



IFMK DE LA REUNION

MEMOIRE REALISE EN VUE DE L'OBTENTION
DU DIPLOME D'ETAT DE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE
2022

Éducation à la santé sexuelle mis en place par des Masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre de vaginisme ou de dyspareunies.

**Recherche qualitative effectuée sur une population de Masseur-kinésithérapeute
Réunionnais, concernant l'intégration de l'éducation à la santé sexuelle lors de la prise
en charge de femmes atteintes de vaginisme ou de dyspareunies.**

CHARTRE DE NON-PLAGIAT

La présente charte définit les règles à respecter par tout candidat, dans l'ensemble des écrits servant de support aux épreuves de validation puis de certification du diplôme préparé.

Il est rappelé que « le plagiat consiste à reproduire un texte, une partie d'un texte, toute production littéraire ou graphique, ou des idées originales d'un auteur, sans lui en reconnaître la paternité, par des guillemets appropriés et par une indication bibliographique convenable »¹.

La contrefaçon (le plagiat est, en droit, une contrefaçon) **est un délit** au sens des articles L. 335-2 et L. 335-3 du code de la propriété intellectuelle.

Article 1 :

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

Article 2 :

Le plagiaire s'expose à des procédures disciplinaires. De plus, en application du Code de l'éducation² et du Code de la propriété intellectuelle³, il s'expose également à des poursuites et peines pénales.

Article 3 :

Chaque étudiant / élève s'engage à faire figurer cette charte dûment signée sur chacun de ses travaux, en deuxième de couverture, ce qui vaut engagement :

Je soussigné(e) SATSOU Shailaatteste avoir pris connaissance de la charte de non-plagiat et de m'y être conformé(e). Je certifie avoir rédigé personnellement le contenu du présent mémoire.

Fait à.....ST-PIERRE.....Le.....15/05/2022.....Signature



¹Site Université de Nantes : <http://www.univ-nantes.fr/statuts-et-chartes-usagers/dossier-plagiat-784821.kjsp>

²Article L331-3 : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1902 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics »

³Article L122-4 du Code de la propriété intellectuelle

Remerciements :

J'aimerais dans un premier temps remercier ma directrice de mémoire, madame BANULS Aurélia. Vous m'avez permis de gagner en confiance, et ainsi oser aller toujours plus loin dans ma réflexion. Je vous remercie pour ces nombreuses régulations, pour vos conseils et votre bienveillance envers moi.

Je remercie l'équipe de l'IFMK de la Réunion, pour cet accompagnement dans la réalisation de ce mémoire. Grâce à votre disponibilité, écoute mais aussi votre expertise, vous nous avez rendu ce travail plus agréable, abordable .

Un grand merci à Léa et Philippine, pour ce chemin partagé ensemble. pour cette entre-aide, les fous rires, le soutien que vous m'avez fournis dans la réalisation de ce mémoire : un grand merci à vous !

Enfin une pensée toute particulière pour ma famille. Merci pour votre soutien tout au long de ces 5 années. Sarah ma deuxième maman... et Brice je vous remercie pour les relectures de ce mémoire, votre analyse critique mais aussi pour la correction de mes fautes... Merci aussi à Leila, même si tu ne t'en rends pas toujours compte, tu m'a permis de devenir une meilleure personne et une professionnelle à l'écoute. Pour finir merci papa, j'aurais beaucoup trop de choses à écrire, donc je te dis juste ça : sans toi rien n'aurait été possible... Yali.

Abstract :

This study is rooted in a lack of literature, which recommends for women suffering from vaginismus and dyspareunia, the use of sexual health education (SHE) in physiotherapy management. However I didn't find any articles explaining how to put in place this education.

Research objectives: the main goal of this study is to understand how liberal physiotherapist practicing in Réunion Island, integrate sexual health education in their management of patient suffering from vaginismus or dyspareunia.

The secondary objectives are to understand the impact of the socio-cultural context on this type of care, and finally to highlight the obstacles, as well as their remediation.

Method: For achieving this study, a qualitative method has been used, with individual interview following a method of semi-directive exchange.

A sample of 6 physiotherapist had been recruited. The inclusion criteria are the following: liberal physiotherapist practicing in Réunion Island for at least one year. They had to be registered on "l'Association Kiné Périnée Réunion (AKPR)", and they had already taken care of women suffering from vaginismus or dyspareunia.

Results: Regarding the results of this study, 4 themes emerged that allowed us to answer the research question. Few of those theme such as the barriers of integration of SHE, also raise new interrogations. The interpretation of the result is made in the discussion.

Discussion: SHE is put in place by the interviewed physiotherapist, throughout the reeducation of these patients, furthermore it's following the 3 fields of education defined by the literature. The biological and social field are the most established, the psycho-affective field isn't systematically put in place for every patient. Several barriers as well as their remediation are explained by the physiotherapist.

This study has therefore allowed us to answer the research question, and to complete the literature with an initiation of the understanding of how to integrate this education.

Key words : Vaginismus/ Dyspareunia/ Sexual Health Education/
Qualitative method/ Integration of SHE/ socio-cultural context.

Glossaire par ordre alphabétique :

- AKPR : Association Kiné Périnée de la Réunion.
- ARS : Agence Régionale de Santé.
- DDM : Directrice De Mémoire
- DGP/TP : Douleur Génito-Pelvienne et/ ou Trouble de la Pénétration.
- ESS : Éducation à la Santé Sexuelle.
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économique.
- MK : Masseur-kinésithérapeute.
- MKDE : Masseur-kinésithérapeutes diplômé d'état.
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
- ORS : Observation Régional de la Santé.
- PACES : Première Année Commune aux Études de Santé.
- PEC : Prise En Charge.
- UNESCO : United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

Sommaire :

1/ Introduction.....	P1
2/ Question professionnelle:.....	P2
2.1. Contextualisation : Le vaginisme : la problématique d'une femme de mon entourage.....	P2
2.2. Décontextualisation : épidémiologie/champs d'activités des MK.....	P3
2.3. Re-contextualisation : étiologie du vaginisme/ manque de la littérature.. ..	P4
Question professionnelle : place de l'éducation sexuelle dans la PEC MK du vaginisme ?.....	P5
3/ Les concepts théoriques.....	P6
3.1. Concept de l'éducation sexuelle.....	P6
3.1.1. Définition de la santé sexuelle et des droits sexuels : Choix du terme d'éducation à la santé sexuelle.....	P6
3.1.2. Rôle du Masso-Kinésithérapeute dans l'éducation à la santé sexuelle : Les dysfonctions primaires, secondaires et tertiaires.....	P9
3.1.3 Mise en lien avec mon sujet : l'éducation à la santé sexuelle dans le cas du vaginisme.....	P10
3.2. L'impact des déterminants sociaux-culturelles sur la santé sexuelle	P11
3.2.1. Les facteurs socio-culturels : religieux et les croyances spirituelles.....	P11
3.2.2. Les facteurs socio-économique et de l'éducation.....	P12
3.2.3. Les facteurs socio-culturels de l'expérience de vie, contexte familial et social.....	P13
3.2.4. Mise en lien avec mon sujet.....	P13
3.3. Le concept du vaginisme.....	P14
3.3.1. Classification du vaginisme : Le DSM-5.....	P14

3.3.2. La rééducation du vaginisme par les MK.....	P16
3.3.3. Mise en lien avec mon sujet et ouverture sur les dyspareunies.....	P17
3.3.4. Les dyspareunies.....	P18
4/ Synthèse menant à la question de recherche.....	P21
5/ Choix de la méthodologie de l'étude.....	P23
5.1. Le choix de la méthode : Qualitative exploratoire.....	P23
5.2. Le choix de l'outil : Entretiens semi directif individuels.....	P23
5.3. Description de l'échantillon : MKDE/ libéral à la Réunion/ PEC uro-gynécologique du vaginisme ou dyspareunie.....	P25
5.4. Critère de sélection de l'étude : d'inclusion, non inclusion/ exclusion.....	P26
5.5. Développement des présupposés, a priori et les biais.....	P26
5.5.1. Les a priori.....	P26
5.5.2. Les biais déjà présent.....	P26
6/ Recueil des données.....	P27
6.1. L'échantillon recruté.....	P27
7. Analyse des données recueillies.....	P29
7.1. La retranscription des entretiens.....	P29
7.2. L'analyse des données brutes.....	P30
7.2.1. Le thème 1 : l'éducation à la santé sexuelle.....	P30
7.2.2. Thème 2 : La mise en place de l'ESS.....	P33
7.2.2.1. Thème 2 : La mise en place de l'ESS : La première séance.....	P34
7.2.2.2. Thème 2 : La mise en place de l'ESS : le reste de la rééducation....	P35
7.2.3. Thème 3 : L'impact des déterminants socio-culturels.....	P38
7.2.4. Thème 4 : les freins de la mise en place de l'ESS.....	P41
8. La discussion.....	P43
8.1. La santé sexuelle.....	P43

8.2. La mise en place de l'éducation à la santé sexuelle.....	P44
8.3. Les freins à l'intégration de l'éducation à la santé sexuelle et les remédiations.	P48
8.4. Résumé de la réponse à la question de recherche, mise en place de l'ESS.....	P49
8.5. Critique du dispositif.....	P52
8.5.1. Les biais.....	P52
8.5.2. Validité de l'étude.....	P52
8.6. L'intérêt de l'étude.....	P54
8.7. Perspectives de recherche.....	P54
9/ Conclusion de l'étude.....	P55
9.1. Les perspectives scientifique.....	P56
9.2. Les perspectives professionnelles.....	P56
10/ Conclusion générale du mémoire.....	P58
 Bibliographie.....	P60

1/ Introduction.

Depuis une dizaine d'années des changements sociétaux sont en cours, la Femme est placée sous les feux des projecteurs. La parole de celle-ci est de plus en plus prise en compte, en effet elles sont dorénavant plus représentées au quotidien mais aussi entendues. Cette libération de parole favorise l'ouverture d'esprit, la déconstruction des tabous autour de la Femme et de la sexualité.

Ce changement impacte le corps médical et paramédical. En ce qui concerne la Masso-kinésithérapie, de nouveaux champs et de nouvelles pratiques ont vu le jour, tout cela grâce aux études réalisées sur les troubles que les femmes livrent, mais aussi grâce aux thérapeutes qui accueillent leurs paroles.

Dans le cadre de la Masso-Kinésithérapie, et dans le champs de la rééducation périnéale, le vaginisme et les dyspareunies sont des pathologies que nous pouvons retrouver. Concernant ces pathologies, de nouvelles études sont produites régulièrement. Cependant des zones de flou persistent encore, par exemple la prévalence du vaginisme en France n'est pas connue. D'après plusieurs études anglaise comme celle de Pacik, P.T. et al en 2017, cette prévalence serait comprise entre **5 % et 17 %**. En ce qui concerne les dyspareunies l'étude de Margueritte, F. en 2016, démontre que 2/3 des femmes auraient déjà souffert de dyspareunies en France, d'autres études comme celle de Tayyeb, M., & Gupta, V. en 2021 parlent d'une prévalence allant de 10 à 28 % .

Ces chiffres sont à prendre avec précaution car malgré l'évolution sociétale récente, plusieurs études démontrent, dû au contexte tabou de la sexualité, que seulement 20 à 30 % des femmes parlent de leurs dysfonctions sexuelles au corps médical (Reynaert, C. et al . 2018 ; Zeler, A. 2017).

La littérature est en accord concernant l'étiologie du vaginisme, cette pathologie pourrait venir d'une éducation sexuelle stricte, religieuse, inadéquate (Crowley.T et al. 2006). Elle est aussi en accord sur l'impact de cette pathologie sur la santé sexuelle. Cependant malgré le fait que plusieurs articles abordent l'importance de l'éducation à la santé sexuelle comme traitement pour le vaginisme (Rochera, M.B. 2016), je n'ai pourtant trouvé aucune littérature expliquant comment l'intégrer dans le cadre de la Masso-kinésithérapie. Ainsi nous

retrouvons encore un manque de la littérature concernant cette fois ci le traitement du vaginisme.

Ce mémoire a pour but de comprendre comment les MK intègrent l'éducation à la santé sexuelle chez les femmes atteintes de vaginisme, mais aussi de dyspareunies, cela étant dû à la classification du DSM-5 en 2013, qui regroupe le vaginisme et les dyspareunies sous le terme de douleurs génito-pelvienne et/ou trouble de la pénétration.

2/ Question professionnelle :

2.1. Contextualisation.

Lors d'un de mes stages en centre de rééducation fonctionnel, un des patients que je prenais en charge m'a un jour fait part d'une de ses problématiques en lien à sa sexualité. A ce moment je n'avais ni les connaissances ni l'expérience pour pouvoir lui apporter une aide, en effet je me suis retrouvée gênée d'aborder la sexualité avec ce patient, je lui ai donc conseillé d'en parler à son médecin. Avec du recul je me rends compte que d'aborder la sexualité avec des patients était quelque chose de tabou pour moi. Une autre situation qui cette fois ci n'est plus dans la sphère professionnelle mais personnelle, m'a fait me rendre compte de mes lacunes concernant la sphère de la sexualité. Cette situation est la suivante :

Au début de ma première année commune aux études de santé (PACES), une femme de mon entourage m'a fait part d'un de ses problème liés à l'intimité, en effet celle-ci venait d'avoir un diagnostic de **vaginisme**, son médecin lui préconisait d'aller voir un psychologue, et d'utiliser des anesthésiants lors des rapports sexuels en guise de traitement.

Ne sachant pas ce qu'était le vaginisme, je n'ai pu lui apporter qu'une écoute et de l'empathie, et cela, a duré pendant mes deux années de PACES, où cette personne me faisait part régulièrement de la non-évolution de ses symptômes.

C'est seulement lors de ma première année d'étude de Masso-kinésithérapie, que je me suis questionnée sur le champs d'activités mais surtout sur les pathologies que les Masseurs-Kinésithérapeutes pouvaient traiter dans la sphère uro-gynécologique. Au fils des lectures je me suis rendue compte qu'une prise en charge MK était possible pour les femmes atteintes de vaginisme, je lui ai donc fait part de cette information. Elle a par la suite pris rendez-vous avec un MK spécialisé et au bout de quelques semaines celle-ci a retrouvé une qualité de vie,

une diminution de douleurs, de ses angoisses ... et elle fut totalement guérie au bout de deux années de suivi MK et psychologique.

C'est grâce à cette femme que mon envie de spécialisation dans le champ urogynécologique est apparu, la prise de conscience qu'une femme ait pu souffrir en silence pendant des années alors que dès le début elle aurait pu bénéficier d'un traitement adéquat, m'a fait prendre conscience qu'encore aujourd'hui un manque existe dans la prise en charge médicale et paramédicale de ces femmes.

C'est ainsi que mon travail de recherche sur le vaginisme a commencé.

2.2. Décontextualisation :

D'une étude à l'autre, l'épidémiologie du vaginisme varie, par exemple d'après Borg C. et al (2012) elle serait entre 0.5 % et 1 % , pour Brauer M. et al, en 2014 la prévalence du vaginisme est comprise entre 1 et 6 % alors que pour Pacik, P.T. et al en 2017 celle-ci est comprise entre **5 % à 17 %** en milieu clinique. Tous ces articles font référence à une prévalence qui dans la réalité doit sûrement être supérieur. Cela pouvant s'expliquer par le **caractère tabou** qui fait que certaines femmes ne vont pas consulter pour ce trouble, mais aussi car d'après Pacik.P.T. (2014), cette pathologie est sous diagnostiquée par les professionnels de santé (manque de connaissances sur les dysfonctions sexuelles chez la femme. Pancholy, A.P. et al 2011).

En 2013, le DSM-5 (American Psychiatric Association.(2013) retranscription française par Crocq, M-A., et al, en 2016) regroupe le vaginisme sous le terme de « trouble de douleur génito-pelvienne et/ou trouble de la pénétration » au même titre que la dyspareunie.

Le fait que le vaginisme soit décrit par le DSM-5 (manuel axé sur les troubles mentaux/psychiatrique), ne signifie pas que les MK ne peuvent pas prendre ce type de pathologie en charge. En effet, les **MK sont habilités** selon l'article R4321-5 du code de la santé publique qui est relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute : « sur prescription médicale le MK est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants : (...) rééducation périnéo-sphinctérienne dans les **domaines urologique, gynécologique et proctologique**, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement ». De plus Colangeli-Hagege en 2018 décrit dans le

champ uro-gynécologique, plusieurs troubles que les MK peuvent prendre en charge : « les troubles de la statique pelvienne ; les troubles ano-rectaux (...) les douleurs pelvi-périnéales ». Les douleurs pelvi-périnéales décrites correspondent ainsi d'une part à la catégorisation du DSM-5 mais surtout s'ancrent dans le champ de compétences des MK.

2.3. Re-contextualisation.

Depuis plus d'une dizaine d'années, plusieurs articles émettent des hypothèses concernant l'étiologie du vaginisme (voir tableau 1), celles qui sont le plus souvent évoquées, sont bien évidemment les causes physiques (comme des infections, malformation de l'hymen, traumatisme associé à des opérations ...) mais l'aspect psychologique est de plus en plus abordé.

Plusieurs études abordent des facteurs tels que :

- les traumatismes lors de l'enfance tant physiques, psychiques, émotionnels ;
- des abus sexuels ;
- une éducation sexuelle ou religieuse stricte ;
- des tabous familiaux, culturels ou religieux ;
- des informations concernant la sexualité inadéquate (Crowley.T et al. 2006) ;
- la peur de la première fois (peur de saigner, de la douleur, des déchirures, que le pénis soit trop large ou que le vagin soit trop étroit ...) ;
- mais aussi la peur des examens gynécologiques (Pacik, P., T. 2014), comme causes plausibles du vaginisme/ douleur génito-pelvienne.

D'autres études comme celle de Ozen, B. en 2018, démontrent le lien entre un **mauvais développement psychosexuel** (traumatisme lors de l'enfance, attitude négative concernant la sexualité, savoir et éducation sexuelle inadéquates, problème relationnel, ...) et l'apparition de douleur génito-pelvienne.

Ainsi nous pouvons constater que globalement la littérature est en accord avec les causes plausibles du vaginisme, et qu'elle recommande comme traitement : des thérapies sexuelle/ de couple ; la psychothérapie (Bokaie, M. 2019) ; la Masso-kinésithérapie avec l'utilisation de différentes techniques comme : le biofeedback, la thérapie manuelle, des techniques d'insertions ainsi que de l'électrothérapie ou la thermothérapie... (Pacik, P.T.et al 2017).

Crowley, T. en 2006 dit : « *L'information concernant les fonctions sexuelles et l'anatomie pelvienne devrait être disponible à chaque patient.* », ce qui est repris en 2016 par Rochera, M.B. qui précise que les objectifs de la rééducation peuvent être atteints grâce à **l'éducation**, les techniques manuelles... Cependant je ne trouve que **peu d'articles** abordant l'éducation sexuelle comme traitement lors d'une prise en charge MK, ce manque d'information de la littérature me pousse donc à me poser la question suivante :

**Quelle est la place de l'éducation sexuelle dans la PEC des
Masseurs-kinésithérapeutes exerçant à la Réunion
prenant en charge des patientes atteintes de vaginisme ?**

Voulant par la suite exercer à la Réunion, ma question professionnelle se tourne vers les masseurs-kinésithérapeutes exerçant à la Réunion qui prennent donc en charge les femmes Réunionnaises, cela me permettra de commencer à me familiariser aux spécificités de cette population.

3/ Les concepts théoriques.

Je vais m'intéresser aux 3 grands thèmes de ma question professionnelle, dans un premier temps aborder la santé sexuelle et l'éducation sexuelle qui me semble être le concept le plus important pour la suite de ce mémoire. Pour ensuite décrire l'impact des déterminants socio-culturels sur la santé sexuelle et les vecteurs socio-culturels de la population Réunionnaise, ce qui nous permettra une meilleure compréhension du cadre dans lequel sera effectué l'étude, nous finirons avec le concept du vaginisme.

3.1. Concept de l'éducation sexuelle.

3.1.1. Définition de la santé sexuelle et des droits sexuels.

La santé sexuelle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2006 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. Pour que la santé sexuelle soit assurée et protégée, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et appliqués »*. De plus cette même organisation définit les **droits sexuels** comme : *« Ils incluent le droit de tous d'accéder, sans être en butte à la coercition, à la discrimination ou à la violence :*

- À la meilleure santé possible en matière de sexualité, y compris l'accès à des services de santé sexuelle et génésique ;

- À chercher, à recevoir et à diffuser des informations en matière de sexualité ;

- À l'éducation sexuelle ;

- Au respect de l'intégrité de leur corps ;

- À choisir leur partenaire ;

- À décider d'avoir une vie sexuelle active ou non ;

- À des rapports sexuels librement consentis ;

- À un mariage librement consenti :

- À décider d'avoir ou non des enfants et à choisir le moment de leur naissance :

- À rechercher une vie sexuelle satisfaisante, sûre et agréable » (OMS, 2006).

Ce que je retiens de ces définitions est que l'éducation sexuelle fait partie des droits qui favorisent la santé sexuelle. Le terme « **d'éducation à la santé sexuelle** » englobe quant à lui toutes les notions : physique, mental et social, tous les droits sexuels mais aussi la santé, et qui est donc plus approprié avec des personnes ayant une pathologie. C'est pourquoi je fais le choix d'utiliser pour la suite de ce mémoire le terme « d'éducation à la santé sexuelle », qui me permettra d'aborder lors de l'étude, tous les aspects en lien avec la sexualité des patientes.

D'après le Haut Conseil de la Santé Publique (2016), cette éducation comprend 3 champs : biologique, psycho-affectif et social (voir figure 1).

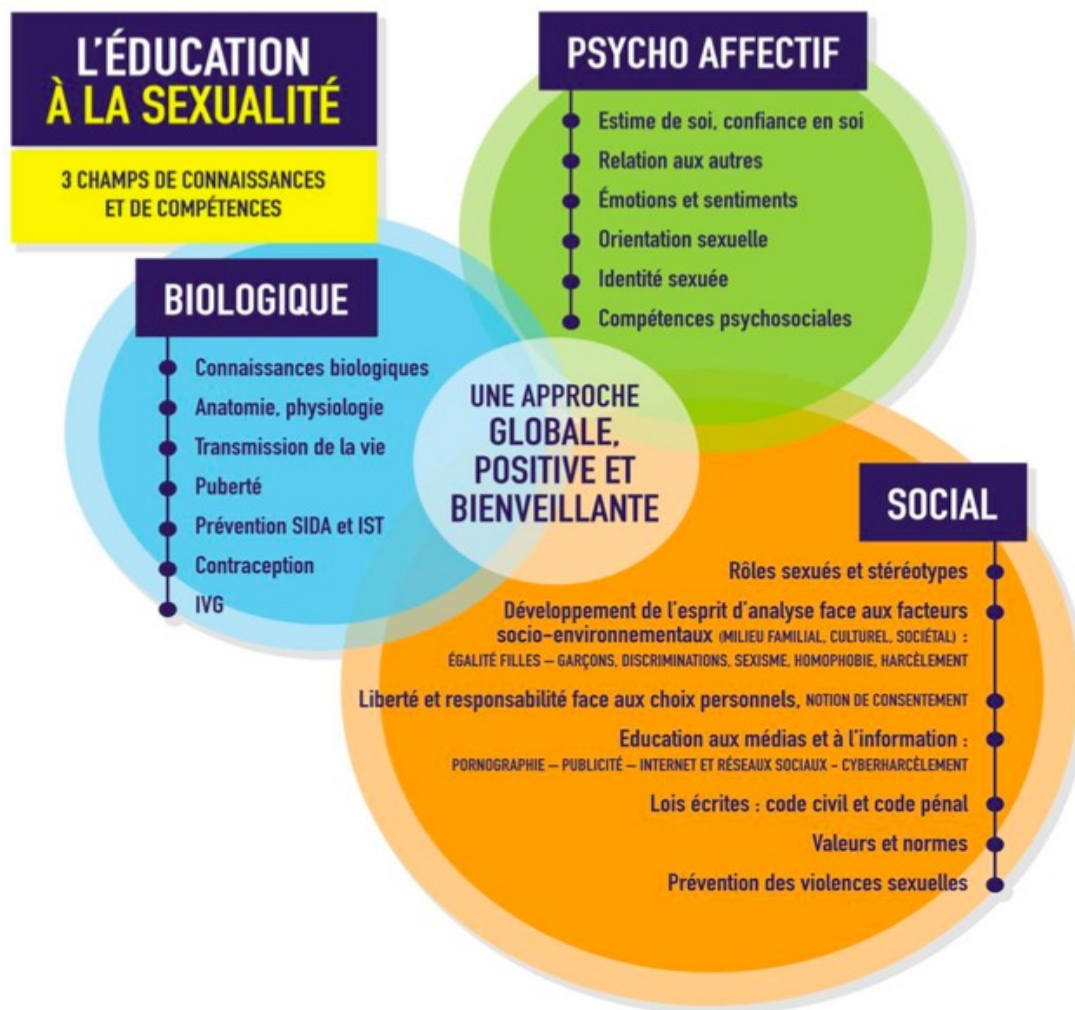


Figure 1 : Les trois champs de connaissances et de compétence de l'éducation à la sexualité
Haut Conseil de la Santé Publique (2016).

D'après Monfort-Portet, S. (2021), l'éducation à la santé sexuelle concerne toute la population (enfants, parents, professionnels, éducateurs...), de tous les âges et globalement, cette éducation permet d'obtenir une **compréhension** de l'anatomie, du fonctionnement du corps, une meilleure perception des risques (grossesse, infection, ...), le **développement de la confiance/ l'estime de soi**, le respect des autres, de l'autonomie affective,...(Monfort-Portet, S. (2021), et ainsi atteindre les trois points fondamentaux qui sont :

« - Une capacité de jouir et de contrôler le comportement sexuel et reproductif en accord avec l'éthique personnelle et sociale :

- Une délivrance de la peur, de la honte, de la culpabilisation, des fausses croyances et des autres facteurs psychologiques pouvant inhiber la réponse sexuelle et interférer sur les relations sexuelles :

- La santé reproductive, nécessitant une absence de troubles, de dysfonctions organiques, de maladies ou d'insuffisances susceptibles » (OMS, 2011).

3.1.2. Rôle du Masseur-Kinésithérapeute dans l'éducation à la santé sexuelle.

L'éducation thérapeutique du patient est définie par l'HAS en 2013 comme un processus qui « vise à **aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients **conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les **aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.** »**** Comme le dit Bouric. G ; et al en 2015, le MK a un rôle important à jouer dans l'éducation thérapeutique « que ce soit par sa posture et par sa participation dans le programme d'éducation thérapeutique » .

Nous pouvons voir que l'éducation à la santé sexuelle s'ancre dans l'éducation thérapeutique du patient, car l'ESS donne aussi les clés aux patients pour comprendre leur maladie, leur anatomie, les traitements. Cette éducation a donc aussi pour but l'amélioration de leur qualité de vie.

Ces deux éducations visent à ce que le patient acquière les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec sa maladie et donc atteindre de nouveau une santé sexuelle optimale ce qui influence bien évidemment sur la qualité de vie globale.

De plus le rôle du MK dans l'amélioration de la santé sexuelle des patients est quelque chose qui commence à être décrit dans la littérature pour les personnes en situation de handicap : comme dans le cas de pathologies neurologiques (blessé médullaire, AVC, sclérose en plaque ..),des maladies chroniques, mais aussi chez les lombalgiques Lors de

mes recherches sur le sujet je me suis rendue compte que l'aspect le plus décrit est la prise en charge des dysfonctionnements/ troubles physiques, par exemple l'amélioration de l'amplitude articulaire ; diminution de la raideur musculaire, de la douleur (Clemente, K. (2021).) ... dans un but d'améliorer la sexualité des patients, mais que très peu d'articles parlent du versant psychologique et social et donc de la sexualité de manière globale.

Cependant l'article récent de Boudrahem, S. (2021), aborde une vision globale de cette santé sexuelle, en effet celui-ci démontre la contribution des MK pour : les dysfonctions primaires (impact direct de la lésion), les dysfonctions secondaires (certains symptômes de la pathologie comme la douleur) mais surtout les **dysfonctions tertiaires** : en lien avec « les troubles d'ordre psychologiques, social, culturel, ect. Pouvant influencer négativement la sexualité comme la détérioration de l'image corporelle, de l'estime de soi. »(Boudrahem, S. 2021).

3.1.3 Mise en lien avec mon sujet : l'éducation à la santé sexuelle dans le cas du vaginisme.

Ne trouvant pas d'article abordant l'éducation à la santé sexuelle ou même juste de l'éducation sexuelle dans le cas de vaginisme, je suppose grâce à mes lectures sur les autres pathologies mais aussi celles sur la prise en charge psychologique et physique du vaginisme, que pour améliorer la santé sexuelle de ces patientes il faudrait en plus de la rééducation, ouvrir un dialogue de manière à transmettre des informations tant sur la physiopathologie du vaginisme ; de l'anatomie pelvienne ; des mécanismes de douleurs ... , mais aussi apporter de l'aide pour que les patientes développent une meilleure confiance et estime de soi, une meilleure appropriation de leurs corps, une diminution de l'appréhension de la douleur... Cela devrait être fait avec respect envers les patientes, avec comme **maître-mot : la bienveillance**. De plus, comme le dit Boudrahem, S. (2021). : « le MK intervient dans le champ des dysfonctions tertiaires en éduquant la personne dans le processus de reconstruction corporelle et identitaire ».

3.2. Impact des déterminants sociaux-culturelles sur la santé sexuelle.

La culture d'une société est définie par l'UNESCO en 1982 comme : *« Dans son sens le plus large, la culture peut aujourd'hui être considérée comme l'ensemble des traits distinctifs spirituels, matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts, les lettres et les sciences, les modes de vie, les lois, le système de valeurs, les traditions et les croyances. »* De plus la culture regroupe plusieurs facteurs qui l'influence, comme par exemple : l'ethnie, la religion et les croyances spirituelles, la classe socio-économique (éducation, revenus, profession), l'âge, l'expérience de vie, le contexte familial et social mais aussi les déterminants relatif au mode de vie (Lévy, J. et al. 1996).

Ainsi il faut s'intéresser à ces déterminants pour mieux comprendre les enjeux de la santé globale mais aussi la santé sexuelle. En effet comme le dit Bozon en 2001 : *« Aucun contact sexuel, aussi simple soit-il, n'est imaginable hors des cadres mentaux, des cadres interpersonnels et des cadres historico-culturels qui en construisent la possibilité »*. Nous pouvons donc résumer cela par le fait que les déterminants socio-culturel d'un peuple influencent la sexualité de celui-ci.

3.2.1. Les facteurs socio-culturels : religieux et les croyance spirituelles.

La population Réunionnaise est connue pour son caractère multiculturel, son métissage, sa bienveillance et l'acceptation des croyances de l'autre. Plusieurs religions y sont pratiquées, les principales sont : le christianisme, l'hindouisme, l'islam et le bouddhisme (Dubois, V. (2012). Certaines de ces religions comme les Indiens hindous ou encore les Chinois bouddhistes, sont considérées comme ayant un fort capital symbolique, elles ont tendance à préserver des liens avec leur civilisation d'origine, à contrario la culture catholique s'est largement métissée et entraîne une pratique religieuse multiple au sein d'un même groupe (Pithon, G. & Ponin, R. (2015).

Ces déterminants socio-culturels impactent la sexualité de la société, en effet l'âge du premier rapport sexuel qui est plus tardif chez les personnes portant de l'importance à la religion (ORS, 2014). De plus *« Si en métropole, la sexualité féminine se rapproche de plus en plus de celle des hommes, à La Réunion, on observe toujours de grandes différences entre les comportements féminins et masculins »* (ORS, 2014). Les éléments que nous pouvons

retenir de cet article (ORS, 2014) sont : que tant les femmes que les hommes réunionnais ont l'idée que « par nature, les hommes ont plus de besoin sexuels que les femmes. » et que ces personnes sont aussi celles qui acceptent le plus souvent « des rapports sexuels dans le but de faire plaisir à leur partenaire sans en avoir vraiment envie ».

3.2.2. Les facteurs socio-économique et de l'éducation.

Comparée à la métropole, la Réunion dénombre un **taux de pauvreté plus élevé**, d'après les rapports de l'INSEE en 2019 (voir annexe : I), 40 % des Réunionnais vivent sous le seuil de pauvreté (comparé aux 14 % de la métropole) et le taux de chômage de notre île est 2.5 fois supérieur à celui de la métropole. Les jeunes Réunionnais qui sortent du système scolaire sans qualification sont deux fois plus nombreux qu'en métropole, ils représentent 36 % des jeunes qui terminent leurs études. Cela a encore aujourd'hui un impact sur le taux d'illettrisme qui est trois fois supérieur à celui de la France métropolitaine (Agence régionale de santé. 2017).

Nous savons que les déterminants socio-économique dont le niveau de formation, les revenus... ont un impact sur la santé dans sa globalité (Spira, A., et al. 2017) et cela de façon négative pour les plus démunis. En ce qui concerne la Réunion, 35 % de la population rapporte un problème de santé chronique, la femme réunionnaise est plus touchée que la femme métropolitaine (41 % contre 36 %), de plus elles sont plus sujet à **renoncer aux soins** (pour différentes raisons, mais en premier lieu pour une raison financière). (Agence régionale de santé. 2017).

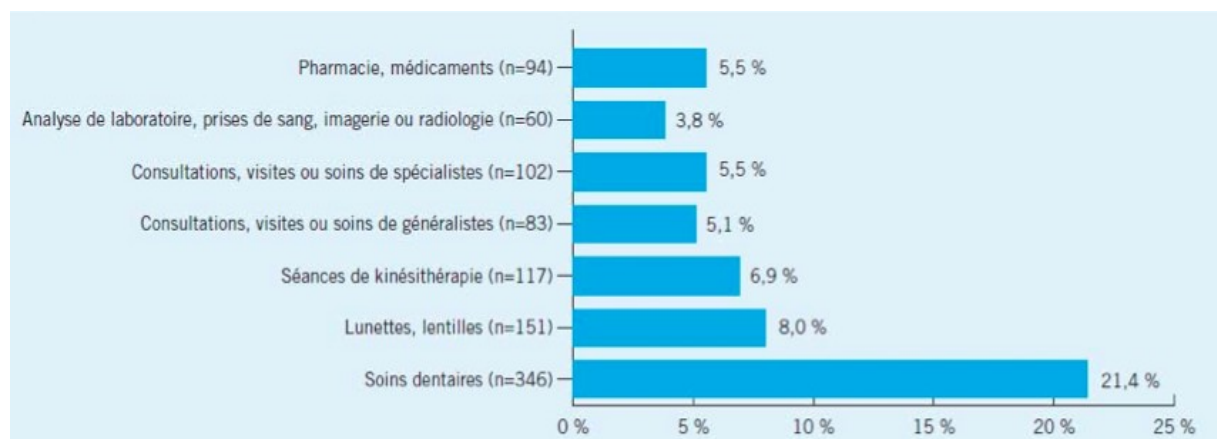


Figure 2 : Taux de renoncement par type de soins et pour tous motifs confondus à la Réunion. (ARS, 2017).

3.2.3. Les facteurs socio-culturels de l'expérience de vie, contexte familial et social.

Les violences faites aux femmes sont fréquentes sur notre île, 20 % d'entre-elles ont subi au moins une forme de violence dans l'espace public (au cours ds 12 derniers mois), ce qui est 1.5 fois plus qu'en métropole (agence régionale de santé. 2017). En plus de subir des violences dans l'espace public, **15 %** subissent des violences conjugales tant physiques sexuelles, verbales, psychologiques, administratives, et économiques (Observation régional de la santé océan indien, 2020). Il est aussi important de noter que « les femmes ayant vécu plusieurs difficultés dans l'enfance (...) sont 3 fois plus exposées aux violences conjugales à l'âge adulte » (Observation régional de la santé océan indien, 2020).

Type de violence	Virage 2018	Enveff 2002
Atteintes psychologiques	27,9%*	27,6%
Harcèlement psychologique	10,0%*	9%
Violences verbales	7,4%	5,0%
Violences physiques	2,7%	2,8%
Violences sexuelles	1,4%	1,3%

Figure 3 : Évolution des violences entre 2002 et 2018 à La Réunion. (ORS, 2020).

3.2.4 . Mise en lien avec mon sujet.

Cette diversité culturelle doit être prise en compte lors de la prise en charge des patients réunionnais pour réussir à atteindre une alliance thérapeutique et ainsi à avoir une PEC efficace. Mais aussi car nous avons vu que l'importance de la religion et les croyances sexuelles sont des facteurs influant la sexualité comme l'âge du premier rapport, des méconnaissances sur le sujet, avoir des rapports sans en avoir envie... tout cela peut entraîner des troubles liés à la sexualité (comme le vaginisme)

Ainsi je me demande comment les MK exerçant à la Réunion intègrent les différentes croyances/ cultures dans leurs prises en charge ?.

3.3/ Le concept du vaginisme.

3.3.1. Classification du vaginisme.

Le vaginisme se caractérise par une contraction/ spasme musculaire involontaire des muscles péri-vaginaux, persistant ou récidivant lors de la pénétration vaginale, il peut être primaire (apparition dès les premiers rapports ou insertion (gynécologue/ protection hygiénique) ou secondaire (apparition suite à une période où la pénétration était possible). Le vaginisme peut aussi être situationnel c'est-à-dire que certaines formes de pénétration sont possibles et d'autres non (comme l'examen gynécologique alors que la mise d'un tampon est possible) (Pacik.P.T, 2014).

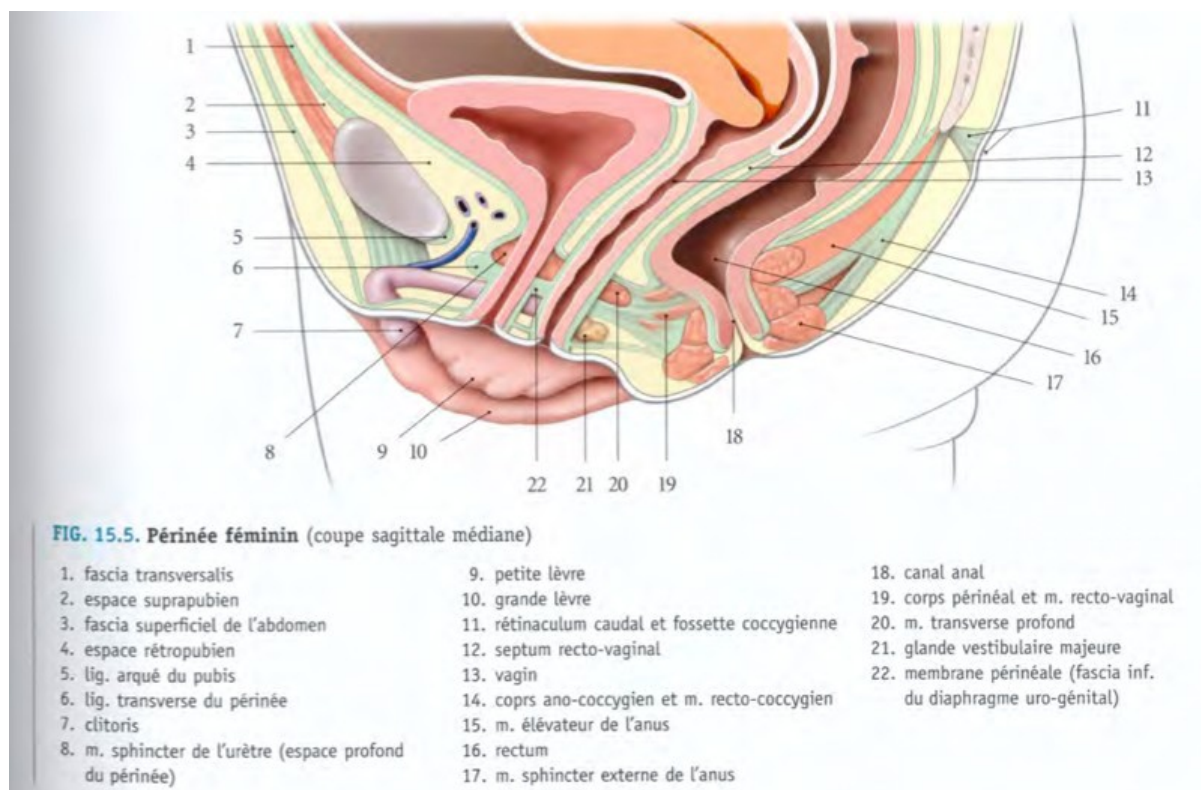


figure 4 : Périnée Féminin (coupe sagittale médiane). (Kamina, P. 2009)

Jusqu'en 2013, le vaginisme et la dyspareunie étaient considérées comme deux pathologies différentes, cependant la frontière entre les deux étant floue une nouvelle classification du DSM-5 les rassemblent sous la **même terminologie** qui est maintenant : douleurs génito-pelviennes/ trouble de la pénétration (Crocq M-A, , et al 2016). Le diagnostic des douleurs génito-pelviennes/ trouble liés à la pénétration requiert : « des difficultés persistance 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 (...) ».

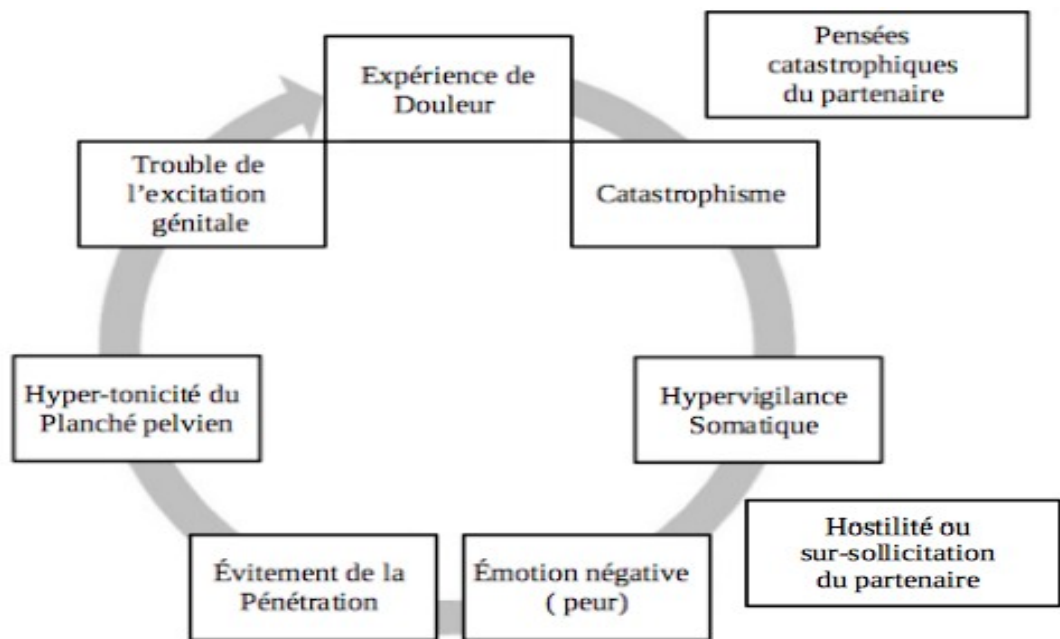


Figure 5 : Cercle vicieux des DGP et/ou TP. Traduit de la version anglaise de Dias-Amaral, A.; Marques-Pinto, A. 2018.

« La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, comme étant la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation (ex : violence du partenaire) ou par d'autres facteurs de stress significatifs, et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale » (Crocq M-A, , et al 2016). De plus les symptômes doivent être présents depuis au moins **6 mois** et doivent provoquer une détresse significative chez la femme.

Tableau I : Synthèse non-exhaustive des étiologies plausibles du vaginisme.

Cause physique (Tarquinio, C ;. et al. 2017)	Éducation sexuelle (Pacik, P.T;. 2014 ; Farnam. F et al 2014 ; Munasinghe, T., et al 2004 ...)	Socioculturelle (Pacik, P.T;. 2017)	Traumatisme (Pacik, P.T;. 2014 ; Van Reijn-Baggen, D et al 2021)
- « <u>infection vaginale</u> - <u>insuffisance de lubrification (suite traitement cancer du col de l'utérus, rectum)</u> - <u>hymen non élastique obstruant l'entrée du vagin</u> » - traumatisme associé à des opérations	- éducation sexuelle stricte ou inadéquate entraînant par exemple : * peur de la déchirure de l'hymen * l'impression que le vagin est trop petit/étroit	- tabous familiaux, religieux, culturels	- abus sexuels - abus physique - traumatismes (physique, psychique, émotionnels) lors de l'enfance

Malgré la catégorisation du DSM-5, plusieurs articles (Pacik, P.T. 2017 ; Dias-Amaral. A et al ,2018 ...), et diagnostiques médicaux, fait après 2013 utilisent encore le terme de vaginisme et non celui de DGP/TP. Cela peut s'expliquer par le fait que dans le DSM-5 il n'y a aucun nom de pathologies comprises dans les DGP/TP, a contrario du DSM-4 (Benoît-Lamy S, et al. 2005). Mais aussi que certains auteurs pensent que le vaginisme et la dyspareunie sont **deux pathologies différentes** (Simonelli, C. 2014).

3.3.2. La rééducation du vaginisme par les MK.

La rééducation du vaginisme se doit d'être pluridisciplinaire, elle comprend de la psychothérapie (de couple, cognitif, psychosexuelle...), l'utilisation de traitements médicaux mais aussi la Masso-kinésithérapie. Les MK ont une panoplie d'outils qu'ils peuvent utiliser pour le traitement de cette pathologie, voici un tableau récapitulatif (non-exhaustif) des

techniques retrouvées dans la littérature (Van Reijn-Baggen DA, et al 2021 ; Reissing ED, et al 2013).

Tableau II : Traitements (non exhaustif) possible lors de la rééducation MK du vaginisme.

Rééducation MK du vaginisme.
- Éducation du patient (Reissing ED, 2013) : - L'anatomie des organes génitaux - Fonction du planché pelvien - Les symptômes - Éducation à la santé sexuelle - Conseil comportemental - Techniques manuelles (Pacik, P.T ; 2017. Reissing E.D, 2013) : - Relaxation musculaire du planché pelvien - Proprioception - Biofeedback - Désensibilisation

3.3.3. Mise en lien avec mon sujet et ouverture :

J'ai fait le choix d'utiliser le terme de vaginisme et dyspareunie pour la partie théorique et celle de recherche de ce mémoire. Ce choix est dû au fait qu'encore aujourd'hui, dans la littérature comme dans les diagnostics, le terme de vaginisme est utilisé. Je pense que ce choix sera facilitant pour moi lors des entretiens avec les MK.

Lors de mes recherches sur la classification du vaginisme par le DSM-5 je me suis rendue compte que le flou de cette classification ne concerne pas seulement le vaginisme mais aussi les dyspareunies. Ne pas aborder les dyspareunies serait une manque à ce mémoire, étant donné que ces deux pathologies sont maintenant classées sous le même terme. Un approfondissement concernant les dyspareunies sera alors dédié dans la partie suivante.

3.3.4. Les dyspareunies :

La dyspareunie peut être superficielle (douleur dans la zone vulvo-vaginale) ou profonde (Trahan, J, 2019), elle peut comme le vaginisme être soit primaire (dès la première tentative de pénétration) ou secondaire (suite à une période où la pénétration n'était pas douloureuse) mais aussi situationnelle (Alimi, Y, 2018). Suite aux recherches faites sur l'étiologie des dyspareunies (voir tableau 3), je me suis rendue compte qu'à contrario du vaginisme, les causes sont surtout physiques même si certains auteurs citent des événements traumatiques comme cause.

Tableau III : Synthèse non-exhaustif des étiologies des dyspareunies.

Cause physique (Trahan, J et al 2019)	Traumatisme (Alimi. Y. 2018)
« - <i>atrophie vaginale</i> - <i>endométriose</i> - <i>rétroversion de l'utérus</i> - <i>syndrome congestion utérin</i> - <i>hémorroïde</i> - <i>infection des glandes de Bartholin...</i> »	- événement traumatique - détresse conjugale

Étant donné que l'éducation sexuelle n'est pas abordée dans les causes des dyspareunies je me suis questionnée s'il était intéressant d'aborder l'ESS dans la prise en charge des dyspareunies. Cependant les patientes ayant une dyspareunie ont leur sexualité qui est affectée et donc leur santé sexuelle diminuée ; ainsi il est intéressant d'intégrer l'ESS dans leur rééducation, comme par exemple avoir une discussion positive concernant la sexualité, ce qui va être déterminant pour la finalité de la rééducation d'après Lamont, J. et al. en 2018.

Pour conclure cette partie, en partant du principe que l'éducation à la santé sexuelle peut apporter un bénéfice/ amélioration à ces deux pathologies même si ce n'est pas pour les mêmes raisons, je vais pour la suite de ce mémoire intégrer les dyspareunies.

Tableau IV : Traitements possibles (non-exhaustif) lors de la rééducation MK des dyspareunies.

Rééducation MK des dyspareunies (Trahan, J et al 2019)
- Biofeedback - Dilatateurs - Stimulation électrique - Mobilité des tissus - Massage - Étirement - Trigger point - Libération myofasciale - Manipulation des tissus cicatriciels en interne ou externe ...

Tableau V : Tableau synthétisant de manière non-exhaustif, les informations du vaginisme et des dyspareunies.

	Vaginisme	Dyspareunie superficielle	Dyspareunie profonde
Références.	(Reissing ED, 2013) (Pacik, P.T ; 2017) (Pacik, P.T; 2014) (Van Reijn-Baggen, D et al 2021) (Tarquinio, C ;. et al. 2017)...	(Trahan, J et al 2019) (Alimi. Y. 2018) (Dias-Amaral. A et al 2018)	(Trahan, J et al 2019) (Alimi. Y. 2018) (Dias-Amaral. A et al 2018)
Peut être :	Primaire, secondaire, situationnelle ou non	Primaire, secondaire, situationnelle ou non	Primaire, secondaire, situationnelle ou non
Pénétration.	Impossible	Possible mais avec des douleurs superficielles	Possible mais avec des douleurs profondes
Symptôme :	Contraction/spasme musculaire involontaire des muscles péri-vaginaux, rendant la pénétration impossible	Douleurs superficielles à la pénétration/ insertion	Douleurs profondes à la pénétration/ insertion
Cause (non- exhaustive).	- Insuffisance de lubrification (suite traitement cancer du col de l'utérus, rectum) - Hymen non élastique obstruant l'entrée du vagin - Traumatisme associé à des opérations - Éducation sexuelle stricte ou inadéquate. - Tabous familiaux, religieux, culturels - Abus sexuels - Abus physique - Traumatismes (physique, psychique, émotionnels) lors de l'enfance	- Atrophie vaginale - Syndrôme congestion utérin - Infection des glandes de Bartholin - Événement traumatique - Détresse conjugale - Réaction allergique (latex) - Anomalies congénitales (imperforation de l'hymen...) - Pathologie dermique (lichen planus, lichen sclerosus) - Fistule - Prolapsus organes pelvien - Traumatisme périnéal - Infection (herpes...) - Manque de lubrification	- Endométriose - Hémorroïdes - Neuropathies - Vaginite - Douleurs pelvienne chronique - Maladie de Crohn - Syndrôme de l'intestin irritable - Dysfonction des muscles du plancher pelvien - Maladies pelvienne inflammatoire - Rétroversion de l'utérus - Événement traumatique - Détresse conjugale - Anomalies congénitales (imperforation de l'hymen,..)
Traitement (non-exhaustif).	- Éducation du patient : - L'anatomie des organes génitaux - Fonction du plancher pelvien - Éducation à la santé sexuelle - Conseil comportemental - Techniques manuelles : - Relaxation musculaire du plancher pelvien - Proprioception - Biofeedback - Désensibilisation - Dilatateurs ...	- Biofeedback - Dilatateurs - Mobilité des tissus - Manipulation des tissus cicatriciels en interne ou externe - Dilatateur - Stimulations électriques - Massage, - Étirement, - Trigger point, - Libération myofasciale, ...	- Biofeedback - Dilatateurs - Mobilité des tissus - Manipulation des tissus cicatriciels en interne ou externe - Dilatateur - Stimulations électriques - Massage, - Étirement, - Trigger point, - Libération myofasciale, ...

4/ Synthèse menant à la question de recherche.

Mon tout premier questionnement se portait sur la place de l'éducation sexuelle dans la prise en charge des femmes atteintes de vaginisme, et grâce aux concepts développés précédemment et donc des recherches dans la littérature, je me suis rendue compte de plusieurs points importants.

Dans un premier temps, le terme d'**éducation à la santé sexuelle** est plus adapté étant donné qu'il comprend l'éducation sexuelle et tous les autres droits sexuels. Il comprend au même titre que l'éducation sexuelle les notions physiques, mentales et sociales en lien avec la sexualité, mais ce qui change est la notion de santé qui est donc plus adéquat avec la prise en charge de patientes atteintes de dysfonctions causées par le vaginisme.

Les déterminants socio-culturels évoqués précédemment, m'ont fait prendre conscience que la population Réunionnaise féminine avait beaucoup de facteurs pouvant être la cause de vaginisme (outre une éducation sexuelle stricte / inadéquate). Ainsi je me suis questionnée : Comment les MK exerçant à la **Réunion** intègrent ces différentes croyances/ cultures dans la prise en charge de ces femmes ?

La littérature est en accord avec les causes plausibles du vaginisme qui sont évoquées dans la partie « re-contextualisation », ce que j'aimerais mettre en avant ici, est qu'une éducation sexuelle stricte/ inadéquate ainsi que certains facteurs sociaux/culturels/ familiaux ... sont des facteurs pouvant engendrer le vaginisme. Cela prouve donc l'importance de l'éducation à la santé sexuelle, je n'ai pourtant trouvé **aucun article** décrivant ce type de traitement lors d'une prise en charge de Masso-kinésithérapie. En ce qui concerne les dyspareunies l'éducation à la santé sexuelle est toute aussi intéressante mais pour des raisons différentes ; intéressante non plus pour répondre à un manque d'éducation sexuelle mais pour aider la patiente à découvrir de nouveaux horizons, de retrouver une bonne image de son corps malgré la pathologie... et enfin permettre aux patientes d'améliorer leurs santé sexuelle.

Je me suis demandée dans un premier temps, si le manque de littérature était dû au fait que encore aujourd'hui la sphère de la sexualité était tabou et représenterait alors un frein qui entraînerait que les MK n'abordent pas ce sujet avec les patients. En effet plusieurs études démontrent que les praticiens de santé « peuvent être réticents à aborder ce sujet, par crainte de stigmatiser, de juger ou faute de se sentir suffisamment pertinents et compétents sur cette

thématique. » (Larocque-Latour G. et al en 2020), ou encore par manque de temps et par inconfort (Bourne, S. et al, 2020).

Cependant en me basant sur l'étude de Bourne, S. et al en 2020, qui prouve que les professionnels de santé sont plus en confiance pour aborder ce type de sujet en ayant des formations préalable, je pars du principe et donc un de mes « a priori » est que : les MK qui prennent en charge ce type de pathologies sont censés être formés en uro-gynécologie et sont donc à l'aise avec la sphère intime des patientes. De ce fait, la suite de ce mémoire ne va pas se tourner à la compréhension de pourquoi il n'y a pas de littérature sur ce sujet. Cependant lors de la suite de l'étude/ mémoire, ce point pourra être compris lors des entretiens avec les MK Réunionnais de manière à savoir si ces professionnels ont des freins pour intégrer l'éducation à la santé sexuelle dans leurs pratiques.

Ainsi ma question de recherche est la suivante :

**« Comment les Masseurs-Kinésithérapeutes exerçant en libéral à la Réunion
prenant en charge des femmes atteintes de vaginisme ou dyspareunies,
intègrent l'éducation à la santé sexuelle
lors de la prise en charge de ces patientes ? »**

5.1. Le choix de la méthode :

Les concepts précédents et la question de recherche guident mon choix de méthodologie, en effet la formulation de la question de recherche avec le terme : « comment » induit une approche **compréhensive**.

D'après Trudel, L., et al (2007), la méthode qualitative exploratoire « viserait alors à combler un vide » ou encore qu'elle sert « à produire des connaissance sur des phénomène inconnus ».

Ainsi par le manque de littérature sur le sujet de l'ESS dans le cas de vaginisme et dyspareunies, mais aussi car le but de cette recherche est d'étudier les comportements et expériences des acteurs, d'explorer leurs émotions, ressentis (Aubin-Auger et al 2008), mais encore, expérience subjective, leurs pratiques, positionnement... (Braun, V., et al 2020). J'ai donc choisi d'utiliser une méthode de recherche qualitative qui répond à mes attentes.

Ma méthodologie de recherche sera donc **qualitative exploratrice** et comme le dit Aubin-Auger et al 2008 « La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer »

Cela va me permettre de comprendre en utilisant le langage et terminologie des MK et peut être atteindre plusieurs objectifs qui sont :

Objectif général : connaître les modalités de mise en oeuvre de l'éducation à la santé sexuelle lors de la prise en charge de ces patientes .

Objectif secondaire :

- connaître les freins à la mise en œuvre de l'ESS (par l'expérience des MK)
- connaître le ressenti des MK sur leur rôle dans ce type d'éducation. (le positionnement, les émotions des MK)
- savoir si les MK adaptent l'ESS en fonction des croyances et cultures des patientes ? (par l'expérience mais aussi par leurs pratique).

5.2. Le choix de l'outil.

Plusieurs outils sont utilisables pour une méthodologie qualitative, il y a par exemple : l'observation, les entretiens individuels, le focus groupe... L'observation me semble difficilement applicable pour cette étude, car la posture d'observateur risque d'être difficilement acceptée tant par les patients que par les praticiens dans ce contexte d'intimité.

Le focus groupe ou entretiens de groupe est avantageux car il permet une interaction dynamique entre 8 à 10 personnes (Aubin-Auger et al 2008) , cela permet une discussion entre les participants qui peut soulever de nouvelles idées, la discussion autour du thème, la controverse ... cependant cet outil est difficilement applicable pour des sujets délicats, il y a un donc un risque que les participants ne s'ouvrent pas totalement, ce qui n'est pas le cas lors d'entretiens individuels.

L'entretien individuel favorise la confiance et permet donc d'aborder des sujets plus intimes comme le vaginisme, les dyspareunies et l'ESS, je me tourne donc vers cet outil.

Il existe plusieurs type d'entretiens individuel qui sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Entretien dirigé (ou directif)	Entretien semi-dirigé (ou semi-directif)	Entretien libre (ou non directif)
Discours non continu qui suit l'ordre des questions posées	Discours par thèmes dont l'ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité de l'interviewé	Discours continu
Questions préparées à l'avance et posées dans un ordre bien précis	Quelques points de repère (passages obligés) pour l'interviewer	Aucune question préparée à l'avance
Information partielle et réduite	Information de bonne qualité, orientée vers le but poursuivi	Information de très bonne qualité, mais pas nécessairement pertinente
Information recueillie rapidement ou très rapidement	Information recueillie dans un laps de temps raisonnable	Durée de recueil d'informations non prévisible
Inférence assez faible	Inférence modérée	Inférence exclusivement fonction du mode de recueil

Figure 6 : résumé ses 3 différents type d'entretiens individuels. D'après De Ketele J.-M., & Roegiers X., (1996)

L'entretien semi-dirigé (Imbert, G. 2010) semble être le plus intéressant, car il va permettre de déterminer l'ordre des thèmes en fonction des participants, de plus il permet d'obtenir des informations de bonne qualité.

Pour la bonne réalisation des entretiens un « guide d'entretien » (annexe II) qui va regrouper l'ensemble des thèmes à aborder et les questions lors des entretiens sera réalisé avant la première interview dans le but de servir de plan lors du premier entretien. Il sera bien évidemment évolutif entre chaque entretien, dans la mesure où de nouveau thèmes sont abordés ou en fonction de l'importance porté par les MK sur certains thèmes.

5.3. Description de l'échantillon.

Afin de faire une recherche pertinente il faut que l'échantillon choisi soit adéquat et représentatif de la population car comme le dit Savoie-zajc, L. en 2007 « *l'idée de l'échantillon est intimement liée à l'idée de la transférabilité des connaissances qui seront produites par la recherche* ». La question de recherche délimite dans un premier temps **la population** : elle sera donc composé de MKDE ou MK avec une équivalence leur permettant de travailler en France (femme et/ou homme) en libéral pratiquant de l'uro-gynécologie à la Réunion, et prenant en charge des femmes atteintes de vaginisme ou dyspareunies.

Pourquoi avoir choisi le libéral à la Réunion ? Comme dit précédemment la population féminine réunionnaise et métropolitaine sont beaucoup trop différentes pour permettre une mise en commun des résultats.

Le choix du libéral repose principalement sur le point qui est : comme le dit l'ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (2019) : les MK exerçant en salariat sont confrontés au manque d'effectif les forçant à prioriser les patients, et les prise en charge, ce qui peut entraîner un manque de temps pour faire de l'ESS.

En ce qui concerne l'échantillon, il sera réalisé à l'aide du site de l'AKPR qui regroupe des MK spécialisés dans le champ uro-gynécologique ce qui répond à un des critères d'inclusion. Concernant sa taille, Savoie-zajc, L. en 2007 dit que « *Le critère de saturation théorique développé par Glaser et Strauss (1967) est certainement utile* » ce qui signifie que l'échantillon doit être suffisamment grand pour que le recueil de données n'apporte plus de nouveau élément, cependant pour la réalisation de ce mémoire dans les temps impartis, mon choix se tourne entre **5 à 10 participants**.

5.4. Critères de sélection de l'étude : d'inclusion, non inclusion/ exclusion

Tableau VI : Critère de sélection de l'étude.

Inclusion	Non-inclusion	Exclusion
Avoir le diplôme d'état (MKDE) MK avec une équivalence	MKDE exerçant à la Réunion depuis moins d'un an	Refus d'enregistrement de l'entretien
Exerçant en libéral	MKDE n'ayant jamais pris en charge le vaginisme ou dyspareunies	Enregistrement interrompu
MKDE formée en uro- gynécologie et être inscrite à l'AKPR		
Être volontaire pour l'étude		

5.5. Développement des présupposés, a priori et les biais.

5.5.1. Les a priori.

- MK sont capables d'intégrer l'ESS par leur bienveillance et leurs formations/savoirs.
- Que pas tous les MK font de l'ESS ou que certains d'entre-eux le font partiellement.
- Que les MK plus jeunes sont les plus sujets à faire de l'ESS.
- Que certains aspects de l'ESS sont encore tabous (comme les différentes pratiques sexuelles).

5.5.2. Les biais déjà présent.

- Manque de neutralité dû aux a priori.

6/ Recueil des données.

6.1. L'échantillon recruté.

Les 33 MK libéraux qui étaient inscrits sur l'AKPR au moment de la recherche, ont été contactés par téléphone ; par mail ; ou par SMS durant la période allant de fin décembre 2021 à fin janvier 2022. **Six d'entre eux** correspondants aux critères d'inclusions ont accepté de participer à l'étude.

Tableau VII : Participants contacté.

33 inscrits sur l'AKPR 27 ont répondu	Impossibilité de contacter les MK	Critères d'inclusions valides Pas de disponibilité pour un entretien	Critère de non-inclusions : n'exerce plus à la Réunion	Critère de non-inclusions : jamais PEC les pathologies.	Participants de l'étude
Nombre de MK	6 / 33	15 / 27	4 / 27	2 / 27	6 / 27
Pourcentage	18 %	55,5 %	14,8 %	7,4 %	22,2 %

Les entretiens ont été réalisés entre le 09/02/2022 et le 10/03/2022, pour des raisons de faisabilité tous les entretiens se sont déroulés en visioconférence via l'application ZOOM.

Tableau VIII : Récapitulatif des MK interrogés.

MK	Date diplôme	Formations en lien avec la périnéologie.	Expérience en libéral à La Réunion	Durée entretien et format
MK1	2002	- DU sexologie clinique: 2014 - formation périnéologie: 2014/2015	15 ans	Visioconférence: 45min
MK2	2015	- périnéologie: 2016 - douleurs périnéale: 2020 et 2021	4 ans	Visioconférence: 44min
MK3	2014	- périnéologie 2016 - anorectal, homme, hypopressif 2018 - sexologie: 2019	8 ans	Visioconférence: 39min
MK4	2019	- algie périnéale 2019 - endométriose 2021	2 ans	Visioconférence: 45min
MK5	2004	- périnéologie:2012 - anorectal, homme - douleurs pelviennes 2016/2021	17 ans	Visioconférence: 1H06 min
MK6	2016	- périnéologie 2017 - anorectal: 2018 - sexologie: 2019	4 ans	Visioconférence: 45min

7. Analyse des données recueillies.

7.1. La retranscription des entretiens.

Les entretiens ont dans un premier temps été retranscrits mot à mot à la main (exemple d'entretien : annexe IV). Par la suite les entretiens sont codés pour cela ils sont d'abord relus individuellement et le texte va ensuite être codé :« fragment par fragment, et réarrangé en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux. » Aubin-Auger et al 2008. Ces codes sont un mot ou plusieurs qui synthétisent un extrait de l'entretien (Hennebo, N.,(2009), comme le dit Huberman, A et Miles, B ; en 1993 :« ils sont un moyen de résumer et de regrouper des segments de données » ensuite tous les entretiens vont être relus ensemble de manière à permettre l'affinement du codage et le regroupement de ceux-ci ce qui entraîne la création des sous-thèmes et de thèmes, cette étape aboutie sur les grilles de codage finalisées. (voir annexe V à VIII).

Certains thèmes et sous-thèmes qui sont ressortis de ces entretiens étaient attendus du fait de la thématique mais aussi de la grille d'entretien, cependant plusieurs nouveaux sous-thèmes sont apparus aux fils des entretiens et du codage (Milès,B et Huberman,A. 2017).

Les **4 thèmes** qui sont ressortis suite au codage sont :

- L'éducation à la santé sexuelle
- La mise en place de l'ESS
- Les déterminants socio-culturel
- Les freins à l'ESS

La méthode choisie pour l'analyse des données est **descriptive** qui se base sur l'analyse des contenus (Dany, L ; 2016), je vais donc vous présenter des extraits choisis des verbatims des MK interrogées(Halcomb, J & Davidson,M. 2006), dans un premier temps sous forme de tableau, suivi d'un écrit. Cela me permet d'avoir une analyse précise et de garder une neutralité pour cette partie, l'interprétation de ces données sera réalisée lors de la discussion.

7.2. L'analyse des données brutes.

Voir annexe V à VIII pour les tableaux de codage en entier.

7.2.1. Thème 1 : l'éducation à la santé sexuelle.

Tableau IX: Catégorisation du thème 1 : l'Éducation à la santé sexuelle.

Thème 1	Sous-thème	Codages	Exemple d'extrait de verbatims
Éducation à la santé sexuelle	Définition de la santé sexuelle	Définition difficile	« c'est compliqué à définir, en faite pour moi c'est hyper large enfaite. »MK2
		Satisfaction	« d'être satisfait de sa sexualité peut importe ce qu'on y cherche »MK3
		Consentement	« la bienveillance, ne pas avoir a être forcé donc le consentement »MK6
		Connaissances	« une connaissance de la sexualité, de son anatomie et des possibilités de ce qu'est la sexualité »MK5
		Santé	« je pense qu'il y a un versant strictement santé (...)qualité de la muqueuse, on va être sur les sécrétions, cicatrices, sur les causes un peu organique »MK3
	Manque d'ES dans la société	Système scolaire	« serait important que ce soit beaucoup beaucoup plus poussé à l'école »MK2
		Représentation du clitoris	« on sait bien que sur les planches anatomique aujourd'hui il est encore peu représenté et très mal connu voila »MK1
		Publique large	« je pense que l'éducation c'est de la santé publique et je ne pense pas que ce soit que de l'éducation au près des femmes ayants des douleurs ou dysfonctionnement du périnée, c'est de l'éducation générale et globale qu'on devrait avoir auprès de toute la population. »MK4
	Rôle du MK	Éducation	« il est essentiel d'apprendre à toute ces jeunes filles la possibilité de pouvoir jouir de son corps sans culpabilité et de connaitre ça, le problème c'est la connaissance »MK1 « donc je pense qu'on a vraiment un rôle d'éducation globale »MK5
		Guide	« moi je vais plutôt être comme un guide dans cette découverte »MK1
		Alliance thérapeutique	« on est quand même présente au moins 1/2H par semaine, et du coup on créer vraiment une alliance thérapeutique »MK5
		Méconnaissance du corps médical	« que notre rôle à nous soit plus connu par les autres professions »MK2
		Important	« On a un gros rôle à jouer enfaite »MK4

Le premier thème qui ressort du codage est celui de l'ESS, dans un premier temps les MK ont fait part de la difficulté à définir cette santé sexuelle : « c'est compliqué à définir, en faite pour moi c'est hyper large. »MK2.

Malgré cette difficulté beaucoup de notions sont retrouvées entre les 6 entretiens, par exemple la majorité des MK abordent la **satisfaction** : « d'être satisfait de sa sexualité peu importe ce qu'on y cherche »MK3, cela entraîne donc la notion du **consentement** : « la capacité à avoir des rapports voulus »MK2, « la bienveillance, ne pas avoir à être forcé donc le consentement »MK6.

La moitié des MK interrogées ont parlé du versant « **santé** » de cette définition : « je pense qu'il y a un versant strictement santé (...) qualité de la muqueuse, on va être sur les sécrétions, cicatrices, sur les causes un peu organiques »MK3.

Deux des MK ont parlé des **connaissances** concernant la santé sexuelle : « une connaissance de la sexualité, de son anatomie et des possibilités de ce qu'est la sexualité »MK5, cela entraîne donc un autre sous-thème qui est le manque d'éducation sexuelle et de santé sexuelle de notre société.

Plus de la moitié des MK nous ont fait part de leurs avis concernant le manque d'éducation sexuelle lors de la **scolarité** : « il faudrait beaucoup plus de préventions à l'école »MK1, « gros manque dans l'éducation que ce soit à l'école »MK6, avec par exemple la sous représentation du clitoris dans les livres : « on sait bien que sur les planches anatomique aujourd'hui il est encore peu représenté et très mal connu »MK1.

Concernant ce manquement, plusieurs MK abordent le fait d'élargir le publique cible de cette éducation : « je pense que l'éducation c'est de la santé publique et je ne pense pas que ce soit que de l'éducation au près des femmes porteuses de douleurs ou dysfonctionnement du périnée, c'est de l'éducation générale et globale qu'on devrait avoir auprès de toute la population. »MK4.

Pour palier à ce manque une des MK dit « ce qui serait le mieux ça serait que des MK formés en sexologie puisse intégrer les écoles, les collèges »MK5, cela nous amène donc sur le troisième sous-thème qui est le rôle du MK dans l'éducation à la santé sexuelle.

Tous les MK sont en accord sur l'importance de leurs rôle dans l'ESS : « pour moi ça a un rôle hyper important, j'en parle énormément à mes patientes »MK2, « on est bien placé pour demander un peu plus loin leurs habitudes dans leurs intimité »MK5.

Elles expliquent cela par plusieurs points, premièrement par l'apport théorique pouvant être fourni : « enfin la reconnexion aux corps, le fait d'expliquer la physiologie, le toucher, le fait

de sentir c'est nous »MK3, « je pense qu'on est quand même importantes dans l'ESS parce que on a les connaissances anatomiques, biomécaniques, physiologiques mais en plus on peut aider les patientes à ressentir, comment dire se ré-associer aux corps mais aussi on est là pour pouvoir écouter les patientes »MK6.

Ensuite par l'alliance thérapeutique mise en place : « on est quand même présentes au moins 1/2H par semaine, et du coup on crée vraiment une alliance thérapeutique »MK5.

Plusieurs d'entre elles se considèrent comme un guide lors de la rééducation : « moi je vais plutôt être comme un guide dans cette découverte »MK1, « on doit leur donner un panel énorme de possibilités pour qu'elles aillent piocher dans ce qu'elles leur convient à elles en fait »MK4.

Cependant le rôle des MK est encore mal connu dans le milieu médical : « c'est très difficile de se faire adresser ces patientes »MK3, « que notre rôle à nous soit plus connu par les autres professions »MK2

Pour résumer ce thème : malgré la difficulté à donner une définition de la santé sexuelle, différents points en sont ressortis, certains d'entre eux ont entraîné le cheminement de pensées des MK interrogés sur le manque d'éducation à la santé sexuelle lors du cursus scolaire.

Pour finir le rôle « important » du MK dans cette éducation a été abordé, en passant de l'échange de connaissances au rôle de guide que le MK peut prendre pour les patientes, mais aussi les difficultés de se faire adresser ces patientes.

7.2.2. Thème 2 : La mise en place de l'ESS.

Tableau X : Catégorisation du thème 2 : Mise en place de l'ESS.

Thème 2	Sous-thème	Codage	Exemple d'extrait de verbatims
Intégration de l'éducation à la santé sexuelle	En fonction des patientes	unique	« c'est un peu difficile parce que je pense qu'il n'y a pas de PEC type »MK4
	1e séance	Anatomie	« explication anatomique pur donc la je vais utiliser mon bassin, des planches anatomique, j'ai un bassin en 3D(...)ça permet vraiment à la patiente de toucher de se représenter de se rendre compte de l'étendu du périnée. »MK5
		Physiologie	« j'explique bien que entre il y a le périnée et que c'est plusieurs muscles donc la je parle aussi du rôle de chacun des muscles, rôle dans la continence, mais aussi (euh) dans la sexualité. »MK6
		Sexualité non pénétrative	« la sexualité ce n'est pas uniquement le rapport sexuel, ça c'est quelque chose que j'aborde quasiment dès le départ pour diminuer la pression qu'on peut se mettre par rapport à cette sexualité »MK1 « expliquer que un rapport sexuel ça peut être sans pénétration aussi »MK1
		Explications de la PEC	« explication du déroulement des autres séance »MK1
		alliance thérapeutique	« mais ça sera à leurs rythme et que c'est pas quelque chose d'obligatoire tout de suite on y passera mais on va le construire ensemble et à leur rythme »MK4
		Bilan sexologique	« il y a une partie sexo dans l'entretien sur le premier généralement je reste très vague sur :si il y a des douleurs aux rapports, je vois si il y a une ouverture ou pas sinon voila sur la première séance ça peut juste être cette question la si il y a des douleurs ou non »MK4 « bien sur bilancer la sexualité complètement quoi : savoir si elle a des orgasmes, qu'elle a toujours mal aux rapports ou pas, comment elle se situe vis à vis de la sexualité, si c'est important pour elle ou pas, si c'est une sexualité de parce que c'est comme ça qu'on doit faire vu qu'on est en couple et que je veux avoir des enfants, parce que je ne veux pas que mon mec parte, ou que c'est une sexualité à la recherche de plaisirs personnel aussi quoi ? »MK5
	Reste de la Rééducation	Émotionnel	« j'essaie toujours de déculpabiliser la patiente que c'est vraiment quelque chose de mécanique et que même si il y avait quelque chose de psychologique à la base qui aurait pu amener cette réaction mécanique euh c'est vraiment pas de sa faute à elle et que nous on est la pour travailler sur ce coté la et pour relâcher »MK2
		Consentement	« j'en parle directement, sur cette nécessité de respecter sont corps, désir, douleurs euh, évidemment plus elles se forceront plus elles auront mal et puis à nouveau on est plongés en plein cercle vicieux, »MK1
		différente pratique sexuelle	« donc voila c'est vraiment à adapter souvent une période pendant laquelle je leur dit de ne pas forcer sur les rapports que c'est à elles de le sentir, que c'est aussi un moyen de découvrir une autre façon d'avoir des rapports et que enfin un rapport non pénétratif peut aussi être un rapport sexuel, donc voila c'est aussi un moyen ou on

			peut commencer a aborder tout ça avec elle »MK4
		masturbation	« je leur dis souvent enfin quand on parle vraiment de sexualité je leur dis un peu cette phrase bateau mais qui est tellement vraie : c'est que si nous on ne connaît pas son corps et comment se faire plaisir, comment on peut guider quelqu'un pour le faire ? »MK6
		Représentation anatomique	« un travail devant le miroir car bien souvent ce sont des femmes qui n'osent pas regarder la zone »MK1
		Consentement lors de la séance	« je travailler beaucoup beaucoup en conscience en fait, je demande, c'est toujours la patiente qui décide quand elle est prête ou non donc on échange énormément et en général elles le sont complètement »MK2
		Auto-PEC	« donc elles vont vite être actrices et elles vont faire les exos à la maison, et pour certaines patientes ça va vraiment aller vite, parce qu'on peut proposer de mettre un dilateur avant un rapport et du coup le fait qu'elles préparent un rapport, avec le dilateur, et bah du coup le rapport ce passe mieux, »MK5

Pour la moitié des MK interrogés, chaque PEC est différentes : «c'est un peu difficile parce que je pense qu'il n'y a pas de PEC type»MK4, cependant tous les MK ont défini 2 phases: la première séance et la suite de la rééducation. En ce qui concerne la première séance, qui est d'une heure pour tout les MK «je prend toujours 1H pour la première séance minimum»MK2.

7.2.2.1. Thème 2 : La mise en place de l'ESS : La première séance.

Lors de la première séance, **l'anamnèse de la sexualité** est abordée« il y a une partie sexo dans l'entretien sur le premier généralement je reste très vague sur si il y a des douleurs aux rapports, je vois si il y a une ouverture ou pas sinon voilà sur la première séance ça peut juste être cette question»MK4, ou encore «bilaner la sexualité complètement quoi: savoir si elle a des orgasmes, est ce qu'elle à toujours mal au rapports ou pas, comment elle se situe vis a vis de la sexualité, (...) ou est ce que c'est une sexualité à la recherche de plaisirs personnelle aussi quoi».

Une fois l'anamnèse réalisée, l'examen clinique commence. Pour tous les MK un bilan externe est fait mais pas d'examen clinique interne, il n'y a donc pas de touché vaginal:« je la rassure sur le fait que je vais pas leur sauter dessus et faire un touché aujourd'hui bien leur expliquer qu'on va y aller a leur rythme.»MK6; «mais ça sera à leur

rythme et que c'est pas quelque chose d'obligatoire tout de suite on y passera mais qu'on va le construire ensemble et à leur rythme »MK4.

Pour toutes les MK la suite est une **éducation sur l'anatomie et la physiologie du périnée** : « explication anatomique pur donc la je vais utiliser mon bassin, des planches anatomique, j'ai un bassin en 3D(...) ça permet vraiment à la patiente de toucher de se représenter de se rendre compte de l'étendu du périnée. »MK5 ; « j'explique bien que entre il y a le périnée et que c'est plusieurs muscles donc la je parle aussi du rôle de chacun des muscles, rôle dans la continence, mais aussi dans la sexualité. »MK6.

La moitié des MK axe la discussion sur une **sexualité non pénétrative** : « la sexualité ce n'est pas uniquement le rapport sexuel, ça c'est quelque chose que j'aborde quasiment des le départ pour diminuer la pression qu'on peut se mettre par rapport à cette sexualité »MK1, une partie des MK demande un arrêt des rapports pénétratifs : « il y a une injonction d'arrêt de pénétration, pour que la patiente puisse travailler dans un premier temps »MK1.

Pour la totalité des MK la première séance permet aussi de mettre en place **l'alliance thérapeutique** : « mise en place du relationnel »MK1, de part les explications données : « je prends le temps d'expliquer comment ça va se passer »MK2, mais aussi par l'écoute fournie : « c'est plus une séance où on va vraiment l'écouter, avec empathie en fait »MK6.

7.2.2.2. Thème 2 : La mise en place de l'ESS : le reste de la rééducation.

Plusieurs points sont ré-abordés et approfondis lors les séances suivantes, comme par exemple l'anatomie, qui cette fois-ci est plus détaillée avec les **représentations anatomiques des patientes** : « comparer à l'anatomie : en se regardant dans un miroir en touchant et ensuite en parlant pour comparer »MK1, « dans un premier temps je vais déjà leur demander de regarder et de me dire à la prochaine séance ce qu'elles ont vu (...) une fois qu'on va pouvoir faire un examen en interne je vais revenir sur l'anatomie donc ce que je touche (...) je vais leur demander de toucher aussi, ça va m'aider aussi pour la suite de la rééducation de leur faire prendre conscience de leur anatomie de comment on contracte, comment ça bouge»MK6.

La majorité des MK reviennent aussi sur les **différentes pratiques sexuelles** : « et quand elles se sentent prêtes alors on discute reprise des rapports et position pour la reprise des rapports»MK3, « on peut aborder la sexualité, les positions, voilà on peut avoir des discussions selon nos connaissances en tant que kiné, on peut parler des positions qui sont

plus facilitantes, avec moins de douleurs, donc en fonction des douleurs qu'elle a (...) que c'est aussi un moyen de découvrir une autre façon d'avoir des rapports et qu'enfin un rapport non pénétratif peut aussi être un rapport sexuel »MK4, « j'aborde avec les patientes les positions sexuelles, la lubrification, la relaxation, la masturbation et surtout le fait de parler avec leurs conjoints »MK6.

De plus la totalité des MK ouvrent le sujet de la **masturbation** avec les patientes : « peut être expérimenter seule avant d'expérimenter avec quelqu'un, je l'aborde plus comme ça, c'est plus une solution en disant, voila avant de passer aux rapport pénétratif avec votre ami, essayer vous tranquillement de vous massez. »MK4, « tu n'auras pas un épanouissement complet sexuel tant que tu n'auras pas exploré cette zone la, donc je me permets de lui dire que tant qu'elle ne se sera pas touchée dans cette zone la elle ne pourra pas débloquent des choses dans sa sexualité, mais si elle ne le sent pas c'est son corps et c'est elle qui gère son corps »MK5.

Pour plus de la moitié des MK, l'aspect **émotionnel** en lien avec la zone périnéale est pris en compte lors de la rééducation : « j'essaie toujours de déculpabiliser la patiente que c'est vraiment quelque chose de mécanique et que même si il y avait quelque chose de psychologique à la base qui aurait pu amener cette réaction mécanique c'est vraiment pas de sa faute à elle et que nous on est la pour travailler sur ce coté la et pour relâcher »MK2.

Un autre aspect de l'ESS qui est transmis par les MK est **le consentement** : « je pose pas forcément la question du consentement parce que je trouve que tu le sens assez vite en fait (...) je vais devoir affirmer : (...) qu'un rapport douloureux c'est pas un rapport normal qu'il faut qu'on trouve une solution et que ça redevienne nickel, qu'on trouve une solution pour que ce soit quelque chose d'agréable et voulu »MK3, « j'aborde le sujet énormément aussi et j'essaie vraiment qu'elles prennent conscience pour chaque situation que ce soit clair dans leurs tête qu'elles ont le droit voir même l'obligation de s'écouter et de se donner le droit en tout cas de décider oui ou non si elles veulent.»MK2, ce consentement est aussi au coeur des séances : « c'est ce que j'explique toujours c'est hyper important qu'on se regarde qu'on échange et que à tout moment elle est maître de la situation et qu'elle peut me dire d'arrêter ça c'est vraiment hyper important »MK2.

Pour résumer ce thème de la mise en place de l'ESS :

Les MK ont exprimé le fait qu'il n'y ait pas de trame précise pour la mise en place de l'ESS, cependant des grandes lignes se retrouvent : une différenciation de la première séance et du reste de la rééducation.

Lors de la première séance l'anatomie, la physiologie ainsi qu'une sexualité non pénétrative sont traitées. Pour la suite de la rééducation plusieurs aspects de l'ESS sont repris comme l'aspect biologique de la sexualité (anatomie..) et de nouveaux champs sont abordés comme l'aspect émotionnel et le consentement.

7.2.3. Thème 3 : L'impact des déterminants socio-culturels .

Tableau XI : Catégorisation du thème 3 : Les déterminants socio-culturels.

Thème 3	Sous-thème	Codage	Exemple d'extrait de verbatims
Déterminants Socio-culturel	Contexte sociale	Contexte sociale	« j'image que ça dépend beaucoup du milieu culturel et que bah je que, peut-être dans une grande ville ça sera différent de ce qui se passe chez moi, et puis les fille (donne un type de fille) sont bien tenues, cachées, les garçons on fait attention et c'est vrai que c'est très encre en elle»MK3
		Contexte familiale	« éducation très stricte concernant la sexualité, donc beaucoup qui n'en parlent pas avec la famille et les amis, ou encore beaucoup enfin voila ou la sexualité est considérée comme sale (...)donc voila avec une éducation au final inexistante »MK6
	Religion	Éducation religieuse	« je pense que j'ai souvent à faire à un public assez pudique du aussi à la religion et que le sexe c'est forcément quelque chose dont on parle pas et puis la jouissance c'est dégueu. »MK3
	Mauvaise croyance	Douleurs sexuelles	« du coup je casse quand même beaucoup les codes de croyance mais pas en mode frontal, j'explique que c'est une réaction du corps que le périnée en général et très en lien avec l'émotionnel et le psychique en fait, donc si on croit dur comme fer que le sexe c'est mal et bah en fait ça va automatique réagir au niveau du périnée, et je leur dis que c'est pas grave d'avoir entendu ça, c'est pas grave d'être la aujourd'hui ça va juste permettre de modifier en fait cette croyance la »MK2
	Adaptation de la PEC	n'influence pas	« je vais pas changer ma prise en charge c'est a dire que je vais fonctionner exactement de la même façon et je vais du coup essayer de, je peux dire casser les codes »MK2
		Plus de temps	« après pour mon discours euh j'ai pas l'impression, enfin c'est un peu pareil je vais peut être moins en parler au début ou juste donner les infos mais sans attendre leur validation, ça prend plus de temps donc oui d'un coté j'adapte»MK6

Concernant l'impact des déterminants socio-culturels sur la PEC des patients, plusieurs contextes socio-culturels ont été discutés. La moitié des MK se sont exprimées sur le contexte social : « j'image que ça dépend beaucoup du milieu culturel et que peut être dans une grande ville ça sera différent de ce qui se passe chez moi» MK3 ou encore « j'ai pas le même discours avec une jeune fille de 20 ans et une jeune femme qui vient d'avoir son première enfant vers 25/30 ans, c'est au-delà juste de la religion, la culture oui idéalement, (...) j'ai pas le même discours que j'ai ici qu'en métropole »MK4.

Le contexte familial est aussi abordé : « les dames que j'ai en soin me parlent pas de dieu, diable, paradis ou enfer, elles me parlent de leurs grands parents, de leurs mères, elles me parlent beaucoup de la société familiale mais pas de leurs religions en tout cas.»MK3,

« éducation très stricte concernant la sexualité, donc beaucoup qui n'en parlent pas avec la famille et les amis, ou encore beaucoup enfin voilà où la sexualité est considérée comme sale (...) donc voilà avec une éducation au final inexistante »MK6.

Concernant la religion quatre MK se sont exprimées sur l'éducation religieuse : « je pense que j'ai souvent à faire à un public assez pudique dû aussi à la religion et que le sexe c'est forcément quelque chose dont on parle pas et puis la jouissance c'est dégueu. »MK3, « j'ai déjà eu des patientes très religieuses et donc que voilà il fallait attendre le mariage pour avoir le premier rapport, qu'il faut faire plaisir au mari enfin que c'est un des rôles de la femme au final, et que le plaisir de celle-ci est pas important, ou même l'envie de celle-ci et donc là c'est assez compliqué de parler de sexualité avec ces patientes »MK6.

Plusieurs MK se sont exprimées concernant les mauvaises croyances liées à la sexualité : « du coup je casse quand même beaucoup les codes de croyance mais pas en mode frontal, j'explique que (...) donc si on croit dur comme fer que le sexe c'est mal et bah en fait ça va automatiquement réagir au niveau du périnée, (...) je leur explique qu'elles vont voir qu'à force qu'on travaille et que vous changez un peu la vision de tout ça, ça va s'améliorer »MK2.

Cela entraîne donc la discussion sur l'adaptation de l'ESS en fonction de ces déterminants socio-culturel, presque la totalité des MK expriment le fait que la culture de la patiente **n'influence pas** leurs ESS : « je vais pas changer ma prise en charge c'est à dire que je vais fonctionner exactement de la même façon et je vais du coup essayer de, je peux dire casser les codes »MK2, « moi je suis là juste pour lui dire tout ce qui est possible. qu'il y a plein de possibilités, et que chacun va accepter des choses ou non, je ne change pas mon discours de base, en tout cas ne change pas »MK5.

Pour une minorité des MK il y a une adaptation : « après pour mon discours (...) je vais peut-être moins en parler au début ou juste donner les infos mais sans attendre leur validation, ça prend plus de temps donc oui d'un côté j'adapte »MK6.

Pour résumer :

les MK abordent différents contextes socio-culturel (religieux, familial, culturel) et l'impact possible sur la santé sexuelle (mauvaise croyance).

En ce qui concerne l'adaptation de l'ESS en fonction des déterminants socio-culturel, la majorité des MK ne changent pas leurs discours, et pour certaines d'entre-elles une progressivité de la transmission des informations est mise en place.

7.2.4. Thème 4 : les freins de la mise en place de l'ESS.

Tableau XII : Catégorisation du thème 4 : Les freins à l'intégration de l'ESS.

Thème 4	Sous-thème	Codage	Exemple d'extrait de verbatims
Les freins de la mise en place de l'ESS	En lien avec la patiente	être prête	« qui ne sont pas prête à parler, à euh ouvrir leur intimité, à parler des traumatismes éventuels, parfois la sexualité est tellement tabou, qu'elles n'ont pas encore passé le cap »MK1 « je pense que le seul frein sur de l'information -voilà c'est la patiente si elle n'est pas prête en fait, c'est pas le moment pour elle d'entendre des choses, d'expérimenter, son bon moment de vie tout simplement. »MK4
	En lien avec l'éducation	Éducation	« Enfin y'a des gens vraiment tu sais qu'ils n'ont pas l'éducation et donc tu comprends que c'est difficile (...) les femmes s'ignorent »MK3 « bah les croyances euh des patientes, l'éducation qu'elles ont vécu euh qui peut des fois les bloquer »MK5
	En lien avec l'environnement	Planning	« Après pour la prise en charge même c'est plus la vie de la patiente, dans le sens ou elle a des obligations et donc avoir un suivi régulier c'est parfois compliqué »MK6
		Conjoint	« surtout le conjoint qui ne change pas (...) ça va en constance nous freiner, par exemple madame qui ne peut pas avoir de pénétration et qui au final veut essayer d'autre type de rapports mais son conjoint qui euh qui ne veut pas (souffle), donc ça aussi c'est un frein vraiment à la santé sexuelle. »MK6
	En lien avec les professionnel de santé	Perte de confiance	« l'éducation, les douleurs, les discours nociceptif des pro de santé. »MK3
	Remédiation	Transmission d'informations	« moi je suis la juste pour lui dire tout ce qui est possible. qu'il y a plein de possibilités, et que chacun va accepter des choses ou non, je ne change pas mon discours de base, en tout cas ne change pas « MK5

Le dernier thème est celui des freins à l'ESS.

Plusieurs freins sont évoqués par les MK, d'abord il y a les freins en lien avec la **patiente**, qui est décrit par la totalité des MK : « qui ne sont pas prêtes à parler, à ouvrir leur intimité, à parler des traumatismes éventuels, parfois la sexualité est tellement tabou, qu'elles n'ont pas encore passé le cap »MK1, « je pense que le seul frein sur de l'information, voilà c'est la patiente si elle n'est pas prête en fait, c'est pas le moment pour elles d'entendre des choses, d'expérimenter, son bon moment de vie tout simplement. »MK4.

Ensuite pour plus de la moitié des MK, les freins en lien avec l'**éducation** : « Enfin y'a des gens vraiment tu sais qu'il n'ont pas l'éducation et donc tu comprends que c'est difficile (...) les femmes s'ignore »MK3 ; « les croyances des patientes, l'éducation qu'elles ont vécu qui peut des fois les bloquer »MK5.

Plusieurs MK ont abordé les freins en lien avec l'environnement de la patiente, que ce soit par rapport aux **plannings**, c'est à dire l'organisation personnelle et professionnelle de la patiente : « Après pour la prise en charge même c'est plus la vie de la patiente, dans le sens ou elle a des obligations et donc avoir un suivi régulier c'est parfois compliqué »MK6 ou en lien avec le **conjoint** : « la pression du conjoint peut être vraiment compliquer a gérer, parfois elles arrivent en me disant que monsieur est très cool et puis 2 semaines après elles arrivent en me disant qu'il va falloir accélérer de ce côté la »MK2.

Pour finir une des MK parle des freins à l'ESS dû aux professionnels de santé : « l'éducation, les douleurs, les discours nociceptif des professionnels de santé. »MK3. La majorité des MK ont évoqués une remédiation à ces freins qui concerne majoritairement à une **transmission d'informations** : « moi je suis là juste pour lui dire tout ce qui est possible. qu'il y a plein de possibilités, et que chacun va accepter des choses ou non » MK5 ; « il faudra beaucoup de séances et une bonne alliance (...) j'ai des livres sur la sexualité, le périnée, donc parfois je leur propose, enfin je leur prête au moins elles ont des informations qui sont vraies »MK6.

En ce qui concerne le frein en lien avec l'entourage de la patiente les MK proposent comme remédiation : « on propose en tant que kiné de recevoir le conjoint, pour pouvoir discuter de la PEC parce qu'on peut avoir aussi besoin de lui, ça peut être un partenaire euh aux soins à la maison, (..) qui peuvent aider leur compagne à mettre les dilateurs, à aider enfin voila à ce que ça se passe mieux, »MK5.

Pour résumer ce thème :

Plusieurs freins à l'ESS sont abordés : que ce soit en lien avec la patiente comme le fait de ne pas être prête, ou encore des freins en lien avec l'environnement : que ce soit du à des « obligations »MK6, ou encore dû à l'entourage comme le conjoint. Deux autres freins sont aussi abordés : l'éducation qu'a reçue la patiente, mais aussi les discours nociceptif des professionnels de santé.

Pour finir une remédiation par la transmissions d'information est exposée.

8. La discussion.

Pour commencer l'interprétation des résultats, un premier point est important à soulever : Malgré la classification du DSM-5 de 2013 (Crocq M-A et al, 2016) lors des entretiens tous les MK ont fait la **distinction** entre le vaginisme et les dyspareunies, le terme : Douleur Génito-Pelvienne et/ou Trouble de la Pénétration (DGP et/ou TP) n'a donc pas été utilisé par les MK. Comme le démontre l'étude de Lahaie, MA, et al. En 2015 mais aussi les MK interrogées, il y a une différence de PEC de ces pathologies et ce qui entraîne donc la non utilisation de la classification du DSM-5. Cependant au vu des résultats, nous pouvons constater qu'en ce qui concerne l'ESS, que globalement elle est la même pour le vaginisme et les dyspareunies, évidemment certaines divergences sont retrouvées mais cela est dû à la singularité de chaque PEC et donc de chaque patientes.

8.1. La santé sexuelle.

Concernant la définition de la santé sexuelle de l'OMS en 2006, malgré la difficulté à la définir, plusieurs points sont évoqués, comme par exemple le fait d'avoir une sexualité agréable et sans violence, le fait que la santé sexuelle ne se limite pas en l'absence de pathologie est aussi explicité par les MK tout au long des entretiens, cependant l'**aspect mental** n'est que très peu voir pas abordé dans cette définition.

Cela peut être expliqué par le champ des compétences et donc des pratiques des MK. Malgré le fait que les MK sont habilités à prendre en charge ce type de patientes comme expliqué précédemment(article R4321-5 du code de la santé publique). Le champ des compétences des MK ne nous permet pas de bilancer à proprement parler, traiter l'aspect psychologique de l'humain. Nous avons cependant les compétences pour entretenir une relation d'aide envers le patient, de le soutenir, d'instaurer une relation de confiance (Arrêté du 2 septembre 2015, voir référentiel des compétences en annexe IX). Lors des entretiens les MK expriment le fait de prendre en compte l'aspect mental avec la bienveillance, l'écoute active, et l'empathie mais aussi avec l'alliance thérapeutique. Évidemment elles n'hésitent pas à re-orienter les patients si besoin vers les professionnels de santé adéquat.

8.2. La mise en place de l'éducation à la santé sexuelle.

Une des MK a abordé les connaissances autour de la sexualité comme un fondamental pour avoir une santé sexuelle, cela se rapproche donc d'un des droits de cette santé qui est l'éducation à la santé sexuelle (OMS, 2011).

Nous arrivons alors à la mise en place de l'ESS, cette partie va répondre à **la question de recherche** qui est : « Comment les Masseurs-Kinésithérapeutes exerçant en libéral à la Réunion, prenant en charge des femmes atteintes de vaginisme ou dyspareunies, intègrent l'éducation à la santé sexuelle lors de la prise en charge de ces patientes ? », dans cette partie nous allons décrire comment les MK interrogées intègrent cette éducation.

Comme décrit dans l'analyse, les MK différencient leurs rééducation en deux phases : la première séance et le reste de la rééducation.

Lors de la première séance le bilan comprend l'interrogation du patient, l'anamnèse décrite par le décret d'actes et d'exercice en 1996, doit prendre en compte l'aspect bio-psycho sociale des patients. Nous remarquons que **deux méthodes d'anamnèse** ressortent des ces entretiens : interroger sur tous les aspects de la sexualité lors de la première séance, ou faire celle-ci petit à petit au fil des séances. L'anamnèse est évidemment importante pour la suite de la rééducation, mais dans ce cas elle est d'autant plus importante car d'après plusieurs études comme celle de Reynaert, C., et al en 2018, les patientes ont du mal à oser parler de leurs dysfonctions sexuelles, et trouve cela plus facile si c'est le thérapeute qui engage la discussion.

Comme le dit Planté, A.F. en 2020 : « une justesse de raisonnement clinique, mais aussi une éthique professionnelle et le respect » sont à appliquer lors de l'anamnèse, cela peut donc expliquer pourquoi certaines MK prennent plus de temps pour la réaliser, en effet certaines patientes ont besoin de temps pour se livrer.

L'anamnèse est évidemment évolutive dans un cas comme dans l'autre, étant donné qu'au fil des séances la patiente sera beaucoup plus en confiance pour parler de son intimité.

Durant la première séance mais aussi lors du reste de la rééducation plusieurs champs de l'éducation à la santé sexuelle vont être mis en place par les MK :

Tableau XIII : Récapitulatif de ce qui est mis en place par les MK concernant les 3 champs de l'ESS venant du Haut Conseil de Santé publique en 2016.

Champs de l'ESS (HCSP 2016)	Biologique	Psycho-affectif	Social
Réalisés par les MK interrogées	- Anatomie - Physiologie	- Estime de soi - Confiance en soi - Relations aux autres - Compétence psychosociales	- Développement de l'esprit d'analyse face aux facteurs socio-environnementaux - Notion de consentement - Prévention des violences sexuelles
Non réalisés par les MK interrogées	- Connaissance biologique - Puberté - Prévention IST - Contraception, IVG	- Orientation sexuelle - Identité sexuée	- Lois écrites : code civil et code pénal - Valeurs et normes

- Tout d'abord le champs biologique : l'anatomie et la physiologie sont repris tout au long des séances, dans un premier temps (la première séance) de manière globale avec des planches anatomiques, un bassin en 3D, ou encore en utilisant la main pour représenter le périnée.

Ensuite, lors des séances suivantes, l'anatomie va être mis en lien avec le corps de la patiente, lui faire regarder, toucher, ressentir sont des termes et technique qui ressortent de chaque entretiens.

Dès le début la physiologie mais aussi physiopathologie sont expliquées, d'après les MK cela aide à déculpabiliser les patientes concernant leurs troubles sexuels.

Ces deux points de l'ESS permettent aussi de mettre en place l'ETP (Bouric., G, et al. 2015), en effet celle-ci consiste d'après l'HAS en 2018 à **informer** le patient sur sa pathologie dans

le but d'aider celui-ci à : « gérer les symptômes, les traitements, les conséquences physiques et psychologiques et les changements de mode de vie » (HAS. 2018).

Nous constatons ici que la **frontière est fine** entre l'ESS et l'ETP, cependant lors des entretiens aucun MK n'a mentionné le terme d'éducation thérapeutique, j'analyse cela comme le fait que les MK le mettent en place mais de manière inconsciente, comme le dit l'article de Gedda., M. en 2008, « le masseur-kinésithérapeute fonde sa pratique sur l'éducation thérapeutique. Souvent sans le savoir », et qu'elles se considèrent certes comme des guides mais non pas comme des éducateurs. L'ETP rentre de plus en plus dans nos moeurs de pratiques, cependant ce changement est encore assez ressenti et n'est donc pas encore généralisé à tous les MK, même si comme dans cette étude beaucoup le mettent en place sans s'en rendre compte.

- Le champ psycho-affectif est **peu mis en place** par les MK interviewées, les émotions en lien avec les troubles, la confiance en soi, estime de soi... sont pris en compte via le relationnel des MK, avec toujours ces principes, de bienveillance, d'écoute active de déculpabilisation des patientes mais aussi de re-orienter la patiente si besoin. Cependant d'après les données, cela est mis en place aux cas par cas, mais n'est pas généralisé à tous les patients.

De nos jours il est courant et même recommandé de prendre en charge le patient de manière globale c'est à dire d'après un schéma bio-psycho-social (Nygaard, S. ; et al. 2019), le fait de ne pas généraliser la prise en charge du champ psycho-affectif peut être un manque dans le traitement de ces MK.

Plusieurs articles, démontrent que les femmes avec des douleurs pelviennes chroniques, sont plus sujettes aux problématiques psycho-affectif (Miller-Matero, L. R., et al, 2016), mais aussi qu'une prise en charge pluridisciplinaire avec en plus des MK, des psychologues ou psychiatres, est avantageuse pour ce type de patientes (Flanagan., E. et al 2015).

Ainsi nous pouvons nous demander compte tenue de cette PEC pluridisciplinaire, comment et par quelles techniques, ou outils, le MK peut-il optimiser sa prise en charge du champ psycho-affectif sans dépasser son champ de compétence ?

- Pour finir le champ social de l'ESS : Nous remarquons que c'est le deuxième champs le plus mis en avant lors des entretiens.

Le fait que les MK abordent **différents types de sexualités**, la masturbation, les positions... peut s'expliquer par plusieurs faits : déjà comme dit dans l'analyse, ne pas entretenir le cercle vicieux de la douleur en forçant sur la pénétration et ainsi avoir une sexualité qui est agréable et sûre. Pour cela les MK donnent un panel d'informations sur les possibilités sexuelles.

Ensuite ces informations multiples donnent des clés supplémentaires aux patientes pour développer leurs esprit critique face aux facteurs socio-environnementaux, en effet comme le dit Andro, A. & Bajos, N. en 2008 : « Dans un contexte où le modèle de la sexualité hétérosexuelle monogame et pénétrative constitue un système normatif structurant » et ainsi réussir à sortir de cette norme.

La notion de consentement fait aussi partie du champs social de l'ESS, comme une des MK l'a dit : « souvent à la Réunion, pour moi c'est compliqué parce que la notion de viol conjugal c'est quelque chose qui n'existe pas vraiment et j'entends tous les jours des choses à base : bah non j'avais pas envie mais si je dis non il fait la gueule toute la journée. »MK3, Cela revient aussi aux valeurs données en début de ce mémoire concernant le taux de violence intra-conjugal à la Réunion (**15 %** subissent des violences conjugales tant physiques sexuelle, verbales, psychologiques, administratives, et économiques, Observation régional de la santé océan indien, 2020).

Pour palier à cela les MK mettent en place un discours éducatif, sur le fait qu'un rapport est censé être agréable, voulu, et que la patiente doit être maître de la situation, ce type de discours peut aider à une prise de conscience, gain d'assurance mais aussi déculpabiliser les patientes qui sont dans ces situations.

Cette notion de consentement est favorisée par les MK qui demandent aux patientes lors des séances leurs consentement pour chaque actes thérapeutique, en effet cela aide la patiente à prendre conscience qu'elle est maître de son corps. De plus les professionnels de santé, dont les MK, sont obligés d'avoir le consentement libre et éclairé des patients avec chaque acte/traitement (code de la santé publique, 2016).

Enfin comme le dit Yasmine, R et al en 2015 : les choix réalisés par les femmes concernant leur corps et comportements sexuels n'est pas qu'un choix personnel, c'est un choix qui est impacté par la société, l'autorité légale (les parents, famille) et religieux.

Nous retrouvons cet aspect de la littérature dans les entretiens, le fait que les MK reconnaissent que les déterminants socio-culturel impactent la sexualité de la patiente, et même la formate avec parfois ce contexte tabou. Mais aussi le fait que ces déterminants peuvent donc venir freiner la mise en place de cette éducation, tout cela est en accord avec la littérature. D'autres freins sont aussi évoqués par les MK, nous allons donc maintenant parler du dernière thème qui est les freins à l'intégration de cette éducation.

8.3. Les freins à l'intégration de l'éducation à la santé sexuelle et les remédiations.

Plusieurs freins sont avancés par les MK : qu'ils soit en lien avec le contexte socio-culturel des patients comme l'éducation, l'aspect tabou de la sexualité qui peut être dû au contexte familiale ou religieux.

Malgré l'identification de ces freins, la majorité des MK interviewées décrètent que ces déterminants n'influencent pas leurs mise en place de l'ESS, en effet celles-ci continuent de transmettre les informations, à expliquer, à « essayer de casser les codes » des patientes.

Seulement pour une minorité des MK il y a une adaptation qui consiste à aborder l'ESS de manière plus lente c'est à dire commencer avec le champ biologique et ensuite sur le champ social avec les différentes pratiques sexuelles, masturbation ... au fils des séances quand la patiente est plus prête à recevoir ce type d'informations.

Nous pouvons donc nous demander si le fait de ne pas s'adapter ou seulement avoir une progressivité de la transmission des informations est suffisante pour palier aux freins de l'ESS ?

Un autre frein qui cette fois ci est en lien avec l'environnement/ l'entourage de la patiente : le conjoint qui peut se montrer en désaccord ou encore oppressant et donc non-aidant à la PEC, mais aussi la mise en pratique des conseils prodigués dans le cadre de l'ESS. Comme remédiation certains MK n'hésitent pas à faire des séances avec le conjoint, pour mieux les impliquer dans la PEC, comme le dit Boudrahem, S en 2020, le partenaire peut jouer un rôle important de part sa position privilégiée et ainsi être un moteur motivationnel.

8.4. Résumé de la réponse à la question de recherche, mise en place de l'ESS.

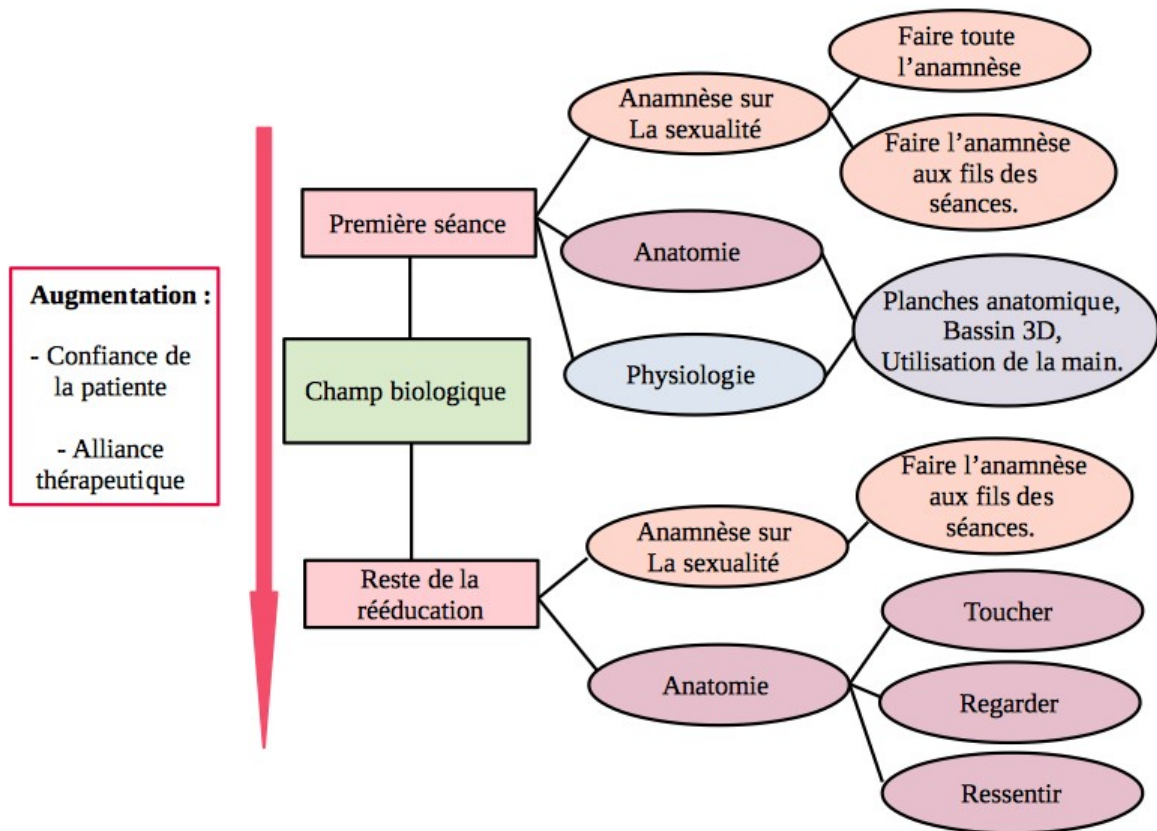


Figure 7 : Mise en place du champ biologique de l'ESS pour vaginisme et dyspareunie.

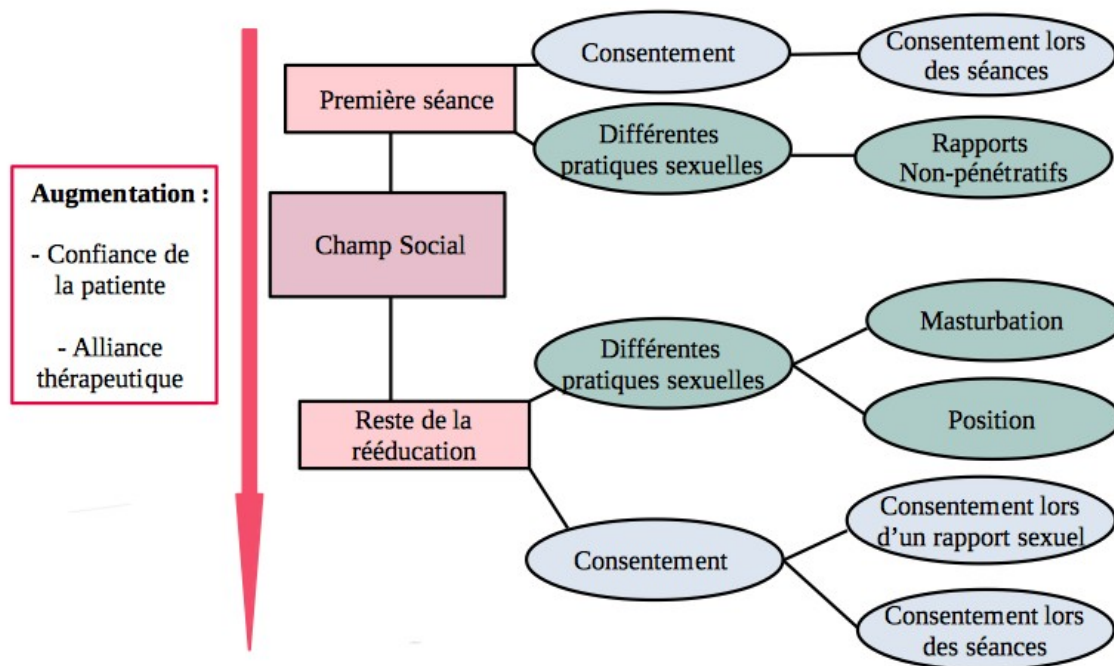


Figure 8 : Mise en place du champ social de l'ESS pour vaginisme et dyspareunie.

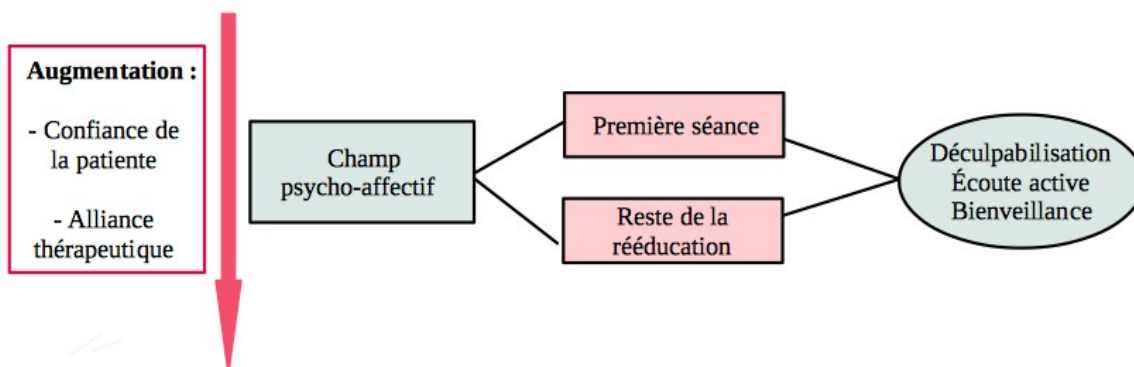


Figure 9 : Mise en place du champ psycho-affectif de l'ESS pour vaginisme et dyspareunie.

Voici un résumé synthétique des données qui répondent à la question de recherche.

Le champ biologique, est mis en place dès la première séance avec l'anatomie et la physiologie en utilisant des planches anatomique, ou modèle 3D... ensuite ce champ est repris lors du reste de la rééducation, l'anatomie va être repris mais cette fois-ci en la mettant en lien avec le corps de la patiente, donc la faire toucher ; mettre de l'huile ; de la crème sur sa vulve, regarder via un miroir, ou encore ressentir les contractions et décontraction.

Ensuite le champ social, lors de la première séance les différentes pratiques sexuelles sont abordées dans le but de ne pas forcer sur la pénétration qui peut être douloureuse ou impossible. Certaines MK interrogées vont même jusqu'à mettre une injonction à la pénétration. Ensuite le consentement est mis en avant par les MK qui expliquent qu'il n'y aura pas de touché vaginal lors de la première séance, et qu'il sera réalisé quand la patiente sera prête.

Pour le reste de la rééducation les différentes pratiques sexuelles sont reprises, avec une discussion sur les différentes positions et lesquelles sont les plus adaptées pour la patiente, la masturbation est aussi abordée. Le consentement est repris et cette fois-ci mis en lien avec le couple de la patiente, en rappelant que chaque relation/rapports doit être voulue, agréable.

Enfin le champ psycho-affectif : durant toute la rééducation les MK vont prendre en compte les émotions de la patiente, sa confiance en soi ... via la bienveillance, l'écoute active et aider à déculpabiliser les patientes par rapports à leurs troubles.

Tout cela est bien évidemment possible grâce à l'alliance thérapeutique mais aussi grâce à la confiance que la patiente a, et que le thérapeutes gagnent au fil des séances.

Pour finir cette interprétation, j'aimerais revenir sur l'échantillon.

De nos jours, nos pratiques sont de plus en plus basées sur « l'Evidence Base Pratique » (EBP). Cette pratique se fonde sur : les recommandations de la littérature, les attentes globales du patients mais aussi l'**expérience et les compétences** du praticien (Pallot., A. et al 2019) .

Comme le dit Kech., G et al en 2015, les formations permettent de développer : la pratique, le raisonnement clinique, et « la qualité et sécurité des soins »(Kech., G et al. 2015).

Ainsi avec ces éléments, je m'attendais à trouver une différence dans la mise en place de l'ESS chez les MK interrogées. En effet, il y a une grande différence d'années de pratique (allant de 2 à 17 ans), mais aussi en ce qui concerne les formations réalisées (3 d'entre elles sont formées en sexologie). Cependant je n'ai pas trouvé de différences dans les grandes lignes de l'intégration de l'ESS, la plus notable serait l'anamnèse. Cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas de différence, mais pour les mettre en avant une étude complémentaire doit être réalisée.

8.5. Critique du dispositif

Lors de cette étude, malgré un travail rigoureux concernant la méthodologie, plusieurs biais sont quand même présents.

8.5.1. Les biais.

- biais de l'enquêteur.

Dû à mon cadrage théorique, j'avais déjà des à priori sur la question de recherche. Cela entraîne d'ores et déjà un manque de neutralité, qui a pu se retrouver lors des entretiens, en effet comme le dit Kohn, L et al en 2014, l'intervieweur peut influencer les réponses des participants en fonction de ses sentiments/ opinions, que ce soit avec le para verbal ou le non verbal. J'ai à plusieurs reprises pu influencer les MK interrogées par des hochements de tête, des sourires ...

- biais de méthodologie.

Plusieurs points sont à soulever : premièrement le guide d'entretien (Annexe II) qui a évolué entre les entretiens. Cela a permis certes d'avoir plus d'informations, mais a également entraîné une modification sur la base des questions qui n'étaient donc pas similaires entre chaque entretien. De plus, les entretiens se sont réalisés en **vision-conférence**, avec la majorité des MK interrogées à leur domicile, avec parfois des enfants présents. Ce facteur a pu notamment entraîner des difficultés à aborder certains aspects de l'ESS.

- biais de désirabilité sociale.

Les MK interrogées ont pu « se montrer sous une facette positive » (Chabal., S en 2014). cela signifie « embellir » leurs pratiques lors des entretiens afin de mieux rentrer dans le cadre de l'ESS.

8.5.2. Validité de l'étude

En ce qui concerne la validité de l'étude deux points vont être abordés : la validité interne avec la crédibilité et la validité externe avec la transférabilité (Proulx, J. 2019)

- La crédibilité.

La **triangulation** qui utilise différentes sources pour arriver à l'élaboration des données (codage, analyse, ...) (Demers, V. 2020), n'a pas été réalisée.

Effectivement dans mon étude, j'ai réalisé seule le codage des entretiens, l'analyse et l'interprétation des résultats. De plus je n'ai pas transmis les résultats ou même les entretiens

retranscrit aux MK interrogées pour avoir la vérification du contenu avant de procéder à l'interprétation.

-La transférabilité.

La transférabilité est : « *la possibilité de généraliser les observations à d'autres objets ou d'autres contexte* ». (Careau, E., & Vallée, C. 2014).

Ainsi nous allons aborder l'échantillon : premièrement, la **saturation** des données, malgré la recommandation de celle-ci (Poelman., T. 2015), n'est pas atteinte dans mon étude due à la taille de l'échantillon (6 participants), cela est dû comme dit précédemment par le temps dont nous disposons pour la réalisation de cette étude (voir figure 10).

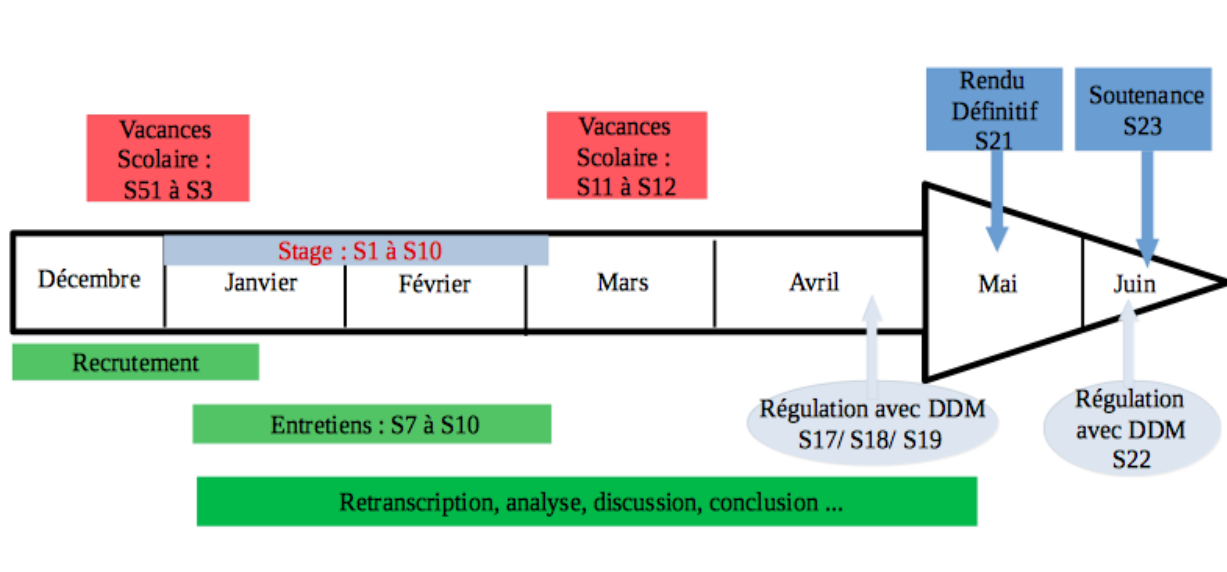


Figure 10 : Diagramme de Gantt sur l'organisation de la recherche de mon étude.

Ensuite l'étude est menée dans une même région (La Réunion), cela est un choix dû aux vecteurs socio-culturel propre de la population réunionnaise. En effet la population réunionnaise est trop différente de la population métropolitaine pour en faire une mise en commun, cependant j'aurais pu faire une étude les comparants, mais j'aurais eu besoin de beaucoup plus de temps pour la réalisation de celle-ci.

Évidemment le fait que l'étude ne soit menée qu'à la Réunion empêche une extrapolation de données de cette étude au reste du territoire français.

8.6. L'intérêt de l'étude.

L'objectif principal de cette étude était de savoir comment les MK libéraux intègrent l'ESS lors de leurs PEC des femmes atteintes de vaginisme ou dyspareunies. Le contexte de cette étude s'encre dans un manque de la littérature sur ce sujet, elle est donc la première étude à s'intéresser sur la mise en place de cette éducation. Même si les résultats ne peuvent pas être généralisés du fait des biais, elle permet de mettre en évidence, via ces témoignages, l'**intégration** de l'ESS en libéral. Nous constatons ainsi que les 3 champs de l'éducation à la sexualité (HCSP. 2016) peuvent être utilisés pour ces prises en charge, cette étude permet aussi de mettre en avant le rôle important des MK dans ce type de PEC.

De plus d'après la population étudiée et donc les résultats, l'impact des déterminants socio-culturels sur la santé sexuelle mais aussi sur l'ESS, sont mis en évidence. En effet les MK interrogés ont abordé les déterminants socio-culturels comme étant des freins possible à cette éducation.

Certains questionnements sont arrivés à la suite de l'interprétation des données notamment sur la remédiation de certains freins, cela peut donc constituer de nouvelles pistes de recherche.

8.7. Perspectives de recherche.

Pour avancer dans la recherche sur ce sujet, il faudrait dans un premier temps renouveler cette étude en essayant de limiter les biais au maximum, pour cela il faudrait d'abord avoir une taille d'échantillon plus importante afin d'atteindre une saturation des données, ensuite avoir plusieurs chercheurs qui analysent les résultats, c'est à dire une ou plusieurs personnes différentes de celle qui réalise les entretiens, pour ainsi réaliser une triangulation des données.

Enfin pour approfondir ce thème nous pouvons proposer plusieurs pistes aux prochains chercheurs : ouvrir l'étude à la population métropolitaine pour voir l'impact des vecteurs socio-culturel propre à chaque région, et ainsi pouvoir comparer les populations.

Faire une recherche sur le champs psycho-affectif de l'ESS, pour avoir plus d'informations à comment la mettre en place de façon optimale.

Pour finir nous pouvons aussi proposer d'approfondir le sujet des remédiations aux freins induit par les vecteurs socio-culturels chez les femmes atteintes de vaginisme ou dyspareunies.

9/ Conclusion de l'étude.

Nous arrivons donc à la conclusion de cette étude, qui a pour but d'apporter des précisions voir même « combler » un manque de la littérature concernant l'intégration faite par les MK de l'ESS chez les femmes atteintes de vaginisme ou de dyspareunies.

Mon raisonnement de base partait du principe que plusieurs études abordaient l'importance de l'ESS comme traitement pour le vaginisme, mais qu'aucune d'entre elles n'expliquaient comment la mettre en place. Du fait de la classification du DSM-5 en 2013, j'ai dû rajouter les dyspareunies à l'étude, malgré le fait que l'ESS n'est pas abordé dans la littérature pour ces pathologies.

Ainsi pour comprendre comment nous pouvons mettre en place l'ESS et donc répondre à la question de recherche qui est : « Comment les Masseurs-Kinésithérapeutes exerçant en libéral à la Réunion, prenant en charge des femmes atteintes de vaginisme ou dyspareunies, intègrent l'éducation à la santé sexuelle lors de la prise en charge de ces patientes ? » un échantillon de 6 MK libéraux exerçant à la Réunion a été interviewé.

Voici un résumé synthétique des résultats de cette étude :

- Les MK interrogés font la différenciation entre le vaginisme et les dyspareunies.
- La mise en place de l'ESS faite par les MK interrogées comprends les 3 champs : cette éducation est mise en place durant toute la PEC des patientes, avec au début beaucoup plus le champ biologique (anatomie, physiologie ...) ensuite de manière toujours très présent le champ social (consentement, développement de l'esprit d'analyse...) et enfin le champ psycho affectif, qui est cependant le moins abordé de tous.
- Les MK ont fait part de certains freins comme : le contexte socio-culturel, le conjoint... cependant les remédiations présentées peuvent ne pas être suffisantes pour la gestion de ces freins, et d'autres études pourraient être intéressantes pour approfondir ce point.

Les résultats de cette étude nous permettent donc de comprendre l'importance de l'éducation à la santé sexuelle, l'importance qu'a le rôle du MK dans le cas de vaginisme mais aussi des dyspareunies. Plusieurs autres points intéressants en ressortent comme les freins à l'ESS mais aussi des remédiations que les MK ont pu proposer.

9.1. Les perspectives scientifiques.

En ce qui concerne les perspectives scientifiques, les résultats de cette étude sont des arguments de plus en faveur de la littérature. Premièrement car les MK interrogées font la différenciation entre le vaginisme et les dyspareunies, ce qui est retrouvé dans plusieurs articles suivant la classification du DSM-5 en 2013, comme par exemple l'article de Simonelli, C et al, en 2014. Ensuite nous nous rendons compte que les MK interrogées suivent bien les **recommandations** concernant le vaginisme, en effet celles-ci intègrent bien l'ESS dans leurs pratiques comme le recommande plusieurs écrits comme par exemple celui de Rochera, M.B. en 2016.

Nous pouvons aussi voir que cette étude apporte de nouveaux savoir et vient donc compléter cette littérature qui recommandait l'ESS pour le vaginisme. Grâce à ces résultats nous pouvons maintenant comprendre comment la mettre en place.

De plus nous pouvons constater que l'ESS est systématiquement mis en place pour les dyspareunies et qu'elle apporte une plus value. Cela est donc **un nouvel apport** à la littérature car l'ESS n'était pour l'instant pas abordé dans le cadre des dyspareunies.

9.2. Les perspectives professionnelles.

Plusieurs articles comme celui de Larocque-Latour G. et al en 2020, nous présente une certaine réticence des professionnels de santé a abordé la sexualité avec les patientes, ce qui ressort beaucoup de la littérature est l'inconfort, la crainte d'être jugé ou encore ne pas se sentir suffisamment pertinents pour en parler.

Cependant de part les résultats de cette étude qui montrent un versant encore peu abordé de la Masso-kinésithérapie, nous voyons l'importance et l'intérêt d'ouvrir le sujet, la conversation avec les patients et ainsi fournir une éducation adéquate. En effet les mauvaises croyances, le retard de prise en charge qui découle de ce contexte tabou sont encore aujourd'hui trop présents. En tant que Masseur-kinésithérapeute nous sommes habilités à prendre en charge les troubles de la zone périnéale, c'est aussi de notre devoir de questionner tout les aspects de la santé et donc la santé sexuelle.

Ainsi si cette étude peut aider à modifier les représentations et les craintes des MK et futurs MK concernant la sexualité et la santé sexuelle. En se rendant compte que nous sommes légitimes et bien placés pour pouvoir aborder cet aspect de la santé avec les patients,

afin de les aider à s'informer, comprendre et le mettre en pratique, pour atteindre une santé sexuelle optimale.

Cependant pour permettre un véritable changement, cette étude n'est évidemment pas suffisante, il faudrait encore plus intégrer la sexualité des patients lors du cursus de formation, pouvoir en parler librement lors des études afin de normaliser ce type de discussion avec tout les patients. Cela pourrait permettre aussi aux étudiants de s'intéresser à ce champ de la Masso-kinésithérapie et ainsi peut être continuer à se former une fois diplômé.

Pour finir, comme le dit certaines des MK interrogées, nous avons aussi un rôle dans l'éducation des plus jeunes et donc dans la prévention. Certaines ont proposé d'aller faire de la prévention dans les collèges, lycées mais encore intervenir dans des maisons de santé, planning familial... globalement ouvrir l'éducation qu'on peut apporter à un public plus large que ceux souffrants de pathologies. Depuis l'arrêté du 2 septembre 2015, durant la formation de Masso-kinésithérapie, les étudiants sont formés à la prévention mais aussi à l'organisation d'action de prévention, comme avec le service sanitaire. Nous pouvons donc juste encourager les MK et futurs MK à intervenir dans des programmes de prévention, à en créer pour continuer d'éduquer, transmettre des informations fiables, et ainsi participer à la promotion de la santé.

10/ Conclusion générale du mémoire.

Pour conclure ce travail d'une année, j'aimerais dans un premier temps revenir sur l'étudiante que j'étais il y a quatre ans qui, de part une proche, avait découvert un nouveau champ de la Masso-kinésithérapie, et commençait à se passionner. À cette époque je commençais à m'informer, je parlais donc de sexualité pour essayer de l'accompagner dans sa pathologie. Le fait d'en parler avec elle me faisait penser que j'étais apte à étendre ce champ dans ma vie professionnelle, cependant avec du recul je me rends compte je n'étais pas encore prête.

Je repense donc à ce patient avec qui je n'ai pas su parler de sexualité. Avec le recul que m'apporte ce mémoire, je comprends que la sexualité était encore tabou pour moi. Ce travail m'a ainsi permis d'avoir cette prise de conscience, mais il m'a surtout permis d'aller de l'avant et de dépasser cette limite. En effet, en parler autour de moi que ce soit aux collègues, à la famille, ou encore aux amis, m'a fait comprendre que je pouvais parler de sexualité de manière professionnelle et ainsi sortir de ce contexte tabou.

Ce mémoire m'a donc fait évoluer sur le plan professionnelle mais aussi personnelle, professionnelle car j'ai appris énormément sur la prise en charge du vaginisme et des dyspareunies de part la littérature mais aussi via les entretiens. La cause des Femmes me tenant à coeur, je compte par la suite me former en uro-gynécologie mais aussi en sexologie pour approfondir les savoirs que j'ai acquis via ce mémoire et ainsi les restituer vis à vis des futurs patients que je prendrai en charge.

Du point de vue personnel, ce travail m'a beaucoup appris sur moi même, avec par exemple une capacité de conjuguer plusieurs travaux en même temps, une gestion de l'incertitude, une remise en question quasi journalière, et évidemment pouvoir dépasser cette limite du contexte tabou.

La réalisation de cette étude m'a permis de découvrir le monde rigoureux de la recherche. Premièrement, la lecture critique d'articles est un aspect de la recherche que je maîtrise beaucoup mieux grâce à ce travail. C'est également une compétence que je vais pouvoir utiliser dans ma future pratique, et ainsi la faire évoluer en permanence. Enfin, durant la réalisation de ce mémoire j'ai eu à faire beaucoup de choix, mais surtout les justifier, ce travail m'a donc permis de gagner en confiance concernant les choix que j'ai pu faire.

Pour finir, le fait d'écrire cette conclusion, me fait prendre du recul et me permet de réaliser l'évolution que j'ai connu durant ces 4 années et ces nombreux stages. Je suis passée d'une étudiante qui reproduisait les prises en charges de mes tuteurs à une future professionnelle qui réalise ses propres prises en charges basés sur mon raisonnement clinique et donc mes choix, et je sais que cette évolution n'est pas prête de s'arrêter.

Bibliographie :

- 1 - Agence Régionale de Santé, (ARS). (2017). Situation sanitaire, Réunion et Mayotte.
- 2 - Alimi, Y; Iwanaga, J; Oskouian, R J.; Loukas, M; Shane T, R. (2018). The Clinical Anatomy of Dyspareunia: A Review. Clinical Anatomy, –. doi:10.1002/ca.23250
- 3- American Psychiatric Association (2013) Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. American Psychiatric Publishing, Arlington.
<http://www.dsm5.org/documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- 4- Andro, A. & Bajos, N. (2008). La sexualité sans pénétration : une réalité oubliée du répertoire sexuel. Dans : éd., Enquête sur la sexualité en France: Pratiques, genre et santé (pp. 297-314). Paris: La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.bajos.2008.01.0297>
- 5- Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Annexe II- Référentiel de compétences. <http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2019/12/Référentiel-compétences.pdf>
- 6 - Article R4321-5 du Code de la santé publique du 8 octobre 1996 . Décret n°96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. Abrogé par Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913987/
- 7- Aubin-Auger, I. & al. (2008). Introduction à la recherche qualitative. Exercer, 19, n°84, pp. 142-145.
- 8 - Benoît-Lamy S, Boyer P, Crocq M-A, Guelfi JD, Pichot P, Sartorius N, et al. (2005) DSM-IV- R: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- 9 - Bokaie, M. Bostani, K.Z. (2019) : Couple therapy and vaginismus : A single case approach, journal of sex et marital therapy, DOI : 10.1080/0092623X.2019.1610126
- 10 - Borg, C. ;Peters, M. L.;Schultz, W.W. ;Jong, P.J (2012). Vaginismus: Heightened Harm Avoidance and Pain Catastrophizing Cognitions. , 9(2), 558–567. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02535.x
- 11 - Boudrahem, S. (2021). Rôle du MK dans le recouvrement de la sexualité de la personne en situation de handicap. Exemple des personnes blessées médullaires. Kinésithérapie, La Revue, 21(230), 22–25.doi: 10.1016/j.kine.2020.11.008

- 12 - Bouric G, Beaumont M, Delplanque D. (2015). Éducation thérapeutique et kinésithérapie. EMC - Kinésithérapie- Médecine physique-Réadaptation 2015;0(0):1-10 [Article 26-700-A-10].
- 13 - Bourne, S J.F; M. Lee, C; Taliaferro, E; Y. Zhang, A; F. Dalomba, N; Panton, C; Roberts, M.B ; Magee, S. (2020). Impact of teaching sexual health education on medical students. Fam Med. 020;52(7):518-522.
- 14- Bozon,. M. , (2009). Sociologie de la sexualité, Armand Colin, coll. « 128 », 126 p., EAN : 9782200355609.
- 15 - Brauer, M; Lakeman, M; van Lunsen, R; Laan, E (2014). Predictors of Task-Persistent and Fear-Avoiding Behaviors in Women with Sexual Pain Disorders. The Journal of Sexual Medicine, 11(12), 3051–3063.doi:10.1111/jsm.12697
- 16 - Braun, V., Clarke, V., Boulton, E., Davey, L., & McEvoy, C. (2020). The online survey as a qualitative research tool. International Journal of Social Research Methodology, 0(0), 1–14. <https://doi.org/10.1080/13645579.2020.1805550>
- 17- Careau, E., & Vallée, C. (2014). Recherche qualitative et scientificité. Guide pratique de recherche en réadaptation, 489-507.
- 18- Chabal., S. (2014). Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information. Les fiches en lignes de la lette du CEDIP. Disponible : <file:///Users/TK/Downloads/Chabal-Biais-recueil-information-2014.pdf>.
- 19 - Clemente, K. (2021). Un patient évoque une difficulté sexuelle : place du masseur-kinésithérapeute. Kinésithérapie, La Revue, 21(230), 19–21.doi:10.1016/j.kine.2020.11.007
- 20 - COLANGELI-HAGEGE, H. (2018). Intérêts et limite de l'EBP en rééducation périnéale.In Kinésithérapie scientifique, N°600, pp. 33-38. 0023-1576
- 21- Crocq M-A, Guelfi JD, American Psychiatric Association (2016) . DSM-5 ®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
- 22 - Crowley, T.; Richardson, D.; Goldmeier, D. (2006). Recommendations for the management of vaginismus: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. International Journal of STD & AIDS, 17(1), 14–18.doi:10.1258/095646206775220586

- 23- Dany, L ; (2016). Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. Les représentations sociales. <https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01648424/document>
- 24 - De Ketele J.-M., & Roegiers X., (1996), Méthodologie du recueil d'informations. Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents. Méthodes en sciences humaines. 3e édition, Paris: De Boeck Université.
- 25- Demers, V. (2020). Démystifier les méthodes qualitatives : Les standards rédactionnels de l'APA pour la rédaction d'articles empiriques qualitatifs. *Psycause : revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 10(1), 49–60. <https://doi.org/10.51656/psycause.v10i1.30459>
- 26 - Dias-Amaral, A.; Marques-Pinto,A. (2018). Female Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: Review of the Related Factors and Overall Approach. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, (), s-0038-1675805–.doi:10.1055/s-0038-1675805
- 27 - Dubois, V. (2012) *La Compagnie des Indes Galantes*. Saint-Denis : Éditions Edifree. (Consulté en ligne le 20/11/2015).
https://books.google.fr/booksid=7bVWp_wtPpMC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.)
- 28 - Farnam, F.; Janghorbani, M ;Merghati-Khoei, E. ; and Rais, F. (2014). *International Journal of Impotence Research* 26, 230–234. doi:10.1038/ijir.2014.16
- 29- Flanagan., E. Herron., K.A. O'Driscoll., C. Williams., A.C. (2015). Psychological Treatment for Vaginal Pain: Does Etiology Matter? A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 3–16. doi:10.1111/jsm.12717
- 30- Gedda., M. (2008). Pas de kinésithérapie sans éducation thérapeutique. *Kinésithér Scient* 2008,492:41-44 - 10/10/2008
- 31- Halcomb,J; Davidson, M. ; (2006). Is verbatim transcription of interview data always necessary?. , 19(1), 0–42. doi:10.1016/j.apnr.2005.06.001
- 32- Haute Autorité de Santé (HAS), (2013). Éducation thérapeutique du patient (ETP). Dossier d'information pour le patient. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

- 33- Haute Autorité de Santé, (2018). Éducation thérapeutique du patient (ETP). Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques. Synthèse de la littérature et orientations.
- 34 - Haut Conseil de la Santé Publique (2016), Santé sexuelle et reproductive. Collection : Avis et Rapports.
- 35- Hennebo;N., (2009). guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. Disponible : https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utiles_pour_recherche/guide_theorisation_ancree.pdf
- 36- Huberman, A., & Miles, B. (1993). Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthode. Revue française de pédagogie. pp.132-134.
https://www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_1993_num_105_1_2525_t1_0132_00002
- 37 - Institut National de la Statistique et des Études Économique (INSEE) la Réunion- Mayotte. (2019). Pauvreté et précarité à la Réunion. Contribution au diagnostic territorial : quelques chiffres-clés de l'Insee et d'autres organismes.
- 38- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers, 102, 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- 39 - Kamina, P. (2009). Anatomie Clinique : Tome. IV. Périné. Organes Génitaux Externes (2^{ème} éd., p. 281). Paris, France : Maloine.
- 40- Kech., G. André Planche., M. Buatois., S. (2015). Point sur la formation continue des masseurs-kinésithérapeutes libéraux de Lorraine à l'heure du développement professionnel continu (DPC). Kinésithérapie, la Revue, 15(158), 51–. doi:10.1016/j.kine.2014.11.060
- 41- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique, Tome LIII(4), 67–82. <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.htm>

- 42- Lahaie, MA., Amsel, R., Khalifé, S. et al. (2015) Can Fear, Pain, and Muscle Tension Discriminate Vaginismus from Dyspareunia/Provoked Vestibulodynia? Implications for the New DSM-5 Diagnosis of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. Arch Sex Behav 44, 1537–1550 . <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0430-z>
- 43 - Lamont, J; Bajzak, K; Bouchard, C; Burnett, M; Byers, S; Cohen, T; Fisher, W; Holzapfel, S; Senikas, V (2018). No. 279-Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 40(6), e451–e503. doi:10.1016/j.jogc.2018.04.009
- 44 - Larocque-Latour G. Lorente I. (2020). Construction d'un outil de repérage précoce et d'intervention brève relatif à la sexualité (RPIB-S) : un travail préparatoire. Sexualités Humaines. 2020;46: 42–54.
- 45- Lévy, J. J., Otis, J., Samson, J.-M., Fugère, A. & Pilote, F. (1996). Déterminants socioculturels et psychosociaux de l'implication dans la vie sexuelle parmi les jeunes adultes francophones du Québec. Service social, 45(1), 7–29. <https://doi.org/10.7202/706713ar>
- 46- Margueritte, F. (2016). Algies pelviennes chroniques : prévalence et caractéristiques associées dans la cohorte Constances. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 64(2), 134–. doi:10.1016/j.respe.2016.01.094
- 47- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2017). Analyse des données qualitatives.
- 48- Miller-Matero, L. R., Saulino, C., Clark, S., Bugenski, M., Eshelman, A., & Eisenstein, D. (2016). When treating the pain is not enough: a multidisciplinary approach for chronic pelvic pain. Archives of women's mental health, 19(2), 349–354. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0537-9>
- 49 - Monfort-Portet, S. (2021). Prévention – éducation – promotion de la santé : la place des MK dans la prise en considération du rôle de la sexualité dans la santé. Kinésithérapie, La Revue, 21(230), 11–18. doi:10.1016/j.kine.2020.11.006
- 50- Munasinghe, T., et al.(2004). Couple characteristics and outcome of therapy in vaginismus. Ceylon Medical Journal, Vol. 49, No. 2.

- 51- Nygaard, S. ; Stedenfeldt, M. ; Øian, P. ; Killi Haugstad, G. ; (2019). Characteristics of women with chronic pelvic pain referred to physiotherapy treatment after multidisciplinary assessment: a cross-sectional study. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2018-0308>
- 52 - Observation Régional de la Santé Océan Indien (ORS), (2014). Rapport. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements des réunionnais en matière de risques liés aux comportements sexuels en 2012. Contexte de la sexualité à La Réunion.
- 53- Observation Régional de la Santé Océan Indien (ORS), (2020). Synthèse des résultats. Violence conjugales envers les femmes à la Réunion. Exploitation de l'enquête VIRAGE dans les Outre-mer 2018.
- 54- Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. (2019). Focus sur le métier de kinésithérapeute hospitalier. Disponible : <https://www.ordremk.fr/actualites/patients/focus-sur-le-metier-de-kinesitherapeute-hospitalier/>
- 55 - Organisation Mondiale de la Santé. (2011). La santé sexuelle à tous les stades de la vie. Disponible : <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life>
- 56 - Ozen, B; Özdemir, Y.O; Bestepe, E (2018). Childhood trauma and dissociation among women with genito-pelvic pain/penetration disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 14(), 641–646.doi:10.2147/NDT.S151920
- 57 - Pacik, P. T. (2014). Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *International Urogynecology Journal*, 25(12), 1613–1620.doi:10.1007/s00192-014-2421-y
- 58 - Pacik, P.T.; Geletta, S (2017). Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients. *Sexual Medicine*, (), S2050116117300181–.doi:10.1016/j.esxm.2017.02.002
- 59- Pallot., A. Thomas., D. Gallois., M. Guémann., M. Martin., S. Morichon., A. Osinski., T. Guillaume., R. & Stephan., R. (2019). Evidence-based practice en rééducation - Démarche pour une pratique raisonnée.
- 60 - Pancholy, A.P. ; Goldenhar, L. ; Fellner, A.N.; Crisp, C.; Kleeman, S.; Pauls, R. (2011). Resident Education and Training in Female Sexuality: Results of a National Survey. , 8(2), 361–366. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02117.x

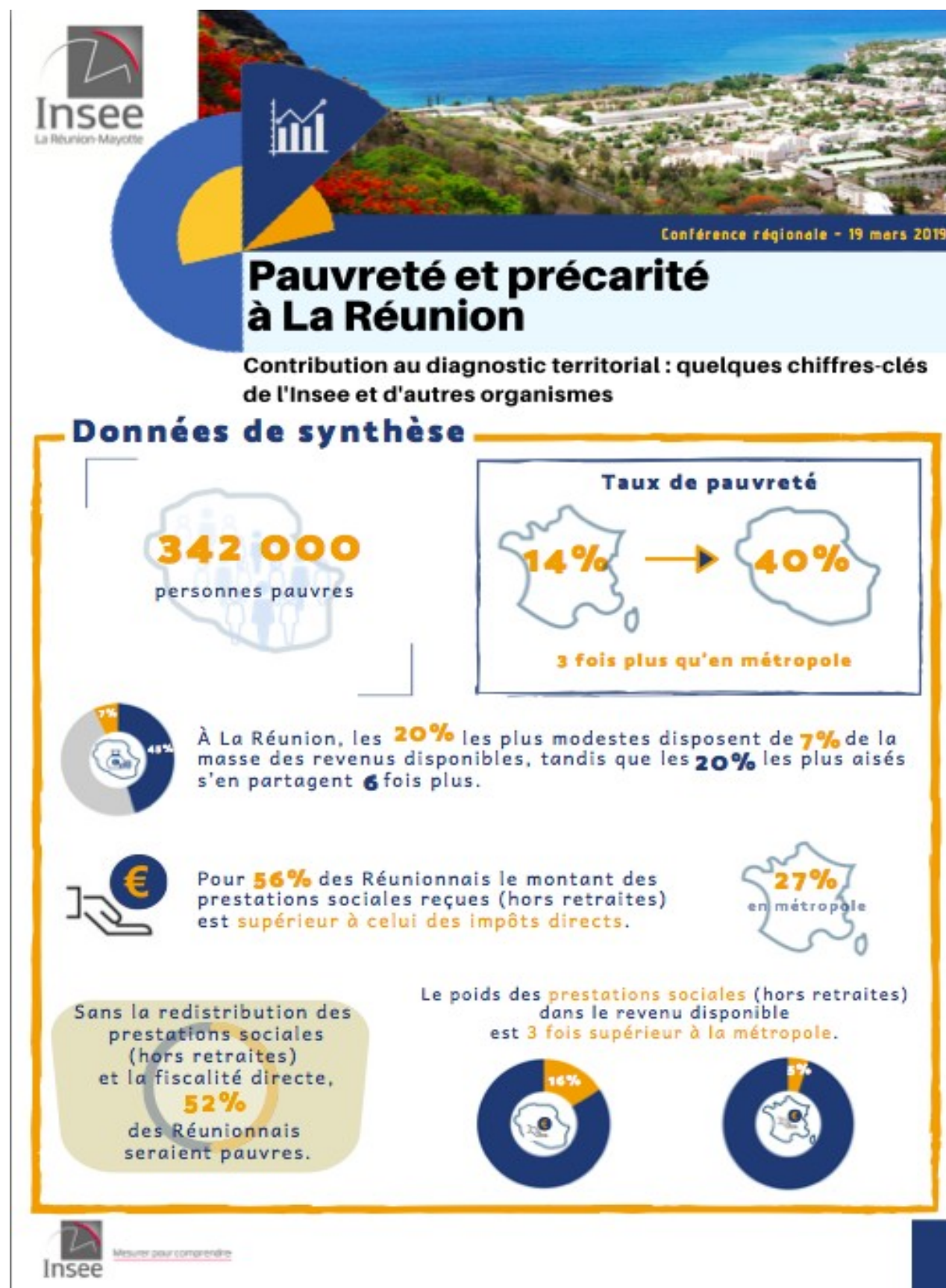
- 61 - Pithon, G. & Ponin, R. (2015). Transmission des valeurs à La Réunion sur trois générations d'hommes ou de femmes, catholiques ou hindoues. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 38, 73-98. [ht](#)
- 62- Planté, A.F. (2020). Construction de l'anamnèse en contexte de tabou. *Kinésithérapie, La Revue*, 21(230), 39-43. doi : 10.1016/j.kine.2020.11.011
- 63- Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38 (1), pp. 53-70.
- 64- Poelman., T. (2015). À quels critères une étude qualitative doit-elle répondre ? . *Minerva* 2015 Volume 14 Numéro 2 Page 24 – 24
- 65 - Reissing ED, Armstrong HL, Allen C (2013). Pelvic floor physical therapy for lifelong vaginismus: a retrospective chart review and interview study. *J Sex Marital Ther.* 2013;39(4):306-20. doi: 10.1080/0092623X.2012.697535. Epub 2013 Mar 7. PMID: 23470141.
- 66- République française. Décret no 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute - Article 5. 1996. p. 96–879.
- 67- Reynaert, C., Dubois, T., Jacques, D. & Zdanowicz, N. (2018). Chapitre 61. Le patient avec des troubles sexuels. Dans : éd., *Psychiatrie de liaison* (pp. 654-666). Cachan: Lavoisier.
- 68 - Rochera, M.B. (2016) Physiotherapy in Treating Sexual Pain Disorders in Women: A Systematic Re- view. *Advances in Sexual Medicine*, 6, 26-32. <http://dx.doi.org/10.4236/asm.2016.63004>
- 69 - Savoie-zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches Qualitatives - Hors Série*, 5(January 2007), 99–111.
- 70 - Simonelli, C; Eleuteri, S; Petrucci, F; Rossi, R (2014). Female sexual pain disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 406–412. doi:10.1097/YCO.0000000000000098
- 71 - Spira, A., Adolphe, M., Hermange, M. T., Lecomte, D., Benoît, M. M. G., Dreux, C. L., ... & Laplace, M. M. J. P. (2017). Précarité, pauvreté et santé. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 201(4-6), 567-587.

- 72 - Tarquinio, C., Tarquinio, P. & Vismara, L. (2017). Chapitre 52. EMDR et difficultés sexuelles : une illustration avec le vaginisme. Dans : *Pratique de la psychothérapie EMDR* (pp. 613-626). Paris: Dunod.
- 73- Tayyeb, M., & Gupta, V. (2021). Dyspareunia. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- 74 - Trahan, J; Leger, E; Allen, M ; Koebele, R; Yoffe, M B; Simon, C; Alappattu, M; Figuers, C (2019). The Efficacy of Manual Therapy for Treatment of Dyspareunia in Females. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 43(1), 28–35. doi:10.1097/jwh.0000000000000117
- 75 - Trudel, L., Simard, C., & Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ? *Recherches Qualitatives, Hors Série*(5), 38–45.
- 76- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (1982). *Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles*. Conférence mondiale sur les politiques culturelles.
- 77 - Van Reijn-Baggen DA, Han-Geurts IJM, Voorham-van der Zalm PJ, et al.(2021). Pelvic Floor Physical Therapy for Pelvic Floor Hypertonicity: A Systematic Review of Treatment Efficacy. *Sex Med Rev*;XX:1–22.
- 78 - World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, (2006). *Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health*, 28–31 January 2002, Geneva
- 79- Yasmine, R; El Salibi, N; El Kak, F; Ghandour, L (2015). Postponing sexual debut among university youth: how do men and women differ in their perceptions, values and non-penetrative sexual practices?. *Culture, Health & Sexuality*, 17(5), 555–575. doi:10.1080/13691058.2014.972457
- 80- Zeler, A.; Troadec, C. (2017). Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. *Sexologies*, (), S1158136017300166–. doi:10.1016/j.sexol.2017.04.002

Sommaire des annexes:

- Annexe I : « <i>Pauvreté et précarité à la Réunion : contribution au diagnostic territorial : quelques chiffres-clés de l'INSEE et d'autres organismes.</i> »	P1
- Annexe II : Guide d'entretien	P5
- Annexe III : Formulaire de consentement libre et éclairé.....	P7
- Annexe IV : Exemple d'entretien.....	P8
- Annexe V : Tableau de codage entier du thème 1 : l'Éducation à la santé sexuelle.....	P18
- Annexe VI : Tableau de codage entier du thème 2 : Intégration de l'Éducation à la santé sexuelle.....	P21
- Annexe VII : Tableau de codage entier du thème 3 : Les déterminants socio-culturel....	P29
- Annexe VIII : Tableau de codage entier du thème 4 : Les freins à l'ESS.....	P31
- Annexe IX : Compétence 5 des MK (Arrêté du 2 septembre 2015).....	P33

Annexe I : « pauvreté et précarité à La Réunion : contribution au diagnostic territorial : quelques chiffres-clés de l'INSEE et d'autres organismes. »



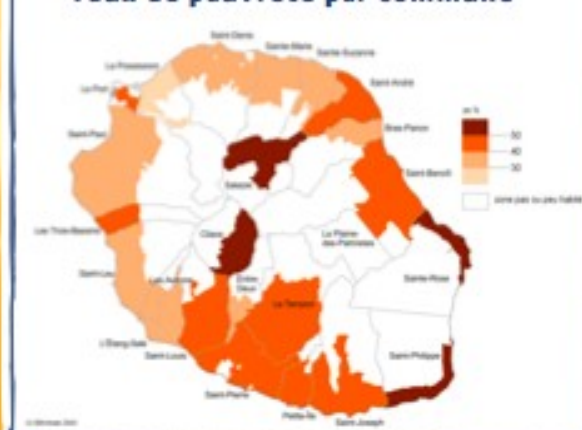
Insertion

47% des personnes en âge de travailler ont un emploi

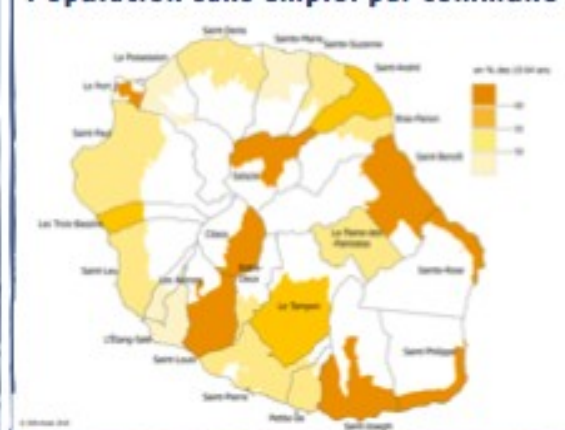


La pauvreté est liée en grande partie au manque de revenus d'activité et donc au manque d'emploi : les communes où l'emploi est plus rare sont plus exposées à la pauvreté.

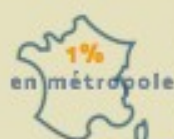
Taux de pauvreté par commune



Population sans emploi par commune



12 300 contrats aidés en septembre 2018 soit **5%** de l'emploi salarié total



Le taux de sortie en emploi durable des personnes en contrats aidés CUI-CAE est de **8 %** en 2015.

Évolution des bénéficiaires de contrats aidés



46 800 chômeurs de longue durée en 2017, soit **59%** des chômeurs au sens du BIT



30% des jeunes (de 22 à 35 ans en 2014) trouvent leur premier emploi dans l'année qui suit la fin de leurs études



60 800 bénéficiaires de la prime d'activité début 2019

Enfance - Jeunesse

121 000 enfants
vivent dans un ménage pauvre,
soit la **moitié** des enfants de l'île

92 000 enfants (de - 18 ans)
n'ont aucun parent en emploi soit **38%**



57 000 enfants vivent dans un logement
surpeuplé, soit **22%** des - de 18 ans

6 500 enfants bénéficiaires
de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance)

59 000 mères élèvent seules leurs
enfants, soit **21%** des femmes de 15 ans ou plus.
Leur taux de pauvreté est de **61%**.



1/3 des jeunes de 16 à 29 ans sont
sortis du système scolaire sans diplôme
en 2015 (contre la moitié en 1999)



14% des jeunes ont de grandes difficultés
en lecture aux Journées Défense et Citoyenneté



23% des adultes de 16 à 65 ans sont
en situation d'illettrisme



60 300 jeunes de 15 à 29 ans
ne sont ni en emploi ni en formation (**NEET**)
soit **un tiers** des jeunes



55% des ménages dont la personne
de référence a moins de 30 ans sont pauvres

Aide aux populations vulnérables

160 000 allocataires
de minima sociaux à La Réunion

dont 97 800 allocataires du RSA,
soit 17 % de la population
en âge de travailler.
C'est 4 fois plus qu'en métropole.



1,8 dossier de surendettement
déposé pour 1 000 habitants en 2017



SANTÉ

14% des Réunionnais renoncent à
des soins dentaires pour des raisons financières.



Couverture par la CMU-C plus importante
qu'en métropole : **288 000** personnes en 2017
soit **un tiers** de la population réunionnaise.

27 000 bénéficiaires de Chèques Santé

LOGEMENTS SOCIAUX

**7 ménages
sur 10**
éligibles
au logement social

28 600
demandeurs
de logements sociaux

dont :
19 700 demandes d'entrée
8 900 demandes de mutation
pour un parc de
73 700 logements sociaux

17 000 personnes
concernées par une demande
d'hébergement au 115

1 900 personnes en domiciliation
sociale dont **300** sans-abris

DÉPENDANCE

18 500 seniors sont dépendants
et bénéficient de l'APA
(Allocation Personnalisée d'Autonomie)
soit **11%** des 60 ans ou plus



HANDICAP

18 900 bénéficiaires de l'AAH
(Allocation aux Adultes Handicapés)
soit **3,6%** des adultes de 20 à 62 ans
et **3 800** bénéficiaires de la PCH
(Prestation de Compensation du Handicap)



Annexe II : « Guide d'entretien. »

Guide d'entretien :

Bonjour, je m'appelle SATSOU Shaila, étudiante en dernière année de MK à l'IFMK de la Réunion, je vous remercie de m'accorder de votre temps pour la réalisation de cet entretien. Cet entretien a pour but d'échanger sur l'éducation à la santé sexuelle mise en place par les MK chez les patientes atteintes de vaginisme ou dyspareunie. L'objectif de cette recherche est de comprendre comment les MK intègrent l'éducation à la santé sexuelle lors de leurs prise en charge chez certaines patientes.

Êtes-vous toujours d'accord pour que cet entretien soit enregistré ? Je vous rappelle avant de commencer que la retranscription de cet entretien sera anonyme.

Lors des réponses je vous demanderai d'être le plus complet possible.

1. Pourriez vous vous présenter et me parler de votre parcours ?

- Année de diplôme ?
- Formations effectuées par la suite ?
- Exercice en libéral et/ ou salariat ?
- Formation en uro-gynécologie/ sexologie ... ? depuis combien de temps ?
- Exercice à la Réunion : depuis combien de temps ... ?

2. Pouvez vous me décrire comment vous approchez généralement la prise en charge les patientes atteintes de vaginisme ou dyspareunie ?

- Combien de temps dure la première séance ?
- Comment faite vous une anamnèse sur la sexualité ?
- Donner vous des explications sur l'anatomie, la physiologie ?
- Comment se déroule le reste de la PEC ?
- Comment travailler vous le côté émotionnel des patientes ?
- Comment abordez vous le consentement dans la vie privée des patientes ?
- Comment vous aborder la santé sexuelle avec ces patientes ?
- Comment abordez vous la masturbation, le fait de toucher, regarder ... ?

3. Comment définiriez vous la santé sexuelle ?

4. Comment définir l'éducation à la santé sexuelle dans le cadre professionnelle des MK ?

5. Pensez vous que le MK a un rôle dans le recouvrement de la santé sexuelle chez ses patientes ?

- Ce que le MK peut apporter/ la plus value ?
- Comment peut-il l'apporter ?

6. Vous arrive t'il d'adapter votre prise en charge et votre dialogue en fonction de la culture/croyance/ religion de la patiente ?

- En fonction des mauvaise croyance ?
- En fonction de la religion ?
- En fonction de la culture ?

7. Quel est selon vous l'intérêt de l'éducation à la santé sexuelle chez ses patientes ?

- Quels est l'intérêt pour les patientes ?

8. Quels sont selon vous les freins possible à cette éducation ?

- Quels sont les limites à la mise en place de l'ESS ?
- Comment vous remédiez à ces freins ?

Je vous remercie de votre participation, Je vous tiendrais informé des résultats de cette recherche. Aurevoir

Annexe III : Formulaire de consentement libre et éclairé.

Présentation

Cette enquête est réalisée dans le cadre d'un mémoire de recherche en Masso-Kinésithérapie. L'enquête porte sur l'intégration de l'éducation à la santé sexuelle dans la prise en charge MK des femmes atteintes de vaginisme ou dyspareunies en libérale.

Cette recherche est menée par SATSOU Shaila. Elle n'est néanmoins possible que grâce au consentement des personnes qui acceptent d'être enregistrées, à qui nous demandons par conséquent une autorisation écrite.

Autorisation

(rayer les paragraphes ou les termes qui ne conviendraient pas)

Je soussigné(e) _____

- autorise par la présente à enregistrer en audio les entretiens individuels réalisée le _____ à _____.

- autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et **anonymisée** :

a) à des fins de recherche scientifique (**mémoires**, articles scientifiques, exposés à des congrès, séminaires)

- Prends acte que pour toutes ces utilisations scientifiques les données ainsi enregistrées seront anonymisées. Ceci signifie que :

a) les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants ;

Fait à :

Le :

Signatures :

Le
l'investigateur :

participant :

Annexe IV : Exemple d'entretien.

Entretien MK6 : 45min

Chercheur :

Bonjour, je m'appelle SATSOU Shaila, étudiante en dernière année de MK à l'IFMK de la Réunion, je vous remercie de m'accorder de votre temps pour la réalisation de cet entretien. Cet entretien a pour but d'échanger sur l'éducation à la santé sexuelle mise en place par les MK chez les patientes atteintes de vaginisme ou dyspareunie donc de DGP et/ou TP.

L'objectif de cette recherche est de comprendre comment les MK intègrent l'éducation à la santé sexuelle lors de leurs prises en charge chez certaines patientes.

L'entretien va être retranscrit et analysé, par la suite il sera comparé avec 6 autres entretiens réalisés avec 6 kinés, pour justement voir les différences et concordances entre vous.

Il y aura 8 à 9 questions/thèmes aborder, sauf que vu que l'entretien est de type semi-directif, ces questions seront très large et ce sera vous qui va axer la discussion, en fonction de ce que vous trouvez d'important ou non. Lors des réponses je vous demanderai d'être le plus complet possible.

Êtes-vous toujours d'accord pour que cet entretien soit enregistré ? Je vous rappelle avant de commencer que la retranscription de cet entretien sera anonyme.

Kiné 6 : je suis d'accord.

Chercheur : merci, avez-vous des questions avant de commencer ?

Kiné 6 : Non du tout.

Chercheur : Très bien, nous allons commencer alors, pouvez vous dans un premier temps me parler de votre parcours et des formations que vous avez effectué ?

Kiné 6 : Alors je suis diplômée de (nom de la ville) en 2016, j'ai fait une année en métropole (nom de la ville) ou j'étais assistante dans un cabinet axé sur la femme et l'enfant, je me suis donc formée en périnéologie en 2017, ensuite à la fin de 2017 je suis venue m'installer à la Réunion au départ c'était juste pour découvrir l'île durant quelques mois mais j'ai pas réussi à quitter l'île (rire), je travaille comme assistante chez (nom du cabinet et des collègues) (euh) j'ai continué à faire des formations autour de la périnéo donc

(euh) j'ai fait la formation ano-rectal en (euh) 2018 et j'ai fait une formation en sexologie en 2019, j'ai fait aussi de la thérapie manuelle en 2018 je crois.

Chercheur : très bien ! Avez vous d'autres choses à rajouter avant qu'on passe aux questions ?

Kiné 6 : non non je pense que c'est tout.

Chercheur : très bien, nous allons alors commencer dans un premier temps très globalement, pouvez vous me décrire comment vous prenez en charge les patientes atteinte de DGP et/ou TP ?

Kiné 6 : alors euh, ouh c'est compliqué parce que chaque PEC est différente, ça dépend vraiment de la patiente, de euh, sa pathologie, son vécu... mais bon globalement euh je vais déjà pouvoir différencier la première séance des autres séances ; la première séance je prends toujours 1H minimum, elle est exclusivement euh, consacré à un entretien pour faire l'anamnèse de la patiente son vécu, ou elle est aujourd'hui, pourquoi elle vient nous voir, si elle s'est informée sur sa patho, qui elle a vue avant de venir nous voir ... et ensuite on passe à une explication, euh de leur expliquer un petit peu comment se dérouleront les autres séances, les grosses lignes de la prise en charge quoi, et aussi la rassurer sur le fait que je vais pas leurs sauter dessus et faire un touché aujourd'hui bien leur expliquer qu'on va y aller a leurs rythmes. Donc lors de cette première séance elle est, à mon sens, vraiment importante pour mettre en place déjà un lien avec la patiente et en gros l'alliance thérapeutique qui commence euh et puis avoir l'accord de la patiente pour la suite.

Une fois le bilan, enfin l'anamnèse réalisée je vais faire un bilan externe global de la patiente, c'est à dire toute la sangle abdominale, les fessiers, les adducteurs ect... la mobilité du bassin euh j'ai oublié de dire que dans l'anamnèse j'ai des questions sur la constipation, sur l'hygiène intime mais aussi sur l'aspect sexo en général je pose les questions mais en leurs disant que moi j'ai besoin de ces infos pour mieux cibler la PEC mais que si elles veulent pas en parler aujourd'hui c'est pas grave, donc la ça dépend de la patiente parfois on parle du problème sexo en profondeur parfois elles disent juste : « j'ai des douleurs lors des rapports » ou encore « je peux pas avoir de rapports, ça bloque depuis tant d'année » dans le cas du vaginisme, enfin bref je me perds un peu (rire).

Donc je disais après l'anamnèse et le bilan externe je commence à expliquer l'anatomie avec les patientes, donc j'ai un bassin en 3D que je mets devant moi et ensuite devant le bassin de

la patiente pour qu'elle puisse se représenter euh au mieux le petit bassin, donc j'explique les reliefs osseux et ensuite je demande à la patiente de toucher sur elle même : « donc la c'est les ischions, la le pubis ect » et j'explique bien que entre il y a le périnée et que c'est plusieurs muscles donc la je parle aussi du rôle de chacun des muscles, rôle dans la continence, mais aussi (euh) dans la sexualité.

Si il me reste du temps je vais commencer à travailler avec la patiente l'abdomen, la respiration, euh je commence un peu la prise de conscience de la zone, je leur demande de venir contracter, relâcher tout en expliquant que c'est normal qu'au début ce soit compliqué, enfin c'est une zone considérée tabou et mise de coté par énormément de femmes donc oui ça va être compliqué de faire travailler un muscle qu'on a jamais regardé, qui n'existe pas pour nous euh mais que ça vient avec le temps, qu'il faut juste ré-associer le cerveau et le corps (rire).

Enfin voila globalement une première séance, après ça m'arrive que parfois le passer, euh les ATCD de la patiente sont tellement lourd et que le fait d'avoir quelqu'un en face qui prend du temps pour l'écouter que ça déborde un peu donc la, (euh) c'est plus une séance ou on va vraiment l'écouter, avec empathie en fait.

Chercheur : très bien pouvez-vous me parler plus de la partie où vous expliquez l'anatomie à la patiente ?

Kiné 6 : euh oui, alors euh lors de la première séance j'essaie de ne pas les inonder avec toutes les informations, donc euh d'abord je reste sur les reliefs osseux, et le périnée assez large, donc je leur demande de mettre la main entre le pubis et le coccyx en leur disant que la main représente le périnée, je leur montre aussi les orifices sur la main donc euh en avant le méat pour faire pipi, ensuite le vagin et en bas l'anus, voila enfin j'explique que tout autour il y a des muscles qui euh entourent ces orifices et donc que ces muscles la peuvent poser des problèmes si ils sont trop fort donc hypertonique dans le cas par exemple du vaginisme ou si ils sont trop faible voila avec euh des incontinence urinaires, enfin je m'attarde plus en fonction de la problématique de la patiente. Donc ça c'est pour euh la première séance, ensuite au fil des séances donc ça dépend vachement de la patiente par exemple une fois que va pouvoir faire un examen en interne je vais revenir sur l'anatomie donc ce que je touche, et pour certaines patientes si elles sont assez ouvertes, mais euh en général j'ai pas de problème avec ça, je vais leur demander de toucher aussi, ça va m'aider

aussi pour la suite de la rééducation de leurs faire prendre conscience de leurs anatomies de comment on contracte comment ça bouge, ce qu'elle touche enfin c'est une aide après pour les exercices à la maison.

Pour certaines patientes avec un contexte très tabou, ou elles n'ont jamais regardé, jamais touché, euh j'aborde ça plus lentement, dans un premier temps je vais déjà leurs demander de regarder et de me dire à la prochaine séance ce qu'elles ont vu, compris si elles ont des questions, je rappelle toujours que chaque vulve est différente et que ce qu'on voit dans les pornos c'est pas la vraie vie donc voilà enfin euh pour pas créer un complexe en plus chez ces femmes, euh ah oui donc après avoir regarder j'aime bien leurs demander de mettre de la crème ou de l'huile en fonction après la douche ça permet de venir toucher mais pas de façon choquante pour certaines, j'essaie vraiment de leurs faire comprendre que c'est comme toute autre partie du corps donc pendant la routine où on vient hydrater le corps bah euh on prend quelque minutes en plus pour cette zone là, et je trouve que ça aide. Enfin bon j'ai certaines patientes qui sont très réticentes et là c'est vraiment en fonction d'elles et de leurs avancées, je ne vais jamais les forcer à faire quelque chose, je l'aborde mais j'indique bien que si elles ne sont pas à l'aise ou ne veulent pas le faire bah c'est pas grave ou pourra revenir dessus plus tard ou pas euh. Mais voilà je suis convaincue que le fait de toucher, de regarder ça aide à s'approprier son corps et je leur dis souvent enfin quand on parle vraiment de sexualité je leur dis un peu cette phrase bateau mais qui est tellement vraie : c'est que si nous on ne connaît pas son corps et comment se faire plaisir comment on peut guider quelqu'un pour le faire ? Je me suis un peu perdue (rire) pardon

Chercheur : non du tout c'est très intéressant, pouvez vous me décrire un peu la suite de la rééducation ?

Kiné 6 : alors oui, les premières séances pour des douleurs je vais travailler globalement donc d'abord le ventre, la respiration, la prise de conscience, le diaphragme les adducteurs, fessiers... j'explique sur le fait que avec des douleurs ou même une impossibilité à la pénétration ça crée un cercle vicieux pour le corps donc appréhension de la douleur entraîne des contractions involontaire musculaires et que les contractions vont faire mal, là je fais le lien un peu avec des courbatures donc le sens ou le muscle il est toujours sollicité et donc que c'est comme si on sortait d'une randonnée et si on vient appuyer sur les jambes bah ça fait mal, là c'est pareil mais c'est comme si notre randonnée a duré des mois ou années,

eeuh et donc euh que c'est pour ça que je travaille la globalité du corps ça permet aussi de sentir toute la tension et surtout le relâchement de ces tensions, et ça m'aide pour ensuite quand on va travailler en interne.

Quand je trouve que en externe on a bien avancé je commence à aborder avec la patiente le fait de travailler en interne, je leur dis : là je trouve qu'on avance bien et que j'aimerais tester la zone, donc on y va à votre rythme mais voilà sachez que moi je pense qu'on peut commencer, donc à la prochaine séance si vous vous sentez prête venez avec une jupe ou grand t shirt ou une serviette, et on verra comment ça se passe, euh ça je préviens chacune de mes patientes mais surtout pour les vaginiques, les dyspareuniques c'est beaucoup plus simple d'aborder cette zone.

Donc lors de la séance on elles sont d'accord pour que j'examine la zone, déjà il y a bien sur un examen visuel ça m'arrive parfois que des patientes ont des problèmes de type mycose un peu récurrente qui peuvent justement créer leurs douleurs donc la j'hésite pas à les renvoyer chez le médecin voir même le gynéco. Et donc euh ah oui, ça arrive souvent lors de la 3^e séances euh parfois la deuxième, je reste surtout en externe sur le noyaux fibreux central du périnée, euh, tout simplement mettre un doigt et leurs faire mettre un doigt sur le centre tendineux du périnée pour percevoir cette contraction et ce relâchement surtout c'est ça qui va être important et c'est ça l'objectif : vraiment travailler sur ce relâchement euh et puis ensuite si c'est possible évidemment un travail vaginal. Et puis toujours en fonction de la patiente, quand voilà c'est pas douloureux je vais essayer petit à petit d'introduire mon doigt dans le vagin et en général ça se passe super bien vu que je reste à l'écoute de la patiente mais surtout de son corps, donc voilà en général il n'y a plus cette contraction réflexe et j'arrive à introduire mon doigt, ce qui étonne certaines patientes de voir que c'est possible sans douleur.

Une fois qu'on a accès à la zone, là je vais vraiment commencer le travail manuel de venir travailler les triggers, les adhérences, détendre la zone, et aussi avec les sondes venir faire du biofeedback et biofeedback négatif pour les vaginiques.

Là en ce moment j'ai une patiente pour dyspareunie mais c'est du à une épisiotomie et la cicatrice est encore gênante donc pour elle c'est certes un travail manuel mais c'est surtout beaucoup de travail à la maison qu'elle vienne se masser, qu'elle travaille la détente, travailler sur la respiration parce que avec les douleurs liées à l'épisio elle s'est contracté de

partout donc voilà la respiration, mobilité du bassin la contraction du périnée ex-cetera, et puis beaucoup de conseils sur la vie sexuelle comme la lubrification ...

Chercheur : super, vous me parlez de conseils sur la sexualité vous pouvez m'en parlez plus ?

Kiné 6 : alors euh, j'aborde avec les patientes les positions sexuelle, la lubrification, la relaxation, la masturbation euh et surtout le fait de parler avec leurs conjoints, je me suis rendue compte que beaucoup de patiente euh ne parle pas de leurs douleurs avec leurs conjoints et juste serre les dents quoi, donc j'ai déjà eu plusieurs patientes qui me disent : « oui mais si je lui dis non, il va faire la tête après voilà une dispute c'est relou quoi » et donc je leur dit quand même que déjà le fait d'avoir un rapport sans vraiment en avoir envie c'est problématique par rapport à la lubrification naturelle mais aussi par rapport à l'excitation et donc la taille du vagin, je pense surtout à ça pour les dyspareunie profondes, mais aussi par rapport au fait que normalement les deux sont censés le vouloir et qu'il ne faut pas se forcer, donc j'essaie d'aborder ça mais plus sur l'aspect physiologique de la chose pour pas venir leur dire cash que bah si elle veulent pas c'est un peu comme un viol, euh c'est trop cash de venir le dire comme ça. Donc euh sur les périnées hypertoniques j'ai souvent aussi des problèmes de lubrification d'où aussi le fait de venir mettre de l'huile après la douche, ça les habitue à le faire et donc avant un rapport c'est plus simple et euh plus décomplexé de s'en mettre, après pour les positions celle que j'aime bien c'est quand la patiente est maîtresse de la situation donc en gros quand elle peut ouvrir ou resserrer les jambes si besoin, ce que je conseille aussi pour les patientes avec des dyspareunie profonde c'est les anneaux de confort sexuelle (donne la marque), tu sais c'est un anneaux qui se mettent à la base du pénis et qui donc empêche une pénétration plus profonde.

Chercheur : Vous me parlez de renvoyer la patientes chez le médecin ou chez un gynéco, donc c'est un travail pluridisciplinaire, y a t'il d'autres thérapeutes chez qui vous renvoyer les patientes ?

Kiné 6 : oui, oui, en fonction des patientes et de leur environnement, vécu, je renvoie souvent vers un sexologue en plus pour vraiment avoir une PEC du couple, parce que moi je vois de temps en temps les conjoints mais c'est plus dans une optique d'expliquer le trouble et de soutenir la femme, parfois ils peuvent devenir des aidants avec justement la lubrification, l'écoute ... mais pour vraiment travailler sur le couple ce n'est pas de mon

ressort donc je les conseille d'aller voir un sexologue si besoin, après euh pour les patientes avec un passé avec euh des abus sexuels ou autre un peu traumatique si ce n'est pas fait je leur parle d'aller voir un psychologue, surtout si je vois que lors de nos séances ça déborde beaucoup et que le côté émotionnel, euh psychique n'est pas bon, donc voilà après le problème c'est que ça a un coup en libéral et que euh beaucoup de patientes ne savent pas qu'elle peuvent aussi aller à l'hôpital pour ce type de PEC, et puis parfois pour des patientes qui sont trop émotionnelles mais qui ont déjà un suivi psychologique je leur parle un peu de sophrologie, enfin voilà je leur donne des pistes mais après c'est à elles d'en faire ce qu'elles veulent.

Chercheur : super, très bien je change un peu le sujet de discussion, pouvez vous me définir la santé sexuelle ?

Kiné 6 : euh oui, alors euh, ouh c'est large ça, alors la santé sexuelle euh pour moi c'est un bien être malgré certaines problématique enfin par exemple pour une vaginique elle peut être heureuse et satisfaite de sa sexualité malgré le fait qu'elle ne puisse pas avoir de pénétration vaginale, euh enfin en gros il faut être satisfait, dans la bienveillance ne pas avoir à être forcé donc le consentement, et puis pouvoir euh avoir accès euh à des informations de qualité, de pouvoir en parler et euh pouvoir euh enfin avoir accès à des soins si on a des problématiques a ce niveau. Euh voilà globalement (rire) c'est pas facile de définir ça, c'est hyper large

Chercheur : (rire) je sais, je sais, vous n'êtes pas la première à me dire ça, mais super donc euh pouvez-vous euh me parler de l'ESS dans le cadre de la MK ?

Kiné 6 : alors euh, c'est un peu ce que je dis depuis le début je pense qu'on est quand même important dans l'ESS parce que on a les connaissance anatomique, biomécanique, euh physiologique mais en plus on peut aider les patientes à ressentir, à euh comment dire se ré-associer aux corps mais aussi on est là pour pouvoir écouter les patientes surtout voilà on a la chance on voit les patients une demi heure plusieurs fois dans le mois au moins au début de la PEC, et ça permet vraiment de pouvoir les écouter, de répondre à leurs questions, leurs problématiques leurs peurs aussi par rapports à la sexualité, donc voilà l'éducation à la santé sexuelle chez les patientes avec des troubles chez les kinés c'est euh hyper global comme approche, et surtout ça dépend énormément de la patiente, après je trouve que c'est pas encore assez développé dans le sens ou j'ai plein de patientes qui viennent pour d'autres

problématiques mais qu'au fil des séances et des discussions on apprend qu'elle souffre d'un trouble sexuel, et donc c'est dommage que de base elles en parlent pas avec le médecin mais c'est aussi un manque d'information de savoir que ça peut être pris en charge mais aussi parce que on est encore tellement dans ce schéma où c'est normal que la femme souffre que bah pour elle c'est pas un problème en fait, et donc la euh ouais y a un gros manque de d'éducation que ce soit à l'école mais aussi dans les médias, il faut que la santé publique travaille dessus quoi, ça ça me fait penser voilà au clitoris qui est enfin représenté sur les planches anatomiques dans les livres d'école enfin c'est hallucinant, donc ça avance mais pff (souffle) c'est beaucoup trop lent et nous au final on a plein de patientes qui viennent avec plein de méconnaissances sur le sujet et qui au final peuvent créer les troubles. Enfin voilà quand on se dit que c'est normal d'avoir bah on continue sauf qu'à force c'est de pire en pire et nous au final on les récupère des mois voir années après, je me suis un peu égarée aussi (rire)

chercheur : c'est pas grave c'est le but de l'entretien semi-directif ! Je vais rebondir au final vous parler quand même du rôle du MK dans cette éducation à la santé sexuelle, donc je reprends vos mots : « les connaissance anatomique, biomécanique, euh physiologique mais en plus on peut aider les patientes à ressentir », voulez vous rajouter quelque chose sur le rôle du MK dans l'ESS ?

Kiné 6 : alors oui, le rôle du MK est hyper important et beaucoup d'autre professions ne savent pas l'impact qu'on peut avoir, enfin voilà des gynéco qui nous prescrivent pas pour des douleurs et qui conseillent aux patientes de se détendre ou de voir un psy y'en a encore beaucoup, alors que voilà on a de très bon résultats quoi, je dis pas que ils faut pas envoyer les patientes voir un psychologue hein mais que de la kiné en plus ça aide énormément, voilà comme je l'ai dit on a plein de techniques de savoir pour aider les patientes.

Chercheur : ok donc la vous me parlez vraiment de la plus value de la kinés pour ces patientes la, pouvez vous me parler de l'intérêt de l'ESS pour les patientes atteintes de DGP et/ou TP ?

Kiné 6 : euh l'intérêt de l'ESS chez ses patientes, euh bah déjà connaître leurs corps et donc faire un peu tomber les tabous autour de leurs corps, donc regarder, et savoir que voilà bah déjà un rapport c'est pas censé faire mal, donc ce qu'on entend quand on commence notre vie sexuelle c'est pas normal, pareil pour les douleurs de règles enfin avec

l'endométriose, enfin voilà l'intérêt c'est de casser les tabous, leur apprendre l'anatomie, la physiologie, le ressenti de leurs corps les changements aussi au fil des années, et puis c'est pas mal, moi je vois un peu le changement de mentalité, des femmes qui ont des enfants et qui au final leur parle assez tôt de sexualité et même de périnée (rire) et puis ça aide aussi pour l'avenir et ne pas avoir d'autre problématique, enfin c'est important pour déjà comprendre aussi, parce que c'est seulement en comprenant les composantes de ce qui nous arrive qu'on peut justement savoir par la suite déjà comment le prendre en charge mais aussi ce qui est normal ou pas et ainsi venir consulter. Enfin voilà, euh

Chercheur : très bien, je change encore de thème, à plusieurs reprise vous me parler du contexte un peu tabou de la patiente, donc en disant : « contexte très tabou, ou elles n'ont jamais regardé, jamais touché, » pouvez vous m'en parler plus ?

Kiné 6 : alors j'ai quand même beaucoup de patientes qui ont eu une éducation très stricte concernant la sexualité, donc beaucoup qui n'en parlent pas avec la famille et les amis, ou encore beaucoup enfin voilà ou la sexualité est considéré comme sale, il faut pas en parler, et si on a un problème bah on peut se tourner vers personne, donc voilà avec une éducation au final inexistante à ce sujet bah j'ai beaucoup de femmes qui ne se sont jamais euh regardées, touchées, ou même juste informées. Euh après c'est assez rare mais j'ai déjà eu des patientes très religieuse et donc que bah voilà il fallait attendre le mariage pour avoir le premier rapport, qu'il faut faire plaisir au mari enfin que c'est un des rôles de la femme au final, et que le plaisir de celle-ci est pas important, ou même l'envie de celle-ci et donc là c'est assez compliqué de parler de sexualité avec ces patientes, donc dans ces cas je donne les infos mais je sais bien qu'il faudra beaucoup de séances et une bonne alliance donc ça dépend encore une fois de la patiente pour qu'on puisse vraiment parler librement de ça, j'ai des livres sur la sexualité, le périnée, (me donne le nom des livres) donc parfois je leur propose, enfin je leur prête au moins elles ont des informations qui sont vraies et où je suis sûr que ça va pas être pire pour elle, euh voilà parce que conseiller de s'informer sur internet ou tombe sur tout donc c'est pas assez safe je trouve, c'est mieux voilà d'être sûr que les informations vont être bienveillantes euh

Chercheur : parfait, donc la vous m'avez aussi parlé du contexte culturel de la patiente, mais aussi de religion, donc vous arrive t'il d'adapter votre prise en charge et votre dialogue en fonction de la culture/croyance/ religion de la patiente ?

Kiné 6 : ma prise en charge non, ça dépend plus de la patiente enfin voilà quand elle est prête ou non à commencer à travailler en interne, à écouter les conseils, à parler ect mais ça ne change pas vraiment ma PEC, après pour mon discours euh j'ai pas l'impression, enfin c'est un peu pareil je vais peut être moins en parler au début ou juste donner les infos mais sans attendre leur validation, ça prend plus de temps donc oui d'un côté j'adapte mais c'est vraiment plus en fonction de la patiente en elle même dans le sens ou si j'ai une patiente qui à un traumatisme, une agression je vais aussi prendre plus de temps donc je ne pense pas vraiment que ce soit à cause de la religion.

Chercheur : ok super, je vais aborder le dernier thème : selon vous, quelle sont les freins possible à l'éducation à la santé sexuelle ?

Kiné 6 : euh les freins, bah surtout la patiente de si elle veut pas écouter, pas travailler, si elle va pas euh appliquer à la maison, enfin voilà réussir à sortir du contexte tabou, euh après l'environnement de la patiente aussi enfin surtout le conjoint qui ne change enfin si de base il y avait un problème par rapport à ça bien sur et donc là c'est vraiment plus le rôle du sexologue parce que nous ça va en constance nous freiner, par exemple madame qui ne peut pas avoir de pénétration et qui au final veut essayer d'autres types de rapports mais son conjoint qui euh qui ne veut pas (souffle), donc ça aussi c'est un frein vraiment à la santé sexuelle.

Après pour la prise en charge même c'est plus la vie de la patiente, dans le sens ou elle à des obligations et donc avoir un suivi régulier c'est parfois compliqué et en plus si elle ne fait pas ses exos à la maison alors là on piétine.

Chercheur : très bien vous voulez rajouter quelque chose ?

Kiné 6 : euh non je pense que c'est tout

chercheur : très bien alors nous touchons à la fin de cet entretien, vous voulez rajouter quelque chose sur tout ce dont nous avons aborder ?

kiné 6 : euh non je pense qu'on à parler de l'essentiel (rire)

Chercheur : très bien, alors euh je vous remercie déjà pour la participation. Je vous tiendrais informé des résultats de cette recherche vers le moins de juin, juillet un

fois que le mémoire sera réalisé. Je reste disponible par mail ou téléphone si vous avez d'autres question.

Kiné 6 : de même si il faut revenir sur certains points, hésite pas à me recontacter.

Chercheur : merci beaucoup, bonne journée à vous !

Annexe V : Tableau de codage entier du thème 1 : l'Éducation à la santé sexuelle.

Thème 1	Sous-thème	Codage	Exemple de Verbatims
Éducation à la santé sexuelle	Définition de la santé sexuelle	- épanouie	« d'être épanouie dans son intimité »MK1 « épanouissante à terme »MK5 « d'être satisfait de sa sexualité »MK1 « d'être satisfait de sa sexualité peut importe ce qu'on y cherche »MK3 « une vaginique elle peut être heureuse et satisfaite de sa sexualité malgré le fait qu'elle ne puisse pas avoir de pénétration vaginale »MK6 « une sexualité qualitatif et pas quantitatif peu importe la fréquence des rapports sexuelle »MK1
		- consentement	« ne pas se sentir bloqué et pas forcé »MK1 « la capacité a avoir des rapports voulu »MK2 « la bienveillance ne pas avoir à être forcé donc le consentement »MK6
		- santé	« si il y a des soucis de santé à ce niveau »MK2 « je pense qu'il y a un versant strictement santé (...)qualité de la muqueuse, on va être sur les sécrétion, cicatrice, sur les causes un peu organique »MK3 « avoir accès à des soins si on a des problématiques a ce niveau »MK6
		- connaissances	« une connaissance de la sexualité, de son anatomie et des possibilités de ce qu'est la sexualité »MK5 « avoir accès euh à des informations de qualité »MK6
		- définition difficile	« c'est compliqué à définir, en faite pour moi c'est hyper large enfaite. »MK2 « ah oui compliqué ça, elle est pas facile celle la »MK4
	Manque d'ESS dans la société	- système scolaire	« il faudrait beaucoup plus de préventions à l'école »MK1 « serait important que ce soit beaucoup beaucoup plus poussé à l'école »MK2 « système scolaire en primaire et secondaire(...) c'est peut accès sur la sexualité euh voila on parle de respect , de violence ect mais on parle pas du plaisir en faite »MK1 « ce qu'il serait le mieux ça serait que des kiné formés en sexologie puisse intégrer les écoles, les collège »MK5 « gros manque dans l'éducation que ce soit à l'école mais aussi dans les médias, il faut que la santé publique travaille dessus quoi »MK6
		- manque de représentation du clitoris dans les livres.	« on sait bien que sur les planches anatomique aujourd'hui il est encore peu super représenté et très mal connue

			voilà »MK1 « en fait toute les femmes, les filles, les hommes devraient avoir conscience de ce qu'est un périnée, comment ça fonctionne, comment on en prend soin »MK4 « ça me fait penser voilà au clitoris qui est enfin représenté sur les planches anatomique dans les livres d'école enfin c'est hallucinant »MK6
		- ESS auprès d'un publique large	« je pense que l'éducation c'est de la santé publique et je ne pense pas que ce soit que de l'éducation au près des femmes porteuses de douleurs ou dysfonctionnement du périnée, c'est de l'éducation générale et globale qu'on devrait avoir auprès de toute la population. »MK4 « faire de la SS avant les premiers rapports pour explorer pas mal d'information, de connaissance, de consentement, pour moi ce sont des choses qui devrait être abordés en dehors des cabinets, ou encore aux planning familial ou dans des maison de santé de quartier, »MK5
	Rôle des MK	- éducation	« il est essentiel d'apprendre à toute ces jeunes filles la possibilité de pouvoir jouir de son corps sans culpabilité et de connaître ça, le problème c'est la connaissance »MK1 « enfin la reconnexion aux corps, le fait d'expliquer la physiologie, le toucher, le fait de sentir c'est nous »MK3 « c'est vraiment d'informer et sur cette partie anatomique et sur la partie sexuelle qui est capitale »MK4 « il faut expliquer qu'il y a un microbiote vaginal et que c'est un microbiote important qui permet la lubrification, l'hydratation »MK5 « je pense qu'on est quand même important dans l'ESS parce que on a les connaissances anatomique, biomécanique, euh physiologique mais en plus on peut aider les patientes à ressentir comment dire se ré-associer aux corps mais aussi on est la pour pouvoir écouter les patientes » »MK6 « donc je pense qu'on a vraiment un rôle d'éducation globale »MK5
		- guide	« moi je vais plutôt être comme un guide dans cette découverte »MK1 « pour qu'elles aient conscience de leurs corps de ce qu'ils se jouent derrière et qu'elles trouvent leurs propre solutions »MK4 « on doit leurs donner un panel énorme de possibilités pour qu'elles aillent piocher dans ce qu'ils leurs convient a elles enfaite »MK4
		-alliance	« les personnes qui vont être la pour écouter

		thérapeutique	les problématiques dont elles n'aurons jamais parlé à personnes donc c'est vraiment important ce climat de confiance »MK1 « je trouve que les kiné on a une relation hyper privilégiée avec les patients »MK2 « je trouve que les patients se confie plus facilement à leurs kiné qu'à leurs médecin »MK2 « il y a bcp une notion de posture et d'espace qu'on laisse aux gens pour pouvoir exprimer ces chose la mais le rôle est évidemment important »MK3 « un gros rôle en fait et sur ces prises en charge la l'écoute est primordiale »MK4 « on est quand même présente au moins 1/2H par semaine, et du coup on crée vraiment une alliance thérapeutique »MK5 « on a la chance on voit les patients une demi heure plusieurs fois (...), et ça permet vraiment de pouvoir les écouter, de répondre à leurs questions, leurs problématique leurs peurs aussi par rapports à la sexualité, donc voila l'éducation à la santé sexuelle chez les patientes avec des troubles chez les kinés c'est euh hyper global comme approche, et surtout ça dépend énormément de la patiente »MK6
		méconnaissance de notre rôle par le corps médical	« que notre rôle a nous soit plus connu par les autres professions »MK2 « c'est très difficile de se faire adresser ces patientes »MK3 « rôle du MK est hyper important et beaucoup d'autre professions ne savent pas l'impact qu'on peut avoir, enfin voila des gynéco qui nous prescrivent pas pour des douleurs et qui conseilles aux patientes de se détendre ou de voir un psy y'en à encore beaucoup, alors que voila on à de très bon résultats quoi, je dis pas que ils faut pas envoyer les patientes voir un psychologue hein mais que de la kinés en plus ça aide énormément, voila comme je l'ai dit on a plein de techniques de savoir pour aider les patientes »MK6
		- important	« pour moi ça a un rôle hyper important, j'en parle énormément a mes patientes »MK2 « On a un gros rôle à jouer enfaite »MK4 « on est bien placé pour demander un peu plus loin leurs habitudes dans leurs intimité »MK5 « important car on peut leurs apporter des information théorique(...) et des perceptions physique »MK5 « la kinés en plus ça aide énormément, voila comme je l'ai dit on a plein de techniques, de savoir pour aider les patientes. »MK6

Annexe VI : Tableau de codage entier du thème 2 : Intégration de l'Éducation à la santé sexuelle.

Thème 2	Sous-thème	Codage	Exemple de Verbatims
Intégration de l'éducation santé sexuelle	en fonction des patientes	- Pas de trame/unique	« faire un protocole type ça paraît un peu mais disons que dans les grandes lignes »MK3 « c'est un peu difficile parce que je pense qu'il n'y a pas de PEC type »MK4 « c'est compliqué parce que chaque PEC est différente »MK6
		- Anatomie	« on parle de l'anatomie pour montrer les liens et ensuite aller travailler le ressenti et l'émotionnel »MK1 « je demande en général à la patiente lors de la première séance de dessiner sa représentation du de toute la zone du bassin en fait comment elle se représente la zone du bassin » (...) « et très souvent il y est pas, y'a pas de vagin »MK2 « ensuite je parle un petit peu d'anat avec un bassin en 3D en général je prends le bassin et je montre à la patiente un petit peu de quoi est fait le bassin et du coup on échange un peu »MK2 « il y a une partie je reprends le petit bassin, une partie vraiment anatomique avec des planches anatomique pour voir ce qu'elles connaissent de la zone, et euh comment elles elles l'appréhende »MK4 « explication anatomique pur donc la je vais utiliser mon bassin, des planches anatomique, j'ai un bassin en 3D(...)ça permet vraiment à la patiente de toucher de se représenter de se rendre compte de l'étendu du périnée. »MK5 « donc elle est assise sur la chaise au départ donc on est assise face à face. Je vais lui demander de toucher son pubis de toucher euh le coccyx d'aller mettre les mains sous les fesses pour toucher les ischions, et d'évaluer du coup la place que prend le périnée en fait entre le pubis, les ischions et le coccyx. Ca je lui fais prendre confiance assise de ses ischions ... et qu'elle sente que du coup c'est le périnée, »MK5 « je commence à expliquer l'anatomie avec les patiente, donc j'ai un bassin en 3D »MK6 « je demande à la patiente de toucher sur elle même : »MK6
	1e séance	- Physiologie	« je lui demande si elle connaît les rôles des différents rôle du périnée, des muscles du périnée. On fait un petit point la dessus »MK2 « j'explique vraiment l'anatomie les fonctions de cette zone la tout ça »MK5 « j'explique bien que entre il y a le périnée et que c'est plusieurs muscles donc la je parle aussi du rôle de chacun des muscles, rôle dans la continence, mais aussi (euh) dans la sexualité. »MK6
		- Sexualité non pénétrative	« la sexualité ce n'est pas uniquement le rapport sexuel, ça c'est quelque chose que j'aborde quasiment des le départ pour diminuer la pression qu'on peut se mettre par rapport a cette sexualité »MK1 « expliquer que un rapport sexuel ça peut être sans pénétration aussi »MK1 « il y a une injonction d'arrêt de pénétration, pour que la patiente puisse travailler dans un premier temps »MK1 « Donc d'abord on met clair le fait que la pénétration est elle envisageable ou pas, pas possible ou pas, on met les mots et les vrais mots sur les bonnes choses, souvent c'est très important pour elles. »MK3

			« des la première séance je leur dis, je propose de leur faire une attestation si il faut : on interrompt les rapports avec pénétration Tout de suite, c'est un éléments important »MK3
		- Explications de la PEC	« explication du déroulement des autres séances »MK1 « je prends le temps d'expliquer comment ça va se passer »MK2 « la rassurer sur le fait que je vais pas leur sauter dessus et faire un touché aujourd'hui bien leurs expliquer qu'on va y aller a leurs rythme. »MK6
		- Alliance thérapeutique	« mise en place du relationnel »MK1 « mais ça sera a leur rythme et que c'est pas quelque chose d'obligatoire tout de suite on y passera mais qu'on va le construire ensemble et à leur rythme »MK4 « avoir l'accord de la patiente »MK1 « importante pour mettre en place déjà un lien avec la patiente et en gros l'alliance thérapeutique »MK6 « c'est plus une séance ou on va vraiment l'écouter, avec empathie en fait »MK6 « explication du déroulement des autres séances »MK1 « je prends le temps d'expliquer comment ça va se passer »MK2 « la rassurer sur le fait que je vais pas leur sauter dessus et faire un touché aujourd'hui bien leur expliquer qu'on va y aller a leur rythme. »MK6
		- Bilan sexologique	il y a une partie sexo dans l'entretien sur le premier généralement je reste très vague sur si il y a des douleurs aux rapports, je vois si il y a une ouverture ou pas sinon voila sur la première séance ça peut juste être cette question la si il y a des douleurs ou non »MK4 "bien sur bilanter la sexualité complètement quoi : savoir si elle a des orgasmes, es ce qu'elle à toujours mal aux rapports ou pas, comment elle se situe vis a vis de la sexualité, si c'est important pour elle ou pas, si c'est une sexualité de parce que c'est comme ca qu'on doit faire vu qu'on est en couple et que je veux avoir des enfants, parce que je ne veux pas que mon mec parte, ou est ce que c'est une sexualité à la recherche de plaisirs personnels aussi quoi ? Et tout ça dans les bilans vont vraiment aiguiller dans ta PEC de jusque ou tu vas aller dans la PEC. Donc voila. »MK5
	Reste de la Rééducation	- Émotionnel	« donc on est effectivement pas que dans le coté corporel euh de libérer la parole ça peut leur permettre de libérer les verrous »MK1 « tout un travail de mise en lien de cette appréhension avec le vécu aussi, donc euh essayé de trouver, rechercher pourquoi ces appréhensions »MK1 « j'essaie toujours de déculpabiliser la patiente que c'est vraiment quelque chose de mécanique et que même si il y avait quelque chose de psychologique à la base qui aurait pu amener cette réaction mécanique euh c'est vraiment pas de sa faute à

			elle et que nous on est là pour travailler sur ce côté là et pour relâcher »MK2 « j'essaie toujours de la déculpabiliser au maximum et de la remettre en confiance du coup par un autre moyen quoi, quelque chose que je sais qu'elle pourra faire rapidement »MK2 « d'avantage bienveillant dans notre PEC et dans les sensations qu'elles peuvent avoir, le but c'est vraiment de leur montrer que c'est pas une zone qui est censé être douloureuse ni une zone qui est censé avoir autant d'effets négatifs »MK4 « En fait la rééducation pour moi, à mon sens c'est de leur redonner l'image de leurs corps et des sensations agréables sur cette zone là, et ça ça va être à elles de le trouver. »MK4 « bcp de jeunes femmes qui me disait que si je fais ça mon copain va me quitter sur des jeunes femmes de 18/20 ans qui arrivent avec un vaginisme donc je leur dis : bah mettez ça sur la kiné si vous voulez, la kiné a dit que pendant que j'étais en traitement il fallait essayer autre chose et souvent ça les déculpabilise un peu de se dire que c'est pas elles qui ont pris la décision et qu'elles peuvent se reporter sur nous en se disant que la décision vient de nous pour cause médicale, »MK4 « bah en fait l'émotion c'est déjà à chaque début de séance en fait, comment avez vous vécu la séance d'avant ? qu'es ce qu'il c'est passer, souvent elles me disent il y a eu un déclic, j'y ai repensé dans la semaine, ça m'a rendu triste voila. »MK4 - « Après finalement le début de séance c'est accueillir leurs émotions et ça porte un peu comment ça a pu travailler de leurs coté »MK4 - « mais globalement on aborde leurs sentiments, leurs ressentie, en fait c'est plus leurs ressentie que leurs sentiments, mais c'est vraiment leurs ressentie que j'aborde et de savoir que voila, si ça a était douloureux après la séance »MK4 « yen a qui sont vraiment pas bien, donc on est obligé de le prendre en considération par contre on est pas la forcément pour le traiter. »MK5 - « Mais on va se positionner en empathie en écoute, on peut arrêter la séance si elle ne se sent pas dire : on arrête, je retire les doigts, la c'est peut être pas le moment, si vous avez besoin de parler, je suis la pour écouter mais on est pas la pour donner des conseils sur leurs partie émotionnelle surtout si c'est le trauma qui ressort. »MK5 « bon on va prendre en charge son émotion qui est juste du « ral bol, j'en ai marre, c'est un peu long, je peux toujours pas avoir des rapports de manière relâchée, » bon la c'est une discussion entre une personne qui va bien et son thérapeute kiné qui peut tout a fait faire une discussion croisée et donner des petits conseils de relaxation, de respiration, sans sortir de notre cadre thérapeutique. »MK5 « je fais pas une séance pure la dessus quoi, c'est plus dans les petits conseils que je vais donner dans les petits exercices »MK2 « je prends plein de petits outils, effectivement j'en ai eu une ou c'était de la peur, un manque de confiance en elle et du coup, elle par exemple je lui ai proposé plein de petit phrases imprimées positive, je lui ai demandé d'en choisir plusieurs de la liste et de faire un exercice, tout les jours dans le miroir ce regarder et répéter les phrases »MK2 «l'estime de soi je dirais pas que je le travaille mais je pense
--	--	--	--

			que ça se travaille au fur et a mesure des séance avec la prise de conscience de leurs corps généralement, »MK4 - « elles se sentent moins isolée, plus écouter et donc ça a un rôle sur leurs estime d'elles »MK4 « je rappelle toujours que chaque vulve est différentes et que ce qu'on voit dans les pornos c'est pas la vraie vie »MK6
		- Consentement	« j'en parle directement, sur cette nécessité de respecter sont corps, désir, douleurs euh, évidemment plus elles se forceront plus elles auront mal et puis à nouveau on est plongé en plein cercle vicieux, »MK1 « lui expliquer qu'il y a d'autres possibilités que la pénétration. Et donc la on aborde le respect, de la communication des besoins de l'un et de l'autre, écouter le corps »MK1 « du coup mes patientes, y'en a beaucoup en douleurs qui m'expliquent que avec mon compagnon c'est parfois un peu difficile mais j'ai pas trop envie qu'il me fasse la tête ou quoi, tant pis ça fait mal je serre les dents mais voila quoi (...)j'essaie vraiment de le faire entendre que ça va entre guillemet ça va entretenir cette réaction de contraction et donc que c'est primordial qu'elle s'écoute elle et que si elle a pas envie et bah c'est pas grave, y'a d'autre façon de faire l'amour, y'a d'autre façon d'avoir des relations sexuelles sans forcément qu'il y est pénétration »MK2 « j'aborde le sujet énormément aussi et j'essaie vraiment qu'elles prennent conscience pour chaque situations que ce soit clair dans leurs têtes qu'elle ont le droit voir même l'obligation de s'écouter et de se donner le droit en tout cas de ouais décider oui ou non si elle veulent voila »MK2 « le mots consentement n'est pas forcément prononcé »MK3 « je pose la question de si elles en ont envie, et je pose la question de si elle ont verbalisé le fait que ça leur fasse mal, que monsieur soit au clair la dessus, parce que les hommes si vous leurs dites pas : ça me fait mal, ils perçoivent pas que ça fait mal, pour eux c'est tellement cool qui ne se pose pas cette question la »MK3 « je pose pas forcément la question du consentement parce que je trouve que tu le sens assez vite en fait (...) et ça arrive aussi que des dames ont des douleurs parce qu'elle sont moyennement motivée et ont aborde la question de l'envie mais souvent à la Réunion, pour moi c'est compliqué parce que la notion de viol conjugal c'est quelque chose qui n'existe pas vraiment et j'entends tous les jours des choses à base : bah non j'avais pas envie mais si je dis non il fait la gueule toute la journée. »MK3 « vous avez trouvé du plaisir ailleurs et autrement, euh sans forcément demander le quoi du comment mais juste qui il ont trouvé une alternative ou d'emblée si ils sont cantonnés à continuer comme ça alors qu'elle pleure a chaque fois (...) je vais devoir affirmer : que la non il faut qu'on essaie de travailler autrement, après je leur dis clairement qu'un rapport douloureux c'est pas un rapport normal qu'il faut qu'on trouve une solution et que ça redevienne nickel, qu'on trouve une solution pour que ce soit quelque chose d'agréable et voulu, c'est vraiment elles qui nous guident par rapport a ça »MK3 « je ne fais pas systématiquement quelque chose autour du

		consentement, alors oui et non parce que c'est vrai que dans le parcours de la patiente y'en a certaines qui ont eu des histoires de couple des histoires sexuelles ou en fait on se rends compte qu'elles n'ont jamais étaient consentante en fait, (...) donc la on en parle un peu »MK5 « donc je leur dis quand même que déjà le fait d'avoir un rapport sans vraiment en avoir envie c'est problématique par rapports à la lubrification naturelle mais aussi par rapport à l'excitation et donc la taille du vagin, je pense surtout à ça pour les dyspareuniques profondes, mais aussi par rapport au fait que normalement les deux sont censés le vouloir et qu'il ne faut pas se forcer, donc j'essaie d'aborder ça mais plus sur l'aspect physiologique de la chose pour pas venir leur dire cash que bah si elle veulent pas c'est un peu comme un viol »MK6
	- Différente pratique sexuelle	« expliquer que un rapport sexuel ça peut être sans pénétration aussi »MK1 « la sexualité ce n'est pas uniquement le rapport sexuel, ça c'est quelque chose que j'aborde quasiment des le départ pour diminuer la pression qu'on peut se mettre par rapport a cette sexualité »MK1 « et quand elles se sentent prête alors on discute reprise des rapports et position pour la reprise des rapports»MK3 « Donc je leur propose de s'allongé sur le dos sur le lit les pieds au sol monsieur a genou face a elles entre leurs genoux de manière a ce qu'elle puisse resserrer ou ouvrir de manière a permettre une pénétration plus ou – profonde, rapide mais qu'elles soient maitre de la situation. Voila »MK3 « j'ai quand même des dames hétéro on parle de rapports hétéro ou la pénétration à une place prépondérante, et revenir sur le fait que la pénétration est essentielle quand on a envie de faire un bébé et que le reste du temps c'est une pratique sexuelle parmi des millions de pratiques »MK3 « donc l'objectif de cette situation la c'est de poser et faire les exercice respi et quand on sent qu'on est prête gérer avec les genoux, verbaliser, utiliser du gel, oui, oui, oui, la position pour le coup je la décris assez précisément ».MK3 « donc voila c'est vraiment à adapter souvent une période pendant laquelle je leur dis de ne pas forcer sur les rapports que c'est à elles de le sentir, que c'est aussi un moyen de découvrir une autre façon d'avoir des rapports et que enfin un rapport non pénétratif peut aussi être un rapports sexuel, donc voila c'est aussi un moyen ou on peut commencer a aborder tout ca avec elle »MK4 « vous avez trouvé du plaisir ailleurs et autrement, euh sans forcément demander le quoi du comment mais juste qui il ont trouver une alternatives ou d'emblée si ils sont cantonnés à continuer comme ca alors qu'elle pleure a chaque fois (...) je vais devoir affirmer : que la non il faut qu'on essaie de travailler autrement, après je leur dis clairement qu'un rapport douloureux c'est pas un rapport normal qu'il faut qu'on trouve une solution et que ca redevienne nickel, qu'on trouve une solution pour que ce soit quelque chose d'agréable et acceptable, c'est vraiment elles qui nous guide par rapports a ca »MK4 « on peut aborder la sexualité, les positions, voila on peut avoir des discussion selon nos connaissance en tant que kiné, on peut

		parler des positions qui sont plus facilitantes, avec moins de douleurs, donc en fonction des douleurs qu'elle a. Des douleurs d'intromission ou une douleur profonde c'est pas la même chose, donc on va aussi trouver des astuces pour qu'il y est moins de douleurs »MK5 « on va discuter des positions, on va discuter qu'il n'y a pas que la pénétration, de toute façon je leur demande ou elles en sont et si elles ont des rapports non pénétrant »MK5 « on aborde des positions, du fait que ce n'est pas que la pénétration dans la sexualité, on aborde aussi la sphère anale avec celle qui sont à l'aise et qui ont juste une gêne vaginale que bah la sodomie peut être une pratique et que chacun y trouve ou pas de l'intérêt après c'est à chacune aussi, »MK5 « après moi j'ai tendance à dire les choses et après elle font ce qu'elle en ont envie, voilà je leur dis qu'il y a d'autre type de sexualité possible après a vous de vous renseigner sur ce qui est possible autour, et si vous voulez en parlez un autre fois on peut, enfin voilà vous savez qu'on peut en parler et puis je les laisse avec l'information. »MK5 « j'aborde avec les patientes les positions sexuelle, la lubrification, la relaxation, la masturbation euuh et surtout le fait de parler avec leurs conjoints »MK6 « pour les positions celle que j'aime bien c'est quand la patiente est maître de la situation donc en gros quand elle peut ouvrir ou resserrer les jambes si besoin, ce que je conseille aussi pour les patientes avec des dyspa profonde c'est les anneaux de confort sexuelle »MK6
	- Masturbation	« alors ça on en parle rapidement euh première séances, même si c'est un peu cash »MK1 « on va le reprendre justement toujours peut être coté plus à la réalité anatomique et corporelle, le clitoris dans la sexualité, dans la sexualité à deux, seule, ect. »MK1 « Voilà je pense que ça a un vrai intérêt dans la PEC en sexo, parfois un peu moins en PEC kiné, elle est importante à aborder cette thématique. »MK1 « je demande si elles ont déjà regardé dans mon anamnèse il y a aussi des questions par rapport à la masturbation, donc tout ça je l'ai par rapport à mon anamnèse »MK2 sur la masturbation j'en parle mais je m'en rends compte que j'ai pas, autant sur la position de reprise des rapports je suis bien autant sur le fait de se toucher je, j'émet le truc en mode voilà si vous ne savez pas tout a fait ce qui vous fait plaisir c'est compliqué de guider quelqu'un d'autre pour le faire, mais c'est une phrase très bateau et concrètement enfin voilà, je découvre des sites et des livres, des schémas »MK3 « bah du coup je revoit avec elles si elles connaît, expérimente, si elles en parlent avec des amies, si a des ressources autour d'elles pour en discuter de manière libre et éclairé et après moi je l'amène à dire qu'il y a d'autre point qui peuvent être agréable et qu'il faut pas qu'elle hésite à explorer, mais que cet exploration va se faire forcément à deux ou toute seule aussi »MK4 « si elle me dit qu'elle a jamais ressenti de plaisir et tout ça, la question peut arriver : avez vous déjà essayé toute seule ? »MK4 - « peut être expérimenter seule avant d'expérimenter avec

		quelqu'un, je l'aborde plus comme ça, c'est plus une solution en disant, bah voilà avant de passer aux rapport pénétratifs avec votre ami, essayer vous tranquillement de vous massez... je l'aborde plus comme ça. »MK4 « tu n'auras pas un épanouissement complet sexuel tant que tu n'aura pas exploré cette zone la, donc je me permet de lui dire que tant qu'elle ne se sera pas touché dans cette zone la elle ne pourra pas débloquent des choses dans sa sexualité, mais si elle ne le sent pas bah c'est son corps et c'est elle qui gère son corps »MK5 « je leurs dis souvent enfin quand on parle vraiment de sexualité je leurs dis un peu cette phrase bateau mais qui est tellement vraie : c'est que si nous on ne connaît pas son corps et comment se faire plaisir comment on peut guider quelqu'un pour le faire ? »MK6
	Représentation anatomique/ de leurs corps / miroir	« leurs représentations anatomique on l'abordera au fil des séances dans ce qu'elles vont me rapporter, dans la façon de laquelle elles ont vécu la séance de leurs côté donc c'est vraiment intéressant. »MK1 « un travail devant le miroir car bien souvent ce sont des femmes qui n'osent pas regarder la zone »MK1 « écrivez sur un papier ce que vous avez ressenti comment vous pensez que votre anatomie puisse être à l'intérieur au-delà de ce que vous pouvez voir »MK1 « comparer à l'anatomie : en se regardant dans un miroir en touchant et ensuite en parlant pour comparer »MK1 « travail de prise de conscience du mouvement, du ressenti de la musculature périnéale en lien avec le diaphragme »MK1 « prendre conscience qu'il existe quelque chose sous le nombril parce que souvent ces des patientes qui ont complètement oublié ou qui n'ont jamais expérimenté et intégré dans leurs schéma corporel cette zone de leurs corps »MK1 « percevoir cette contraction et ce relâchement surtout c'est ça qui va être important et c'est ça l'objectif »MK1 « Donc pour le miroirs oui en générale je leurs demande si elles ont déjà regardé si non je propose si elles peuvent le faire à la maison, si elles veulent pas c'est pas grave et si elles veulent qu'on le fasse ensemble elles me le disent et ont le fait ensemble, et pareil pour le touché, je leurs demande en fait si elles peuvent d'essayer, je leurs faire comprendre que c'est une zone qu'il faut réintégrer car souvent c'est une zone qu'elles ont occulté et que ça fait plus partie d'elle finalement »MK2 « on explique un petit peu le diaphragme on explique le périnée, la localisation, fonction, taille, histoire qu'elles se représentent tout à fait bien les chose »MK3 « je fais assez systématique d'abord le tour du bassin osseux, je leurs fait sentir leurs pubis, je descend sur tout le tour, sur les obturateur jusqu'au ischion, en indiquant qu'en arrière on va avoir le coccyx et puis on faire le tour du bassin musculaire, »MK3 « Et la je vais chercher les différents point et je leur dis : vous voyez la je suis à tel endroit donc elles elles ont généralement la planches avec elles et moi j'ai, enfin voilà, en manuel je vais les faire travailler, il peut m'arriver que ce soit, que je leurs demande de touché si je vois que quand moi je touche c'est trop sensible, »MK4 « je vais quand même systématiquement quasiment proposer

		que la personne après sa douche passe de l'huile végétal neutre (...) je vais leur proposer de passer tout les jours après la douche de l'huile sur leur région périnéale au moins elles sont obligée de se toucher au moins un fois par jour par l'application de cette huile »MK5 « elles vont par elles même aller regarder pour certaines surtout celle qui ont des problème secondaire, et quand avant tout aller bien, elles vont se demander pourquoi, et elles auront déjà regarder pour voir si c'était rouge, comment c'est, comment est leurs vulve par rapport a leurs visuelle d'avant. »MK5 « ca m'arrive, pour les vaginisme primaire, je leur dis de prendre le miroir pour mettre les dilatateur quand on est un peu plus avancer, quand elle on besoin, quand elles sont pas sur de la ou elles sont. Mais j'ai pas une utilisation du miroir tout de suite, mais ca peut arriver dans la PEC. »MK5 « une fois que va pouvoir faire un examen en interne je vais revenir sur l'anatomie donc ce que je touche(...) je vais leurs demander de toucher aussi, ca va m'aider aussi pour la suite de la rééducation de leurs faire prendre conscience de leurs anatomie de comment on contracte comment ca bouge »MK6 « dans un premier temps je vais déjà leurs demander de regarder et de me dire à la prochaines séance ce qu'elles ont vu »MK6 « j'aime bien leurs demander de mettre de la crème ou de l'huile en fonction après la douche ca permet de venir toucher mais pas de façon choquante pour certaines »MK6
	- Consentement lors de la séance	« je travailler beaucoup beaucoup en conscience en fait, je demande, c'est toujours la patiente qui décide quand elle est prête ou non donc on échange énormément et en générale elle le sont complètement »MK2 « c'est ce que j'explique toujours c'est hyper important qu'on se regarde qu'on échange et que a tout moment elle est maitre de la situation et qu'elle peut me dire d'arrêter ça c'est vraiment hyper important »MK2 « je demande toujours et avant chaque touché je leurs demande toujours, je vais y aller es ce que je peux ? »MK2 « Euh ensuite tout le travail dont on a discuter la et l'examen interne, je pose la question, quand en externe je trouve que c'est cool bah c'est de la même façon si vous êtes d'accord à la prochaine séance je propose que, et si a la séance d'après ca passe pas bah ca passe pas en tout cas je leurs laisse le temps »MK3 « je leurs parle de consentement je leur dis qu'il n'y a rien d'obligatoire. Euh donc déjà d'ambler je trouve, elle savent qu'elles viennent pour le périnée, qu'on va en parler, qu'on va voila mais je pense que le fait de les laisser libre en fait de cette manière de prendre en charge bah elles se sentent d'avantage en confiance, »MK4
	- Auto-PEC	« travaille à faire elles même avec les dilateurs si elles en ont, avec les doigts »MK1 « Donc mon but c'est juste des les accompagné, mais si il y a trop de blocage de leurs part moi je ne pourrais rien toute seule, il faut qu'on construise ensemble, »MK4 « en fait la rééducation pour moi, à mon sens c'est de leurs redonner l'image de leurs corps et des sensations agréable sur cette zone la, et ça va être à elles de le trouver. »MK4

			« j'amène très rapidement qu'elles fassent des exos seule et j'en ai très peu quand même qui sont motivée de faire une demi heure de séance toute seule à la maison, ça marche pas donc je me sert beaucoup du temps ou elles vont au toilettes, donc voila vous allez faire à chaque fois que vous allez faire pipi vous reste 30 s ou 1 min de plus et juste vous essayez de contracter de relâcher »MK4 - « maintenant vous savez le faire quand vous êtes aux toilettes maintenant vous allez le faire quand vous vous brossez les dents, j'essaie vraiment d'utiliser le quotidien pour leurs donner des exercices. »MK4 « le donnait le plus de possibilité d'être active dans leurs rééducation et pas rester passive, avec ces patientes la, parce que le trauma à souvent était subi de manière passive malgré elles, donc c'est les ré-associé, les faire participer, »MK5 “moi je travail aussi avec des dilateurs, pour qu'elle puisse continuer sur ce qu'on gagne, garder de ce qu'on a gagné, qu'elles puissent travailler à la maison, donc on travail d'abord ensemble avec les dilateurs, on les mets en place ensemble ou voit si elle arrive à les mettre toutes seule, qu'elle taille ça passe et elles vont travailler la dessus. »MK5 « donc elles vont vite être actrice et elles vont faire les exos à la maison, et pour certaines patiente ca va vraiment aller vite, parce qu'on peut proposer de mettre un dilateur avant un rapport et du coup le fait qu'elles prépare un rapport, avec le dilateurs, et bah du coup le rapport se passe mieux, »MK5 - « on propose en tant que kiné de recevoir le conjoint, pour pouvoir discuter de la pEC parce qu'on peut avoir aussi besoin de lui, ca peut être un partenaire euh aux soins à la maison, (..)qui peuvent aider leurs compagne à mettre les dilateurs, à aider enfin voila a ce que ca se passe mieux, »MK5 « je vois de temps en temps les conjoints mais c'est plus dans une optique d'expliquer le troubles et de soutenir la femme, parfois il peuvent devenir des aidants avec justement la lubrification, l'écoute »MK6 « c'est certes un travail manuelle mais c'est surtout beaucoup de travail à la maison qu'elle vienne se masser qu'elle travail la détente, avec les dilateurs, travailler sur la respiration ... »MK6
--	--	--	--

- **Annexe VII** : Tableau de codage entier du thème 3 : Les déterminants Socio-culturel.

Thème 3	Sous-thème	Codage	Exemple de Verbatims
Déterminants Socio-culturel	Contexte sociale	- Contexte sociale	« j'image que ça dépend bcp du milieu culturel et que bah je que peut être dans une grande ville ça sera différent de ce qui se passe chez moi, et puis les fille malbaraise sont bien tenue, caché, les garçons on fait attention et c'est vrai que c'est très encre en elle»MK3 « Si vous regarder un petit garçon a 18 mois il va se tirer sur la nouilles toutes la journée et ça va amuser la galerie et on va rire parce que décidément il commence tot, si vous croisé une petite fille qui s'enfile la main dans la culotte tout le monde va la regarder de travers et va lui dire enlève ta main c'est salle, et ça part de la en fait, et que vous vous soyer sur cette dynamique ou c'est difficile pour vous en fait c'est de la faute de tous, c'est par forcément de la votre. »MK3 « j'ai pas le même discours avec une jeune fille de 20 ans et une jeune femme qui vient d'avoir son première enfant vers 25/30 ans, c'est au-delà juste de la religion, la culture oui idéalement, mais ça va bien au-delà de ça en fait, le discours il s'adapte en fonction de la catégorie d'age, de l'accès à l'information, et clairement j'ai pas le même discours que j'ai ici qu'en métropole »MK4
		- Contexte familiale	« les dames que j'ai en soin me parle pas de dieu, diable, paradis ou enfer, elle me parle de leurs grand parent, de leurs mères, elle me parlent bcp de euh la société familiale mais pas de leurs religions en tout cas , c'est pas le ressentie que j'en ai, peut être parce que je ne parle pas de religions »MK3 « éducation très stricte concernant la sexualité, donc beaucoup qui n'en parlent pas avec la famille et les amis, ou encore beaucoup enfin voila ou la sexualité est considéré comme salle (...)donc voila avec une éducation au final inexistante »MK6
	Religion	- Éducation religieuse	« l'éducation religieuse à était très stricte euh c'est justement l'occasion d'en discuter avec un PEC »MK1 « les choses entre l'éducation religieuse et les principes qui ont été établie pendant l'adolescence et la jeune adulte et puis faire le lien avec ce qu'elle pense aujourd'hui »MK1 « je pense que j'ai souvent a faire à un publique assez pudique du aussi à la religion et que le sexe c'est forcément quelque chose dont on parle et puis la jouissance c'est degueu. »MK3 « et oui enfin en ce qui concerne la religion, joue quoi que, c'est pas forcément finalement je m'adapte aux discours mais je vais pas, je ressent pas plus de différence entre différente religion, l'age est presque plus important que la religion »MK4 « j'ai déjà eu des patientes très religieuse et donc que bah voila il fallait attendre le mariage pour avoir le premiers rapport, qu'il faut faire plaisir au marie enfin que c'est un des rôles de la femme au final, et que le plaisir de celle ci est pas important, ou même l'envie de celle-ci et donc la c'est assez compliqué de parler de sexualité avec ces patientes, »MK6

	Mauvaise croyance	- Douleurs sexuelles	« en ce qui concerne les mauvaises croyances comme que le premier rapport fait mal euh, une fois que c'est mis en place, c'est compliqué de leur dire, bah non ça fait pas mal, parce qu'elles ont mal, donc euh c'est compliqué, après physiologiquement de leur expliquer que si elles ont peur elles sont contractées et que plus elles sont contractées plus elles ont mal et que pour casser le cercle vicieux de la douleur, elles se relâchent, ça va être l'objectif euh, alors ça passe bien(...) mais euh revenir toujours à l'anatomie, expliquer pourquoi ça pourrait faire mal, pourquoi il peut y avoir du sang, c'est quoi l'hymen, et tout ces choses là »MK1 « du coup je casse quand même beaucoup les codes de croyance mais pas en mode frontal, j'explique que c'est une réaction du corps que le périnée en général et très en lien avec l'émotionnel et le psychique en fait, donc si on croit dur comme fer que le sexe c'est mal et bah en fait ça va automatique réagir au niveau du périnée, et je leur dis que c'est pas grave d'avoir d'entendu ça, c'est pas grave d'être là aujourd'hui ça va juste permettre de modifier en fait cette croyance là et que je leur explique qu'elles vont voir qu'à force qu'on travaille et que vous changez un peu la vision de tout ça ça va s'améliorer et que en général ça ce passe super bien. »MK2 « je ne vais pas aller contre la volonté de la patiente de rester dans ses croyances et je ne vais pas juger ses croyances, je ne vais jamais dire : ah non ça c'est une fausse croyance, je vais lui faire comprendre qu'il y a des personnes qui pensent différemment, moi je suis là juste pour lui dire tout ce qui est possible. qu'il y a plein de possibilités, et que chacun va accepter des choses ou non, je ne change pas mon discours de base, en tout cas ne change pas »MK5 « « mais aussi parce que on est encore tellement dans ce schéma ou c'est normal que la femme souffre que bah pour elle c'est pas un problème en fait(...)c'est beaucoup trop lent et nous au final on a plein de patientes qui viennent avec plein de méconnaissances sur le sujet et qui au final peuvent créer le trouble. Enfin voilà quand on se dit que c'est normal d'avoir bah on continue sauf qu'à force c'est de pire en pire et nous au final on les récupère des mois voir années après »MK6
	Adaptation de la PEC	- N'influence pas	« d'un point vu kiné, je crois pas que ça influence sur la PEC en elle même. »MK1 « je vais pas changer ma prise en charge c'est à dire que je vais fonctionner exactement de la même façon et je vais du coup essayer de, je peux dire casser les codes »MK2 « le moins possible, après j'essaie de rester très neutre »MK3 « euh non je vais pas adapter mon discours, je pense que j'ai le même discours avec tout le monde, en tout cas moi ce sont des informations que je donne par contre je peux accepter qu'il y ait des retours différents et donc je ne vais pas pouvoir aller plus loin avec certaines »MK5 « moi je suis là juste pour lui dire tout ce qui est possible. qu'il y a plein de possibilités, et que chacun va accepter des choses ou non, je ne change pas mon discours de base, en

			tout cas ne change pas »MK5
		- Plus de temps	« après pour mon discours euh j'ai pas l'impression, enfin c'est un peu pareil je vais peut être moins en parler au début ou juste donner les infos mais sans attendre leur validation, ça prend plus de temps donc oui d'un côté j'adapte mais c'est vraiment plus en fonction de la patiente en elle même dans le sens ou si j'ai une patiente qui à un traumatisme, une agression je vais aussi prendre plus de temps donc je ne pense pas vraiment que ce soit à cause de la religion. »MK6

- **Annexe VIII** : Tableau de codage entier du thème 4 : Les freins à l'ESS.

Thème 4	Sous-thème	Codage	Exemple de Verbatims
Les freins à l'ESS	En lien avec la patiente	- être prêt	« bah certaines patientes qui n'est pas prête a travailler sur le coté intime d'elles même »MK1 « qui ne sont pas prêtes à parler, à euh ouvrir leurs intimité, a parler des traumatismes éventuels, parfois la sexualité est tellement tabou, qu'elles n'ont pas encore passé le cap »MK1 « pour moi le seul frein c'est la patiente, si elles est pas disposée à en parler, si elle est complètement fermée, c'est elle le seul frein »MK4 « je pense que le seul frein sur de l'information -voila c'est la patiente si elle n'est pas prête en fait, c'est pas le moment pour elles d'entendre des choses, d'expérimenter, son bon moment de vie tout simplement. »MK4 « bah surtout la patiente de si elle veut pas écouter, pas travailler, si elle va pas euh appliquer à la maison, enfin voila réussir à sortir du contexte tabou »MK6
	En lien avec l'éducation	- Discordance	« l'éducation qu'on a toutes ne nous permet pas forcément d'accéder à tout ça en tout cas au début, dans la première partie de notre vie quoi »MK1 « éducation religieuse frein pour la patiente mais pas pour la PEC »MK1 « Enfin y a des gens vraiment tu sais qu'il n'ont pas l'éducation et donc tu comprends que c'est difficile (...) les femmes s'ignorent »MK3 « bah les croyances euh des patientes, l'éducation qu'elles ont vécu euh qui peut des fois les bloquer »MK5 « c'est des espèces de croyance, de cette région la elle est pas pour le plaisir, si t'as mal pas grave t'es une femme et puis voila, mais du coup elle elle ne veut pas aller chercher plus loin. »MK5
	En lien avec l'environnement	- Planning	« la disponibilité de la patiente pour avoir un suivie assez régulier »MK1 « c'est le genre de patiente qui va annuler régulièrement, plus dans la gestion des rdv »MK2 « Après pour la prise en charge même c'est plus la vie de la patiente, dans le sens ou elle a des obligations et donc avoir un suivi régulier c'est parfois compliqué »MK6
		- Conjoint	« euh la pression du conjoint peut être vraiment compliqué à gérer, parfois elles arrivent en me disant que monsieur est très cool et puis 2 semaines après elles arrivent en me disant qu'il va falloir accélérer de ce côté la »MK2

			« surtout le conjoint qui ne change pas (...) ça va en constance nous freiner, par exemple madame qui ne peut pas avoir de pénétration et qui au final veut essayer d'autre type de rapports mais son conjoint qui euh qui ne veut pas (souffle), donc ça aussi c'est un frein vraiment à la santé sexuelle. »MK6
	En lien avec les professionnel de santé	- Perte de confiance	« l'éducation, les douleurs, les discours nociceptif des pro de santé. »MK3
	Remédiation	- Transmission d'informations	« euh non je vais pas adapter mon discours, je pense que j'ai le même discours avec tout le monde, en tout cas moi ce sont des informations que je donne par contre je peux accepter qu'il y ait des retours différents et donc je ne vais pas pouvoir aller plus loin avec certaines »MK5 « moi je suis là juste pour lui dire tout ce qui est possible. qu'il y a plein de possibilités, et que chacun va accepter des choses ou non, je ne change pas mon discours de base, en tout cas ne change pas » MK5 « il faudra beaucoup de séances et une bonne alliance donc ça dépend encore une fois de la patiente pour qu'on puisse vraiment parler librement de ça, j'ai des livres sur la sexualité, le périnée, (me donne le nom des livres) donc parfois je leur propose, enfin je leur prête au moins elles ont des informations qui sont vraies »MK6 « après pour mon discours euh j'ai pas l'impression, enfin c'est un peu pareil je vais peut être moins en parler au début ou juste donner les infos mais sans attendre leurs validation »MK6 « je vais pas changer ma prise en charge c'est à dire que je vais fonctionner exactement de la même façon et je vais du coup essayer de je peux pas dire casser les codes »MK2

- Annexe IX: Compétence 5 des MK (Arrêté du 2 septembre 2015).

Compétence 5

Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie

1. Accueillir, écouter et instaurer une relation de confiance avec le patient, son entourage ou le groupe.
2. Développer une relation de partenariat avec la personne soignée.
3. Adapter sa communication, la nature des informations communiquées au patient et son comportement en fonction des caractéristiques du patient, de son état psychologique et de sa motivation.
4. Expliquer au patient les effets attendus, les risques et les limites de l'intervention en masso-kinésithérapie, en prenant en compte sa pathologie, son niveau de connaissances, ses représentations, son environnement social, professionnel et culturel, son niveau de langage, ses attentes pronostiques et son état psychologique.
5. Expliquer le déroulement de la prise en charge masso-kinésithérapique et s'assurer de sa compréhension par le patient et son entourage.
6. Négocier et construire les modalités de l'intervention avec le patient et/ou son entourage en fonction des objectifs du projet thérapeutique.
7. Faciliter, développer et analyser les interactions entre les participants d'une séance de groupe.
8. Rechercher et/ou maintenir les alliances thérapeutiques avec le patient tout au long de l'intervention.
9. Responsabiliser la personne, la famille, l'entourage quant à l'importance de leur participation à la prise en charge thérapeutique et établir une relation de partenariat.
10. Soutenir la personne, la famille et/ou l'entourage tout au long de la prise en charge thérapeutique.
11. Établir une relation d'aide vis-à-vis du patient.

Critères d'évaluation: Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?	Indicateurs: Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?
1) Mise en place d'une relation de confiance et de partenariat avec le patient	Les compétences relationnelles du masseur-kinésithérapeute sont identifiées au travers de : - la prise en compte de la spécificité du patient; - la mise en place d'une communication adaptée; - la qualité d'écoute: attentive, neutre et bienveillante; - la recherche d'expression du patient. La communication est ajustée à l'interlocuteur et au contexte. Le contexte, les réactions et les besoins de la personne soignée sont prises en compte. Les valeurs de la personne sont respectées. Les droits du patient sont respectés. Les questionnements éthiques sont repérés et explicités. Le cadre déontologique de l'intervention est respecté. Les informations délivrées au patient sur sa pathologie, les objectifs et la mise en œuvre du traitement, l'organisation de la structure et sur l'environnement sont de nature à permettre au patient de prendre une part active à son traitement et à la gestion de sa pathologie de façon adaptée.
2) Pertinence de l'analyse de la dimension relationnelle au cours de la situation de soin en masso-kinésithérapie	Les conditions permettant de mettre en confiance le patient et d'instaurer un respect réciproque sont recherchées et explicitées tout au long de la relation de soin. Les attentes exprimées et les réactions du patient et/ou de son entourage sont prises en compte. Les conditions de déroulement et les objectifs des activités prévues lors de la séance sont explicités clairement. Un consensus est recherché avec le patient sur les modalités de l'intervention. Les droits et devoirs du patient sont expliqués. Les modalités de réalisation du bilan, ses résultats, le diagnostic masso-kinésithérapique sont expliqués. Une terminologie adéquate et spécifique au contexte est utilisée. Les propos sont argumentés dans un respect mutuel. Les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion, les réactions et comportements du patient ou du groupe de personnes sont repérés, analysés et pris en compte. Les besoins du patient sont repérés, pris en compte et réévalués régulièrement. Les informations dont la diffusion nécessite une attention ou des conditions particulières sont identifiées. L'importance des attentes pronostiques du patient et de l'entourage est analysée et prise en compte. L'impact des paroles, écrits, gestes, attitudes et comportements est mesuré et assumé. L'écart entre le ressenti du patient et la perception du trouble par le masseur-kinésithérapeute est pris en compte. La disponibilité du thérapeute est maintenue tout au long de la séance. Une distance thérapeutique est instaurée et respectée.
3) Cohérence et adaptation du mode de communication utilisé à la situation de soin	Les modes de communication verbale et non verbale utilisés sont adaptés à la personne ou au groupe de personnes. Une reformulation est proposée selon les besoins du patient et de son entourage. Les éléments de la communication sont décomposés le cas échéant pour clarifier le propos. Les échanges sont ciblés et exhaustifs. L'anamnèse est menée. Une terminologie adéquate et spécifique au contexte est utilisée. Les explications sont réitérées au cours de l'intervention masso-kinésithérapique. Une attitude bienveillante pour soutenir et encourager le patient est adoptée. Les éléments clés à prendre en compte et les comportements à adopter lors des situations relationnelles difficiles sont identifiés.

Résumé :

Cette étude s'ancre dans un manque de littérature, qui recommande l'utilisation de l'éducation à la santé sexuelle (ESS) dans la prise en charge des Masseurs-Kinésithérapeutes des femmes souffrantes de vaginisme ou dyspareunies. Cependant je n'ai trouvé aucune étude expliquant comment mettre en place cette éducation.

Objectif de la recherche : Le but principal de cette étude est de comprendre comment les masseurs-kinésithérapeutes (MK) libéraux exerçant à la Réunion intègrent l'éducation à la santé sexuelle dans leurs prises en charge des patientes atteintes de vaginisme ou dyspareunies.

Les objectifs secondaires étaient de comprendre l'impact du contexte socio-culturel sur ce type de prise en charge et enfin mettre en avant les freins, ainsi que les remédiations de ceux-ci.

Méthodologie : Pour la réalisation de cette étude, une méthode qualitative a été utilisée, avec des entretiens individuels suivant une méthode d'échange semi-directif .

Un échantillon de 6 MK a été recruté. Les critères d'inclusions de celui-ci sont les suivants : MK exerçant en libéral à la Réunion depuis aux moins un an. Il fallait aussi que les MK soient inscrites sur l'association Kiné Périnée Réunion (AKPR), et qu'ils aient déjà pris en charge des femmes atteintes de vaginisme ou dyspareunies.

Résultats : Concernant les résultats de cette étude, 4 thèmes sont ressortis qui permettent de répondre à la question de recherche. Certains de ces thèmes comme celui des freins à la mise en place de l'ESS, nous apportent aussi de nouvelles interrogations. L'interprétation des résultats est réalisée dans la discussion.

Discussion : L'ESS est mise en place par les MK interrogées, et cela durant toute la prise en charge de ces patientes, de plus elle suit les 3 champs de l'éducation définis par la littérature. Les champs biologique et social sont les plus mis en place, le champ psycho-affectif n'est quand à lui pas mis en place automatiquement pour chaque patiente. Plusieurs freins ainsi que leurs remédiations sont explicités par les MK.

Cette étude a donc permis de répondre à la question de recherche, et vient compléter la littérature avec une initiation de la compréhension de l'intégration de cette éducation.

Mots clés: Vaginisme/ Dyspareunies/ Éducation à la santé sexuelle/
Méthode qualitative/ Intégration ESS/ Contexte socio-culturel.