé de ne prescrire qu'un seul type de médicament à la fois (24).

#### *2.6.3.2 Voie orale*

Des traitements pharmacologiques tels que des antidépresseurs ou des antiépileptiques par voie orale sont également recommandés en particulier pour des cas de vulvodynie non provoquée (grade III, C)(6). Mais aucun de ces traitements n'a réellement prouvé son efficacité sur la diminution de la douleur (6). Ils nécessitent plus d'investigations par le biais d'essais contrôlés randomisés (ECR) afin de valider leur efficacité. (22). Malheureusement, ces médicaments sont sources d'effets indésirables, impliquant souvent un ajustement de la posologie s'il y a d'autres traitements en parallèles (en particulier la sédation, la sécheresse buccale et les étourdissements, dysfonctionnement cognitif) et leurs effets thérapeutiques peuvent ne pas être évidents avant plusieurs semaines (21,24).

#### *2.6.3.3 Autres*

Les injections de stéroïdes et de bupivacaine au niveau de point gâchettes peuvent être bénéfiques chez certaines patientes présentant des vulvodynies localisées (21,24). L'utilisation de la toxine botulique est également fréquemment citée (6,24), elle permettrait de réduire l'hypertonie des muscles du plancher pelvien et de moduler la douleur par des mécanismes nerveux (21). Malgré cela, les dernières recommandations indiquent que son

effet n'est pas supérieur au placebo (grade Ib, A)(6). Enfin, l'utilisation de blocs nerveux anesthésiques à plusieurs niveaux (caudal, pudendal) chez les femmes présentant une vulvodynie peut être une solution concernant les douleurs (6,29). Néanmoins, les résultats restent mitigés concernant l'amélioration du fonctionnement sexuel nécessitant la réalisation d'ECR supplémentaires (4).

#### **2.6.4 La chirurgie**

Lorsque les traitements conservateurs disponibles ont échoué, la vestibulectomie peut être envisagée en option de traitement de dernier recours (6,24). Elle consiste en l'excision partielle ou complète de la muqueuse vestibulaire douloureuse qui s'étend du vestibule de l'hymen à la limite latérale du vestibule vulvaire avec ou non un avancement vaginal (4,24). Il est important de souligner que la chirurgie est un traitement qui semble plus efficace pour les vulvodynies localisées, provoquées, primaires et contre indiquée lorsqu'il s'agit de vulvodynies généralisées. De plus, les patientes souffrant de dyspareunies secondaires ont des chances d'améliorations supérieures à celles qui présentent des dyspareunies primaires (4,21,24). Tommola et al. ont conduit une revue systématique et en sont arrivés aux mêmes conclusions. Ils mettent également en avant une amélioration significative du fonctionnement sexuel après une vestibulectomie et notent que ces effets sont maintenus plusieurs mois après l'intervention (34). En raison de l'insuffisance d'ECR et du peu de données probantes concernant le taux de complications post chirurgie, la vestibulectomie ne peut être recommandée comme traitement initial. Le taux de réussite de la vestibulectomie varie entre 60 et 90% contre 40 à 80% pour les interventions conservatrices (21,24). Cependant, le niveau de preuve est faible (grade III,C) et la dernière guideline avance le fait que sur du long terme, la vestibulectomie n'est pas plus efficace que la TTC et peut même aggraver la douleur liée à un dysfonctionnement du traitement de la douleur. (6). Par la suite, il est recommandé d'effectuer un suivi post opératoire tous les 3 mois jusqu'à amélioration (grade IV) ainsi qu'un suivi multidisciplinaire à long terme (grade IV) (6).

### **2.7 Conclusions de la littérature scientifique concernant les vulvodynies associées à des dyspareunies**

Les études portant sur l'évaluation des différents traitements présentent des niveaux de preuves faibles à modérés en raison de nombreux biais. On retrouve notamment une mauvaise sélection des patientes avec des tailles d'échantillons non significatifs, des données de suivi limitées, l'absence de groupe témoin ou de comparaison à un placebo et

très peu d'essais cliniques randomisés. Les cliniciens doivent garder un regard critique sur chaque traitement. A ce jour, il n'existe pas de définition standard de la « réussite du traitement » ni de méthode d'évaluation des résultats ou de suivi (29).

### **2.7.1 La kinésithérapie multimodale**

De manière générale, on retrouve un consensus dans la littérature portant sur l'approche multimodale en kinésithérapie.

En 2002, Bergeron et al. (35) démontrent dans une étude rétrospective que la thérapie physique est potentiellement favorable dans le traitement de la douleur et de la fonction sexuelle chez les femmes souffrant de vulvodynies provoquées associées à des dyspareunies. Les traitements comprenaient de la thérapie manuelle (myo-facial, triggers points, massage), du biofeedback, du TENS, des dilateurs vaginaux et également de l'éducation répartis sur une durée de 7 séances. Cependant c'est une étude rétrospective et non contrôlée qui présente de nombreux biais. L'échelle utilisée pour mesurer la douleur n'était pas validée, et portait sur un petit nombre (35 femmes).

Dans la même optique, Goldfinger et al. (36) réalisent en 2009, une étude prospective sur l'efficacité d'une intervention complète de thérapie physique du plancher pelvien sur 8 séances. Ces dernières sont composées d'éducation, de thérapie physique du plancher pelvien comprenant thérapie manuelle, biofeedback, des techniques d'insertion de dilateurs vaginaux, des étirements des muscles de la hanche, des exercices de respiration profonde et de relaxation corporelle globale. Suite à ces interventions, il a été observé une amélioration significative de l'intensité de la douleur, de la fonction sexuelle mais aussi une diminution du catastrophisme et de l'anxiété chez les femmes.

Gentilcore-Saulnier et al. (37) ont quant à eux réalisé une étude afin d'examiner de manière prospective l'impact d'une intervention de 8 séances de thérapie physique comprenant de la thérapie manuelle, du biofeedback, du TENS, des techniques d'insertion de dilateurs vaginaux et des exercices à la maison sur la fonction des muscles du plancher pelvien et les symptômes des vulvodynies provoquées. De plus, cette étude a permis de mieux comprendre le rôle des muscles du plancher pelvien dans la physiopathologie de cette affection. Ils ont constaté une amélioration significative du tonus, de la flexibilité et de la capacité de relaxation, ainsi qu'une diminution de l'intensité de la douleur associée à l'évaluation intravaginale.

En conclusion, les interventions multimodales en kinésithérapie s'avèrent être efficaces dans l'amélioration des douleurs et de la fonction sexuelle chez les femmes atteintes de vulvodynies provoquées. Elles sont efficaces et recommandées dans le cadre d'une approche multidisciplinaire (27). Cependant, aucun consensus n'est retrouvé concernant les modalités de traitements. En effet, la durée et la fréquence des traitements varient considérablement, de 3 à 8 séances sur 8 à 12 semaines (29). De plus, aucune étude n'évalue les techniques de thérapie manuelle de façon isolée, elle est toujours incluse dans une approche multimodale. De nouvelles études devraient être conduites afin de connaître son véritable impact sur les vulvodynies provoquées (27).

### **2.7.2 Une approche multidisciplinaire**

Un grand nombre de guides de recommandations, consensus et revues de la littérature préconise une approche multidisciplinaire dans la prise en charge de la vulvodynie provoquée (4,6,21,22,24,27,29). En effet, si l'on considère l'étiologie plurifactorielle de la vulvodynie, on peut émettre l'hypothèse qu'une approche combinée serait bénéfique afin de prendre en compte l'ensemble des facteurs contribuant aux douleurs et aux difficultés psychosexuelles et relationnelles qui en découlent. Il semble évident qu'un travail multidisciplinaire via une communication adéquate permettrait entre autres d'améliorer la qualité ainsi que la continuité des soins en optimisant au mieux le traitement. De plus, les approches multidisciplinaires proposant des modalités de kinésithérapie combinées à des traitements psychosexuels et/ou médicamenteux se sont avérées efficaces pour diminuer la douleur chez les femmes souffrant de PVD (29).

La vulvodynie est un trouble complexe multifactoriel dont la rémission est longue et peut être incomplète. C'est une affection chronique qui présente un coût, non seulement sur le plan économique mais aussi de par l'impact négatif qu'elle a sur la qualité de vie des patientes. En 2013, on estimait que le poids financier annuel aux états Unis pour les vulvodynies s'étendait de 31 à 72 milliards de dollars (21).

### **2.8 Qualité de vie et santé sexuelle**

L'OMS définit la santé sexuelle comme « un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de

vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence...» (38). L'accès à la santé sexuelle doit permettre à chaque femme de pouvoir « jouir d'une relation sexuelle saine, sûre et satisfaisante, qui contribue à améliorer la qualité de vie et les relations interpersonnelles. » et ce quel que soit leur âge, sexe, classe sociale, lieu de vie ou origine ethnique (39). Or les femmes souffrant de douleurs vulvaires chroniques sont souvent mal diagnostiquées et doivent consulter un nombre important de professionnels de santé avant d'obtenir un diagnostic complet (4,22). En effet, on estime que près de la moitié de ces femmes ne cherche pas de traitement car certaines, du fait d'un manque de connaissance peuvent la considérer comme normale ou avoir honte de demander de l'aide. En outre, plus de 50% de celles qui ont un accès au soins n'ont reçu aucun diagnostic (25,40). De ce fait, les femmes présentent souvent un isolement social important accompagné d'une diminution de la fonction sexuelle, et des rapports responsable d'une détresse relationnelle avec leur partenaire diminuant ainsi leur qualité de vie (2,13). La majorité des articles relate l'impact que les troubles sexuels ont sur la vie de la femme. C'est ainsi que l'anxiété, la dépression, l'hyper vigilance face à la douleur, une attitude négative face à la sexualité et le catastrophisme sont des réactions présentes chez les femmes et fréquemment citées dans les articles (2,5,22).

## **2.9 Suivi de la pathologie**

La mesure dans le temps des résultats du traitement ne tient pas seulement compte de la douleur. En effet, cela reviendrait à ignorer la nature plurifactorielle de cette affection mais également l'impact psychologique et émotionnel sur la femme. La vulvodynie est un syndrome clinique multifactoriel de douleur vulvaire, de dysfonctionnement sexuel, et de détresse psychologique. La mesure doit couvrir quatre points importants qui sont, la localisation de la douleur, l'implication des nerfs sensitifs, les facteurs psychosexuels et émotionnels ainsi que le tableau clinique multidimensionnel (14,29). L'amélioration globale du traitement est généralement mesurée par des changements de plus de 50 % du tableau clinique (29).

Cliniquement, il existe peu d'outils qui évaluent la qualité de vie spécifique à la vulvodynie. Parmi ces derniers, un faible nombre a été validé pour les femmes souffrant de cette affection (14). Dargie et al. ont fait état d'un questionnaire, le Vulvar Pain Assesment Questionnaire (VPAQ) qui est un outil d'évaluation multidisciplinaire. Ce questionnaire a l'avantage de pouvoir être utilisé non seulement pour évaluer, diagnostiquer mais

également comme critère de suivi de la prise en charge des vulvodynies chroniques chez les femmes de plus de 18 ans. Il évalue les caractéristiques et la sévérité de la douleur, les facteurs cognitifs et émotionnels, ainsi que l'interférence avec la vie, la fonction sexuelle, l'autostimulation et la pénétration. Il peut être utilisé pour recueillir des informations sur les profils de symptômes de la douleur pour établir des diagnostics préliminaires, déterminer les domaines à approfondir, identifier les cibles du traitement et suivre les progrès du traitement. En outre, certains "profils" de symptômes de douleur pourraient être déterminés pour divers sous-systèmes de douleur vulvaire, ce qui pourrait encore faciliter le processus de diagnostic. Les résultats doivent cependant être interprétés avec parcimonie en attendant que de nouvelles recherches soient effectuées afin d'examiner plus en détail les propriétés psychométriques et déterminer la validité du questionnaire pour des diagnostics spécifiques (14,41).

Les dysfonctionnements sexuels féminins comprennent traditionnellement les troubles du désir/de la libido, d'excitation, de douleur/inconfort et d'orgasme inhibé. Un questionnaire d'auto-évaluation développé par Rosen et al. en 2000 permet d'évaluer la fonction sexuelle féminine (42). Le Female Sexual Function Index (FSFI) comprend 19 items et explore 6 dimensions de la fonction sexuelle telles que le désir, l'excitation, la douleur, la lubrification, la satisfaction et l'orgasme. Il faut attendre 2005 pour que ce dernier soit validé dans l'évaluation des dyspareunies. Il ne peut constituer à lui seul un outil de diagnostic mais peut être utilisé dans la prise en charge des dyspareunies (43). Il est d'ailleurs validé en français avec des propriétés psychométriques satisfaisantes (44).

Étant donné que de nouvelles recherches font état d'une forte association entre le niveau autodéclaré de détresse psychologique et la gravité de la douleur vulvaire, les cliniciens devraient envisager d'évaluer systématiquement la détresse (psychologique et sexuelle) en plus de la douleur comme résultat du traitement de la vulvodynie (14). En 2002, une étude menée par Leonard et al. (45) permet la validation du female sexual distress scale (FSDS) avec des qualités métrologiques satisfaisantes. Cette échelle comprend 12 items élaborés pour fournir une mesure quantitative standardisée de la détresse liée à la sexualité des femmes. Les scores peuvent varier de 0 à 48, et un score  $\geq 15$  a été recommandé pour identifier les femmes présentant une détresse cliniquement significative (46).

Un grand nombre d'études a évalué le fonctionnement émotionnel chez les femmes présentant des vulvodynies (14). L'outil le plus couramment utilisé est l'inventaire de

dépression de Beck (back depression inventory en anglais). Cet inventaire d'auto-évaluation comprend 21 questions et est utilisé pour mesurer la gravité de la dépression chez les adolescents et les adultes. En 1996, le BDI-II a été révisé pour être plus conforme aux critères de la dépression du DSMIV. Le BDI-II est utilisé comme indicateur de la gravité de la dépression, mais pas comme outil de diagnostic, et de nombreuses études fournissent des preuves de sa fiabilité et de sa validité dans différentes populations et groupes culturels (47).

## **2.10 Rôle du masseur-kinésithérapeute**

Selon l'article R4321-5 du code de la santé publique, « sur prescription médicale, le masseur kinésithérapeute (MK) est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants : (...) rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique» (48). La rééducation périnéale est indiquée pour les troubles de la statique pelvienne, vésico-sphinctériens, ano-rectaux, les difficultés sexuelles ou encore les douleurs pelvi-périnéales (49).

Malheureusement, peu de temps est consacré aux douleurs chroniques du plancher pelvien ou à la santé sexuelle au cours de la formation médicale (41). Pourtant, cet enseignement est bien recommandé dans l'unité d'enseignement 21 de l'arrêté du 2 septembre 2015 : La « Kinésithérapie appliquée à la prévention et au traitement des dysfonctions du plancher pelvien (rééducation périnéale, troubles sphinctériens, sexuels...). »(50). Certains organismes tels que l'institut de pelvi-périnéologie de paris (IPPP) ou encore l'école internationale de rééducation du plancher pelvien (EIRPP) proposent des formations concernant les douleurs pelviennes et les différents troubles en sexologie.

Enfin, l'une des compétences des masseurs-kinésithérapeutes consiste à s'entourer d'un réseau de soin et concevoir des protocoles kinésithérapiques dans le cadre de la prise en charge pluri-professionnelle des pathologies chroniques et complexes (50). A l'heure actuelle le seul support d'échange entre le MK et les autres professionnels de santé est le Bilan Diagnostic Kiné (BDK). Ce dernier permet « de coordonner leurs actions et d'établir un lien de confiance respectif » (51).

Il est également important que les médecins s'inscrivent dans cette prise en charge pluridisciplinaire. Légalement et dans « dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient » (52). De plus, L'Ordre

des médecins soutient le développement et la nécessité de ces coopérations, conformément d'ailleurs au code de déontologie médicale (53).

### **3. Problématisation**

#### **3.1 Contextualisation**

Actuellement la vulvodynie est un véritable problème de santé publique. En effet, elle touche un grand nombre de femmes et son impact est encore plus important sur la qualité de vie lorsqu'elle est responsable de dyspareunies. A ce jour, l'ensemble des articles scientifiques et les rapports de comités d'experts recommandent une approche multidisciplinaire. Les masseurs-kinésithérapeutes ont donc un rôle à jouer dans la prise en charge de cette affection.

Concernant la rééducation périnéale, de nombreuses modalités thérapeutiques utilisées dans la prise en charge de la vulvodynie et des dyspareunies sont validées par l'Evidence Based Practice (EBP) (49). La division européenne de la World Confederation for Physical Therapy définit l'EBP comme « l'engagement à fonder ses décisions de soins au patient sur les meilleures données probantes existantes en intégrant l'expérience des physiothérapeutes praticiens et leur avis professionnel aux données probantes issues de la recherche méthodique » (54). C'est une pratique qui se base sur trois entités factuelles qui sont, la preuve scientifique, l'expérience du clinicien ainsi que les attentes et/ou valeurs du patient (55). De par sa traduction française, « la pratique fondée sur des données probantes », beaucoup de cliniciens privilégient les preuves scientifiques au détriment des deux autres dimensions (56). Or la pratique factuelle ne se résume pas seulement à la littérature scientifique, elle s'implique dans une démarche de raisonnement clinique (56). Cette notion de pratique factuelle est acquise durant nos études scientifiques et cela notamment depuis l'arrivée de l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute qui pose un tournant dans la formation initiale. Dorénavant « L'argumentation est fondée sur une démarche scientifique rigoureuse et des bases théoriques fondées et en lien avec les recommandations de la communauté scientifique »(50). A cela, s'ajoute la nécessité d'utiliser des « thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue » depuis la loi Kouchner (57). Ce raisonnement permet d'objectiver et de justifier que notre action aura plus de bénéfices que de risques auprès des systèmes de sécurité sociale en France, mais également auprès des patientes. Cela permettra d'une part la justification d'un remboursement de nos soins et d'autre part de pouvoir quantifier nos

actions pour départager la part de responsabilité dans la prise en charge d'une pathologie entre les différents acteurs. Malgré cela, pour certaines thématiques les niveaux preuves de la littérature scientifique ne sont pas toujours élevés ce qui peut orienter les cliniciens à privilégier l'expérience et les attentes des patient(e)s. Toutefois, c'est dans ces contextes similaires que le masseur-kinésithérapeute doit de part son expertise clinique trouver un équilibre parmi la tridimensionnalité de la pratique factuelle.

Cet ensemble de données nous pousse à nous demander ce qu'il se passe réellement sur le terrain. Le concept de l'EBP est-il connu par l'ensemble des MK ? Comment organisent-ils la place de chaque entité ? La réforme de la formation initiale clive-t-elle les pratiques ? Les recommandations se basent sur des travaux présentant de faibles niveaux de preuves, cela influence-t-il leur lecture ? Cela ne privilégie-t-il pas l'utilisation à tort des deux autres composantes du paradigme que sont le projet du patient et l'expertise du professionnel de santé ? Finalement, la théorie ambitieuse d'un équilibre parfait entre les trois notions de l'EBP peut-elle être réellement appliquée sur le terrain ?

### 3.2 Question de recherche

Ainsi émerge une question de recherche qui découle de notre cadre conceptuel et de notre démarche de questionnement : **Dans un contexte où la pratique de la kinésithérapie est de plus en plus factuelle, de quelle façon les masseurs-kinésithérapeutes mobilisent-ils l'Evidence Based Practice dans la prise en charge en cabinet libéral des vulvodynies lorsqu'elles sont source de dyspareunie chez les femmes ?**

### 3.3 Les hypothèses

Plusieurs hypothèses résultent du cadre conceptuel mais aussi de nos représentations et croyances qui ont émergé tout au long de nos lectures. Elles forment des « réponses provisoires » (58) que nous allons confronter à la réalité du terrain. De ce fait, elles vont être à l'origine de l'organisation du guide d'entretien et ainsi former un fil conducteur dans la réalisation de cette enquête. C'est ainsi que quatre grandes thématiques font surface. Premièrement les représentations des MK au sujet de la vulvodynie associées à des dyspareunies, ensuite l'influence de l'expérience des MK dans la prise en charge, puis l'influence des dernières recommandations et de la littérature et enfin la prise en compte des attentes des patients.

- **Les représentations de la vulvodynie associée à des dyspareunies :**

Hypothèse 1 : Les masseurs kinésithérapeutes savent définir la vulvodynie associée à des dyspareunies et connaissent les enjeux généraux de la prise en charge.

Hypothèse 2 : Les masseurs-kinésithérapeutes s'inscrivent dans une démarche de pluridisciplinarité et savent rediriger vers d'autres professionnels de santé lorsque cela n'est plus de leur ressort.

- **L'influence de l'expérience du masseur-kinésithérapeute :**

Hypothèse 3 : Les résultats obtenus augmentent avec le niveau d'expérience du clinicien dans la prise en charge des douleurs vulvaires chroniques et de leur impact sexuel.

- **L'influence des recommandations et de la littérature dans la prise en charge :**

Hypothèse 4 : Les recommandations spécifiques dans la prise en charge des vulvodynies sont connues et appliquées par les masseur-kinésithérapeutes.

Hypothèses 5 : Les modalités d'utilisation de l'EBP varient en fonction de la date d'obtention du diplôme d'état et de l'expérience des praticiens.

- **La prise en compte des attentes du patient :**

Hypothèse 6 : La prise en charge des masseur-kinésithérapeutes est efficace concernant la qualité de vie et la santé sexuelle des femmes.

## **4. Matériel et méthode**

### **4.1 Enquête par entretiens**

#### **4.1.1 Justification de la méthodologie**

Suite à cela, il a fallu trouver la méthodologie la plus adéquate afin de répondre à notre question de recherche. Notre objectif est de comparer la pratique à la théorie concernant l'application des trois concepts de l'EBP. La réalisation d'une revue de littérature ne permettait pas de démontrer la façon dont les cliniciens conciliaient ce triptyque sur le terrain. C'est pourquoi, nous avons décidé de réaliser des entretiens ce qui semblait être la méthodologie la plus pertinente de par son approche qualitative. Blanchet et al. définissent en 1985 l'entretien, ce dernier « permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (étude d'actions passées, de savoirs sociaux, des systèmes de valeurs et des normes, ...) ou d'étudier le fait de parole lui-même (analyse des structures discursives, des

phénomènes de persuasion, argumentation, etc.)» (59). On retrouve trois types d'entretiens, le non-directif, le semi-directif et le directif. Ici, nous avons choisi d'utiliser l'entretien-semi directif puisqu'il favorise par l'intermédiaire d'un guide d'entretien l'expression personnelle du sujet interrogé afin de recueillir des informations pertinentes relatives aux hypothèses posées (60,61).

#### 4.1.2 Guide d'entretien

Le guide d'entretien (*annexe 1*) a été confectionné de manière à affirmer ou infirmer les différentes hypothèses et cibler au mieux la problématique. Le guide est divisé en cinq thèmes : les représentations de la vulvodynie associée à des dyspareunies, les représentations de la prise en charge sur le terrain, le diagnostic et la réorientation, la prise en charge puis l'influence des recommandations et de la littérature dans la prise en charge. Chaque thème comprend différentes questions ainsi que quelques questions de relance qui servent d'appuis si nous estimons que les données collectées pour une question ne sont pas suffisantes. Les questions posées sont majoritairement ouvertes afin de laisser aux cliniciens interviewés une certaine liberté dans le choix de leurs réponses et de ne pas les orienter vers une réponse attendue. Afin de limiter les biais de réponses, il est indispensable pour l'interviewer de conserver une neutralité dans son discours verbal et non verbal tout au long de l'entretien. Avant validation, ce guide a été relu par des kinésithérapeutes extérieurs à ce projet afin de vérifier la pertinence ainsi que d'écartier tout jugement moral ou mauvaises formulations.

## 4.2 Construction de l'échantillon

### 4.2.1 Les critères d'éligibilité

Une fois la méthodologie choisie et le guide d'entretien défini, la population qui sera interviewée doit être ciblée. Il est donc important d'élaborer des critères d'inclusion et d'exclusion de notre échantillon afin que les réponses apportées par les cliniciens soient en adéquation avec les objectifs de cette étude. Afin d'éviter quelconques biais sur le cursus initial, il convient d'interroger des masseurs kinésithérapeutes qui présentent un diplôme d'état français. Ils doivent avoir fait au minimum une formation de rééducation périnéale et exercer en cabinet libéral. Afin de garantir une certaine pertinence concernant la récolte des données, les praticiens doivent avoir déjà pris en charge au minimum deux patientes. Cependant, un seul critère d'exclusion est défini. Tout masseur-kinésithérapeute travaillant

dans le même établissement qu'un MK déjà entretenu ne peut être sélectionné afin de varier les différentes prises en charge. Toutefois, aucun critère n'a été mis en place concernant le genre des participants ni leur lieu géographique de pratique afin de ne pas réduire le nombre de cliniciens volontaires.

#### 4.2.2 Le recrutement des participants

Afin d'approcher les différents masseurs-kinésithérapeutes éligibles à l'étude nous avons dans un premier temps contacté les praticiens inscrits à l'Association Française de Rééducation en Pelvi-Périnéologie (AFRePP) et ayant une spécialité en sexologie et en douleurs pelvi-périnéales. La prise de contact s'est faite de par les appels téléphoniques, les mails et les réseaux sociaux. Sur 9 cliniciens contactés (7 sur Paris et 2 en Loire atlantique) 2 réponses ont été favorables. Dans un second temps, nous avons envoyé des mails via l'onglet « contacter » à différents praticiens inscrits dans l'annuaire du site de l'Institut de Pelvi-Périnéologie de Paris (IPPP). Sur 7 mails envoyés aucune réponse ne s'est avérée favorable. Enfin, c'est en questionnant notre réseau que nous avons contacté les 6 derniers professionnels parmi lesquels trois réponses ont été positives.

En amont de chaque entretien, un rappel de l'ensemble des modalités de l'étude est transmis. Parmi ce dernier, on retrouve le cadre temporel, le rappel du thème du mémoire, ainsi que l'envoi d'un formulaire de consentement et d'autorisation d'enregistrement à signer. Le consentement est une des bases légales élaborées par le RGPD sans lequel aucune donnée personnelle ne peut être traitée sans le recueil au préalable d'un consentement « libre, spécifique, éclairé et univoque » de l'interviewé (62). Les hypothèses ainsi que la question de recherche ne sont pas dévoilées afin de ne pas biaiser les réponses des participants.

Le choix des conditions de l'entretien (à distance par visio-conférence ou appel téléphonique ou bien en réel) a été laissé aux cliniciens interviewés afin que ce dernier soit réalisé dans des conditions optimales. La durée maximale a été fixée à 30 minutes une fois l'enregistrement lancé. Un tableau récapitulatif des caractéristiques des cinq entretiens est présenté ci-dessous. (Tableau 1)

Tableau I : caractéristiques des entretiens

MK	Date de l'entretien	Conditions de l'entretien	Durée de l'entretien
MK1	26/01/2022	Appel téléphonique du lieu de travail	29 min 44
MK2	30/01/2022	Appel téléphonique du domicile	21 min 52
MK3	03/02/2022	Appel téléphonique du lieu de travail	24 min 12
MK4	09/02/2022	Appel téléphonique du lieu de travail	21 min 21
MK5	01/03/2022	Appel téléphonique du lieu de travail	24 min 56

#### 4.2.3 Méthodologie d'analyse qualitative des données :

Le travail d'analyse qualitative implique selon Paillé et Mucchielli (63) une démarche scientifique rigoureuse organisée selon trois étapes clés. Ces trois étapes correspondent à trois moments du processus d'analyse, à savoir : la transcription, la transposition puis la reconstitution.

**La transcription** : Cette première étape consiste en la transformation d'un format audio à un format discursif écrit. Pour cela, une réécoute de chaque audio a été entreprise afin de retranscrire chaque entretien. Cependant, on ne peut à travers ce travail de traduction transcrire les caractères d'élocution propre à chacun. Le format écrit de l'ensemble des entretiens est disponible dans un document annexe à ce mémoire.

**La transposition** : Une analyse thématique a ensuite été réalisée. En effet, le but de cette étape est de catégoriser et regrouper les données sous forme de thèmes et sous thèmes afin de faciliter l'analyse et répondre petit à petit à la question de recherche. La réalisation de la transposition a été réalisée via un logiciel de traitement de texte et les résultats ont été organisés sous forme de tableau d'analyse (*annexe 2*).

**La reconstitution** : cette dernière étape consiste à rédiger un « récit argumenté » (63) dans le but de présenter des pistes d'analyses afin de nous permettre de répondre à nos hypothèses ainsi qu'à la question de recherche. L'ensemble de cette argumentation est présenté dans la partie « résultats » ci-dessous.

Afin de faciliter la compréhension des résultats, diverses abréviations sont utilisées : « E1 » : entretien n°1; « L.1 » : ligne n°1; « L.1-5 » : « ligne 1 à 5 dans le corpus correspondant.

## **5. Présentation des résultats**

### **5.1 Analyse qualitative des données**

#### 5.1.1 Caractéristiques des participants

Les caractéristiques de l'ensemble des participants sont présentées dans le tableau ci-dessous.

*Tableau II : caractéristiques des participants*

MK/Critères étudiés	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5
Année – lieu du DE	2020 Nantes	2008 Nantes	2008 Poitiers	2019 Alençon	2004 Nancy
Genre	Femme	Femme	Femme	Homme	Femme
Lieu d'exercice actuel	Vendée - 85	Centre ville d'Angers - 49	Centre ville de Nantes - 44	Centre ville d'Angers - 49	Centre ville de Paris - 75
Type de cabinet	Cabinet libéral – périnéologie et musculo-squelettique	Cabinet libéral – périnéologie et musculo-squelettique	cabinet libéral - 80% de périnéologie	Cabinet libéral – périnéologie, musculo-squelettique et kiné-respiratoire	Cabinet libéral pour femmes - rééducation uro-gynécologique féminine, sexologie féminine
Formation : rééducation périnéale	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Formation spécifique : sexologie	Non	Oui	Oui	Non	Oui
Formation spécifique : douleurs pelvi-périnéales	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Nombres de patientes avec des vulvodynies	Entre 2 et 10	Entre 2 et 10	Une centaine	Entre 2 et 10	Une centaine

Afin de respecter l'anonymat de chacun des participants, ils ont été nommés par le terme MK suivi d'un numéro allant de 1 à 5.

### 5.1.2 Les représentations initiales et les enjeux de la prise en charge

A l'unanimité, les MK décrivent la dyspareunie comme étant des douleurs ressenties avant, pendant ou après les rapports sexuels, avec ou sans pénétration. MK1 précise qu'il existe plusieurs types de dyspareunies, celles-ci peuvent être « superficielles ou profondes » (E1, L.26) ou causées par une pathologie sous-jacente, comme par exemple « l'endométriose » (E1, L.30). Les cinq MK présentent la vulvodynie comme étant « une douleur au niveau de la vulve » (E5, L.41) pouvant apparaître lors des rapports sexuels au moment de la pénétration. MK1 note la nature chronique de cette vulvodynie qui persiste souvent plus de « trois ou quatre mois » (E1, L.23-24); d'après elle, il s'agit de « douleurs un peu inexplicables » (E1, L.24-25) dont l'étiologie n'est pas claire.

Un des principaux enjeux de la prise en charge porte pour l'ensemble des kinés, sur la communication. Pour MK1, MK3 et MK5 elle est primordiale afin d'instaurer un climat de « confiance » (E5, L.54) entre le MK et la patiente. Pour MK4, elle est liée à la recherche systématique du consentement : « qu'elles soient conscientes de ce qu'on fait et qu'elles l'acceptent » (E4, L.62). MK2 et MK5 ajoutent qu'il est nécessaire de fournir des « explications » (E2, L.127) et « rassurer » (E5, L.64) les patientes sur la physiopathologie de cette affection. MK5 parle d'« empowerment féminin » (E5, L.88-89).

Le deuxième enjeu concerne la qualité de vie des patientes. En effet, MK1, MK2 ainsi que MK3 vont dans le même sens en mettant en avant le « côté tabou » (E1, L.88) de cette affection. MK5 témoigne de « l'errance thérapeutique qui a pu être très très longue et s'installer sur des années » (E5, L.63-64), de plus elles « n'en parlent pas » (E2, L.109-110) et de ce fait le but est de « ne pas laisser les femmes [...] toute seules dans cette prise en charge » (E1, L.88-89). MK1 ajoute également qu'il existe un « gros enjeu par rapport à leur couple » (E1, L.96-97) et plus globalement de « bien être et vie quotidienne » (E1, L.97).

Enfin, MK3 rappelle que c'est une prise en charge « globale » (E3, L.52) ce qui met en évidence les limites de la kiné : « ça ne va pas se faire que avec la kiné et que potentiellement il y a d'autres choses à aller investiguer » (E3, L.58-59). En effet, MK2, MK4 et MK5 s'accordent à dire que l'un des principaux enjeux est « psycho-émotionnel » (E5, L.58).

Nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, un des enjeux de la prise en charge concerne le diagnostic et notamment le retard de ce dernier de par la physiopathologie complexe de la

vulvodynie. MK2 et MK5 en font part en parlant de l'importance « de bien identifier justement ce qu'il se passe » (E2, L.112-113), « de trouver la cause » (E2, L.117) et de pouvoir « poser les mots, pour aider à comprendre, et en même temps en nommant et en comprenant je pense qu'on a une grosse partie du traitement » (E5, L.85-87). MK2 est rejoint par MK3, tous deux s'accordant à dire que cela permet de donner des réponses et de « rassurer la patiente » (E3, L.103) concernant cette affection. Enfin, MK1 et MK4 s'accordent en spécifiant que le rôle du diagnostic est d'orienter la technique du MK tout en limitant « le temps de traitement » (E4, L.109).

Au niveau des objectifs, MK1, MK3 et MK4 sont unanimes, ils essayent au mieux de « coller » aux attentes de leurs patientes : « mes objectifs, c'est que les objectifs de la patiente soient atteints » (E3, L.122-123). MK1 ajoute également qu'elle cherche à autonomiser au maximum les patientes durant la prise en charge. Quant à MK5, son objectif est de « redonner du pouvoir » (E5, L.101) avant de rappeler qu'il y a « une femme sur cinq quand même qui est concernée et évidemment il n'y a pas une personne qui a la même histoire que la voisine » (E5, L.102-104) d'où la nécessité d'individualiser la prise en charge. MK3 et MK4 avancent par la suite la notion de temps et que ces objectifs peuvent « mettre très longtemps » (E4, L.114) à être atteints.

### 5.1.3 Une prise en charge masso-kinésithérapique multimodale ?

Concernant la prise en charge masso-kinésithérapique, les dernières recommandations présentent différentes modalités de traitement telles que la thérapie manuelle, l'utilisation de biofeedback, la neurostimulation transcutanée mises en place à domicile ou encore les dilateurs vaginaux. A ce jour, les cinq MK travaillent en manuel via des techniques de massage, d'étirements, de contracté-relâché, de trigger-point ou encore de « biofeedback manuel » (E5, L.120). MK2 spécifie que la thérapie manuelle est nécessaire lorsque la cause est mécanique. Enfin, pour MK3, il y a également un travail externe à faire « de mobilisation du bassin » (E3, L.148-149).

L'ensemble des MK utilisent la sonde mais pour la majorité d'entre eux elle n'est utilisée qu'en seconde intention. En effet, pour MK1, cela dépend de l'avancée du traitement : « mettre une sonde vaginale à une patiente qui a des dyspareunies au début [...] ça se fait pas du tout » (E1, L.217-218), quant à MK4, cela permet de contourner le travail manuel : « la patiente ça se passe pas bien en manuel parce que je sens qu'elle est gênée » (E4, L.156-157). Ici, la sonde est utilisée pour divers objectifs que ce soit dans un but de

« biofeedback » (E5, L.120), ou encore via « l'électrostimulation pour aider à la prise de conscience » (E5, L.123) ou à visée antalgique via des « protocoles de Gate-Control » (E1, L.220).

MK1 et MK2 utilisent également « des techniques de respiration, type cohérence cardiaque » (E1, L.234). MK1 cherche à « proposer d'autres thérapies » (E1, L.140) telles que la técarthérapie ou encore des exercices de yoga puisque pour elle, il est important de ne pas se limiter à la kiné afin de ne pas « cibler que [...] la dyspareunie en elle-même » (E1, L.238-239).

Concernant la mise en place d'exercices à domicile seul MK2 n'en donne pas. MK1, MK3 et MK5 invitent leurs patientes à reproduire les exercices déjà réalisés en séance de « massage-périnée » (E1, L.277) ou de « contracté relâché » (E3, L.162). MK4 donne quant à lui des « dilateurs » (E4, L.164) vaginaux. Cependant aucun des MK ne mentionne la mise en place de neurostimulation transcutanée à domicile.

Concernant les dilateurs vaginaux, MK2 est la seule à ne pas les utiliser par manque d'expérience. MK5 présente un avis mitigé puisqu'à choisir elle propose plutôt l'utilisation de sextoys choisis par la patiente. En effet, cela permet selon elle de se « reconnecter au plaisir, au désir et à l'excitation » (E5, L.144-145) et de sortir de l'aspect « mécanique » (E5, L.145) de la rééducation périnéale. De plus, elle est rejointe par MK4 lorsqu'elle avance le fait qu'elle n'aime pas le terme : « Dilateur comme si on avait besoin de dilater quoi que ce soit » (E5, L.136). Les deux autres MK quant à eux, les utilisent dans leur prise en charge.

Les recommandations actuelles mettent à ce jour l'accent sur l'importance de l'information auprès des patientes. Trois MK sur cinq disent consacrer beaucoup de temps aux échanges avec ces dernières. MK5 prévoit par exemple des séances dédiées à « l'éducation à l'anatomie, à la physiologie du sexe, du périnée et de la vulve et de la sphère urinaire, la sphère génitale et de la sphère recto-anale » (E5, L.126-128) ou encore d'éducation sexuelle quant au « consentement » ou « à la levée de tous les mythes, toutes les croyances » (E5, L.129). MK4 privilégie un discours porté sur l'hygiène de vie.

En conclusion, MK3 et MK5 exposent qu'il n'y a pas de meilleur outil et que cela va « dépendre du bilan » (E3, L.167) et surtout de la patiente. Pour MK4, l'essentiel est d'être « à l'écoute » (E4, L.179) et que même si parler ne « règle pas le problème » (E4, L.186) ça a un effet positif. Pour MK1, la técarthérapie ainsi que « la technique manuelle » (E1, L.267)

sont, selon elle, les outils ayant le plus de bienfaits. Enfin, pour MK2, travailler sur de la respiration et sur « de la prise de conscience » (E2, L.173) peut énormément apporter. MK1 la rejoint en disant que « les femmes ont de plus en plus de difficultés des fois à visualiser » (E1, L.232-233).

Concernant l'évaluation de l'évolution de la prise en charge, les MK mettent en place différents outils. Concernant la douleur, trois MK utilisent des « échelles numériques classiques » (E2, L.202) type « EVA » (E5, L.109), des « outils qui sont réutilisables d'un professionnel à un autre » (E5, L.110-111). Les deux autres MK ont une vision plus subjective et se basent sur le « ressenti » (E1, L.199) de leurs patientes. Afin d'évaluer la qualité de vie, seul MK5 utilise des « questionnaires de qualité de vie » (E5, L.109), MK2 et MK3 se basent sur la fréquence ainsi que le ressenti des patientes lors des rapports sexuels. Toutefois les MK font part de l'utilisation de « cônes vaginaux » (E1, L.204) ou de « biofeedback » (E3, L.136) à l'aide d'une sonde ou du ressenti du MK afin de connaître l'évolution de « l'état de tension globale » (E3, L.138) ou de l'élasticité des tissus (E1, L.202).

#### 5.1.4 La multidisciplinarité au sein de la pratique

La multidisciplinarité est au cœur de la prise en charge de l'ensemble des MK interrogés. En effet, ils prônent l'importance de la « communication » (E3, L.114) et de « la prise en charge pluridisciplinaire » (E1, L.127-128) pour ce type de pathologie qui doit être « globale » (E3, L.52) de par sa nature plurifactorielle. Par exemple, MK5 travaille en « réseau » depuis quinze ans qu'elle a co-construit avec différents professionnels de santé. On retrouve cependant différents points positifs et négatifs émanant de cette communication interprofessionnelle. Pour MK5, travailler en réseau est synonyme de « partage de connaissances » (E5, L.34) et permet une « formation » (E5, L.33) interne entre professionnels de santé. L'information est ici primordiale puisqu'elle a permis selon MK3 une augmentation du nombre de femmes venant en « deuxième intention » (E3, L.76) faisant ainsi « perdre [...] beaucoup moins de temps aux patientes » (E3, L.76-77). Pour MK1 la communication n'est pas toujours évidente. Selon elle, cela dépend des « professions et des professionnels » (E1, L.188-189). Cependant, lorsque les patientes présentent un contexte biopsychosocial complexe, cela permet de partager cette prise en charge et de se sentir moins « seule » (E1, L.134). Quant à MK2, l'absence de communication amène les professionnels à travailler « chacun de son côté » (E2, L.195) sans que les prescripteurs ne sachent quels soins sont effectués. MK1 et MK3 font part de leur envie de voir émerger un

système facilitant les échanges permettant ainsi aux différents professionnels de davantage s'investir et de ne plus laisser « tomber certaines patientes » (E1, L.182). Cependant, la communication interprofessionnelle a ses limites, notamment quand il s'agit du secret professionnel : « la communication avec des psychothérapeutes c'est toujours un peu compliqué parce que ce qui se passe en séance reste en séance » (E3, L.114-115).

A l'unanimité les cinq MK communiquent avec des gynécologues et/ou des médecins traitants. De la même façon l'ensemble des MK interrogés avancent que leurs patientes ont « potentiellement un suivi psychologique » (E1, L.132) via « des psychothérapeutes et des psychiatres (E5, L.33) et trois d'entre eux disent qu'elles sont suivies par un sexologue. On retrouve également d'autres professionnels tels que des consœurs/confrères MK, des chirurgiens, des urologues, des sages-femmes, des infirmiers, des « dermato spécialisés dans les pathologies vulvaires » (E5, L.32) ou encore des naturopathes, sophrologues et « tous les thérapeutes qui évoluent au sein de la sexologie » (E5, L.98-99).

Concernant les outils de communications, on retrouve dans un premier temps l'« ordonnance » (E5, L.74) prescrite par les médecins. Concernant le suivi de la prise en charge, MK1 et MK2 utilisent des « courriers » (E2, L.92) ou le téléphone « j'ai eu un appel » (E1, L.186). MK4 communique via des « mails » (E4, L.122) et MK5 à « travers des réunions professionnelles pluridisciplinaires à peu près tous les deux, trois mois et à chaque congrès des assises de sexologie » (E5, L.93-94). A travers ces outils, les différents MK communiquent leurs bilans, les objectifs et l'avancée des séances.

Enfin, quatre MK sur cinq font part de la réorientation vers « les médecins prescripteurs » (E5, L.76) ou « d'autres professions » (E1, L.136) afin d'optimiser la prise en charge ou lorsqu'ils estiment que cela n'est plus de leur ressort. Cependant, MK3 précise qu'il est nécessaire d'être bien formé pour savoir quand réorienter.

#### 5.1.5 L'Evidence Based Practice dans la prise en charge

##### Les patientes : attentes et objectifs

Pour commencer, les MK décrivent des parcours de soins « assez longs » (E3, L.71) du fait que leurs patientes aient dû voir plusieurs professionnels de santé : « c'est des patientes qui ont été un peu trimballées » (E4, L.184), « elles ont dû voir plusieurs gynéco [...] ou plusieurs sages-femmes » (E3, L.72-73)). Certaines ont été abandonnées par le système de santé, ou « le suivi n'a pas été très très bien fait » (E1, L.185-186). De plus, MK1 et MK2 avancent qu'

« elles n'ont pas toujours été en fait envoyées pour ça » (E2, L44) et que c'est au fur et à mesure des séances qu'elles arrivent « à déceler un côté douleur » (E1, L.79).

On retrouve globalement deux motifs de prise en charge, à savoir les vulvodynies associées à des dyspareunies et le post-partum : « elles m'étaient envoyées donc soit spécifiquement pour ça par le gynéco soit en post-partum » (E2, L74-75). MK2 et MK4 s'accordent à dire que la majorité de leurs patientes viennent pour une rééducation « post-partum » (E2, L.48). Toutefois, lorsqu'elles sont envoyées spécifiquement pour des motifs de vulvodynies ou de dyspareunies, on retrouve un contexte peu favorable avec des facteurs pronostics négatifs. En effet, soit elles consultent pour des « dyspareunies présentes depuis longtemps » (E4, L.88-89), « n'en parlent pas » (E4, L.84) ou bien ce sont des patientes qui ont été victimes « d'abus sexuels ou de violences sexuelles » (E4, L.64-65) et de ce fait ne sont pas toutes « prêtes à mettre en place les outils de kiné parce qu'elles ont besoin de travailler sur [...] des traumatismes qui sont tellement, tellement enfouis, qui sont tellement lourds ou qui sont tellement inconscients » (E5, L.188-191). Cependant, MK3 avance contrairement aux autres « qu'il y a aussi une meilleure information, elles vont peut être chercher mieux l'info et du coup elles en parlent, elles posent des questions à leurs gynéco [...] parfois c'est elles qui arrivent avec leur diagnostic » (E3, L.77-80) donc un contexte plus favorable. Tout cela montre que le contexte bio-psycho-social des patientes est bien pris en compte par l'ensemble des MK.

Les objectifs des patientes sont pris en considération par les cinq MK interrogés. Trois MK sur les cinq interrogés (MK1/MK2/MK5) évoquent que le principal objectif des patientes est antalgique avec « une diminution ou une disparition de la douleur » (E2, L.59-60). MK1 rajoute l'envie de « reprise des rapports » (E1, L.106) et MK3 et MK4 précisent que leur objectif est « d'avoir un rapport sans douleur » (E3, L.65). Cependant, MK1 élargit sa réponse avec d'autres attentes qui sont « de retrouver la féminité. De guérir et de retrouver une vie de couple » (E1, L.102-103). Il en est de même pour MK2 qui avance que les patientes cherchent également à « avoir des réponses » (E2, L.54) car « elles se posent beaucoup de questions » (E2, L.57-58).

Enfin, les MK avancent à l'unanimité que les retours verbalisés par les patientes « peuvent être complètement opposés » (E5, L.179-180) avec d'un côté des patientes « plutôt satisfaites puisque du coup leur [...] objectif c'est le retour aux rapports sans douleur et que ça fonctionne » (E4, L208-209) témoignant du fait qu'il y a bien une prise en compte des

objectifs et qu'ils peuvent être atteints. De l'autre côté, on retrouve des retours moins positifs avec des objectifs partiellement atteints : « est ce qu'on a atteint la finalité complète, bah pas tous le temps » (E3, L.200-201), allant jusqu'à une prise en charge qui n'est pas acceptée par les patientes : « la peur des outils à, le refus total et [...] il y a des personnes qui sont prêtes à recevoir ces outils [...] Et il y a des personnes que ça remet tellement en question que du coup ça se passe pas très bien » (E5, L.181-184). Malgré cela, MK3 précise qu'il y a « toujours une évolution positive » (E3, L.200) car, en effet, « rien que d'être prises en charge sur ça elles sont hyper heureuses quoi. Elles sentent que quelqu'un peut faire quelque chose et rien que ça, je pense que c'est un énorme pas dans leur [...] prise en charge. » (E1, L.307-310), « on les a écoutées » (E3, L.202). Ces arguments rejoignent le fait que ces patientes aient pu être abandonnées par le système de santé.

#### L'expérience du clinicien :

Sur les cinq kinésithérapeutes interrogés, seuls deux MK ont bénéficié de la réforme appliquée à partir des promotions de masso-kinésithérapie de la rentrée 2015. MK4 diplômé en 2019 avance avoir eu une « bonne formation initiale » (E4, L.13) concernant la prise en charge des vulvodynies contrairement à MK3 et MK5 : « j'avais jamais entendu parler de ça à l'école » (E3, L.16-17), « non pas du tout, c'était vaguement, il y a des douleurs, point » (E5, L.19). L'ensemble des MK a réalisé une formation en uro-gynécologie. Cette dernière est critiquée par deux des MK (2 et 5) qui lui reprochent de ne pas approfondir suffisamment certains points, notamment tout ce qui concerne la sexologie, les douleurs et les vestibulodynies : « j'ai souvenir d'une ligne un peu évoquée et pas forcément d'outils et de moyens de traitement à mettre en place. » (E5, L.23-24). MK2, MK3 ainsi que MK4 ont réalisé des formations sur les « douleurs pelvi-périnéales » (E4, L.18). De plus, MK2 et MK5 se sont formés plus spécifiquement « sur la place du kiné dans la sexologie » (E2, L.12-13).

Cependant, certains MK font part de certains freins concernant les formations ainsi que la prise en charge des vulvodynies en général. En effet, selon MK3, le coût ainsi que la distance de certaines formations peuvent limiter l'accès à ces dernières. MK2 et MK4 font part du peu de MK intéressés et formés « spécifiquement » (E2, L.29) à ce champ de pratique. Selon MK2 cela serait dû à un manque de communication dans le domaine ainsi que dans la profession en général. A l'inverse MK1 et MK5 y voient une évolution positive. En effet, selon MK1, « c'est de plus en plus reconnu et pris en charge » (E1, L.44) attirant ainsi plus de MK.

Lors des entretiens, les MK présentent entre 8 mois pour MK1 à 15 ans de pratique pour MK5 dans le domaine. Au même moment, MK2 et MK4 ne prenaient pas en charge de femmes présentant des vulvodynies associées à des dyspareunies. Sur la semaine MK1 en voyait « quatre » (E1, L.85), « une quinzaine » (E3, L.45) pour MK3 et « soixante » (E5, L.52) pour MK5. Durant leur temps de pratique MK1, MK2 ainsi que MK4 ont pris en charge « moins de dix » (E4, L.49) patientes qui présentaient cette affection, contre « une centaine » (E3, L.40) pour les deux autres.

Les cinq MK expriment des ressentis différents concernant la prise en charge. Premièrement, MK1 et MK3 font part du nombre important de patientes concernées par cette prise en charge : « Il y a une grosse demande, là il y a une file d'attente » (E3, L.176), « je ne pensais pas qu'il y en avait autant » (E1, L.283). Ensuite, MK2 se dit « vite limitée » (E2, L.178) et MK3 trouve cette prise en charge « pas facile » (E3, L.171). Selon MK1, l'ensemble des professionnels de santé ainsi que les patientes ne sont pas assez informés concernant cette prise en charge : « je pense qu'on est sous informés et que les patientes sont elles-mêmes sous informées. En fait, elles n'ont pas forcément conscience qu'elles peuvent être prises en charge » (E1, L.283-285), MK3, quant à elle, fait part du manque de formations « on est pas assez formés » (E3, L.177-178). Pour MK4 « on peut toujours faire mieux » (E4, L.200) en rejoignant par la suite MK3 sur la notion de formations. A l'inverse, MK5 a une vision plus optimiste puisqu'elle entrevoit une évolution au niveau des organismes de formation « parce qu'il y en avait pas du tout à l'époque quand moi j'ai tenté de me former il y a quinze ans » (E5, L.173-174) et rapporte également qu'il y a « de plus en plus de personnes comme vous qui m'appellent » (E5, L.168-1169) et que « manifestement ça bouge en formation interne ». (E5, L.169-170). Concernant son ressenti personnel, elle ajoute qu'elle ne ressent plus le besoin de se former.

#### L'influence de la littérature scientifique :

Concernant le dernier trépied de l'EBP, la preuve scientifique, MK3 et MK4 consultent la littérature à une fréquence d'au moins « une fois par mois » (E3, L.208-209) mais s'accordent en disant qu'ils ne la lisent selon eux « pas assez » (E4, L.35). MK1 la consulte « très peu » (E1, L.313) tandis que MK2 et MK5 ne la consultent pas. Cependant, deux des MK (1 et 5) rapportent qu'ils avaient entrepris à un moment donné des recherches mais que la barrière de la langue et le manque de temps les ont freinés dans leur lecture : « j'ai complètement été freiné par toute la lecture en anglais » (E5, L.199-200) et « j'ai pas eu trop le temps de

[...] me replonger dans la littérature » (E1, L.51-52). MK4 quant à lui, spécifie qu'il n'a « pas assez de patientes » (E4, L.35) pour lire spécifiquement des articles sur ce type de prise en charge.

Trois MK sur les cinq interrogés (MK1, MK2, M3) n'ont pas connaissance des dernières recommandations spécifiques de la prise en charge des vulvodynies et parmi eux deux ne savent pas où les trouver. MK1 quant à elle mentionne que la littérature scientifique peut se trouver sur « tout ce qui est pubmed, science direct, les bases de recherche quoi les bases de données » (E1, L.66-67). MK4 et MK5 apportent des réponses un peu plus nuancées puisqu'ils ont pour leur part eu des connaissances concernant ces recommandations mais ne se sentent plus à jour : « ça fait un moment que je les ai pas lues et que je suis pas à jour » (E4, L.248-249). A l'instar de MK2 et MK3, MK5 n'a pas connaissance des endroits où les trouver contrairement à MK4 : « la connaissance des guides pratiques je sais où ils sont en général » (E4, L.34).

#### 5.1.6 Les représentations et l'influence de l'EBP sur la pratique

Les représentations de l'EBP sont hétérogènes au sein des MK interrogés. On rappelle que cette dernière repose sur trois concepts qui sont la preuve scientifique, l'expérience du clinicien ainsi que les attentes et/ou valeurs du patient. Dans le discours de MK2 et MK3 seule l'entité scientite, c'est-à-dire fondée sur les preuves ressort : « l'Evidence Based Practice pour moi c'est en fait, adapter sa pratique aux études qui sont faites, aux études cliniques qui sont faites et [...] les études montrent simplement si une technique ou une pratique fonctionne ou ne fonctionne pas » (E2, L.238-241). Dans la définition donnée par MK1, on retrouve en plus de la preuve scientifique l'expérience du clinicien : « également expérience personnelle, professionnelle mais personnelle » (E1, L.354-355) alors que pour MK4 c'est plutôt « le fait de prendre en compte et le côté émotionnel et le côté physique et tout ça en le mixant avec la recherche » (E4, L.237-238). MK5 quant à elle n'avait pas connaissance de ce concept.

On retrouve alors des similitudes entre les définitions données par chacun et la façon dont ce triptyque est mobilisé ou non sur le terrain. MK4 intègre seulement l'expérience du clinicien ainsi que les attentes du patient : « j'essaie d'écouter mes patientes et j'essaie de lire un peu la littérature pour être à jour dans mes techniques. » (E4, L.239-240). MK2 et MK3 ont une vision assez similaire et se basent principalement sur leur expérience : « ce qui me sert le plus c'est vraiment l'expérience » (E2, L.261-262). Cependant elles s'accordent à

dire que les recommandations pourraient avoir une place dans leur pratique : « si j'entends parler d'un truc ça peut me donner des idées [...] sur des exercices et sur des chemins où aller » (E3, L.216-217) et MK3 y « adhère complètement ». Elles y voient cependant plusieurs limites, les premières concernant l'applicabilité au quotidien de certaines techniques : « après à adapter au quotidien au cabinet c'est compliqué » (E2, L.245-246) souvent justifiées par leur expérience personnelle : « on a l'habitude de faire certaines choses, on a notre ressenti à nous et [...] les études nous montrent des techniques qu'on ne connaît pas donc je voulais les voir avant de les appliquer » (E2, L.246-250), « je sais que les études montrent ça mais avec cette patiente là ça ne marche pas » (E2, L.251-252) ou encore « si j'ai l'impression que moi il y a un truc qui fonctionne et que je fais ça depuis dix ans et que j'entends que au final c'est pas reconnu, je sais pas si je vais tout arrêter quand même mais ça va me remettre en question » (E3, L.217-220). MK3 ajoute également qu'il y a des lacunes concernant les études réalisées : « On a pas trop de [...] retours d'études, de protocoles, c'est sûr que c'est pas encore bien, il n'y a pas eu milles recherches à mon avis là-dessus » (E3, L.172-174). A l'instar des deux MK précédemment évoqués, MK5 intègre seulement la vision de l'expérience du clinicien dans la prise en charge : « la façon dont je prenais en charge la vestibulodynie il y a quinze ans, il y a dix ans, il y a deux ans, sont différentes aujourd'hui de par mon évolution personnelle, de mon évolution pro et de par ces échanges qui sont vraiment très riches dans la pluridisciplinarité » (E5, L.224-227). Elle complète en mentionnant l'absence de formation durant son cursus initial : « je n'ai pas reçu à l'époque » (E5, L.231-232) et c'est pourquoi à l'heure actuelle elle se sent « un peu démunie là-dedans, j'ai vraiment tout à construire toute seule » (E5, L.233-234). A l'inverse MK1 avance avoir été « formé » (E1, L.333) avec l'EBP et de ce fait est le seul à concilier les trois piliers de l'EBP dans sa pratique quotidienne : « je les adapte quand même avec mes connaissances au vu de ma pratique et de mon expérience » (E1, L.37-38), « selon les études qui sortent, les protocoles qui peuvent sortir j'essaye de les adapter moi après en séance. [...] et puis j'écoute aussi les patientes sur leur ressenti » (E1, L.321-323).

## **6. Discussion**

### **6.1 Interprétation des résultats au vu des hypothèses et de la littérature**

L'ensemble des données des entretiens a permis de dresser un état des lieux de la pratique sur le terrain de la prise en charge de la vulvodynie lorsqu'elles causent des dyspareunies. Dans cette partie nous allons comparer ces différentes données à la littérature.

Hypothèse n°1 : les masseurs kinésithérapeutes savent définir la vulvodynie associée à des dyspareunies et connaissent les enjeux généraux de la prise en charge.

Les définitions sont partiellement connues par l'ensemble des MK. Seul MK1 apporte des connaissances supplémentaires concernant le caractère chronique ainsi que l'étiologie indéfinie de la vulvodynie. Or, l'accès au traitement repose sur le diagnostic, et c'est malheureusement l'un des enjeux majeurs pour la vulvodynie. Il existe autour de cette affection une méconnaissance générale de la part des praticiens mais également des patientes. De plus, de par son caractère tabou, les femmes en parlent peu. Rappelons que près de la moitié de ces femmes ne cherche pas à se soigner et parmi celles qui consultent seulement 50% reçoivent un diagnostic après avoir consulté en moyenne cinq prestataires de soins différents (4,25). En parallèle, plusieurs MK témoignent de l'errance thérapeutique dont ont été victimes plusieurs femmes et ce sur plusieurs années.

Les entretiens mettent en lumière un autre enjeu qui ne concerne heureusement pas l'ensemble de la patientelle. En effet, plusieurs MK font part des antécédents de violences et d'abus sexuels dont certaines ont été victimes. Les violences sexuelles sont un véritable problème de santé publique très répandu dans le monde, avec de graves répercussions immédiates et à long terme sur la santé mentale, physique et sexuelle des personnes agressées. Une revue exploratoire démontre de fortes associations entre une histoire d'agression sexuelle et la morbidité gynécologique. Notamment, Les femmes agressées ont un risque 42 % plus élevé de développer une morbidité gynécologique en général (64). De plus, certaines études démontrent (65) que les femmes qui souffrent de vulvodynies sont trois fois plus susceptibles d'être atteintes de fibromyalgie et du syndrome du côlon irritable. Elles peuvent également présenter des taux plus élevés de cystite interstitielle et de douleurs orofaciales. Ces résultats démontrent la nécessité pour les prestataires de soins d'accroître le dépistage afin de pouvoir orienter le traitement et rediriger vers d'autres professionnels pour un suivi psychologique voire juridique (64). Cela souligne le rôle de « prévention » du masseur-kinésithérapeute qui fait partie de son champ de compétence (66) : « Pour la mise en œuvre de ces traitements, le masseur-kinésithérapeute utilise en fonction de son diagnostic kinésithérapique les activités [...] d'éducation, de prévention de dépistage, de formation et d'encadrement ».

Cependant, le rôle de prévention a véritablement fait son entrée dans la pratique avec la réforme de 2015 et est donc relativement récent. Le manque de connaissance vis-à-vis de

cette affection peu connue peut expliquer le retard de prévention et de diagnostic. Ici, la théorie rejoint en quelque sorte la réalité du terrain. Toutefois il est important de ne pas faire de généralités car la taille de l'échantillon interrogé est minime. L'hypothèse est donc partiellement affirmée.

Hypothèse n°2 : les masseurs-kinésithérapeutes s'inscrivent dans une démarche de pluridisciplinarité et savent rediriger vers d'autres professionnels de santé lorsque cela n'est plus de leur ressort

Cette hypothèse se base sur les directives actuelles de traitement de la vulvodynie qui recommandent une prise en charge multidisciplinaire qui comprend des thérapies physiques, psychologiques et pharmacologiques (5). Rappelons que l'une des compétences des MK consiste à intégrer et coordonner des actes de soins dans le cadre de la prise en charge pluri-professionnelle des pathologies chroniques et complexes (50). La majorité des MK interrogés valorise cette démarche et reconnaît l'importance de la communication interprofessionnelle. En effet, en plus d'optimiser le traitement du patient en coordonnant les soins, la communication pluridisciplinaire semble être un atout dans le parcours de soins. Elle permet aux praticiens une meilleure reconnaissance des rôles de chacun, favorisant ainsi le processus décisionnel et l'amélioration de la continuité des soins dans un contexte où l'errance thérapeutique est omniprésente. De plus, travailler en réseau semble être bénéfique pour l'ensemble des acteurs de soins puisque cela favorise la formation continue inter-praticiens améliorant le niveau de qualité des activités médicales et paramédicales.

Bien que l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire soit reconnue par la majorité des MK, la mise en place de cette démarche sur le terrain présente plusieurs difficultés. Le degré d'investissement de l'ensemble des praticiens ainsi que les délais d'attentes entre chaque réponse sont des éléments relevés par les MK interviewés. On retrouve également la notion de secret professionnel dans le partage d'informations. L'ensemble des professionnels du corps médical y est soumis et son non respect peut faire encourir non seulement des sanctions pénales mais également civiles et disciplinaires au prestataire (57). Pourtant, le partage d'information est nécessaire à la continuité des soins ; c'est pourquoi un décret de 2016 apporte des précisions concernant les modalités d'échanges d'informations entre les professionnels de santé et les professionnels des champs social et médico-social. Les praticiens sont limités aux « seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité de soins, à la prévention, ou au suivi médico-social » et ceci

au seul « périmètre de leurs missions » (67). D'autre part, le décret donne des précisions concernant les professionnels susceptibles de partager ou échanger des informations relatives à une personne. On y retrouve par exemple les psychologues. Cependant, le consentement préalable de la personne (ou de son représentant légal) doit être systématiquement recherché une fois que l'information a été délivrée concernant la nature des échanges, mais également sur l'identité du ou des destinataires (68).

Enfin, les masseurs-kinésithérapeutes occupent une place privilégiée dans la prise en charge des patientes de par la récurrence des séances. Il est donc de leur devoir de connaître les symptômes spécifiques de la vulvodynie afin de rediriger vers des professionnels pouvant diagnostiquer ou assurer la continuité des soins. Cependant, si l'on se réfère à la première hypothèse, la vulvodynie est une affection peu connue par l'ensemble du corps médical. Si la majorité semble réorienter quand cela n'est plus de leur ressort, nous ne connaissons pas les critères de réorientations sur lesquels ils se basent. Il est donc difficile de conclure et de répondre correctement à cette hypothèse.

Hypothèse n°3 : Les résultats obtenus augmentent avec le niveau d'expérience du clinicien dans la prise en charge des douleurs vulvaires chroniques et de leur impact sexuel.

Cette hypothèse rejoint les dernières recommandations qui stipulent que les kinésithérapeutes expérimentés dans la prise en charge de la douleur vulvaire chronique et de son impact sexuel présentent de meilleurs résultats ; cependant qu'en est-il réellement sur le terrain ? Nous avons choisi d'investiguer l'expérience des praticiens à travers différentes modalités qui sont : l'année d'obtention du diplôme, le temps de pratique dans ce domaine spécifique, la formation initiale ainsi que les formations complémentaires, la quantification du nombre de patientes traitées pour cette affection, le ressenti des MK ainsi que les retours verbalisés des patientes.

Au vu du recueil et de l'analyse des discours on observe bel et bien une différence d'expériences entre les cliniciens. En effet, il y a une corrélation entre l'ancienneté du thérapeute, le nombre de formations réalisées ainsi que le nombre de femmes prises en charge pour cette affection. Cependant, il reste à définir si cela a véritablement un impact sur leur prise en charge. Ici, les résultats obtenus ne permettent pas de mettre en évidence une corrélation avec le niveau d'expérience du clinicien. Toutefois il est important de relever que le MK présentant le plus d'ancienneté semble plus à l'aise face à cette prise en charge que les autres. Il aurait été tout de même intéressant d'aller interroger les patientes sur leur

propre ressenti puisque les réponses apportées par les MK présentent une grande part de subjectivité. Par conséquent, cette hypothèse semble infirmée car les retours verbalisés des patientes sont trop clivés et ne dépendent pas seulement de l'expérience du thérapeute. Toutefois, les résultats auraient peut être été différents si l'échantillon interrogé avait été plus conséquent.

Hypothèse n°4 : Les recommandations spécifiques dans la prise en charge des vulvodynies sont connues et appliquées par les masseur-kinésithérapeutes

La quatrième hypothèse ne peut être validée car aucun des MK interrogés n'a connaissance des recommandations spécifiques. En effet, seulement deux MK consultent la littérature scientifique parmi les 5 interrogés. Une revue de la littérature présente les multiples obstacles auxquels sont confrontés les kinésithérapeutes qui consultent la littérature scientifique ; on retrouve notamment le manque de temps, le manque d'accès aux articles en texte intégral, le manque de compétence pour trouver et comprendre les articles ainsi que la barrière de la langue (69). Il est pourtant du devoir du MK de maintenir ses connaissances à niveau et/ou d'en acquérir de nouvelles. En effet, ils sont soumis à l'obligation déontologique de formation continue triennale, qui permet « de maintenir leurs connaissances à niveau ou d'en acquérir des nouvelles et d'effectuer ainsi des actes adaptés à l'évolution des sciences et des techniques » (70).

Pourtant, de par leur expertise, plusieurs MK mettent en place en partie ou entièrement les recommandations spécifiques à la prise en charge masso-kinésithérapique. Cela est à mettre en lien avec l'une des failles des recommandations. En effet, quels que soient les niveaux de preuves et le nombre d'études réalisées, la mise en œuvre des techniques n'est pas décrite ou elle l'est de façon succincte. On retrouve finalement peu d'informations concernant les modalités de prise en charge. De plus, même lorsque la vulvodynie est source de dyspareunie l'étiologie n'est pas la même et de ce fait on ne peut pas appliquer le même traitement, chaque femme étant différente. Cela rend donc la prise en charge de ce type de pathologie compliquée pour des praticiens inexpérimentés vis-à-vis des gestes professionnels diagnostiques et thérapeutiques (49). Il est donc du devoir des cliniciens de prendre en considération les références professionnelles, notamment les recommandations de bonne pratique et des textes réglementaires comme le stipule un des programmes d'amélioration des pratiques de la HAS (71). Toutefois, il est nécessaire de garder un regard

critique et de les inclure dans une démarche d'expertise clinique en fonction des besoins des patientes.

Hypothèses n°5 : Les modalités d'utilisation de l'EBP varient en fonction de la date d'obtention du diplôme d'état et de l'expérience des praticiens

L'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute fixe l'arrivée de la notion d'EBP dans la formation initiale. En effet, comme le stipule la réforme, dorénavant « Les actes, outils et techniques se réfèrent à des normes et/ou standards validés, à l'EBP et aux consensus qualitatifs. » (50). La formation prend un autre tournant, délaissant la transmission du savoir basée sur l'opinion et l'empirisme du formateur au profit d'une pratique dite factuelle. Cela peut expliquer que les 3 MK ayant obtenu leur diplôme avant la réforme présentent une démarche réflexive essentiellement basée sur leur expérience. Certaines données relatives aux opinions sur l'EBP (69) avancent qu'une partie des cliniciens se dit favorable à la mise en œuvre de l'EBP. La mise en place de cette notion peut perturber les habitudes mais elle conduit à une optimisation de l'efficacité clinique (56).

Toutefois, malgré l'émergence de l'EBP dans la pratique, elle est encore assimilée dans les mœurs à la preuve scientifique seule au détriment des deux autres concepts. A l'heure actuelle, l'erreur serait de ne privilégier que ce qui est démontré avec un haut niveau de preuve. Seulement, la littérature ne peut se substituer à la pratique centrée sur le patient ainsi que son expérience. De plus, la littérature ne présente pas toujours des évidences au sujet d'un problème particulier. En effet, les études évaluent majoritairement une technique isolée sur un problème précis ; or nous avons pu le voir jusqu'ici la rééducation périnéale s'adresse à un système multifactoriel complexe qui ne peut être traité séparément (49).

Il est donc du devoir du masseur-kinésithérapeute d'orienter sa démarche réflexive de façon à adapter sa pratique en trouvant l'équilibre entre les trois éléments du paradigme. L'hypothèse est donc affirmée car chronologiquement, les MK diplômés les plus récemment sont ceux qui utilisent les trois concepts à bon escient.

Hypothèse n°6 : La prise en charge des masseur-kinésithérapeutes est efficace concernant la qualité de vie et la santé sexuelle des femmes.

Afin d'évaluer l'impact des prises en charge sur la qualité de vie des patientes, les MK disposent d'échelles et de scores (49). Ici aucun MK n'utilise d'échelles spécifiques à la

vulvodynie. Toutefois il est important de souligner qu'ils ne prennent pas seulement en compte la douleur dans leur évaluation mais également l'impact de la vulvodynie sur la santé sexuelle des patientes. Rappelons que la santé sexuelle fait partie de la vie personnelle et du bien-être de tous les individus et que la vulvodynie entraîne un impact négatif important sur la vie sexuelle des patientes (14). Les MK prennent donc en compte les objectifs ainsi que les ressentis des patientes concernant la reprise des rapports sexuels non douloureux. Ils respectent donc l'une des recommandations de l'American College of Obstetrics and Gynecology qui préconise une approche individualisée pour aborder tous les aspects physiques et émotionnels pouvant être attribués à la vulvodynie (24).

Les retours des patientes sont variables allant de la satisfaction au refus total du soin. Cependant, MK1 avance que l'écoute ainsi que le simple fait d'être pris en charge constitue une évolution positive. En effet, l'écoute active constitue une forme de communication nécessaire au développement d'une prise en charge efficace dans laquelle les patientes pourront s'exprimer sans jugement sur leurs préoccupations et leurs attentes (72).

La communication présente un rôle majeur dans l'amélioration de la santé ainsi que dans la disparition des symptômes. C'est l'une des conditions indispensables à la poursuite de la relation de confiance entre le professionnel et le patient, surtout dans ce contexte où une grande partie des patientes a été abandonnée par le système de santé. De plus, une bonne relation permet d'améliorer la collaboration au traitement en démontrant par des comportements verbaux et non verbaux qu'il est pris en considération et qu'il constitue un véritable partenaire dans la relation thérapeutique (73). En effet, depuis la loi Kouchner, les patients sont d'avantage acteurs de leurs soins.

Ici, cette dernière hypothèse semble validée car malgré des retours hétérogènes, les masseur-kinésithérapeutes communiquent et prennent en compte les objectifs et attentes de chacune de leurs patientes.

## **6.2 Retour sur la méthodologie**

### **6.2.1 Biais et limites**

Tout au long de la réalisation de ce travail de recherche, des biais ont été repérés et rapportés.

Nous avons adopté durant ce travail de recherche, une démarche hypothético-déductive. Cette dernière consiste à émettre des hypothèses à partir d'un cadre théorique, à recueillir

des données via les entretiens et enfin, tester les résultats obtenus pour affirmer ou infirmer nos hypothèses. Cependant, un usage trop étroit du cadre théorique tend à mettre sous silence une grande part de la pratique clinique que constitue l'empirisme. De plus, la réalisation du guide d'entretiens comporte un biais itérant de par la subjectivité qui en résulte. De ce fait, les réponses données par les différents cliniciens peuvent être influencées et guidées par la méthodologie choisie par l'interviewer. La réalité du terrain n'est donc pas retranscrite de façon neutre.

Concernant le nombre de participants, Gatto et Ravestein (74), avancent qu'il est convenable d'effectuer entre trois et dix entretiens pour un mémoire. Nous avons été limités par le nombre de réponses positives qui s'est alors chiffré à cinq. Cependant, notre échantillon ne nous a pas permis d'atteindre la saturation des données. Selon Blanchet, la saturation correspond au moment où « les informations recueillies apparaissent redondantes et semblent n'apporter plus rien de nouveau » (58). Même si nous avons essayé de respecter la diversité des profils au sein de notre échantillon, l'effectif est insuffisant et ne peut être représentatif de la population et de ce fait les résultats ne peuvent être significatifs (58).

La prise de contact s'est faite via un mode d'accès indirect. Ce mode a l'avantage d'accélérer le processus de sélection. Cependant, il peut être critiqué de par son absence de neutralité (58). En effet, la communication entre l'interviewé et l'interviewer se fait de par une demande tierce influençant alors la relation.

La réalisation du guide d'entretien présente quelques failles de par la présence de questions fermées qui ne permettent pas la discussion. La nécessité de réaliser un entretien-test au préalable avant leur expérimentation lors des entretiens n'a pas été réalisée par manque de contact. En effet, la taille de l'échantillon étant peu significative nous avons délibérément pris le choix de garder l'ensemble des entretiens réalisés pour l'analyse des données. Cependant, cela peut être critiqué car une démarche itérative a été effectuée entre chaque entretien afin d'améliorer la pertinence de certaines questions. Toutefois, nous avons choisi de continuer à poser l'ensemble des questions afin de ne pas créer de biais quant à la réalisation de l'enquête entre chaque entretien (58).

L'environnement dans lequel l'entretien se déroule est susceptible d'influencer « le contenu et le style du discours produit » (58). En effet, les conditions dans lesquelles les cliniciens étaient interrogés étaient différentes, que ce soit sur le lieu de travail, un dimanche pendant

la sieste des enfants ou entre deux rendez-vous professionnels. De ce fait, la mise en situation et donc le discours émis par chaque praticien ne peut être comparable. De plus, l'ensemble des entretiens s'est déroulé via des appels téléphoniques; une grande part de la communication non verbale est alors non identifiable. Seuls les rires et les silences ont pu être relevés mais n'ont pas été exploités.

L'analyse thématique s'inscrit ici dans une démarche inductive puisque les thèmes ont été élaborés empiriquement en s'inspirant du corpus de réponses des interviewés. Toutefois, les réponses des différents cliniciens s'inscrivent dans la logique de notre guide qui a été parasité par nos croyances. L'ensemble de ces biais rapportés est en majeure partie dû au manque d'expérience vis-à-vis de la méthodologie.

## 6.2.2 Perspectives personnelles et professionnelles

### 6.2.2.1 *Application et pistes de recherches*

La réalisation de ce travail nous a permis de mettre en avant plusieurs pistes de recherche.

La recherche scientifique dans le domaine de la sexologie féminine et des pathologies vulvaires reste encore peu investiguée. Bien qu'une majorité des études semble conclure sur un impact positif de la kinésithérapie dans ce type de prise en charge, de nombreux biais persistent. De plus, il demeure encore beaucoup de zones d'ombres concernant les facteurs étiologiques, la nature multifactorielle ou encore les modalités de traitement spécifique à chaque vulvodynie. Le dernier guide pratique date de 2016, il existe donc un véritable besoin. De nouvelles études de meilleure qualité permettraient de mieux orienter les MK dans leur expertise clinique.

Nous avons vu au sein de notre échantillon de masseur-kinésithérapeutes que les trois composantes de l'EBP n'étaient pas encore mobilisées de façon homogène. Cela tend à changer avec l'arrivée de la réforme mais l'intérêt porté à la consultation de la littérature reste encore limité. Il persiste encore de nombreux freins présentés par les MK. Il serait intéressant de réaliser une autre enquête de ce type dans quelques années afin d'évaluer si les futurs diplômés mobilisent les trois composantes de façon plus homogène ou non.

La communication au sein de la prise en charge pluridisciplinaire présente un intérêt non négligeable. Toutefois, dans ce secteur particulier, il existe encore des méconnaissances de l'ensemble des professionnels de santé concernant les rôles et les compétences de chacun. Les médecins disposent de peu d'outils présentant le métier du kinésithérapeute. De plus, la

nomenclature générale des actes professionnels en vigueur depuis le 11 mars 2005 reste très brève concernant la rééducation périnéale : « AMK (Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback) ». En accord avec la compétence 10 du bulletin officiel de l'arrêté du 2 septembre (50), il serait pertinent d'augmenter la transmission de l'information sur le rôle prouvé des MK dans la prise en charge des vulvodynies, ce qui permettrait une optimisation du parcours de soin des patientes et contribuerait ainsi à une diminution de l'errance médicale.

#### *6.2.2.2 Perspectives personnelles*

La réalisation de ce travail de recherche nous a initiés à l'approche qualitative à laquelle nous avons été très peu confrontés jusqu'à présent. De plus, nous avons dû nous familiariser avec la littérature scientifique dont la recherche nécessite une démarche d'expertise à mettre en relation avec la pyramide des preuves (75).

Ce travail nous a permis de prendre du recul quant à l'importance de la mobilisation de l'EBP dans notre future pratique. En effet, aucun des trois concepts ne peut prévaloir sur les autres car nous soignons des patient(e)s complexes, différents et en évolution constante. La réalité du terrain impose au praticien de s'adapter en permanence tout en trouvant un équilibre entre les trois dimensions de l'EBP. Finalement c'est de par notre démarche réflexive que nous serons plus à même de prendre du recul et que nous pourrons optimiser notre pratique ainsi que la qualité des soins tout au long de notre carrière.

L'EBP est un modèle de plus en plus reconnu dans lequel la profession de kinésithérapeute va inévitablement devoir s'inscrire afin de rester légitime dans l'ensemble des prises en charge. Cela tend à changer et c'est à nous futur(e)s diplômé(e)s d'être porteurs de cette évolution avec la réforme de la formation initiale. Le métier de MK est en constante évolution et le niveau de compétence augmente en parallèle. Le modèle de profession libérale isolé, dans lequel le MK travaille seul n'est plus viable. Pourtant, nous avons conscience que cela n'est pas toujours facile à mettre en place, d'autant plus quand il s'agit de troubles complexes et peu connus. Malgré un véritable besoin et l'envie de s'investir dans ce type de prise en charge, nous sommes conscients du temps que cela nécessite. En effet, cela suppose de se former en continu, impliquant ainsi une mise à jour des formations.

## 7. Conclusion

Pour conclure, ce travail de recherche avait pour objectif d'effectuer un état des lieux puis d'analyser la façon dont les masseur-kinésithérapeutes mobilisent les trois piliers de l'EBP dans la prise en charge des vulvodynies lorsqu'elles sont sources de dyspareunies. L'ensemble des données obtenues permet de mettre en avant le fait que la réalité du terrain ne peut pas toujours refléter la théorie de l'EBP. En effet, on retrouve une prédominance de l'expérience des cliniciens ainsi que des attentes du patient au détriment de la preuve scientifique.

Il persiste dans les représentations des cliniciens un amalgame concernant l'EBP. En effet, ce dernier est encore assimilé essentiellement à la preuve scientifique délaissant les deux autres composantes. Toujours est-il que ce déséquilibre tend à évoluer depuis la réforme du 2 septembre 2015. Si l'ensemble des MK interrogés se disent pro-EBP, les cliniciens diplômés récemment semblent plus à même de mobiliser les trois composantes dans leur prise en charge. A l'heure actuelle, les données scientifiques présentent un panel d'outil permettant de cibler les principales pistes de traitement dans cette prise en charge. Si toutefois nous pouvons garder un esprit critique concernant le faible niveau de preuve scientifique ainsi que le manque de spécificité des recommandations, les MK devraient envisager de lire davantage de littérature car celle-ci ne peut être totalement délaissée. C'est du devoir des cliniciens de trouver un équilibre et de les adapter à leur plan de traitement selon la considération à accorder à chacune des trois composantes de l'EBP. Des recherches supplémentaires sont toutefois nécessaires afin de mettre en avant les facteurs de risques dans l'expression de ce trouble ainsi que les sous-groupes potentiels de femmes affectées.

Néanmoins, il est important de prendre du recul sur ce modèle afin de ne pas l'appliquer spontanément. En effet, les MK prennent en charge des patients en constante évolution et de ce fait, il n'est pas possible de répartir de façon équitable les trois composantes tout au long de la prise en charge. L'orientation thérapeutique entreprise par le MK sera toujours plus inspirée par une ou deux composantes selon le contexte.

A l'heure actuelle, la taille de l'échantillon interrogé ne permet pas de généraliser ce travail à l'ensemble des masseur-kinésithérapeutes. De nouvelles études à plus grande échelle permettraient de mieux cibler la façon dont les MK mobilisent ce tryptique sur le terrain et potentiellement sensibiliser les kinésithérapeutes à ce trouble complexe que représente la vulvodynie.

## Références bibliographiques

---

1. Vieira-Baptista P, Lima-Silva J, Cavaco-Gomes J, Beires J. Prevalence of vulvodynia and risk factors for the condition in Portugal. *Int J Gynaecol Obstet.* déc 2014;127(3):283-7.
2. Stenson AL. Vulvodynia: Diagnosis and Management. *Obstet Gynecol Clin North Am.* sept 2017;44(3):493-508.
3. Miranda Varella Pereira G, Soriano Marcolino M, Silveira Nogueira Reis Z, Vale de Castro Monteiro M. A systematic review of drug treatment of vulvodynia: evidence of a strong placebo effect. *BJOG.* sept 2018;125(10):1216-24.
4. Rosen NO, Dawson SJ, Brooks M, Kellogg-Spadt S. Treatment of Vulvodynia: Pharmacological and Non-Pharmacological Approaches. *Drugs.* avr 2019;79(5):483-93.
5. Henzell H, Berzins K, Langford JP. Provoked vestibulodynia: current perspectives. *IJWH.* 11 sept 2017;9:631-42.
6. van der Meijden WI, Boffa MJ, Ter Harmsel WA, Kirtschig G, Lewis FM, Moyal-Barracco M, et al. 2016 European guideline for the management of vulval conditions. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* juin 2017;31(6):925-41.
7. Crocq M-A, Guelfi J-D. *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
8. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. *Med Clin North Am.* juill 2019;103(4):681-98.
9. Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahimi S, Jafarabadi MA, Berghmans B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecol J.* nov 2019;30(11):1849-55.
10. Trahan J, Leger E, Allen M, Koebele R, Yoffe MB, Simon C, et al. The Efficacy of Manual Therapy for Treatment of Dyspareunia in Females: A Systematic Review. *J Womens Health Phys Therap.* mars 2019;43(1):28-35.
11. Alimi Y, Iwanaga J, Oskouian RJ, Loukas M, Tubbs RS. The clinical anatomy of dyspareunia: A review. *Clin Anat.* oct 2018;31(7):1013-7.
12. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *Obstet Gynecol.* avr 2016;127(4):745-51.
13. Sorensen J, Bautista KE, Lamvu G, Feranec J. Evaluation and Treatment of Female Sexual Pain: A Clinical Review. *Cureus [Internet].* 27 mars 2018 [cité 17 oct 2021];10(3). Disponible sur: <https://www.cureus.com/articles/10867-evaluation-and-treatment-of-female-sexual-pain-a-clinical-review>

14. Sadownik LA, Yong PJ, Smith KB. Systematic Review of Treatment Outcome Measures for Vulvodynia. *J Low Genit Tract Dis.* juill 2018;22(3):251-9.
15. Prendergast SA. Pelvic Floor Physical Therapy for Vulvodynia: A Clinician's Guide. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America.* 1 sept 2017;44(3):509-22.
16. Drake RL, Vogl W, Mitchell AWM. *Gray's anatomie pour les étudiants.* 3e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
17. Nguyen JD, Duong H. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Female External Genitalia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547703/>
18. Yeung J, Pauls RN. Anatomy of the Vulva and the Female Sexual Response. *Obstet Gynecol Clin North Am.* mars 2016;43(1):27-44.
19. Recherche pour « diagnostic » > Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes [Internet]. [cité 18 déc 2021]. Disponible sur: <https://deontologie.ordremk.fr/?x=0&y=0&s=diagnostic>
20. Chapitre 1er : Masseur-kinésithérapeute. (Articles L4321-1 à L4321-22) - Légifrance [Internet]. [cité 18 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006171311/>
21. Stockdale CK, Lawson HW. 2013 Vulvodynia Guideline update. *J Low Genit Tract Dis.* avr 2014;18(2):93-100.
22. Goldstein AT, Pukall CF, Brown C, Bergeron S, Stein A, Kellogg-Spadt S. Vulvodynia: Assessment and Treatment. *J Sex Med.* avr 2016;13(4):572-90.
23. R. 4321-84 Consentement du malade > Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes [Internet]. [cité 23 déc 2021]. Disponible sur: <https://deontologie.ordremk.fr/devoirs-envers-les-patients/r-4321-84-consentement-du-malade/>
24. Committee Opinion No 673: Persistent Vulvar Pain : Obstetrics & Gynecology [Internet]. [cité 23 déc 2021]. Disponible sur: [https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2016/09000/Committee\\_Opinion\\_No\\_673\\_\\_Persistent\\_Vulvar\\_Pain.56.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2016/09000/Committee_Opinion_No_673__Persistent_Vulvar_Pain.56.aspx)
25. Pérez-López FR, Bueno-Notivol J, Hernandez AV, Vieira-Baptista P, Preti M, Bornstein J. Systematic review and meta-analysis of the effects of treatment modalities for vestibulodynia in women. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* oct 2019;24(5):337-46.
26. Morin M, Bergeron S. La rééducation périnéale dans le traitement de la dyspareunie chez la femme. *Sexologies.* 1 avr 2009;18(2):134-40.
27. Morin M, Carroll M-S, Bergeron S. Systematic Review of the Effectiveness of Physical Therapy Modalities in Women With Provoked Vestibulodynia. *Sexual Medicine Reviews.* 1 juill 2017;5(3):295-322.

28. Wallace SL, Miller LD, Mishra K. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Curr Opin Obstet Gynecol*. déc 2019;31(6):485-93.
29. De Andres J, Sanchis-Lopez N, Asensio-Samper JM, Fabregat-Cid G, Villanueva-Perez VL, Monsalve Dolz V, et al. Vulvodynia--An Evidence-Based Literature Review and Proposed Treatment Algorithm. *Pain Pract*. févr 2016;16(2):204-36.
30. Murina F, Bianco V, Radici G, Felice R, Di Martino M, Nicolini U. Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. *BJOG*. août 2008;115(9):1165-70.
31. Brotto LA, Sadownik L, Thomson S. Impact of educational seminars on women with provoked vestibulodynia. *J Obstet Gynaecol Can*. févr 2010;32(2):132-8.
32. PRIME PubMed | Mindfulness-Based Group Cognitive Behavior Therapy for Provoked Localized Vulvodynia: A Randomized Controlled Trial [Internet]. [cité 1 janv 2022]. Disponible sur: [https://neuro.unboundmedicine.com/medline/citation/30688760/Mindfulness\\_Based\\_Group\\_Cognitive\\_Behavior\\_Therapy\\_for\\_Provoked\\_Localized\\_Vulvodynia:\\_A\\_Randomized\\_Controlled\\_Trial\\_](https://neuro.unboundmedicine.com/medline/citation/30688760/Mindfulness_Based_Group_Cognitive_Behavior_Therapy_for_Provoked_Localized_Vulvodynia:_A_Randomized_Controlled_Trial_)
33. Foster DC, Kotok MB, Huang L-S, Watts A, Oakes D, Howard FM, et al. Oral Desipramine and Topical Lidocaine for Vulvodynia: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*. sept 2010;116(3):583-93.
34. Surgical treatment of vulvar vestibulitis: a review - Tommola - 2010 - *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 28 déc 2021]. Disponible sur: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3109/00016349.2010.512071>
35. Bergeron S, Brown C, Lord M-J, Oala M, Binik YM, Khalifé S. Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: a retrospective study. *J Sex Marital Ther*. juin 2002;28(3):183-92.
36. Goldfinger C, Pukall CF, Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Chamberlain S. ORIGINAL RESEARCH—PAIN: A Prospective Study of Pelvic Floor Physical Therapy: Pain and Psychosexual Outcomes in Provoked Vestibulodynia. *The Journal of Sexual Medicine*. 2009;6(7):1955-68.
37. Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Goldfinger C, Pukall CF, Chamberlain S. Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. *J Sex Med*. févr 2010;7(2 Pt 2):1003-22.
38. OMS | Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 19 déc 2021]. Disponible sur: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health\\_systems/9789241501002/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/health_systems/9789241501002/fr/)
39. Santé sexuelle [Internet]. [cité 19 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/health-systems-governance>
40. Simonelli C, Eleuteri S, Petruccelli F, Rossi R. Female sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. *Curr Opin Psychiatry*. nov 2014;27(6):406-12.

41. Dargie E, Holden RR, Pukall CF. The Vulvar Pain Assessment Questionnaire: Factor Structure, Preliminary Norms, Internal Consistency, and Test-Retest Reliability. *J Sex Med.* déc 2017;14(12):1585-96.
42. PRIME PubMed | The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function [Internet]. [cité 31 déc 2021]. Disponible sur: [https://brain.unboundmedicine.com/medline/citation/10782451/The\\_Female\\_Sexual\\_Function\\_Index\\_FSFI:\\_a\\_multidimensional\\_self\\_report\\_instrument\\_for\\_the\\_assessment\\_of\\_female\\_sexual\\_function\\_](https://brain.unboundmedicine.com/medline/citation/10782451/The_Female_Sexual_Function_Index_FSFI:_a_multidimensional_self_report_instrument_for_the_assessment_of_female_sexual_function_)
43. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* févr 2005;31(1):1-20.
44. Wylomanski S, Bouquin R, Philippe H-J, Rouzier R, Dréno B, Quereux G. Validation de la version française du Female Sexual Function Index auprès d'un échantillon de la population féminine française. *Ann Dermatol Venerol.* déc 2013;140(12, Supplement 1):S473-S473.
45. Lr D, R R, S L, A B, J H. The Female Sexual Distress Scale (FSDS): initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *Journal of sex & marital therapy* [Internet]. sept 2002 [cité 8 janv 2022];28(4). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12082670/>
46. Smith KB, Sadownik LA, Dargie E, Albert AYK, Brotto LA. Multidisciplinary Treatment for Provoked Vestibulodynia: Treatment Trajectories, Predictors, and Moderators of Sexual Distress and Pain. *Clin J Pain.* avr 2019;35(4):335-44.
47. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck depression inventory: manual. 1996.
48. Décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. 96-879 oct 8, 1996.
49. Colangeli-Hagege H. Intérêts et limite de l'EBP en rééducation périnéale. *Le mensuel pratique et technique du kinésithérapeute* [Internet]. 10 juill 2018 [cité 15 déc 2021];600. Disponible sur: <https://www.ks-mag.com/article/10712-interets-et-limite-de-l-ebp-en-reeducation-perineale>
50. Décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. 2015-1110 sept 2, 2015.
51. Bilan diagnostic kinésithérapique [Internet]. [cité 24 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs/bilan-diagnostic-kinesitherapique>
52. Article R4127-68 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 24 mars 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000025843591](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843591)
53. Coopérations entre professionnels de santé [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 24 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/cooperations-professionnels-sante>

54. Veras M, Kairy D, Paquet N. La physiothérapie fondée sur les données probantes : une définition. *Physiother Can.* 2016;68(2):96-8.
55. Pallot A. Evidence based practice en rééducation: démarche pour une pratique raisonnée. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2019.
56. Gedda M. Médecine factuelle, pratique factuelle et indice de factualité 1.0 (i-FACT). *Kinésithérapie, la Revue.* 1 juill 2017;17(187):9-16.
57. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1).
58. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. L'entretien. 2e éd. refondue, avec une nouvelle présentation. Paris: A. Colin; 2010. (L'enquête et ses méthodes).
59. Mialaret G. L'entretien. *Que sais-je?* 2004;(3699):52-8.
60. Imbert G. The Semi-structured Interview: at the Border of Public Health and Anthropology. *Recherche en soins infirmiers.* 2010;102(3):23-34.
61. Fernandez L, Pedinielli J-L. La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers.* 1 avr 2006;41-51.
62. Conformité RGPD : comment recueillir le consentement des personnes ? | CNIL [Internet]. [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/les-bases-legales/consentement>
63. Paill?? P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. 2016 [cité 2 avr 2022]. Disponible sur: <https://banq.pretnumerique.ca/accueil/isbn/9782200615741>
64. Hassam T, Kelso E, Chowdary P, Yisma E, Mol BW, Han A. Sexual assault as a risk factor for gynaecological morbidity: An exploratory systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* déc 2020;255:222-30.
65. Tribó MJ, Canal C, Baños J-E, Robleda G. Pain, Anxiety, Depression, and Quality of Life in Patients with Vulvodinia. *Dermatology.* 2020;236(3):255-61.
66. Article R4321-13 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 1 avr 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913995/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913995/)
67. Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel - Légifrance [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032922455>
68. Article R1110-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006908124/2007-05-16](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006908124/2007-05-16)
69. da Silva TM, Costa L da CM, Garcia AN, Costa LOP. What do physical therapists think about evidence-based practice? A systematic review. *Man Ther.* juin 2015;20(3):388-401.

70. La formation continue [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/je-suis-kinesitherapeute/formation/la-formation-continue/>
71. Programmes d'évaluation et d'amélioration des pratiques [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 5 avr 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1250616/fr/programmes-d-evaluation-et-d-amelioration-des-pratiques](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1250616/fr/programmes-d-evaluation-et-d-amelioration-des-pratiques)
72. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 mars 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi)
73. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé 2016.
74. Gatto F, Ravestein J. Le mémoire: penser, écrire, soutenir, réussir. Montpellier: Sauramps médical; 2008.
75. Chiplock A. LibGuides: Physical Therapy Library Guide: Levels of Evidence [Internet]. [cité 23 déc 2021]. Disponible sur: <https://guides.lib.usf.edu/c.php?g=237761&p=1597935>

## Annexe 1 – guide de l’entretien

---

### Présentation de l’entretien et de ses modalités :

- Présentation de l’étudiante, du thème et de l’objectif de l’étude : ***je suis étudiante en dernière année de kinésithérapie à saint Sébastien sur Loire. Je réalise mon mémoire de fin d’étude sur la façon dont les MK mobilisent l’Evidence Based Practice dans la prise en charge des vulvodynies lorsqu’elles sont sources de dyspareunie. Pour cela j’ai décidé de partir sur une étude observationnelle qualitative par des entretiens semi-directifs.***
- Cadre juridique : ***l’enregistrement a pour but une retranscription anonyme de cet entretien, acceptez-vous d’être enregistré ?*** La signature des formulaires de consentement et d’accord d’enregistrement doit donc être réalisée.
- Durée : limite de 30 minutes

### Guide de l’entretien :

Thème 1 : les représentations de la vulvodynie associée à des dyspareunies		
Questions principales	Questions de relance	notes
Avez-vous des connaissances spécifiques (formation(s), entre pairs, cabinet spécialisé, recherche) sur la prise en charge des douleurs génito-pelviennes et troubles de la pénétration ?		
D’après vos connaissances, pourriez-vous décrire la vulvodynie ? la dyspareunie ?	➤ Pouvez-vous donner la définition ?	
Vos connaissances vous viennent-elles de votre formation initiale ? (école) ou de formations/expériences personnelles ? souhaitez-vous vous former d’avantage ?		
Trouvez vous qu’aujourd’hui il existe des freins à vous former ?	➤ Si oui : pourquoi ? ➤ Si non : pourquoi ?	
Avez-vous connaissance des guides pratiques sur la prise en charge des vulvodynies ? Et des endroits où les trouver ? si oui les expliquer		

<b>Thème 2 : les représentations de la prise en charge/soin sur le terrain</b>		
Avez-vous déjà pris en charge des femmes présentant cette affection ?		
Depuis que vous pratiquez ce type de rééducation combien de femmes avez-vous pris en charge pour cette affection ? (estimation du nombre).		
En ce moment prenez vous en charge des patientes présentant des vulvodynies ? Des dyspareunies ? les deux associées ? Combien de patientes avez-vous ?		
Quels sont selon vous les enjeux de la prise en charge ?		
Quels étaient les attentes/objectifs manifestés par les patientes lors de cette prise en charge ?		
<b>Thème 3 : le diagnostic et la réorientation</b>		
Quel est le parcours de soin des patientes que vous recevez ?	➤ Ont-elles été vues en consultation par d'autres professionnels de santé avant vous ? Si oui, savez vous par qui ? (MK, médecin, psychologue, sexologue...)	
Dans quel contexte ces patientes sont-elles orientées vers vous ?		
Savez-vous si vos patientes sont suivies par d'autres professionnels de santé que vous pour leur affection ? si oui, pouvez-vous les citer ?		
Quels sont selon vous les enjeux du diagnostic ?		
Quels sont vos objectifs de soins ?		
Comment assurez-vous le suivi et la continuité des soins avec les autres professionnels de santé ?		
Utilisez-vous des outils pour assurer la continuité des soins ?		

#### Thème 4 : la prise en charge

<p>Quels sont les outils thérapeutiques utilisés lors de vos séances de rééducation ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lors de votre prise en charge, réalisez-vous des techniques de thérapie physique du plancher pelvien ? Si oui, quelles techniques utilisez-vous ?</li> <li>➤ Utilisez-vous des techniques de rééducation intravaginale? Si oui, quels sont les retours de vos patientes vis-à-vis de ces techniques ?</li> <li>➤ Lors de votre prise en charge, mettez vous en place du TENS ? Si oui dans quel objectif ?</li> <li>➤ Lors de votre prise en charge, mettez vous en place des techniques de Biofeedback ? Si oui dans quel objectif ?</li> <li>➤ Lors de votre prise en charge, recommandez-vous l'utilisation de dilatateurs vaginaux ? Si oui dans quel objectif ?</li> <li>➤ Lors de votre prise en charge, mettez vous en place un programme de thérapie physique (ou autre) à domicile ? Si oui, que contient le programme ?</li> </ul>	
<p>Au vu de votre expérience, préconisez-vous certaines techniques plus que d'autres ?</p>		
<p>A l'heure actuelle, quel est votre ressenti vis-à-vis de cette pathologie et de sa prise en charge ? (efficace ou non, perplexe, manque de connaissance)</p>		
<p>Comment évaluez-vous l'évolution de votre prise en charge ? Utilisez-vous des échelles spécifiques?</p>		
<p>Quels sont les retours de vos patientes ?</p>		

#### Thème 5 : La place/influence des recommandations et de la littérature dans la prise en charge :

<p>Consultez-vous la littérature scientifique ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si oui : A quelle fréquence ?</li> <li>➤ Si non : pourquoi ?</li> </ul>	
<p>Est-ce que vous vous inspirez de la littérature pour prendre en charge vos patientes ?</p>		

Pensez vous que les recommandations peuvent avoir un impact dans votre pratique ?	➤ Dans quel sens ? De quelle façon ?	
Comment concevez-vous l'EBP? quelle vision en avez-vous dans votre pratique quotidienne?	➤ Pouvez-vous donner la définition ?	

## Annexe 2 – Grille d’analyse thématique des entretiens

Sous-thème	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5
<b>L’expérience du Masseur-kinésithérapeute</b>					
<b>Formation initiale</b>	<p>« 2020, juillet 2020 » (L.2)</p> <p>« Je suis diplômée de l’école de Nantes de 2008 » (L.2)</p> <p>« j’avais jamais entendu parler de ça à l’école » (L.16-17)</p> <p>« L’école de Poitiers en 2008 » (L.240)</p> <p>« Alençon, 2019 » (L.2)</p> <p>« on avait une bonne formation initiale mine de rien, on avait un ifmk où on avait eu des TD pratiques » (L.13-14)</p> <p>« 2004, Nancy » (L.2)</p> <p>« elles ne viennent pas du tout de la formation de base » (L.10-11)</p> <p>« non pas du tout, c’était vaguement, il y a des douleurs, point » (L.19)</p>				
<b>Formation(s) complémentaires</b>	<p>« j’ai pas fait de formations spécifiques type sexo ou autre, c’est dans mon but quand même parce que du coup j’ai de plus en plus de patientes qui viennent me voir pour ça. » (L.13-15)</p> <p>« La première formation que j’avais faite en rééducation périnéale ils ont quand même abordé deux trois choses là-dessus donc j’ai quand même le, les moindres connaissances. » (L.16-18)</p> <p>« j’ai fait ma formation en uro-gynéco enfin pelvi-périnéologie » (L.5)</p> <p>« j’avais fait une formation avec le IRPP sur la place du kiné dans la sexologie et les douleurs justement des troubles, de la sphère sexuelle » (L.12-13)</p> <p>« je pense que ma formation, enfin la formation initiale en fait même les formations que j’ai eues ne remontaient pas assez loin » (L.187-188 )</p> <p>« j’ai fait une formation spéciale » (L.4)</p> <p>« J’ai fait des formations sur la douleur, les douleurs périnéales donc revenaient le, revenaient pas mal les vulvodynies » (L.5-6)</p> <p>« oui je suis formé » (L.10)</p> <p>« c’est plutôt avec les formations à côté. » (L.14)</p> <p>« j’ai fait des formations sur la périnée en général et des formations sur les douleurs pelvi-périnéales » (L.17-18)</p> <p>« je fais une formation normalement fin mars » (L.249)</p> <p>« pour la vestibulodynie précisément d’une formation que j’ai faite avec une Québécoise en 2007 » (L.12-13)</p> <p>« une formation kiné spécifiques des vestibulodynies » (L.16)</p> <p>« je trouve que la formation en périnéologie dans son ensemble était déjà pas très satisfaisante à mon goût de l’époque [...] tout ce qui était sexo, douleurs et vestibulodynie, non non j’ai souvenir d’une ligne un peu évoquée et pas forcément d’outils et de moyens de traitement à mettre en place. » (L.19-24)</p> <p>« je suis conseillère en santé sexuelle » (L.82)</p>				
<b>Temps de pratique</b>	<p>« je pratique la rééducation périnéale depuis novembre 2020 et j’ai commencé à prendre en charge les douleurs pelviennes à peu près en juin 2021 » (L.74-76)</p> <p>« depuis sept ans » (L.5-6)</p> <p>« j’ai eu plutôt quinze ans d’expérience donc d’expertise » (L.29-30)</p>				
<b>Patientes atteintes</b>	<p>« j’ai dû en voir trois, quatre, cinq, six, six ou sept. » (L.76)</p> <p>« Sur cette semaine, j’en ai vu quatre » (L.85)</p>				

	<p>« je dirai environ cinq » (L.44)  « En ce moment, non pas en ce moment. J'en ai plus. » (L.51)  « une centaine » (L.40)  « je dois en avoir une quinzaine » (L.45)  « Moins de dix » (L.49)  « J'en avais deux la semaine dernière et j'en aurai deux la semaine prochaine mais là, j'en ai plus. Mais ça va revenir. » (L.51-52)  « soixante par semaine » (L.52)</p>
<b>Connaissances théoriques sur la vulvodynie</b>	<p>«Vulvodynie donc ce qu'on m'avait informé c'était plutôt tout ce qui était douleur vulvaire qui persistait souvent à plus de ... je sais plus si c'est de trois ou quatre mois et en fait c'est souvent [...] des douleurs qui sont un peu inexplicables » (L.22-25)  « la vulvodynie se représente par des douleurs au niveau de la partie externe ... de l'appareil génital de la femme ainsi qu'au niveau de la partie interne en restant en fait au niveau de l'entrée du vagin » (L.16-18)  «vulvodynie, pour moi c'est des douleurs au niveau de la vulve hein alors souvent à la pénétration, pénétration lors de rapports sexuels ou d'un tampon ou autre » (L.10-12)  « vulvodynie, je dirai que c'est des douleurs de la vulve et, ou de la pénétration du... et ou à la pénétration » (L.21-22)  « c'est une douleur au niveau de la vulve. Vestibulodynie c'est une douleur au niveau du vestibule précisément sur la vulve » (L.41-42)</p>
<b>Connaissances théoriques sur la dyspareunie</b>	<p>«il y a des dyspareunies qui sont superficielles ou profondes et donc après bah ça dépend [...] quel type de dyspareunie c'est mais à savoir que du coup c'est souvent des douleurs qui sont ressenties par les patientes pendant ou après les rapports. Soit au niveau de la pénétration tout simplement ou alors souvent aussi il y a des patientes qui ... avec moi j'avais une patiente avec de l'endométriose qui avait des douleurs du coup pendant les rapports qui étaient qualifiées quand même de dyspareunies mais dûes à l'endométriose.» (L.26-32)  « dyspareunie, c'est des douleurs aux rapports quel qu'ils soient en fait avec ou sans pénétration ou en tout cas aux rapports même avant ou après. »(L.18-20)  « dyspareunie c'est des douleurs aux rapports sexuels quel qu'ils soient » (L.12-13)  « les dyspareunies, c'est plus des douleurs qui vont, de mon point de vue être une fois dedans » (L.22-23)  « dyspareunie c'est une douleur à la pénétration sexuelle » (L.43)</p>
<b>Croyances sur la formation</b>	<p>« De moins en moins de freins parce qu'il y a de plus en plus de prise en charge là-dessus et à savoir que tu vois moi sur une première formation on m'a déjà informé sur ça, on nous prévient qu'il y en a de plus en plus et que c'est de plus en plus reconnu et pris en charge. Donc je pense que les kinés elles vont de plus en plus aussi s'orienter là-dedans et voir [...], quelles formations elles peuvent faire plus spécifiquement. Du coup [...], au contraire je pense que la prise en charge est de plus en plus reconnue et du coup c'est de mieux en mieux. » (L.41-48)  « Oui, parce que [...] on communique pas beaucoup dessus d'un point de vue général et d'un point de vue de notre profession. Déjà au niveau de notre profession, la partie de, des kinés qui font de la rééducation périnéale, je ne sais pas combien on est mais c'est assez faible. Et en plus en périnéo, il y a tout un champ d'action que ce soit sur les hommes, les femmes ou les enfants et en fait du coup cette partie-là est vraiment infime et il faut vraiment se former spécifiquement, s'intéresser spécifiquement à ça pour pouvoir, pour pouvoir y accéder. » (L.23-30)  « Des freins bah oui après le coût des formations forcément, le fait qu'elles ne soient pas toutes proches de chez soi ... ces formations-là en plus il y en a pas beaucoup sur ce sujet-là donc il faut vraiment être dispo donc oui il y a des freins » (L.19-21)  « c'est pas qu'il y a des freins mais c'est que ça attire pas grand monde. Parce que je pense que la plupart des gens quand ils font kiné au début, ils disent qu'ils font kiné du sport » (L.29-31)  « non je ne me sens plus freinée. Je l'ai été sans doute en 2007 quand j'ai commencé vraiment à prendre en charge ... ces dysfonctions. Mais aujourd'hui non, mais j'ai pas non plus le besoin de me former » (L.35-38)</p>

<p><b>Ressenti du MK</b></p>	<p>« je ne pensais pas qu'il y en avait autant, je pense qu'on est sous informés et que les patientes sont elles-même sous informées. En fait elles n'ont pas forcément conscience qu'elles peuvent être prises en charge sur ça et que je pense qu'il y a un manque d'information et que sur ça il faut vraiment qu'on travaille ... tout le monde tous les professionnels de santé sont censés travailler là-dessus parce que c'est quelque chose qui est quand même hyper important. [...] pour moi on peut pas laisser les femmes comme ça » (L.283-289)</p> <p>« je me sens vite limitée et le problème c'est que les patientes arrivent vers nous un peu comme des sauveurs parce que ... parce qu'en fait tout le monde semble limité vis-à-vis de ça. Elles en parlent très peu, quand elles en parlent à leur gynéco bah soit il les envoie vers nous soit elles doivent supplier pour qu'elles soient prises en charge ... donc en fait on est vite désemparés je trouve, et les patientes on essaye de les aider mais c'est vrai que nous voilà on, et c'est peut être aussi pour ça que du coup les patientes des fois ne suivent pas complètement la rééducation parce que je pense que on se sent vite limités. » (L178-185)</p> <p>« c'est pas facile, après c'est hyper intéressant et c'est très satisfaisant quand on avance et que ça marche bien » (L.171-172)</p> <p>« Il y a une grosse demande, là il y a une file d'attente enfin c'est assez impressionnant, [...], on est pas assez formés, et que même les formations elles sont pas non plus enfin c'est bien mais on a pas non plus de recettes toute faites donc faut persévérer » (L.173-179)</p> <p>« Faut qu'il y ait une grosse relation enfin faut vraiment qu'il y ait une confiance qui se crée dès le début parce que sinon ça va pas se faire donc faut savoir quand même de quoi on parle. Tout le monde ne ... quelqu'un qui fait juste de la rééducation périnéale et qui n'a pas été formé à ça pour moi c'est compliqué de prendre en charge ce type de patho » (L.182-186)</p> <p>« je pense qu'on peut toujours faire mieux. Je pense que en fait ... mon point de vue c'est que on a une base sur toutes les pathos... toutes les pathos qui comprennent la vulvodynie ou la dyspareunie mais après c'est vraiment patient dépendant et du coup thérapeute dépendant. Et puis après ça c'est une question de formation et peut-être d'ouverture d'esprit » (L.200-204)</p> <p>« je suis agréablement ... observatrice du fait que, j'ai de plus en plus de personnes comme vous qui m'appellent, donc manifestement ça bouge en formation interne. Je trouve que les organismes de formation de kiné ont quand même amené maintenant, je sais que toutes les personnes que j'ai dû former j'ai pu les réorienter vers des formations kiné, des organismes de formation professionnelle. Donc ça c'est déjà pas mal, parce qu'il y en avait pas du tout à l'époque quand moi j'ai tenté de me former il y a quinze ans, je me suis tournée vers les Québécois parce qu'il y en avait pas en France. Et que depuis les formations avec lesquelles moi je me suis formée en uro-gynéco post obtention du diplôme ont un peu développé leur activité jusqu'à faire des formations aussi » (L.168-177)</p>
<p><b>Les représentations de la prise en charge</b></p>	
<p><b>Les enjeux de la PEC</b></p>	<p>«ce qui revient souvent c'est le côté tabou et le fait que ne pas laisser les femmes en fait toute seules dans cette prise en charge-là. Il y a une importance et un enjeu énorme dans la communication et la confiance au niveau de la prise en charge, ça c'est hyper important. C'est-à-dire que si une patiente ne te fait pas confiance dans tous les cas tu n'auras pas de résultat de traitement » (L.88-92)</p> <p>« c'est tout simplement par rapport au bien-être de, des femmes sur la suite parce que moi j'ai beaucoup de femmes qui ont quarante ans et qui se disent, qui ne se sentent plus femme parce qu'elles ont des douleurs aux rapports et que il y a un gros enjeu par rapport à leur couple donc sur le bien-être ... bien-être et vie quotidienne en fait où là, on a quand même une place très importante et rien que pour l'estime de soi aussi par apport à chaque femme. » (L.94-99)</p> <p>« qu'elles n'arrêtent pas la prise en charge, parce qu'en fait moi le problème que je rencontre avec ces patientes-là , c'est que c'est des patientes qu'on voit ... quelques séances et puis du jour au lendemain on ne les voit plus. Et on a pas de nouvelles, on sait pas, et donc je, en fait je sais pas si c'est moi la façon de prendre en charge ou est-ce que c'est général d'avoir avec ces patientes-là qui ne se sentent pas à l'aise ou qui ne trouvent pas les réponses mais du coup je pense que c'est la, bah la poursuite des soins, ou en tous cas la poursuite des soins avec un résultat ou avec une explication de pourquoi elles continuent ou pas les soins » (L.120-127)</p> <p>« L'enjeu principal pour moi il est de, justement sur la cause des douleurs. Souvent les patientes en fait se disent, c'est ma faute ... parce qu'il s'est passé telle chose dans mon passé ou parce que lors de mon premier bébé j'ai pas fait la rééducation comme il fallait, donc ouais l'enjeu il est beaucoup psy parce que les femmes finalement n'en parlent pas parce qu'elles expliquent leurs douleurs en disant de toute façon c'est moi, le problème vient de moi, (L106-111)</p>

	<p>« c'est que c'est que la prise en charge elle est globale » (L.52)</p> <p>« mettre à plat et bien connaître la patiente auquel cas [inaudible] elles te font confiance et ça c'est ... et ça pour moi c'est le ouais c'est un gros [inaudible] si une confiance s'instaure direct ou plus ou moins de temps et puis qu'elles comprennent que oui ça va pas se faire que avec la kiné et que potentiellement il y a d'autres choses à aller investiguer» (L.55-59)</p> <p>« les choses importantes moi c'est qu'elles soient toujours d'accord. Ça paraît un peu bête mais à chaque début de séance je leur demande si elles sont d'accord, quand je leur dis ce qu'on va faire, si elles sont d'accord et j'essaye en général à la fin de la séance de leur dire ce qu'on fera la prochaine fois. Voilà, je leur dis souvent que je préfère qu'on attende une semaine de plus et que ce soit fait qu'elles soient conscientes de ce qu'on fait et qu'elles l'acceptent etc plutôt que le faire vite et que du coup ça nous porte préjudice après.» (L.57-63)</p> <p>« je leur explique que ce que nous on fait c'est mécanique, mais que le gros du travail c'est plutôt ... psycho-émotionnel derrière pour mes patientes à moi qui ont eu des violences et du coup j'aime bien quand on travaille en parallèle avec un ou une psy. C'est ça, les enjeux c'est que elles acceptent de suivre un ou une psy et ça fonctionne derrière » (L.70-74)</p> <p>« installer un climat sécurisé de confiance dans le traitement [...] entre la patiente et le thérapeute » (L.54-55))</p> <p>«c'est quand même un trouble [...] qui a du sens psycho-émotionnel et que c'est une dysfonction qui est complètement réversible à partir du moment où on questionne le sens et l'ensemble des facteurs qui ont conduit à la libération de cette symptomatologie. Donc du coup il y a quand même beaucoup d'expériences très négatives pour rester un peu simplistes ... voire traumatisantes, qu'elles aient été dans la sphère personnelle ou dans la sphère médicale avec une errance thérapeutique qui a pu être très très longue et s'installer sur des années. Donc du coup, le premier objectif, le premier enjeu c'est de rassurer sur le côté réversible » (L.57-65)</p> <p>« je dirai que l'enjeu du diagnostic et du traitement c'est de l'empowerment féminin plus qu'autre chose » (L.88-89)</p>
<p><b>Méthodologie du diagnostic</b></p>	<p>« ton diagnostic pour moi il est très important pour une première mise en confiance avec ta patiente. » (L.148-149)</p> <p>« j'ai toujours une séance déjà pour mon premier bilan où je ne fais rien au niveau périnée. J'ai une première approche, seulement de discussion, d'explication de ce qu'on va faire pour que surtout pas que la patiente se sente agressée » (L.150-153)</p> <p>« ton diagnostic du coup il permet quand même de t'orienter toi vers ta technique et de savoir comment toi aussi agir en fonction de tes patientes, en fonction de ce qu'elles te disent dans ton bilan et toi ce que tu vois au niveau anatomique, au niveau de ton bilan périnée » (L.155-159)</p> <p>«le deuxième enjeu d'un point de vue professionnel c'est de bien identifier justement ce qu'il se passe ... si on est vraiment sûr quelque chose, moi je pense beaucoup aux femmes en post-partum qui ont eu par exemple une épisio, une cicatrice d'épisio qui reste douloureuse et finalement c'est à cause de ça qu'elles évoquent des douleurs et ... du coup bah à savoir leur dire aussi bah voilà ça, ça vient, enfin le, savoir leur dire que ça vient de ça quoi. De trouver la cause quand on la trouve. » (L.112-117)</p> <p>« rassurer la patiente ... enfin quand on sait pas ce qu'on a c'est difficile quand même à vivre et du coup bah là ok on se dit ok j'ai ça, il y a des solutions, faut faire ça ça ça donc ouais meilleure prise en charge et une meilleure acceptation de ça aussi pour en parler à son conjoint en disant bah voilà c'est pas dans ma tête voilà je pense que c'est important » (L.103-107)</p> <p>« limiter le temps de traitement. Si on a un bon diagnostic ça permet de savoir où est ce qu'on doit aller et du coup comment le traiter au mieux » (L.109-110)</p> <p>« je commence par le départ donc un diagnostic classique kiné » (L.118)</p> <p>« les enjeux du diagnostic il est de poser les mots, pour aider à comprendre, et en même temps en nommant et en comprenant je pense qu'on a une grosse partie du traitement » (L.85-87)</p>
<p><b>Les objectifs de soins</b></p>	<p>« répondre en fait aux demandes de mes patientes, à leurs souhaits en fait, au maximum. » (L.163-164)</p> <p>« donner vraiment en fait le maximum, de ... ne pas me dire j'arrête une prise en charge parce que j'ai, j'arrive pas et plutôt me dire j'arrête une prise en charge parce que j'ai tout essayé en espérant que c'est, qu'il y a eu des résultats et si il y en a pas bah au moins je sais que j'aurais mis toutes les chances du côté de ma patiente pour que, pour que ça marche » (L. 166-170)</p>

	<p>« je les autonomise dans leur prise en charge, au maximum. » (L.280)</p> <p>« mes objectifs c'est que les objectifs de la patiente ils soient atteints à la fin quoi, qu'il y ait plus de douleurs aux rapports après il faut aussi bien leur expliquer que c'est pas non plus magique, que ça peut mettre du temps, que parfois on a des bons résultats que d'autres fois non, enfin faut y aller quand même mollo quoi faut pas leur dire ok vous rentrez dans la salle et tout va aller mieux mais ... mais voilà mes objectifs c'est qu'elles aient plus mal et qu'elles puissent retrouver une vie sexuelle pour la plupart normale quoi » (L.122-129)</p> <p>« la plupart du temps c'est réussir, avoir au mieux au plus vite les objectifs de la patiente. Donc c'est vrai qu'il faut que pour ça il faut qu'elle adhère au traitement et après qu'on y aille étape par étape quoi. Des fois ça peut mettre très longtemps » (L.112-114)</p> <p>« redonner du pouvoir, de bien sentir que la douleur a un sens, un sens qui est ... individuel, qui répond à l'histoire de vie de chacune même si il y a une femme sur cinq quand même qui est concernée et évidemment il y a pas une personne qui a la même histoire que la voisine et pour le coup c'est de comprendre qu'elles peuvent dépasser ça en comprenant ce qui s'est joué pour elles et ce que leur corps est venu leur dire » (L.101-106)</p>
<p><b>PEC : Thérapie physique du plancher pelvien et biofeedback</b></p>	<p>« j'essaie de proposer en fait à mes patientes, de pas se limiter à la kiné et d'essayer de proposer un panel moi-même de mes connaissances en fait ... un peu annexes et sinon de proposer d'autres thérapies quoi. » (L.137-141)</p> <p>« j'ai testé entre guillemets plusieurs choses. j'ai testé tout simplement la sonde vaginale, que j'utilise en rééducation périnéale pure et dure. [...] donc ça, ça dépend aussi de l'avancée du traitement, parce que pour mettre une sonde vaginale à une patiente qui a des dyspareunies au début c'est nient [rire] ça se fait pas du tout. [...] je peux travailler avec ça et avec des protocoles de gate control et de... ou sinon au niveau proprioception ça marche plutôt bien ou sinon anti douleur [...].(L.213-221)</p> <p>« la tecarthérapie » (L.222)</p> <p>« j'utilise aussi des techniques de respiration, type cohérence cardiaque » (L.233-234)</p> <p>« je donne des petits exercices des fois de yoga, comme je te disais j'essaie vraiment de pas me cibler que sur le, que sur la dyspareunie en elle-même mais vraiment une, aussi une prise de conscience » (L.237-239)</p> <p>« la technique manuelle, il y a rien de mieux que de sentir aussi au niveau manuel, on est faite pour ça donc bon autant en profiter aussi et puis mettre en confiance les, les patientes avec ça » (L.267-269)</p> <p>« je travaille beaucoup en manuel donc en, avec un toucher vaginal pour essayer de, si c'est possible, pour essayer en fait de trouver les causes, si il y a des causes mécaniques. Du coup, à partir de là, je vais travailler en, par exemple en étirement, après je peux travailler aussi avec du contracté-relâché, des fois ça m'arrive de travailler avec la sonde et appareil » (L.130-134)</p> <p>« j'ai un appareil de rééducation périnéale parce qu'en fait il peut faire du TENS [...] après les patientes en ont plus ou moins du bienfait ... du TENS ou il y a un programme aussi » (L.134-137)</p> <p>« en amont j'avais oublié de le dire, j'utilise beaucoup aussi la respiration, je travaille beaucoup avec ces patientes-là en respi surtout sur les premières séances pour pas direct attaquer sur la partie gynéco en fait et [...], juste qu'elles prennent conscience de leur posture » (L.141-145)</p> <p>« le manuel, le massage, les étirements, les points de ... les petits levers de tension en interne, tout le travail externe aussi hein de mobilisation du bassin, thérapie manuelle » (L.147-149)</p> <p>« avec une sonde » (L.150)</p> <p>« on travaille en manuel, pour travailler tout ce qui est trigger point, contracté-relâché, et [silence] et massage périnéal. » (L.137-139)</p> <p>« j'utilise le manuel mais j'utilise parfois la sonde si besoin... c'est-à-dire que si par exemple c'est vraiment trop contracté, que la patiente ça se passe pas bien en manuel parce que je sens qu'elle est gênée qu'elle est bloquée etcétera, on peut aussi utiliser la sonde » (L.154-157)</p> <p>« les outils classiques de l'uro-génico donc le travail manuel qui peut être associé à un biofeedback manuel et, ou un biofeedback par sonde et donc la sonde qui va ensuite être soit connectée la plupart du temps au biofeedback. Ça peut être parfois exceptionnellement utilisé aussi avec l'électrostimulation pour aider à la prise de conscience puisque c'est une contraction périnéale quand on est vraiment sûr ... quand on a essayé tous les outils de prise de conscience initiaux et qu'il faut que ça passe par une sensation quitte à</p>

	ce qu'elle soit un peu passive. » (L.119-126)
<b>PEC : Dilatateurs vaginaux</b>	<p>« Non, ça m'est jamais arrivé parce que je, j'en ai parlé en formation mais on m'a jamais vraiment montré, j'ai jamais osé le faire » (L.159-160)</p> <p>« travailler avec les dilatateurs » (L.149)</p> <p>« j'utilise les dilatateurs quand souvent quand j'ai des patientes jeunes, quand c'est des patientes jeunes qui [...] arrivent à, à bien bosser à la maison et qu'ont envie de reprendre rapidement les rapports. Ça peut être des patientes plus âgées mais ça dépend plus de l'envie des rapports » (L.158-162)</p> <p>« Et après donc je leur propose de le mettre donc sur le papier officiel, bon après ça c'est un point de vue. [...] j'appelle ça des cônes parce que je trouve que dilateur ça fait vraiment ... ça fait vraiment objet. » (L.169-176)</p> <p>« Je ne les utilise plus. Je les ai utilisés beaucoup au début et en fait je n'aime pas le nom déjà. Dilateur comme si on avait besoin de dilater quoi que ce soit, on a tout ce qu'il faut en fait dans notre corps. Et j'aime pas le terme donc quand on a passé plusieurs étapes, [...] là je propose plutôt l'utilisation de sextoys qu'elles vont choisir. Parce que je préfère qu'elles utilisent la dimension ludique du jouet qui va du coup un petit peu reconnecter au plaisir, au désir et à l'excitation et que on sort un petit peu de l'exercice mécanique de l'exercice périméal » (L.135-146)</p> <p>« Après je suis pas contre c'est-à-dire que c'est plus un outil que je propose spontanément. Si elles, elles viennent avec des connaissances ou des questions à ce propos-là, je leur interdis rien bien évidemment, j'explique juste mes réticences » (L.155-158)</p>
<b>PEC : programme à domicile</b>	<p>« je demande à mes patientes de travailler chez elles également » (L.269-270)</p> <p>« pas des programmes mais je leur conseille » (L.272)</p> <p>« je leur propose des choses et après mes séances je vois ce que ça a donné, par exemple j'ai des patientes où je leur demande de faire très légèrement du massage périméal, des choses comme ça. » (L.275-278)</p> <p>« Pas du tout » (L.166)</p> <p>« programme d'exercice alors oui je leur donne justement des ... mais après c'est pas toujours facile pour elles de le faire mais je leur apprend l'auto-massage et puis je leur donne quelques petits exercices de contracté-relâché pour bien comprendre le relâchement etc. Oui oui elles ont des leçons à faire » (L.160-163)</p> <p>« je leur donne les dilatateurs, donc j'en donne un à chaque fois et bon après en fonction je donne un deuxième [...] quand elles sont en transition entre deux tailles par exemple, bon bah là, je vais plutôt leur donner les deux pour qu'elles puissent le bosser à la maison. Et qu'elles puissent aussi surtout essayer de changer la taille à la maison. » (L.164-169)</p> <p>« Oui dès la première séance, chaque élément que je propose en séance est ... je les invite à les reproduire chez elles tous les jours. Enfin ça c'est la base avec laquelle je les invite à faire après elles font ce qu'elles peuvent, ce qu'elles veulent bien évidemment » (L.148-151)</p>
<b>Informations</b>	<p>« c'est une prise en charge où je discute beaucoup beaucoup avec la patiente. Des fois on passe des séances finalement où on parle plus qu'autre chose. » (L.139-141)</p> <p>« toutes mes premières séances que ce soit dyspareunies ou pas, c'est ... de la papote. Donc je leur explique tout ce qu'on fait, tout ce qu'on doit faire, si elles sont d'accord, pas d'accord. ... à peu près voilà. Je leur demande bien si elles ont tout compris, ça dure à peu près quarante minutes, une heure et on fait tout ça. » (L.133-136)</p> <p>« on fait tout un point aussi sur la miction, la nourriture ...est-ce qu'elles mangent assez, est-ce qu'elles poussent à la selle, est-ce qu'elles boivent assez. Tout ce qui va autour » (L.139-141)</p> <p>« Des séances d'éducation sexuelle, où pour le coup il y a l'éducation à l'anatomie, à la physiologie du sexe, du périméal et de la vulve ... et de la sphère urinaire, la sphère génitale et de la sphère recto-anale. De l'éducation sexuelle quant au consentement et à ... à la levée de tous les mythes, toutes les croyances auxquelles elles ont pu adhérer que ce soit familiales ou ... par une éducation familiale ou une éducation scolaire, une éducation de société, et du coup les aider à prendre conscience qu'il n'y a pas de normes. Et du dialogue, des séances où vraiment elles arrivent avec leurs questions et là, c'est plus de la sexo. » (L.126-133)</p>
<b>Conclusion du traitement</b>	<p>« je trouve que les femmes ont de plus en plus de difficultés des fois à visualiser » (L.232-233)</p> <p>« la thérapie » (L.265)</p>

	<p>« la technique manuelle, il y a rien de mieux que de sentir aussi au niveau manuel, on est faite pour ça donc bon autant en profiter aussi et puis mettre en confiance les, les patientes avec ça » (L.267-269)</p> <p>« de la respiration, ... finalement va nous apporter beaucoup. Et peut-être plus que ce que l'on croit plutôt que des techniques endo-vaginales. » (L.169-171)</p> <p>« finalement des fois juste travailler sur de la respi, et même sur elle-même, sur de la prise de conscience sans que forcément nous on touche va être des fois moins invasif et du coup plus bénéfique pour ces patientes-là » (L.172-175)</p> <p>« franchement ça dépend vraiment de la patiente quoi, nan nan franchement ça va dépendre du bilan de son caractère à elle, parfois les thérapies en intra ça vient que au bout d'un long moment quoi, donc non franchement ça dépend » (L.166-168)</p> <p>« être à l'écoute de la patiente c'est déjà bien hein voilà après, j'ai pas tant d'expériences que ça donc ... mais non non je pense que être à l'écoute déjà. » (L.179-180)</p> <p>« c'est vrai que parfois juste parler ça leur fait du bien. Ca règle pas le problème, mais ça fait du bien » (L.185-186)</p> <p>« je pense vraiment un ensemble, c'est une espèce de boîte à outils et on pioche en fonction de la personne qu'on a devant soi. » (L.164-165)</p>
<p><b>Evaluation de l'évolution</b></p>	<p>« je le fais via une échelle un peu subjective de mes patientes sur leur ressenti [...] pour moi c'est le principal. [...] j'utilise pas d'autres ... échelles particulières ou d'autres évaluations particulières hormis ... des choses subjectives type bah moi mon ressenti par rapport à l'élasticité des tissus euh l'évolution etc. Un des outils qui peut être intéressant que j'ai utilisé aussi quelques fois c'est les cônes vaginaux, parce que mine de rien ça me permet de voir l'évolution en fonction de la taille » (L.198-205)</p> <p>« très important du coup de, de toi noter [...] dans le dossier de tes patientes lors de ton bilan où est-ce que tu en étais, quitte à faire des bilans intermédiaires. Pour vraiment, du coup que les patientes se rendent compte de l'évolution en espérant que tu en aies dans ces cas-là, et donc du coup avoir des retours positifs » (L.298-301)</p> <p>« l'évolution en général [...]ça se fait un peu au feeling » (L.203-204)</p> <p>« C'est en fonction aussi de la patiente en fait, alors, il y a le ressenti de la patiente et après selon en fait la cause, si on trouve une vraie cause mécanique ... la le on peut le ressentir en fait aussi si ça va mieux ou si ça va pas. Tout simplement dans le corps de la patiente » (L.207-210)</p> <p>« on l'évalue aussi par exemple aux rapports[...], je leur demande si il y a eu des rapports, s'ils ont été douloureux, combien il y en a eu et des fois en fait elles me disent pas forcément qu'elles ont moins mal mais par contre on voit que la fréquence des rapports est plus, est augmentée. Donc la, on met un petit peu aussi le doigt la dessus en disant bah finalement si la fréquence a augmenté est ce que c'est pas qu'il y a moins de douleurs » (L.212-218)</p> <p>« pour le bilan de la patiente en fait j'utilise des échelles de douleurs donc voilà à part des échelles numériques classiques » (L.201-202)</p> <p>« souvent on se sert de dilateurs donc bah un outil c'est que au début on va pouvoir mettre un tout petit et puis après on va pouvoir avancer dans la taille du dilateur. Ou parfois on se sert aussi du biofeedback négatif donc déjà si au début on arrive pas avec une sonde et puis qu'après on n'y arrive bah ça c'est une première évolution visible et puis on va voir le, l'état de tension globale donc ça on a envie qu'il soit plus bas au fur et à mesure que les exercices soient mieux réalisés, voilà. Déjà ça c'est pas mal et puis évidemment les échelles de la douleur quoi de ce dire ok bah la au tout début vous aviez mal à ça et à tel endroit et à combien et puis aujourd'hui on en est la fin leur donner quand même des infos parce que c'est difficile de, dans ces pathos la de, pour elles parfois de d'avoir du recul sur ça donc leur donner des, des valeurs objectives ça c'est important » (L.134-144)</p> <p>« par exemple ça va être ... est ce que vous avez essayé les rapports ? comment ça a été ? Est-ce que ça a été gênant ? douloureux ? en fait jsuis beaucoup [...] dans le subjectif de la patiente, c'est-à-dire qu'elle vient avec tel gêne tel trouble et bah c'est est ce que elle, elle l'a encore ou est ce que ça va mieux » (L.127-130)</p> <p>« les échelles de la douleur classiques, l'EVA, des questionnaires de qualité de vie ... et puis le biofeedback aussi voilà grosso modo les outils qui sont réutilisables d'un professionnel à u autre » (L.109-111)</p>
<p><b>La multidisciplinarité</b></p>	<p>« j'ai une nouvelle patiente [...] qui vient de la part de son chirurgien » (L.117-119)</p> <p>« souvent gynéco puis kiné, gynéco ... médecin traitant puis kiné après il y a aussi un triangle avec une sexologue » (L.123-124)</p> <p>« j'essaye de renvoyer parce qu'en fait dans ces pathologies-là, t'as énormément de d'importance de la prise en charge pluridisciplinaire et ça je trouve par contre que c'est plus compliqué. » (L.126-128)</p>

« je pense que dans la littérature ils en parlent peut-être au niveau des violences sexuelles, des femmes qui ont subi des violences étant plus jeunes ou pas. ... et donc du coup ça j'en ai aussi des patientes comme ça et donc là, elles ont potentiellement un suivi psychologique qui est en place. Donc ça c'est bien parce que ça nous aide aussi en tant que kiné de se dire bah on supporte pas tout non plus au niveau de la prise en charge, que toute seule [...] on peut pas vraiment s'en sortir » (L.129-135)

« j'essaye d'orienter sur de la sophrologie. (L.137)

« je suis souvent en contact avec des gynéco [...] des sages femmes du coup de plusieurs villes autour de la mienne ou même de la ville dans laquelle je travaille qui m'envoient des patientes et donc ... du coup, suivies ... je trouve que c'est des fois un peu compliqué. Il y a un suivi par courrier [rire] qui est fait mais des fois c'est très long du coup d'avoir des réponses donc ça pourrait être pas mal de mettre en place au niveau d'un suivi bah justement des, plutôt des mails avec des réponses plus ou moins rapides afin que vraiment les professionnels s'investissent des fois un peu plus et laissent pas un peu tomber certaines patientes » (L.173-182)

« j'ai eu un appel avec une kiné » (L.186)

« ça dépend vraiment des professions et des professionnels au niveau du suivi c'est jamais le même après moi j'essaye de le stimuler au maximum, de donner le plus d'informations à chaque fois qu'une patiente refait un contrôle gynéco ou autre, j'essaye toujours de faire un courrier pour expliquer vraiment où on en est dans les séances » (L.188-192)

« certaines sont suivies par des psychologues ou psychiatres » (L.84)

« généralement gynécologues » (L.85)

« J'ai jamais eu de patiente qui allait consulter un sexologue » (L.87)

« je m'adresse au prescripteur quand le prescripteur était un gynéco ou en tous cas un médecin avec la formation de gynéco qui m'a envoyé la patiente spécifiquement pour ça. Et du coup je lui adresse par courrier en fait ce que nous on fait, le bilan initial, ce qu'on peut obtenir, ce qu'on espère obtenir et puis bah voilà, un petit peu le suivi ... par contre quand elles me sont adressées en post-partum, selon comment ça se passe je vais envoyer un courrier au médecin traitant. Parce qu'en fait selon le suivi qu'elles ont voilà, juste pour tenir informé pour que ce soit un sujet qu'elles puissent aborder avec lui-même si ont résout le problème, ce qui des fois arrive, mais finalement en fait que le médecin soit au moins au courant ... bah d'une part que elles ont ça parce qu'elles lui en ont pas forcément parlé et que nous on sait faire ça aussi. » (L.90-100)

« je renvoie vers le gynéco. Et souvent c'est une prise en charge psy qui suit [...] de mon point de vue j'ai fait le travail que je savais faire et du coup je ne sais pas quoi faire de plus » (L.224-227)

« j'ai personne avec qui en parler » (L.188-189)

« ou c'est moi qui ai pas fait la démarche certainement, parce que peut être que je pourrais en parler avec plus avec les prescripteurs mais en fait je dis qu'une part d'autres professionnels de santé qui font la même chose que moi j'en connais pas ou en tous cas on communique pas et les prescripteurs savent pas ce que nous on fait donc ... en fait on se retrouve un peu coincé à faire les choses chacun de son côté » (L.191-195)

« elle doit être la globale et si la patiente arrive bah la kiné doit tout faire alors qu'il y a un gros chemin à faire notamment avec un psychothérapeute ou un sexologue ou autre » (L.53-55)

« Elles voyaient plusieurs gynéco et que là, avec l'information qu'a faite ma collègue sur les, tous les médecins, gynéco autour du quartier là, ils viennent beaucoup plus en deuxième intention et donc ça bah ça fait perdre quand même beaucoup moins de temps aux patients » (L.74-77)

« tu les réorientes [...] quand tu t'es bien formé à ça » (L.89-90)

« c'est pas une majorité mais il y en a certains oui en fait, justement pour cette prise en charge globale, elles sont suivies par des sexo, par des psycho » (L.93-94)

« quand c'est une sage femme ou un gynéco qui prescrit, j'essaye de faire un bilan après plusieurs séances pour bien lui demander, où on avance » (L.110-112)

« c'est important de ... pour moi d'avoir une communication, après la communication avec des psychothérapeutes c'est toujours un peu compliqué parce que ce qui se passe en séance reste en séance mais en tout cas avec les prescripteurs on arrive à communiquer, à leur dire qu'on avance. Ce qui serait top c'est qu'il y ait un truc encore plus global qui se mette en place » (L.113-118)

« plupart c'est suivi par le gynéco, et celles qu'ont pour ... des abus c'est suivi par le psy. Alors j'essaie qu'elles acceptent d'être suivies par le psy » (L.103-104)

	<p>« Il peut mais je connais pas de sexologues par chez moi. Alors je dis pas qu'il y en a pas » (L.106)</p> <p>« on s'envoie des mails » (L.122)</p> <p>« ça fait quinze ans que je travaille en réseau » (L.10)</p> <p>« j'ai eu la chance de travailler en réseau avec ... qu'on a co-construit avec des gynécologues spécialisés, des dermato spécialisés dans les pathologies vulvaires, des sexologues, des psychothérapeutes et des psychiatres donc du coup il y a eu une espèce de formation un peu en interne et qui était beaucoup plus faite sur ... ce partage de connaissances avec d'autres professions en pluridisciplinarité » (L.30-35)</p> <p>« c'est variable, elles me sont adressées du coup par ce réseau, qui est de différentes orientations. Il y a des médecins prescripteurs, il y a des psychiatres prescripteurs donc eux ordonnent avec une ordonnance, il y a aussi les psy et tous les thérapeutes que ce soit de l'hypnose, les naturopathes qui conseillent de venir me voir et que moi je réoriente vers les médecins prescripteurs » (L.72-76)</p> <p>« à travers des réunions professionnelles pluridisciplinaires à peu près tous les deux, trois mois et à chaque congrès des assises de sexologie [...] donc c'est un rassemblement de sexologues, il peut y avoir aussi bien des gynéco, des urologues, des kinés, des sages femmes, des infirmiers, des psy, des psychiatres et tous les thérapeutes qui évoluent au sein de la sexologie » (L.92-99)</p>
<b>Les attentes et les croyances des patientes</b>	
<p><b>Le contexte et le parcours de soin</b></p>	<p>« j'ai pas mal de patientes aussi qui ne viennent pas pour ça et au fur et à mesure des discussions en séance ... on arrive à déceler un côté douleur dans ce, de ce côté-là elles se confient quand même pas mal » (L.78-80) »</p> <p>« parcours de soins, il y en a des totalement différents. J'ai de tout [...] (L.110)</p> <p>« j'ai vraiment des patientes qui sont venues un peu en détresse en disant, bah voilà mon professionnel m'a laissé tomber [...] on les récupère un peu des fois à la petite cuillère et on comprend que le suivi n'a pas été très très bien fait. » (L.183-186)</p> <p>« Elles n'ont pas toujours été en fait envoyées pour ça [...] j'ai vu des femmes en post-partum et qui finalement dans l'interrogatoire il va se trouver en fait qu'il y a une vulvodynie qui se présente ... associée aussi ou non à la dyspareunie même si la plupart du temps c'est associé à une dyspareunie mais souvent elles venaient pour du post-partum. » (L.44-48)</p> <p>« elles m'étaient envoyées donc soit spécifiquement pour ça par le gynéco soit en post-partum et en fait en post-partum elles sortent de l'hôpital ou de la clinique avec leur ordonnance de rééducation périnéale classique et en fait elles en profitent pour en parler au moment du bilan si il y a des douleurs. Ou nous on le retrouve en fait, au moment justement de faire la rééducation, elles disent « ah oui mais par contre j'ai mal en fait » et là, on creuse la question. Mais finalement je sais pas moi sur les femmes que j'ai, je dirai qu'il y en a les trois quarts qui viennent parce qu'elles ont une rééducation périnéale à faire et on s'aperçoit là qu'il y a des douleurs. » (L.74-81)</p> <p>« et bien souvent, il est assez long quand même ... elles ont vu enfin, je dirai, enfin après c'est pas toutes hein mais elles ont dû voir plusieurs gynéco avant d'avoir un diagnostic ou plusieurs sages femmes » (L.71-73)</p> <p>« je pense qu'il y a aussi une meilleure information, elles vont peut être chercher mieux l'info et du coup elles en parlent, elles posent des questions à leurs gynéco est-ce que ça serait pas ça enfin il y a ça aussi, parfois c'est elles qui arrivent avec leur diagnostic » (L.77-80)</p> <p>« qu'elles vont voir leur gynéco en leur disant, il y a un souci, je comprends pas, est-ce que j'ai pas quelque chose, un problème dermato, un truc, j'arrive pas à avoir des rapports, en fait souvent c'est ça » (L.86-89)</p> <p>« Parce que la plupart que j'ai en ce moment ... pour ça, c'est des patientes qui ont eu des abus sexuels ou des violences sexuelles. » (L.63-65)</p> <p>« j'ai aussi des patientes qui sortent d'accouchement, [...] quand elles reprennent [...] les rapports pardon c'est hyper douloureux et genre elles stoppent tout mais elles en parlent pas et donc là, elles en reparlent à la gynéco quand elles la revoient mais genre trois mois après l'accouchement et du coup c'est à peu près au moment où moi je les vois, donc là, on en parle. [...] ou alors c'est des patientes qui viennent pour des dyspareunies présentes depuis longtemps et qui au bout de parfois trois, quatre ans se disent bon bah faut que je fasse quelque chose » (L.80-90)</p>

	<p>« Sur le post-partum c'est là où on le retrouve le plus. » (L.99-100)</p> <p>«souvent c'est des patientes quand ça fait longtemps, c'est des patientes qui ont été un peu trimballées » (L.183-184)</p> <p>« souvent quand elles sont adressées, elles sont adressées aussi par des personnes qui savent orienter et donc qui savent reconnaître dans les patientes, la possibilité de se mettre en mouvement, guidées par les outils qu'on va leur proposer. Mais parfois il y a un peu des erreurs d'aiguillage ou il y a des personnes qui ne sont pas du tout prêtes à mettre en place les outils de kiné parce qu'elles ont besoin de travailler sur souvent des traumatismes qui sont tellement, tellement enfouis, qui sont tellement lourds ou qui sont tellement inconscients que du coup il y a un vrai refus conscient ou inconscient, un blocage conscient ou inconscient à mettre en place des outils qui sont trop frontaux. » (L.184-193)</p>
<p><b>Les objectifs des patientes</b></p>	<p>« de retrouver la féminité. De guérir et de retrouver une vie de couple [...] elles parlent même ouais de guérir une vie de couple, » (L.102-104)</p> <p>« reprise des rapports tout simplement et puis ... et puis pour elles, ne plus avoir de douleurs, diminution des douleurs » (L.106-107)</p> <p>« déjà pour avoir des réponses. Parce qu'en fait souvent elles se demandaient pourquoi elles avaient mal donc il y a bien sûr plusieurs causes » (L.54-56)</p> <p>« elles se posent beaucoup de questions[...] les attentes forcément c'était une diminution ou une disparition de la douleur. » (L.57-60)</p> <p>« souvent si elles viennent pour une vulvodynie c'est parce qu'elles ont des douleurs aux rapports, en fait c'est quatre-vingts quinze % des cas et du coup bah le, leur objectif c'est d'avoir un rapport sans douleur » (L.63-65)</p> <p>« la plupart c'est pouvoir refaire la pénétration sans douleurs » (L.77)</p> <p>« De lever la douleur » (L.68)</p>
<p><b>Les retours verbalisés</b></p>	<p>« alors j'ai deux types de retours, j'ai des patientes qui sont un peu impatientes que ça aille mieux donc un travail d'explication important [...] et sinon j'ai des bons retours parce que j'ai des patientes en fait ... qui se rendent des fois pas compte de l'évolution sauf quand je leur rappelle comment on a été le premier jour où on s'est rencontré. » (L.291-297)</p> <p>« je fais vraiment un récap et [...] voyez l'évolution et là, elles ont vraiment des fois des prises de conscience en me disant « ouais là, c'est quand même positif quoi », donc j'ai jamais eu de retours négatifs. » (L.302-305)</p> <p>« rien que d'être prise en charge sur ça elles sont hyper heureuses quoi. Elles sentent que quelqu'un peut faire quelque chose et rien que ça, je pense que c'est un énorme pas dans leur [...] prise en charge. » (L.307-310)</p> <p>« C'est très mitigé » (L.220)</p> <p>« on l'évalue aussi par exemple aux rapports, si peut-être que moi c'est un truc que je leur, en fait qu'elles sont en couple ou qu'elles ont des rapports réguliers, je leur demande si il y a eu des rapports, s'ils ont été douloureux, combien il y en a eu et des fois en fait elles me disent pas forcément qu'elles ont moins mal mais par contre on voit que la fréquence des rapports est plus, est augmentée. Donc là, on met un petit peu aussi le doigt là-dessus en disant bah finalement si la fréquence a augmenté est-ce que c'est pas qu'il y a moins de douleurs » (L.212-218)</p> <p>« ça dépend, parfois ... c'est vraiment merci, merci, merci, merci et parfois c'est bon bah je vais continuer un peu toute seule de mon côté, c'est pas parfait mais c'est mieux enfin il faut pas, enfin. Je ne vais pas dire que, qu'à chaque patiente qui vient pour ça on arrive à résoudre à 100% ça serait complètement mentir mais en général on les aide, alors on les aide un petit peu, un peu, moyen, beaucoup ça dépend mais elles ont toujours forcément appris des choses, après, et il y a toujours une évolution positive après est ce qu'elle est ... est-ce qu'on a atteint la finalité complète, bah pas tous le temps donc ... mais en général il y a quand même un gros, un gros remerciement quoi, enfin on les a fait avancer, on les a écoutées » (L.194-202)</p> <p>« la plupart du temps elles sont contentes [rires] nan mais j'ai pour la première fois une patiente qui était pas contente, mais nan la plupart du temps elles sont quand même plutôt satisfaites puisque du coup leur [...] objectif c'est le retour aux rapports sans douleur et que ça fonctionne donc ... elles sont plutôt contentes. En général. » (L.206-210)</p> <p>« je ne saurai pas les quantifier mais ils peuvent être complètement opposés. On peut aller de l'adhésion totale à la volonté et puis la peur des outils à, le refus total et [...] il y a des personnes qui sont prêtes à recevoir ces outils [...] Et il y a des personnes que ça remet tellement en question que du coup ça se passe pas très bien. C'est pas la majeure</p>

	partie heureusement. » (L.179-184)
<b>L'influence de la littérature scientifique</b>	
<b>La lecture de la littérature</b>	<p>« je t'avoue que j'ai pas eu trop le temps de [...] me replonger dans la littérature » (L.48-49)</p> <p>« Très peu » (L.294)</p> <p>« sur les vulvodynies et dyspareunies pures j'ai pas trop lu de littérature hormis quand je faisais mon mémoire quoi » (L.58-59)</p> <p>« l'objectif c'est de prendre du temps [...] pour ça. Pour trouver des articles, pour lire, parce que mine de rien c'est long [rire] mais dès qu'on peut il faudrait vraiment qu'on s'y mette tous quoi. » (L.344-347)</p> <p>« personnellement je ne lis pas, je ne lis pas de littérature scientifique vis-à-vis de ça » (L.36-37)</p> <p>« Un peu, pas assez » (L.206)</p> <p>« globalement une fois par mois peut être. C'est pas beaucoup » (L.208-209)</p> <p>« je les lis pas assez parce que j'ai pas assez de patientes. » (L.34-35)</p> <p>« Alors je les cherche sur [...] le magazine de l'AFU[...]. Je suis abonné à convergence PP [...] et à la SIFUD-PP » (L.35-38)</p> <p>« Au moins tous les mois » (L.216)</p> <p>« je regarde un peu tout ce [...] qui tourne sur les réseaux, que ce soit les réseaux sociaux [...] ou non d'ailleurs. Sur les groupes spécialisés en périnéo ... tous les articles qui peuvent sortir régulièrement » (L.216-221)</p> <p>« Là pour le coup non, plus » (L.197)</p> <p>« Oui j'ai cherché beaucoup beaucoup au départ, je ne vous cache pas que j'ai complètement été freinée par toute la lecture en anglais parce que je ne suis pas bilingue du tout et que du coup quand j'ai tenté de m'y mettre c'était assez fatiguant » (L.199-201)</p> <p>« j'avais suffisamment de ressources avec les congrès auxquels je participais annuellement. » (L.202-203)</p>
<b>Les recommandations spécifiques</b>	<p>« Pas du tout ! » (L.51)</p> <p>« Pas du tout » (L.33)</p> <p>« c'est vrai que je me suis jamais posée la question, si il y en avait, si ça existait » (L.35-36)</p> <p>« Pour les kinés non pas vraiment.[...] j'ai acheté des livres mais sinon sur internet je sais qu'il y avait un site pas mal pour les patientes c'était Les clés de Vénus là, qui explique un peu. Mais sinon ... des sites internet spéciaux nan j'en connais pas » (L.27-30)</p> <p>« ils parlent des recommandations et des guides pratiques puisqu'en général c'est lors de leurs congrès que il y a les, que le standard est mis. Mais après comme je t'ai dit je les ai pas assez lus probablement » (L.41-43)</p> <p>« Alors pas du tout [rire] pas du tout parce que ça fait un moment que je les ai pas lues et que je suis pas à jour » (L.248-249)</p> <p>« Non » (L.46)</p> <p>« ça serait malhonnête de dire ce que je pense quelque chose dans le sens où j'ai pas du tout, je ne suis pas du tout à jour sur les consensus et les recommandations qui sont aujourd'hui présents » (L.208-210)</p>
<b>Connaissances des endroits où les trouver</b>	<p>« tout ce qui est pubmed, science direct, les bases de recherche quoi les bases de données » (L.66-67)</p> <p>« non » (L.35)</p> <p>« des sites internet pro ... je, j'en connais pas » (L.31-32)</p> <p>« la connaissance des guides pratiques je sais où ils sont en général » (L.34)</p> <p>« non » (L.46)</p>
<b>Les</b>	« alors l'EBP c'est tout ce qui on va dire à un, une preuve scientifique plus ou moins avérée, et donc où sur lesquelles en fait on peut appuyer plus ou moins notre pratique et

<b>représentations de l'EBP</b>	<p>notre prise en charge » (L.350-352)</p> <p>« Et donc après aussi se baser sur tout ce qui est non pas que littérature scientifique mais également expérience personnelle, professionnelle mais personnelle. » (L.353-355)</p> <p>« l'Evidence Based Practice pour moi c'est en fait, adapter sa pratique aux études qui sont faites, aux études cliniques qui sont faites et du coup en fait les études montrent simplement si une technique ou une pratique fonctionne ou ne fonctionne pas » (L.238-241)</p> <p>« les formations EBP c'est les formations qui s'inspirent justement d'études qui ont été faites, des recherches et du coup qui vont pouvoir clarifier quand même la prise en charge avec des données un peu plus objectives que la kiné faisait jusqu'ici, [...] c'est un peu plus scientifique » (L.232-237)</p> <p>« l'EBP c'est bah justement le fait de prendre en compte et le côté émotionnel et le côté physique et tout ça en le mixant avec [...] la recherche » (L.237-238)</p> <p>« qu'est ce que vous appelez l'Evidence Based Practice ? » (L.217)</p>
<b>L'influence de l'EBP sur la prise en charge</b>	<p>« il y a le terme de base, les définitions de base mais après moi je les adapte dans mes bilans par exemple, je les adapte quand même avec mes connaissances au vu de ma pratique et de mon expérience quoi. » (L.36-38)</p> <p>« selon les études qui sortent, les protocoles qui peuvent sortir j'essaie de les adapter moi après en séance. [...] après je me fais forcément mon propre avis et puis j'écoute aussi les patientes sur leur ressenti » (L.321-323)</p> <p>« l'EBP bon moi j'ai été formée quand même avec » (L.333)</p> <p>« on a [...] un peu stopper sur la littérature au début parce qu'on prend pas forcément le temps au début de notre pratique » (L.335-337)</p> <p>« alors que pourtant on sait très bien l'efficacité [...] de la littérature en fait sur notre traitement » (L.339-341)</p> <p>« si je lisais de la littérature et qu'il y avait les recommandations je pense que je les suivrais » (L.233-234)</p> <p>« notre profession se tourne à maintenant vers plus d'études, plus de cadres concrets, après, à adapter au quotidien au cabinet c'est compliqué. Enfin pour moi du moins c'est compliqué parce que d'une part on a l'habitude de faire certaines choses, on a notre ressenti à nous et puis en fait ... certes les études ont montré certaines choses mais des fois, en fait, des fois les études nous montrent des techniques qu'on ne connaît pas donc je voulais les voir avant de les appliquer, ou tout simplement on se retrouve face à une patiente où on se dit bah non, en fait je sais que les études montrent ça mais avec cette patiente-là, ça ne marche pas donc il faut que je fasse autre chose. Donc moi pour moi c'est compliqué de mettre en place, après en fait ça dépend sur quoi est basée la technique mise en place » (L.244-254)</p> <p>« ma formation de base me sert mais après ce qui me sert le plus c'est vraiment l'expérience » (L.261-262)</p> <p>« si j'entends parler d'un truc ça peut me donner des idées [...] sur des exercices et sur des chemins où aller » (L.214-219)</p> <p>« Après si j'ai l'impression que moi il y a un truc qui fonctionne et que je fais ça depuis dix ans et que j'entends que au final c'est pas reconnu, je sais pas si je vais tout arrêter quand même mais ça va me remettre en question et puis j'vais peut-être me poser un peu plus de questions » (L.217-220)</p> <p>« il n'y a pas assez de formations EBP mais j'en ai fait et ça m'a, enfin j'adhère complètement à ça, après au niveau périnéal et gynéco ça manque un peu, pour moi il y a pas assez de formations parce qu'il n'y a pas eu assez d'études de faites.» (L.224-227)</p> <p>« On a pas trop de [...] retours d'études, de protocoles, c'est sur que c'est pas encore bien, il n'y a pas eu milles recherches à mon avis là-dessus donc [...] c'est quand même un peu au feeling, à l'expérience» (L.172-174)</p> <p>« Quand il y a des nouvelles choses, des choses que je fais pas du tout ou pire qui vont à l'encontre de ce que je faisais... bah je change » (L.225-226)</p> <p>« parce que l'idée des recommandations c'est quand même de ... qu'on ait tous à peu près la même prise en charge pour pouvoir mutualiser les prises en charge entre autres et qu'on ait les meilleures prises en charges possibles. Donc si elles sont là, autant les utiliser » (L.231-234)</p> <p>« j'essaie d'écouter mes patientes et j'essaie de lire un peu la littérature pour être à jour dans mes techniques. » (L.239-240)</p> <p>« il manque clairement dans mon cas les recommandations actuelles mais pour le coup ... je pense que je me base un peu sur tous les congrès qui ont donc ces reco mais que je ne vais pas chercher directement dans la littérature et qui me permettent d'avoir une vision qui évolue. Je pense que la façon dont je prenais en charge la vestibulodynie il y a quinze ans, il y a dix ans, il y a deux ans, sont différentes aujourd'hui de par mon évolution personnelle, de mon évolution pro et de par ces échanges qui sont vraiment très riches dans la pluridisciplinarité avec l'équipe avec laquelle je travaille depuis plus de quinze ans » (L.221-228)</p>

« on sent qu'il y a cette culture-là à la fac de médecine que moi je n'ai pas reçue à l'époque. Alors ce n'est pas parce que je ne l'ai pas reçue que ce n'est pas à moi de la créer aujourd'hui mais je me sens un peu démunie là-dedans, j'ai vraiment tout à construire toute seule» (L.231-234)