



Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie de Rennes

OSTÉOPATHIE ET DYSpareunies

DE BUYER DE MIMÉURE
Emmanuelle

Promotion 16
Année 2020-2024



Bretagne Ostéopathie SARL.
Parc Monier - Bât Artémis - 167A, Rue de Lorient • 35000 RENNES • Tél. : 02 99 36 81 93 • Fax : 02 99 38 47 65
www.bretagne-osteopathie.com • contact@bretagne-osteopathie.com
CODE APE 8559A - N° Siret 504 423 302 00026 - Agrément Ministériel N° 2015-07
Déclaration d'activité enregistrée sous le n°53350846435 auprès du préfet de la région Bretagne. (Ce n° ne vaut pas agrément de l'état).

REMERCIEMENTS

Je souhaite commencer tout d'abord par te remercier, Victor, mon partenaire de vie qui a su me montrer amour, présence, patience, encouragement et accompagnement durant toute la durée de la formation.

Un grand merci à toi, Valérie, pour tes corrections et relectures pendant toute la construction et la rédaction de ce TER.

Merci à mes colocataires sans qui je ne serais peut être pas allée au bout de ce beau parcours.

Et enfin, merci à tous ceux qui ont pu m'apporter leur aide dans la diffusion de mon questionnaire et à tous les professionnels de santé qui ont pris le temps d'y répondre.

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION.....	1
2	LES DYSPAREUNIES.....	3
2.1	<i>Définition.....</i>	3
2.2	<i>Rappels anatomiques.....</i>	3
2.2.1	Anatomie osseuse et ligamentaire du bassin	3
2.2.2	Anatomie musculaire du bassin	7
2.2.3	Le périnée.....	9
2.2.4	Cavité pelvienne	11
2.2.5	Innervation et vascularisation de la zone pelvienne	13
2.3	<i>Étiopathologies.....</i>	13
2.3.1	Dyspareunies superficielles	13
2.3.2	Dyspareunies profondes	14
2.4	<i>Traitements proposés actuellement.....</i>	15
2.4.1	Rééducation du plancher pelvien.....	15
2.4.2	Traitements ostéopathiques.....	16
2.4.3	Autres	17
3	INTERET DE L'OSTÉOPATHIE STRUCTURELLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES DYSPAREUNIES.....	18
3.1	<i>Définition du modèle fondamental de l'ostéopathie structurelle (MFOS)</i>	18
3.2	<i>Illustration par un cas clinique</i>	19
3.3	<i>Point législatif.....</i>	20
3.3.1	Législation des ostéopathes	20
3.3.2	Législation des masseurs-kinésithérapeutes.....	20
4	PROBLÉMATIQUE.....	22
5	HYPOTHÈSE PRINCIPALE	23
6	MATERIEL ET MÉTHODE	23

6.1	<i>Le questionnaire</i>	23
6.1.1	Intérêts du questionnaire	23
6.1.2	Inconvénients du questionnaire	23
6.2	<i>Élaboration du questionnaire</i>	24
6.2.1	Objet du questionnaire	24
6.2.2	Choix de la population	24
6.2.3	Inclusion/Exclusion	24
6.2.4	Les questions	24
6.2.5	Test du questionnaire et échantillon	25
6.2.6	Diffusion	25
7	RESULTATS DU QUESTIONNAIRE	26
8	DISCUSSION	43
8.1	<i>Points positifs/négatifs du questionnaire et biais de l'enquête</i>	43
8.2	<i>Analyse croisée des réponses et interprétations des résultats</i>	44
9	CONCLUSION	47
10	BIBLIOGRAPHIE	48
11	ANNEXES	50

TABLE DES FIGURES

- *Figure 1 : représentation de l'appareil génital féminin externe*
- *Figure 2 : représentation de l'appareil génital féminin interne*
- *Figure 3 : représentation anatomique du bassin osseux*
- *Figure 4 : représentation anatomique d'une partie des ligaments du bassin*
- *Figure 5 : représentation anatomique ligaments sacro-épineux, sacro-tubéral et de la membrane obturatrice*
- *Figure 6 : vue antérieure, planche anatomique musculaire de la région bassin et du membre inférieur*
- *Figure 7 : vue postérieure, planche anatomique musculaire de la région du bassin et du membre inférieur*
- *Figure 8 : représentation anatomique des muscles abdominaux*
- *Figure 9 : représentation anatomique des muscles profonds du rachis*
- *Figure 10 : représentation du périnée antérieur et postérieur chez la femme*
- *Figure 11 : représentation anatomique du périnée superficiel*
- *Figure 12 : représentation anatomique du périnée profond*
- *Figure 13 : représentation de la cavité pelvienne chez la femme*
- *Figure 14 : moyen d'union et de fixité de la cavité pelvienne*
- *Figure 15 : représentation de la cartographie des dermatomes de la région pelvienne chez la femme*
- *Figure 16 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Pouvez vous définir en quelques mots ce que sont pour vous, les dyspareunies ? »*
- *Figure 17 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « êtes vous : un homme – une femme ? »*
- *Figure 18 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « êtes vous : médecin gynécologue – médecin généraliste – sage-femme – masseur-kinésithérapeute ? »*
- *Figure 19 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « en quelle année avez-vous été diplômé(e) ? »*
- *Figure 20 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Avez-vous effectué des formations complémentaires après votre diplôme dans le domaine de la gynécologie ? »*
- *Figure 21 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « pratiquez vous cette spécialité ? »*

- *Figure 22 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « exercez-vous : en libéral – en service hospitalier – en centre de rééducation – autre ? »*
- *Figure 23 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Avez-vous déjà reçu des femmes en consultation souffrant de dyspareunies ? »*
- *Figure 24 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Avez-vous déjà abordé le sujet des dyspareunies avec vos patientes même si ce n'était pas le motif de consultation ? »*
- *Figure 25 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Si oui, pourquoi l'avez-vous évoqué ? (Plusieurs réponses possibles) »*
- *Figure 26 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Les dyspareunies toucheraient 7,5 à 20% des femmes sexuellement actives, pourtant moins de la moitié consulteraient pour ce problème. Comment l'expliqueriez vous ? (Plusieurs réponses possibles) »*
- *Figure 27 : pourcentage des réponses des professionnels à la question « Connaissez-vous le champ de compétences des ostéopathes sur la prise en charge de la femme, et plus spécifiquement des dyspareunies ? »*
- *Figure 28 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Avez-vous déjà eu l'occasion de consulter un ostéopathe ? »*
- *Figure 29 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Avez-vous déjà eu l'occasion de travailler en collaboration avec un ostéopathe ? »*
- *Figure 30 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Seriez-vous prêt(e) à orienter une patiente souffrant de dyspareunies vers un ostéopathe ? »*
- *Figure 31 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles) »*
- *Figure 32 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Auriez vous plus confiance en un ostéopathe ayant déjà un diplôme de professionnel de santé ? (Par exemple masseur-kinésithérapeute/ostéopathe) »*
- *Figure 33 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Quels seraient vos besoins afin de permettre une meilleure collaboration entre les professionnels de santé et les ostéopathes concernant les différentes possibilités de prise en charge des dyspareunies (plusieurs réponses possibles) »*

ABRÉVIATIONS

EIAS : Épine Iliaque Antéro Supérieure

EIAI : Épine Iliaque Antéro Inférieure

EIPS : Épine Iliaque Postéro Supérieure

EIPI : Épine Iliaque Postéro Inférieure

TFL : Tenseur du Fascia Lata

TENS : Stimulation Électrique Trans Cutanée

MFOS : Modèle Fondamental de l'Ostéopathie Structurale

IFSO : Institut de Formation Supérieure en Ostéopathie

LTR : Lésion Tissulaire Réversible

LTI : Lésion Tissulaire Irréversible

SQS : Structure Qui S'exprime

MKDE : Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'Etat

SF : Sage-Femme

1 INTRODUCTION

J'ai toujours su que je voulais faire mon mémoire sur un sujet qui touche les femmes et leurs maux. Plusieurs sujets ont attiré mon attention mais mon expérience personnelle en tant que patiente m'a amenée à me questionner sur la prise en charge des dyspareunies.

Ce sont des douleurs récurrentes lors de rapports sexuels qui peuvent être superficielles ou profondes en fonction de la localisation de la douleur, et qui peuvent être en association avec diverses pathologies. Elles peuvent être primaires (dès le début de l'activité sexuelle) ou secondaires et les étiopathologies sont diverses et variées (endométriose, adhérences post chirurgicales, antécédents d'infections gynécologiques ou urinaires, post partum, carence oestrogénique etc...) (1) . Les douleurs pelvi-périnéales provoquées par des rapports sexuels existent également chez l'homme mais je ne les développerai pas dans ce TER.

C'est un sujet encore trop tabou dans notre société et je me suis rendu compte, en en parlant autour de moi, que la majorité de mes interlocuteurs(trices) ne connaissaient pas le mot et encore moins qu'une prise en charge ostéopathique était possible.

En effet, « les dyspareunies toucheraient 7,5 à 20% des femmes sexuellement actives, pourtant moins de la moitié d'entre elles consulteraient pour ce problème. » (2)

Elles touchent 2 catégories d'âge, particulièrement les 55-64 ans (10,4%) et les 16-24 ans (9,5%)(3), ce qui rend le sujet parfois difficile à aborder notamment chez les sujets jeunes qui peuvent ressentir une gêne vis-à-vis d'un professionnel de santé.

Outre les douleurs physiques, les dyspareunies entraînent également des conséquences émotionnelles et psychologiques non négligeables pour les femmes et la vie de couple.

La méconnaissance de ce sujet et de sa prise en charge m'a vraiment posé question et dans le cadre de mon travail d'étude et de recherche (TER), je me suis demandé quelle était la place de l'ostéopathie aujourd'hui pour cette pathologie et si les professionnels de santé au premier plan, soit les sages-femmes, les gynécologues, les médecins généralistes et les masseur-kinésithérapeutes, orienteraient leurs patientes vers un(e) ostéopathe.

Afin de répondre à cette question, j'ai choisi de construire un questionnaire à destination de ces professionnels de santé.

Ce mémoire propose tout d'abord de définir les dyspareunies, puis quelques rappels anatomiques autour du bassin et de la cavité pelvienne chez la femme. Ensuite je définirai et

listerai les principales étiopathologies des dyspareunies, puis j'expliquerai les différentes prises en charge proposées actuellement. Ensuite, je développerai l'intérêt de l'ostéopathie structurelle dans la prise en charge de cette pathologie, puis je dévoilerai mon questionnaire et les résultats obtenus. Pour terminer ce travail, une discussion sera établie pour analyser ces résultats.

2 LES DYSPAREUNIES

2.1 Définition

Les dyspareunies, n'ayant pas été définies par les instances officielles comme la Haute Autorité de Santé, sont les seules parmi les douleurs pelvi-périnéales à faire l'objet d'un consensus à ce jour. En effet, un groupe d'experts en 2003 les a définies comme « une douleur génitale persistante ou récurrente associée à un rapport sexuel. » (4)

Elles peuvent être superficielles, prenant siège au niveau vulvaire ou vulvo-vaginal (cf figure 1) ou profondes, d'origine pelvienne ou vaginale (cf figure 2). Elles sont ressenties pendant ou après l'acte sexuel. Elles peuvent apparaître dès le début de l'activité sexuelle (dyspareunies primaires) ou apparaître plus tard (dyspareunies secondaires).

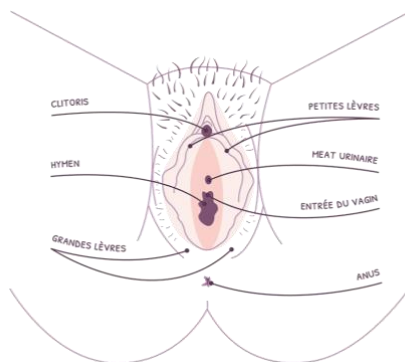


Figure 1 : représentation de l'appareil génital féminin externe (5)

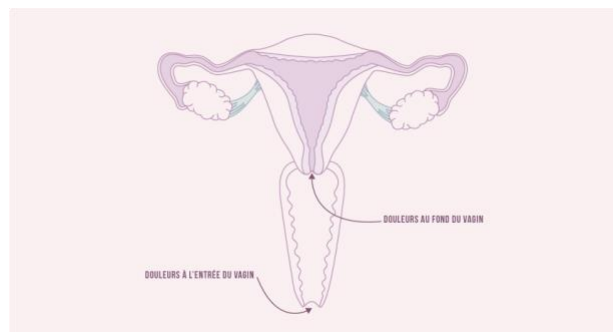


Figure 2 : représentation de l'appareil génital féminin interne (5)

2.2 Rappels anatomiques

2.2.1 Anatomie osseuse et ligamentaire du bassin

Le bassin osseux est constitué de trois os principaux, les os coxaux droit et gauche et du sacrum, constitué lui-même de 5 vertèbres sacrées qui ont fusionné, et qui se termine par le coccyx (fusion également de 4 vertèbres). Le sacrum fait suite à la colonne lombaire et s'articule avec la dernière lombaire (L5) par un disque intervertébral. Les os coxaux, sont eux-mêmes constitués d'une fusion de 3 os, l'ischion, l'ilion et le pubis. (6)

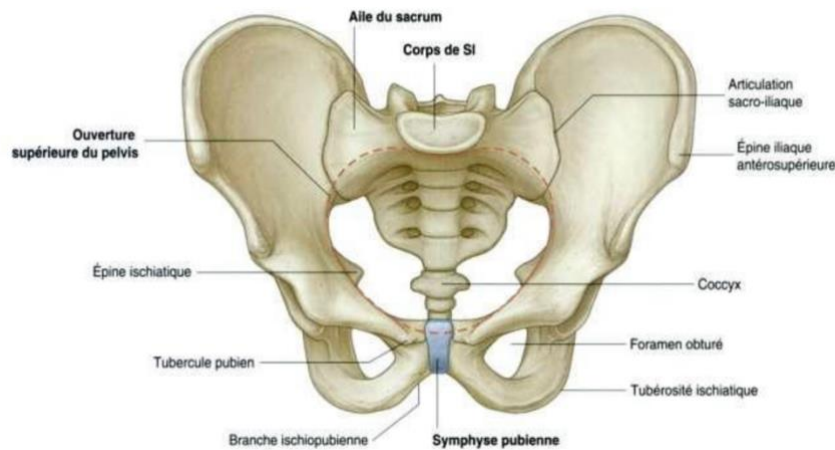


Figure 3 : Représentation anatomique du bassin osseux (6)

Les reliefs des os iliaques sont lieux de nombreuses insertions musculaires, sur les crêtes iliaques notamment, qui se prolongent en avant par les épines iliaques antéro supérieures (EIAS) et en arrière par les épines iliaques antéro inférieures (EIAI). Nous voyons les mêmes épines postéro supérieures (EIPS) et inférieures (EIPi) sur la partie postérieure des crêtes iliaques. En interne, nous retrouvons l'épine ischiatique, qui délimite la grande échancrure ischiatique supérieurement et la petite échancrure ischiatique inférieurement. Beaucoup de muscles s'insèrent également sur la partie inférieure des branches du pubis et sur la tubérosité ischiatique, autrement plus connu sous le nom d'ischion. Sur le plan antérieur, les deux os coxaux se rejoignent pour constituer la symphyse pubienne. Les deux os du pubis sont unis en avant par un disque fibro cartilagineux, rendant la symphyse très peu mobile. Au dessus de l'ischion, se forme une cavité appelée foramen obturé, comblée en grande partie par la membrane obturatrice. A la réunion entre l'ilium, le pubis et l'ischion, se trouve une cavité appelée acétabulum dans laquelle vient se loger la tête fémorale pour constituer l'articulation de la hanche (articulation coxo-fémorale).

Sur le plan postérieur, les deux os iliaques s'articulent avec le sacrum par les articulations sacro iliaques. Celles-ci sont composées de deux surfaces orientées à 90° l'une de l'autre, grenelées et encroûtées de cartilage. Elles sont donc peu mobiles au sens macroscopique, mais elles pourront bâiller dans le plan frontal et dans le plan horizontal.

Le sacrum se termine par une articulation avec le coccyx, l'articulation sacro-coccygienne qui ne possède pas de disque inter vertébral mais un ligament interosseux comme moyen d'union.

Pour unir ces pièces osseuses entre elles, il existe un grand nombre de ligaments, les principaux étant :

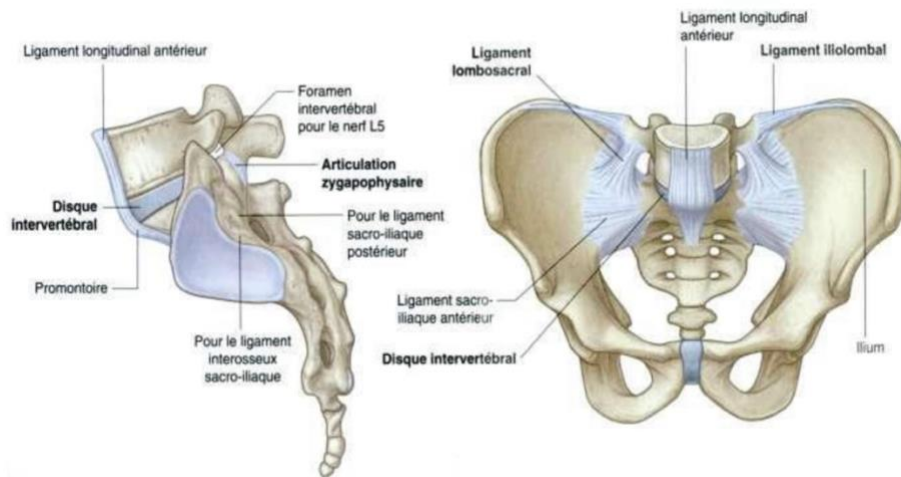


Figure 4 : représentation anatomique d'une partie des ligaments du bassin (6)

- Les ligaments ilio-lombaires, situés entre la crête iliaque et les processus transverses des deux dernières vertèbres lombaires. Ils sont composés de deux faisceaux, un supérieur entre la L4 et la crête iliaque et un inférieur entre la L5 et la crête iliaque qui se rejoignent et fusionnent à leurs parties inférieures.
- Le ligament vertébral commun antérieur descend de l'os occipital jusqu'à S2 (2^{ème} vertèbre sacrée) en adhérant à la face antérieure des corps vertébraux et aux disques intervertébraux.
- Les ligaments sacro-iliaques postérieurs se composent d'un plan superficiel formé de quatre faisceaux : supérieurement il y a le ligament ilio-transverse sacré, en dessous, le ligament axile puis le ligament de Zaglas et enfin le ligament sacro-épineux de Bichat ; et d'un plan profond avec les ligaments sacro-iliaques interosseux.

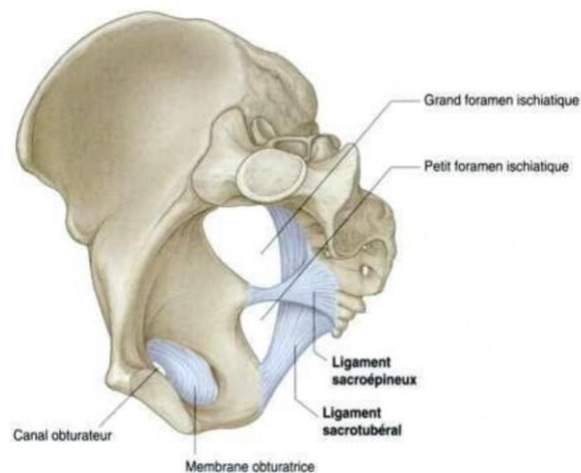


Figure 5 : représentation anatomique ligaments sacro-épineux, sacro-tubéral et de la membrane obturatrice (6)

- Les ligaments sacro-épineux (ou petits ligaments sacro-sciatiques) partent en dedans de la face latérale du sacrum et du coccyx, se dirigent en bas, en dehors et en avant vers l'épine ischiatique. Ils délimitent en partie le grand foramen ischiatique au-dessus et le petit foramen ischiatique en-dessous.
- Les ligaments sacro-tubéraux (ou grands ligaments sacro-sciatiques), en arrière des sacro-épineux et orientés plus verticalement, s'insèrent sur l'EIPS et l'EIPi, sur la face latérale du sacrum et du coccyx pour se terminer sur la tubérosité ischiatique.
- Les ligaments sacro-iliaques antérieurs s'insèrent latéralement aux 3 premiers foramens sacrés et sur la ligne arquée de l'ilion et au-dessus de la grande échancrure ischiatique.
- Les ligaments pubiens antérieur, inférieur et supérieur s'insèrent de part et d'autre du fibro-cartilage de la symphyse pubienne.
- Au niveau de l'articulation coxo-fémorale, il existe plusieurs ligaments : les ligaments ilio-fémoraux, pubo-fémoraux et ischio-fémoraux ; les ligaments capsulaires et le ligament rond, intracapsulaire qui part d'une petite fossette sur la tête fémorale pour s'enrouler et s'insérer sur les cornes du cotyle et sur le bourrelet.

Outre les ligaments, il existe une membrane qui comble quasiment entièrement le foramen obturé, on l'appelle membrane obturatrice. Elle délimite, en se dédoublant, le canal obturateur qui permet le passage d'un paquet vasculo nerveux : la veine obturatrice, l'artère obturatrice et le nerf obturateur.

Toutes ces articulations précédemment décrites, unies par des ligaments, permettent la réalisation de mouvements macroscopiques :

- La nutation et la contre nutation du sacrum : mouvement de bascule antérieure et postérieure du sacrum
- L'antéversion et la rétroversion du bassin : mouvement de bascule du bassin autour des coxo-fémorales
- La circumduction des coxo-fémorales (flexion/extension, abduction/adduction, rotation interne/rotation externe)

2.2.2 Anatomie musculaire du bassin

2.2.2.1 Les muscles coxo-fémoraux

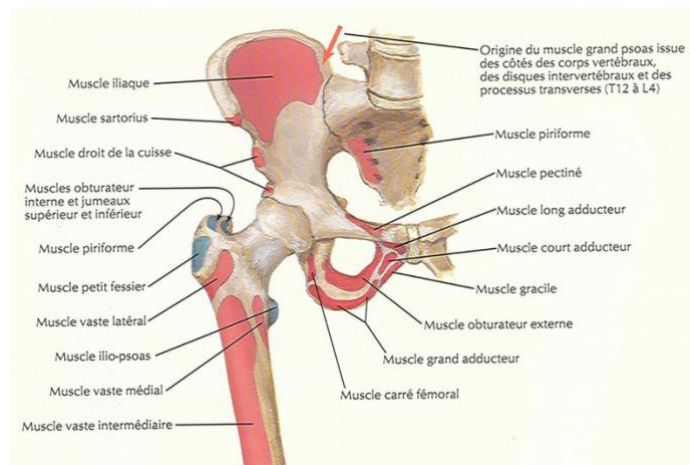


Figure 6 : vue antérieure, planche anatomique musculaire de la région bassin et du membre inférieur (7)

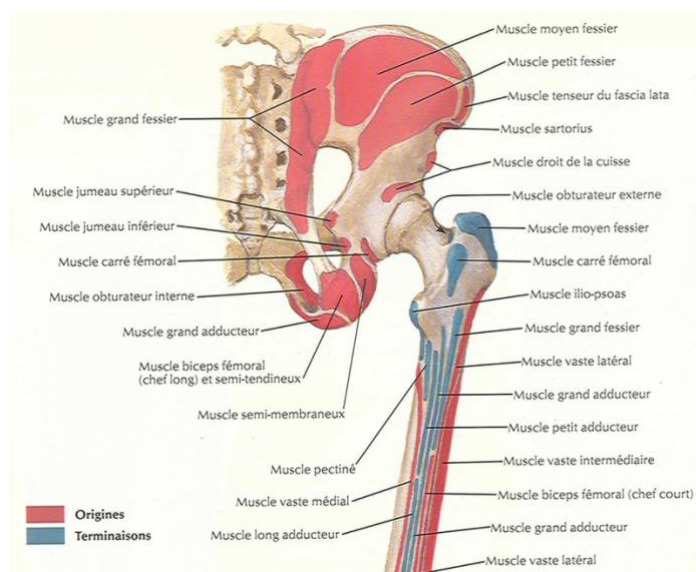


Figure 7 : vue postérieure, planche anatomique musculaire de la région du bassin et du membre inférieur (7)

- Les muscles pelvi-trochantériens : le piriforme, le carré fémoral, l'obturateur interne, l'obturateur externe, les jumeaux supérieur et inférieur et les petit et moyen fessiers
- Le grand fessier
- Le tenseur du fascia lata (TFL)
- Les ischio jambiers : le semi membraneux, le semi tendineux et le biceps fémoral.

- Les adducteurs : le pectiné, le long adducteur, le court adducteur, le grand adducteur et le gracile.
- Le sartorius
- Le droit fémoral
- Le muscle iliaque (qui se réunit avec le psoas)

2.2.2.2 Les abdominaux

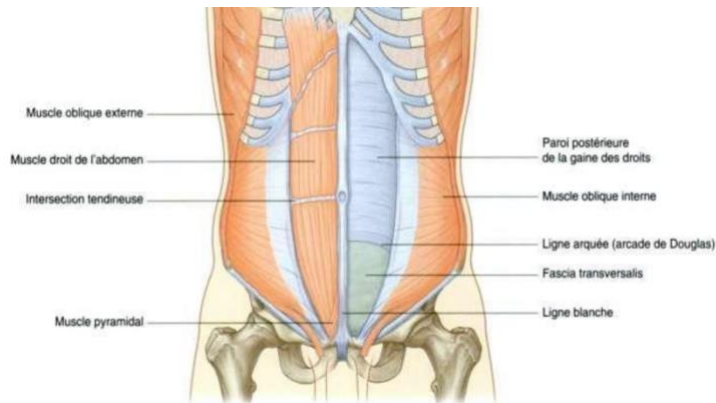


Figure 8 : représentation anatomique des muscles abdominaux (6)

- Les grands droits
- Les obliques internes et externes
- Le transverse

2.2.2.3 Les muscles du rachis

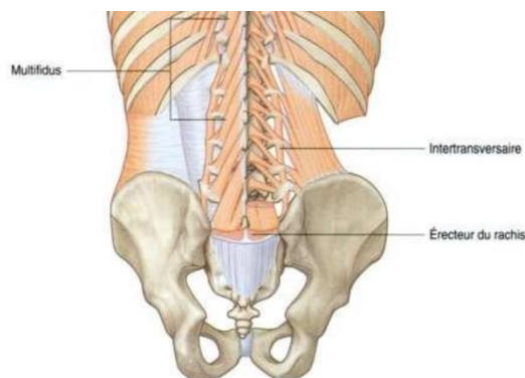
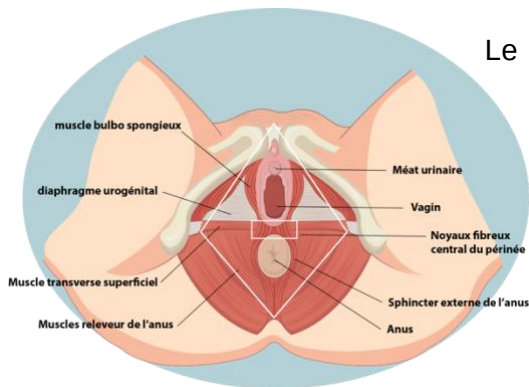


Figure 9 : représentation anatomique des muscles profonds du rachis (6)

- L'érecteur du rachis
- Le longissimus

- Le grand dorsal
- Le psoas
- Le carré des lombes
- Les muscles ilio-costaux

2.2.3 Le périnée



Le périnée, est composé d'une multitude de muscles et aponévroses permettant de fermer le pelvis en bas. Il a une forme de losange et peut être divisé en deux : un triangle antérieur uro-génital et un triangle postérieur anal séparé en leur centre par le noyau fibreux central du périnée.

Figure 10 : Représentation du périnée antérieur et postérieur chez la femme (8)

Le périnée est composé de 3 plans :

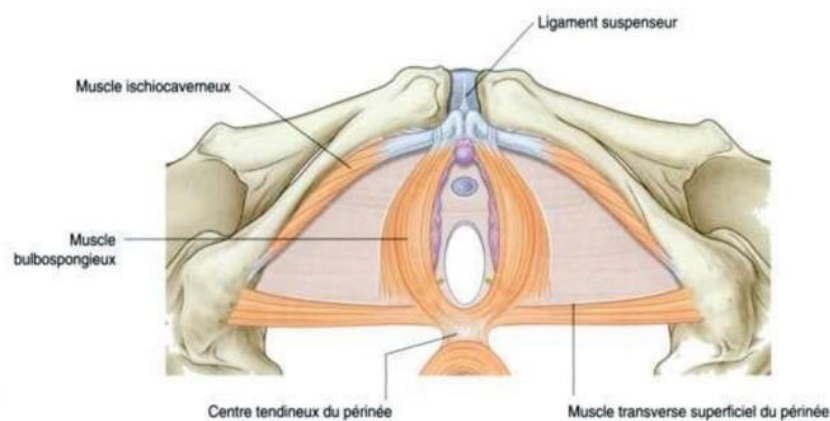


Figure 11 : représentation anatomique du périnée superficiel (6)

- **Le plan superficiel** : on y retrouve le plan cutané externe avec les organes génitaux féminins. La vulve est une saillie entre le pubis en avant et l'anus en arrière. Elle est bordée par les grandes lèvres en dehors et les petites lèvres en dedans qui se rejoignent pour former le capuchon du clitoris. Entre les petites lèvres, nous retrouvons le méat urétral en avant et l'orifice vaginal en arrière. L'orifice anal est en arrière au niveau du périnée postérieur.

En sous cutané, l'aponévrose périnéale superficielle s'étend au niveau du périnée antérieur.

Il existe 4 muscles superficiels : les muscles ischiocaverneux, bulbospongieux, transverse superficiel et constricteur de la vulve.

- **Le plan moyen** : il n'existe que dans la partie antérieure du périnée, il est constitué de deux muscles, le muscle transverse profond et le muscle du sphincter externe de l'urètre.

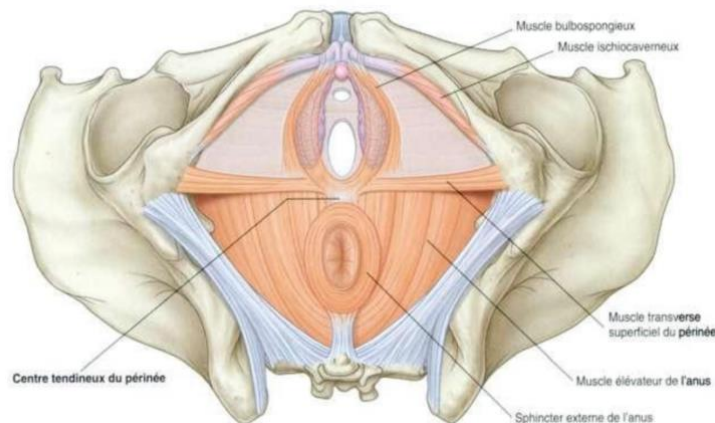


Figure 12 : représentation anatomique du périnée profond (6)

- **Le plan profond** : ce plan est composé de deux muscles, le muscle élévateur de l'anus d'une part, qui part de la symphyse pubienne pour se terminer sur l'épine ischiatique et le coccyx. Il est composé de deux parties, une interne avec les faisceaux pubo-vaginal et pubo-rectal et une externe avec les faisceaux pubo-coccygien et ilio-coccygien. D'autre part il se compose du muscle coccygien qui s'étend des faces latérales du sacrum et du coccyx à l'épine ischiatique homolatérale.

2.2.4 Cavité pelvienne

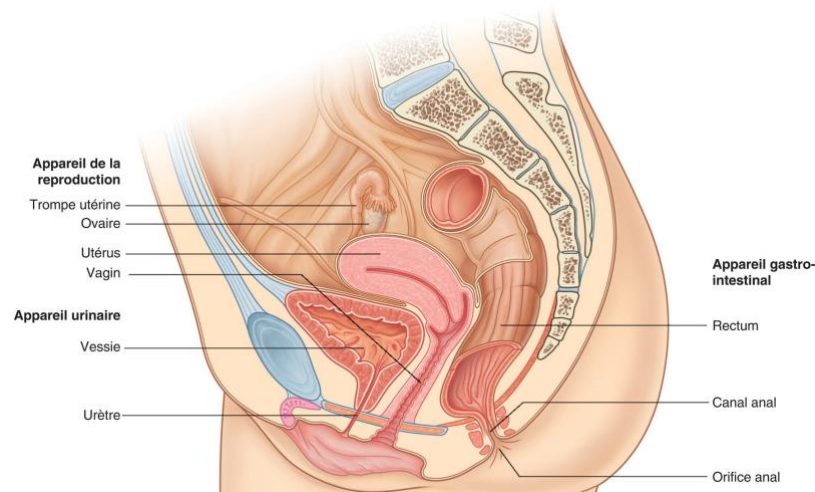


Figure 13 : Représentation de la cavité pelvienne chez la femme (9)

Chez la femme, la cavité pelvienne constitue l'ensemble des éléments contenus dans le bassin osseux. Dans l'espace sous péritonéal (ou petit bassin), nous retrouvons d'avant en arrière, la vessie qui s'abouche via l'urètre par le méat urétral, le vagin surplombé par l'utérus, les trompes de Fallope avec les ovaires et enfin le rectum qui se prolonge par l'ampoule rectale avec le canal anal et l'orifice anal. Cet espace est délimité en avant par le pubis et les muscles abdominaux, sur les côtés par les os coxaux, en arrière par le sacrum et le coccyx ainsi que tous les muscles et ligaments, en bas par le plancher pelvien et en haut par le péritoine.

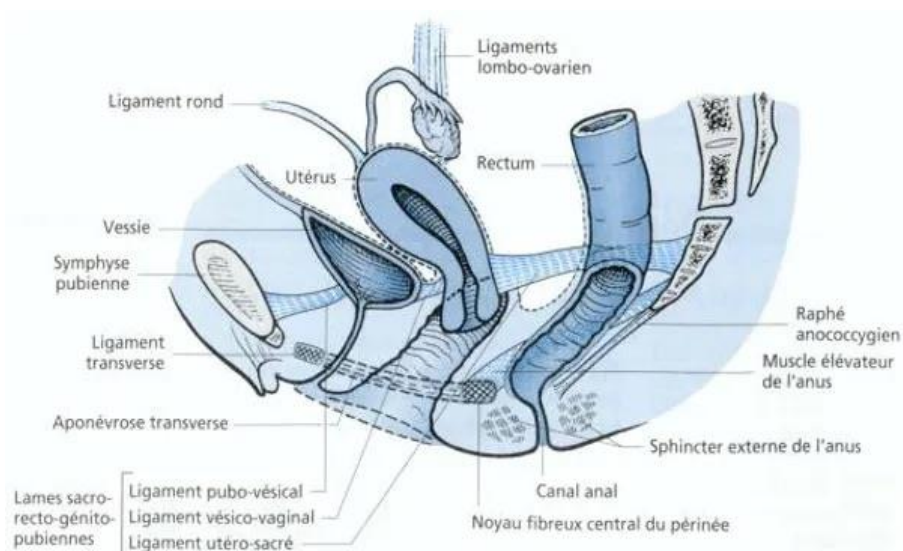


Figure 14 : moyen d'union et de fixité de la cavité pelvienne (10)

Si on détaille les moyens d'union entre ces structures de la cavité sous péritonéale, il y a en avant, la vessie, située en arrière du pubis. C'est un organe musculaire sur lequel s'abouchent les deux uretères provenant des reins et qui se prolonge par l'urètre en bas. Ses moyens d'union sont l'ouraque qui naît de son angle supérieur jusqu'à l'ombilic et les lames sacro-recto-génito-pubiennes en bas avec le ligament pubo-vésical et vésico-vaginal.

L'utérus en arrière de la vessie, est un organe également musculaire qui comprend un col s'abouchant sur le vagin, un corps et un fond. Il est habituellement anté fléchi entre l'axe du corps et l'axe du col, et anté versé (axe de version entre l'axe ombilico coccygien et l'axe du corps). Le fond se poursuit latéralement par les trompes puis par les ovaires. Il est en rapport antérieurement, avec la vessie, par un cul de sac péritonéal (cul de sac vésico-utérin) et en arrière, avec le rectum, par le cul de sac de Douglas. Ses moyens d'union sont les ligaments ronds latéralement qui partent des cornes utérines jusqu'aux grandes lèvres, les ligaments utéro-sacrés qui partent de la face postérieure du col et du corps pour aller jusqu'à la face antérieure du sacrum, et en avant les ligaments vésico-utérins en lien avec la vessie. Ces derniers sont confondus dans les lames sacro-recto-génito-pubiennes. L'utérus est relié aux parois latérales du pelvis par les ligaments larges, qui sont des replis péritonéaux permettant le passage des vaisseaux et des nerfs. Ils sont composés de plusieurs mésos : mésosalpinx, mésovarium, mésometre et mésofuniculaire. Il existe également le paramètre et le paracervix qui s'étendant latéralement entre la paroi pelvienne et le col utérin.

Partant de l'utérus, les trompes de Fallope s'étendent latéralement depuis les cornes utérines jusqu'aux ovaires et sont enveloppées par le mésosalpinx. Elles sont composées de 4 portions du médial au latéral : le segment utérin qui s'ouvre dans la cavité utérine par l'ostium, l'isthme, l'ampoule et le pavillon qui est tapissé de franges recouvrant l'extrémité de l'ovaire.

L'ovaire est intra péritonéal dans sa portion supérieure et infra péritonéal dans sa partie inférieure. Il est attaché à la trompe par plusieurs ligaments et mésos : le ligament propre de l'ovaire, le ligament suspenseur de l'ovaire, le ligament tubo-ovarien et le mésovarium (faisant partie du ligament large).

Le vagin, qui s'abouche au col de l'utérus, est un conduit d'environ 8 cm orienté vers le bas et vers l'avant et se termine par la vulve sur le plan superficiel. Il est en lien avec la vessie via le septum vésico-vaginal et avec le rectum via le septum recto-vaginal. Il est séparé du canal anal par le noyau fibreux du périnée.

Le rectum en arrière constitue la partie terminale du tube digestif et est sous péritonéal au niveau de sa partie basse. Il s'élargit pour former l'ampoule rectale puis se termine par le canal anal et l'anus. Il est en lien pour sa partie antérieure avec l'utérus par le cul de sac de Douglas et en arrière avec le sacrum et le coccyx. Il est entouré postérieurement et latéralement par le mésorectum.

2.2.5 Innervation et vascularisation de la zone pelvienne

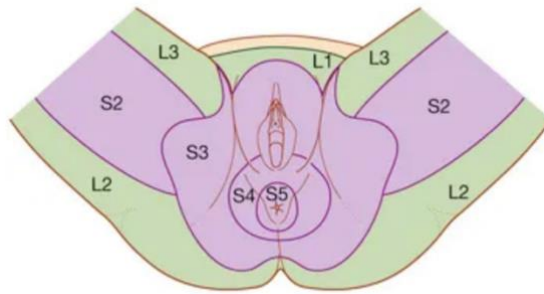


Figure 15 : représentation de la cartographie des dermatomes de la région pelvienne chez la femme (6)

Concernant les dermatomes, la zone périnéale correspond plutôt aux racines de S3 à S5 alors que la partie antérieure est plutôt innervée par L1.

L'innervation somatique de cette région est issue des plexus lombosacré et coccygien ; cela implique les racines L4-L5 pour le plexus lombal, et S1-S4 pour le plexus sacré. Les muscles du périnée sont pour la plupart innervés par les racines S2 à S4 et surtout par le nerf pudendal (S2-S4).

L'innervation autonome de cette région est issue majoritairement du plexus hypogastrique inférieur.

La vascularisation s'effectue depuis l'artère iliaque interne qui va donner des rameaux tels que l'artère vésicale, l'artère utérine, l'artère ombilicale et l'artère rectale moyenne.

2.3 Étiopathologies

2.3.1 Dyspareunies superficielles

Dans les étiopathologies les plus fréquentes, les dyspareunies superficielles, peuvent être dues à des antécédents chirurgicaux (épisiotomies ou cures de prolapsus) pouvant causer un rétrécissement de l'orifice vaginal, en raison des cicatrices ou d'adhérences post chirurgicales. (1)

Le vaginisme, qui est souvent confondu avec les dyspareunies en est en fait une cause fréquente, il est décrit comme étant « une contraction involontaire et résistante des muscles du vagin ne permettant pas la pénétration. » (11)

D'autres pathologies sur l'appareil gynécologique ou l'appareil urinaire, notamment infectieuses (vulvo-vaginite infectieuse, herpès, infection urinaire basse, etc...), mycosiques

(candidose récidivante), ou dermatologiques (dermatite vulvaire) peuvent en être responsables. (1)

Les modifications hormonales, notamment les carences en oestrogène, peuvent également jouer un rôle car elles entraînent une atrophie vulvo-vaginale et une diminution de la lubrification naturelle. Elles sont le plus fréquemment retrouvées en post-ménopause. (1)

La vulvodynie (ou vestibulodynie selon la localisation de la douleur) fait l'objet d'un diagnostic à part entière et est caractérisée par « une douleur vulvaire présente depuis plus de 3 mois sans cause identifiable et avec un nombre de facteurs associés potentiels » (12). Ces douleurs peuvent apparaître au toucher, au rapport sexuel mais aussi de façon spontanée.

2.3.2 Dyspareunies profondes

Parmi les étiopathologies des dyspareunies profondes, l'endométriose est la plus fréquente. Elle est influencée par le niveau d'oestrogène au cours du cycle et se caractérise par la prolifération et l'inflammation de cellules endométriales dans les cavités pelvienne et abdominale. Cette pathologie touche environ une femme sur dix et « 60% des patientes d'âge moyen atteinte d'endométriose, souffrent de dyspareunies à un moment de leur vie. » (13)

D'autre part, les dyspareunies sont un des dysfonctionnements sexuels les plus communs dans la première année de post-partum. En effet, l'accouchement provoque des changements anatomiques et fonctionnels des muscles du plancher pelvien. (14) Les circonstances de l'accouchement (déchirure des muscles du périnée, épisiotomie, utilisation de matériel comme les forceps ou les ventouses...) conditionnent l'état du périnée post-partum et donc la probabilité de souffrir de dyspareunies.

Les prolapsus sont également une des causes de dyspareunies profondes : les cystocèles (descente de la vessie), hystérocèle (descente de l'utérus), élytrocèle (prolapsus du cul de sac de Douglas), et surtout les rectocèles (hernie du rectum dans la paroi postérieure du vagin). En effet, nombre de femmes souffrant de prolapsus rapportent des douleurs sexuelles avant et après opération lorsque le stade est avancé. Cela est d'autant plus le cas pour les rectocèles, où selon une étude sur 5 ans post opératoire (Dua et al. en 2012), de nouvelles sensations douloureuses ou de rétraction vaginale apparaîtraient en post chirurgie réparatrice, n'offrant pas une solution satisfaisante en ce qui concerne les dyspareunies. (15)

D'autres étiologies peuvent entrer en jeu telles que les infections gynécologiques hautes (comme les salpingites), les cystites interstitielles, les fibromes utérins, les kystes ou les tumeurs, des adhérences post chirurgicales ou encore des pathologies non gynécologiques (comme le syndrome de l'intestin irritable ou la maladie de Crohn). (2)

Des dysfonctionnements mécaniques au niveau du petit bassin (osseux, ligamentaires et musculaires), un antécédent traumatique (type fracture du bassin) ou simplement une modification de l'état des tissus peuvent également entraîner des dyspareunies. Par exemple, une perte de souplesse au niveau du cul-de-sac de Douglas peut entraîner une diminution des glissements pendant les rapports, causant des douleurs à la pénétration.

Outre les causes d'origine infectieuse ou mécanique, le côté psycho-émotionnel n'est pas à négliger. En effet, plusieurs causes telles que l'anxiété, la dépression ou des antécédents d'abus sexuels sont à prendre en compte et ont un réel impact sur la prévalence des dyspareunies. (16) Ces douleurs s'expriment indifféremment du temps de pénétration, soit dès le début, pendant ou même plusieurs heures après.

Pour l'illustrer, dans une étude de cohorte longitudinale en Suisse de 2014 (B. Leeners et al.), sur 191 femmes âgées de 30 à 50 ans, celles souffrant de dépression et d'anxiété rapportent plus souvent des cas de dyspareunies. (17)

Dans une autre étude canadienne datant de 2010, B. Leclerc et al. font le constat que sur 151 femmes interrogées, souffrant de dyspareunies, 60% d'entre elles avaient également un historique d'abus sexuels. (18)

Cette liste d'étiopathologies très variées, quoique non exhaustive, traduit l'importance du diagnostic médical des dyspareunies afin de proposer un traitement adapté.

2.4 Traitements proposés actuellement

2.4.1 Rééducation du plancher pelvien

Bien que les étiopathologies soient diverses et variées, il semblerait que les muscles du plancher pelvien jouent un rôle important dans l'expression des dyspareunies. En effet, la rééducation du plancher pelvien est le traitement que l'on trouve le plus régulièrement dans la littérature. Chez ces patientes, on observerait une augmentation de la tonicité des muscles du plancher pelvien mais aussi un manque d'endurance et de force. Plusieurs études comme Schwartzman et al. (2019) Ou Ghaderi et al. (2019) montrent une amélioration significative des douleurs, de la qualité de vie et des fonctions sexuelles des participantes à ces études (19) (20). Une multitude de techniques sont employées comme les techniques manuelles (trigger point, étirements myo-fasciaux, massage et auto massage...), le renforcement par biofeedback, et la neuro stimulation électrique trans cutanée (TENS).

D'autres modalités thérapeutiques comme les dilatateurs ou techniques d'insertion peuvent être utilisées visant à « étirer et désensibiliser les muscles du plancher pelvien et la muqueuse

vaginale ». (21) Ces techniques permettent également de diminuer la peur liée à la pénétration vaginale.

2.4.2 Traitements ostéopathiques

2.4.2.1 Travail par voie externe

Il existe plusieurs courants ostéopathiques aujourd'hui, les ostéopathes fonctionnels qui analysent leur recherche de lésions à partir de dysfonctions observées et les ostéopathes structurels qui vont chercher des pertes de qualités élastiques des tissus. Quelle que soit la manière d'aborder la patiente, le travail ostéopathique est une piste intéressante pour les femmes souffrant de dyspareunies. En effet, les étiologies nécessitant un avis et un traitement médical une fois écartées, le bilan ostéopathique va consister à rechercher toute dysfonction ou perte de qualité du tissu pouvant être en corrélation avec les symptômes de la patiente. Les antécédents de la patiente ont une place primordiale pouvant orienter la prise en charge (antécédent traumatique du bassin, chirurgie, post-partum, endométriose etc ...). Comme nous l'avons établi dans les parties précédentes sur l'anatomie et les étiopathologies, toutes les structures du bassin sont en lien les unes avec les autres par les différents moyens d'union mécanique (ligaments, fasciae, membranes) et par les innervations somatiques et neuro vasculaires. Le travail de l'ostéopathe va donc consister à chercher toutes les « lésions ostéopathiques » pouvant intervenir dans les symptômes de la patiente et les traiter dans l'objectif de retrouver une fonction harmonieuse. La recherche va commencer localement par le bassin osseux, le bassin ligamentaire, les muscles et fasciae et la sphère viscérale basse. Si rien n'est retrouvé pouvant expliquer les symptômes de la patiente, l'ostéopathe pourra s'éloigner de la zone du bassin toujours en restant cohérent avec le traitement. Dans certains cas, si le traitement par voie externe ne semble pas suffisant, l'ostéopathe pourra proposer à la patiente, un traitement par voie interne (pas en première intention), avec son accord, afin de poursuivre l'investigation ostéopathique (cf point législation).

2.4.2.2 Travail par voie interne

Comme mentionné dans le paragraphe précédent, ce traitement par voie interne peut être proposé suite au traitement externe si celui-ci n'a pas permis l'amélioration ou la disparition des symptômes de la patiente. Après avoir recueilli le consentement éclairé de la patiente et après avoir expliqué de la manière la plus détaillée possible le déroulement du traitement, le thérapeute pourra commencer le travail par voie interne. La recherche de

dysfonctionnement ou de perte de qualité du tissu est la même que pour la voie externe. Le thérapeute va pouvoir mettre en tension des structures non atteignables par voie externe, tels que les ligaments utérosacrés, les muscles du plancher pelvien dont le muscle releveur de l'anus, les culs de sac péritonéaux (cul de sac vésico utérin et cul de sac de Douglas), la zone tissulaire antérieure vésico vaginale et péri urétrale. Tous ces tissus peuvent subir une perte d'élasticité locale et donc provoquer des pertes de glissement et des douleurs à la pénétration.

Peu de littérature relate l'intérêt du travail manuel ostéopathique externe ou interne pour la prise en charge des femmes souffrant de dyspareunies aujourd'hui. Cependant, une médecin gynécologue-ostéopathe, Dr Grimaldi, a effectué une étude en 2008 sur 86 femmes. Ces femmes souffraient de douleurs pelvi-périnéales chroniques, et avaient déjà consulté au moins deux praticiens sans résultat et effectué les examens médicaux permettant d'écarter toutes pathologies nécessitant un traitement médical ou chirurgical. (22) Ces femmes, âgées de 14 à 79 ans, souffraient de vulvodynies, dyspareunies superficielles, dyspareunies profondes et/ou dysménorrhées, de douleurs pelviennes chroniques, de syndrome urétral ou de coccygodynies. Elle leur a proposé des séances de thérapie manuelle ostéopathique après avoir recherché de manière protocolisée les pertes de mobilité des tissus externes et internes de la zone pelvienne et du bassin. Dans 71% des cas, une amélioration franche des symptômes a été observée après deux séances. Dr Grimaldi, nuance la reproductibilité d'un tel protocole de la recherche et des techniques appliquées. Cependant les résultats encourageants de l'étude rendraient intéressante une poursuite à plus grande échelle.

2.4.3 Autres

2.4.3.1 Ondes de choc

En 2021, Hurt et al. ont effectué la première étude sur les ondes de choc en traitement des dyspareunies. Ils ont établi un protocole en double aveugle avec un groupe placebo sur 61 femmes, âgées de 20 à 51 ans, qui ont reçu des ondes de choc pendant 4 semaines successives. Ils ont évalué leur douleur, avant et après le traitement, sur l'échelle de Marinoff (échelle allant de 0 à 3 : 0, pas de limitation au rapport sexuel ; 1, inconfortable mais n'empêche pas le rapport sexuel ; 2, empêche régulièrement le rapport sexuel ; 3, empêche complètement le rapport sexuel). Selon cette étude, les participantes ayant reçu le traitement ont rapporté une diminution de leur douleur supérieure à 30%. (23)

2.4.3.2 *Prise en charge pluridisciplinaire*

Outre les étiologies physiques qui expliquent l'apparition de dyspareunies, il existe également un facteur psycho émotionnel non négligeable. Pour cela, une prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire, impliquant des thérapeutes tels que des psychologues ou sexologues. En effet, dans une étude de 2015, Brotto et al. ont regroupé 116 femmes souffrant de vulvodynies et de dyspareunies associées et leur ont proposé une prise en charge pluridisciplinaire de 4 semaines. Celle-ci impliquait un gynécologue pour l'examen médical de début de protocole, ainsi que des sessions de groupe et individuelles par un psychothérapeute afin de mettre l'accent sur la compréhension de leur douleur, sur l'éducation thérapeutique et sur la réappropriation de leur sexualité. Enfin, pour celles présentant une hyper tonicité des muscles du plancher pelvien, des séances de rééducation du plancher pelvien par biofeedback et relaxation du périnée leur ont été proposées (aucune technique manuelle). A la fin du protocole, plus de 53% des femmes ont rapporté une amélioration significative de leurs douleurs et de leurs appréhensions aux rapports. (24)

3 INTERET DE L'OSTÉOPATHIE STRUCTURELLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES DYSPAREUNIES

3.1 ***Définition du modèle fondamental de l'ostéopathie structurale (MFOS)***

Dans le MFOS, enseigné à l'Institut de Formation Supérieur en Ostéopathie (IFSO) de Rennes, basé sur l'ouvrage de Jean-François Terramorsi, il existe deux types de lésions tissulaires : les lésions tissulaires réversibles (LTR) et les lésions tissulaires irréversibles (LTI). Les LTR se définissent par une perte de souplesse et d'élasticité du tissu conjonctif, auto entretenue dans le temps, donc par une perte de déformabilité du tissu ; alors que les LTI sont une altération de la structure dans sa composition : la structure est cassée, usée ou malformée. Dans notre pratique ostéopathique, nous ne nous intéressons qu'aux LTR car, les LTI étant une modification concrète et définitive de la structure, celles-ci ne relèvent pas de notre domaine.

Les LTR, muettes spontanément, sont révélées par des tests de résistances, ce qui se caractérise par du « gros, dur et sensible quand on y touche ». Ces tests permettent de trouver les zones en lésions afin de pouvoir les manipuler, le but étant de faire changer l'état du tissu

conjonctif localement. La manipulation ostéopathique n'a pas pour but de replacer ou de corriger une position mais de « lever la barrière qui empêche le corps de trouver lui même toutes les positions et fonctionnalité dont il aura besoin pour évoluer harmonieusement dans son environnement. » (25) En effet, « manipuler, ce n'est pas remettre les choses en place, mais justement s'assurer qu'elles peuvent en changer. » (25)

Une fois tous les drapeaux rouges levés (obligeant une réorientation médicale), le thérapeute va tout d'abord chercher à mettre en évidence la structure qui s'exprime (SQS) en cohérence avec la plainte du patient. A partir de cette SQS, l'ostéopathe va chercher les LTR tout d'abord localement, puis, si aucune LTR n'est retrouvée, il va pouvoir investiguer à distance en gardant une cohérence par rapport au traitement. Ensuite, le thérapeute va rechercher si, au niveau des variables de régulations mécaniques, neurologiques et neuro vasculaires (grâce au système nerveux végétatif, cf annexe 1), il y a présence ou non de LTR et les traiter le cas échéant. Ces variables de régulations permettent de s'assurer de la bonne trophicité du tissu conjonctif, c'est-à-dire qu'il soit libre mécaniquement, qu'il soit bien innervé et qu'il soit bien irrigué afin de pouvoir fonctionner de manière optimale.

3.2 Illustration par un cas clinique

Si nous prenons le cas d'une jeune patiente, se plaignant de dyspareunie profonde depuis quelques mois, sans facteur déclenchant identifié, ayant déjà consulté le médecin et passé des examens complémentaires. A l'anamnèse, nous prenons soin d'écarter tout drapeau rouge nous amenant à réorienter la patiente.

Nous allons commencer par investiguer localement la présence de LTR et les traiter : au niveau du bassin osseux (sacro-iliaques, sacrum, iliaques, pubis, coccyx, lombaires, et hanches), du bassin ligamentaire (ligament sacro-épineux et sacro tubéral), de la membrane obturatrice et du contenu du petit bassin par l'abord viscéral.

Ensuite, nous irons chercher les variables de régulation mécanique (plus à distance, soit les membres inférieurs et la colonne lombaire en remontant vers les dorsales). Puis, nous investiguerons les variables de régulation neurologique (somatique et parasympathique pour l'innervation des viscères), soit la zone S2-S3 puisque ce sont ces racines qui innervent principalement la zone du bassin. Enfin, nous chercherons les variables de régulation neuro-vasculaire par le biais de l'innervation orthosympathique (cf annexe 2). Dans ce cas, nous irons chercher s'il y a présence de LTR au niveau des étages vertébraux de D10 à L2 pour les premiers centres médullaires ortho sympathiques et, au niveau de L5, du sacrum et du tissu conjonctif viscéral pour les 2^{ème} centres ganglionnaires orthosympathiques.

Suite à cette première séance, la patiente pourra constater si l'évolution de sa douleur est favorable ou non. En fonction de cela, nous pourrions dans un second temps proposer un travail interne. C'est-à-dire, rechercher et traiter les LTR locales au niveau des muscles du périnée, des ligaments, du péritoine au niveau du cul de sac de Douglas.

3.3 Point législatif

3.3.1 Législation des ostéopathes

Aujourd'hui, selon le décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercices de l'ostéopathie (26), chapitre 1, article 3 : « *le praticien justifiant d'un titre d'ostéopathe ne peut effectuer les actes suivants :*

- *Manipulations gynéco-obstétricales*
- *Touchers pelviens »*

Il précise également dans l'article 1 : « *ces manipulations sont musculo-squelettiques et myo-fasciales, exclusivement manuelles et externes ».*

Les manipulations par voie interne sont donc proscrites pour les ostéopathes.

Cependant, plus loin dans l'article 3, nous pouvons lire : « *Les dispositions prévues aux I et II du présent article ne sont pas applicables aux médecins ni aux autres professionnels de santé lorsqu'ils sont habilités à réaliser ces actes dans le cadre de l'exercice de leur profession de santé et dans le respect des dispositions relatives à leur exercice professionnel »* Ces manipulations sont donc autorisées pour les professionnels de santé habilités, donc les masseurs-kinésithérapeutes entres autres.

3.3.2 Législation des masseurs-kinésithérapeutes

Selon l'article R4321-5 du code de la santé publique (27) (version en vigueur depuis le 08 août 2004), « *sur prescription médicale, le masseur kinésithérapeute 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 son côté, le Conseil National de l'Ordre (CNO) des masseurs-kinésithérapeutes a publié un avis en date du 26 et 27 septembre 2018 modifiant l'avis du 19-20 juin 2013 relatif à la réalisation des touchers pelviens par le masseur kinésithérapeute (28), insistant sur le consentement éclairé du patient :

« Vu le code civil notamment l'article 16,

Vu le code de la santé publique notamment les articles L 1111-4, L 4321-1, L 4321-14, R 4321-1 et suivants, R 4321-51 et suivants,

Vu le décret n°2007-435 du 25 mars 2007 relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie,

Après en avoir délibéré en séance plénière, le conseil national a adopté l'avis suivant :

L'attention des masseurs-kinésithérapeutes est attirée sur le fait que la réalisation d'un toucher vaginal ou rectal quelle qu'en soit l'indication thérapeutique, effectué sans avoir au préalable délivré une information claire et loyale et recueilli le consentement du patient peut revêtir la qualification pénale d'agression sexuelle ou de viol.

En agissant selon les règles de l'art les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à réaliser des touchers pelviens (vaginal et rectal) à visée bilan diagnostic et thérapeutique, dans le cadre de la prise en charge sur prescription médicale de la rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologiques, gynécologiques et proctologiques.

...

Dans le cadre de la rééducation périnéo-sphinctérienne et du traitement des troubles lombo-sacré-coccygiens, l'information relative à l'utilité et l'intérêt des investigations pelviennes doit être délivrée au patient de manière claire et loyale.

Aucun toucher pelvien ne peut être pratiqué sans que le masseur-kinésithérapeute ait recueilli au préalable le consentement libre et éclairé de son patient. Ce consentement peut être retiré à tout moment et le masseur kinésithérapeute doit respecter ce refus.

Etant convenu que la charge de la preuve de l'obtention du consentement repose sur le praticien qui peut l'apporter par tout moyen (preuve écrite, témoignage...).

Le non respect de cet avis est susceptible d'entraîner la responsabilité disciplinaire du professionnel, l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes étant chargé de veiller à l'application des règles déontologiques. »

Par la suite, le CNO émet un avis en date des 25-26-27 juin 2019 (29), modifiant celui du 26 et 27 septembre 2018, en reprenant son contenu mais en ajoutant la notion suivante :

« Article 222-23 Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle.

Article 222-27 Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende

Article 222-28 L'infraction définie à l'article 222-27 est punie de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende : Lorsqu'elle est commise par une personne qui abuse de l'autorité que lui confère ses fonctions ; »

En résumé, pour les ostéopathes également titulaires d'un diplôme de masseur-kinésithérapeute et inscrit à l'ordre professionnel, il est possible de pratiquer des manipulations par voie interne dans une visée thérapeutique à condition que cela soit sur prescription médicale (rééducation périnéo-sphinctérienne, urologique ou proctologique) tout en respectant les articles énoncés ci-dessus. Le praticien doit prendre soin d'expliquer cette prise en charge et ses objectifs, de recueillir le consentement de son ou sa patient(e) et d'en respecter le refus et l'arrêt du soin à tout moment.

4 PROBLÉMATIQUE

Suite à toutes mes lectures, je suis frappée par le nombre d'articles et de supports accessibles sur le sujet des dyspareunies. Pourtant, j'ai encore l'impression que c'est un sujet que l'on aborde trop peu en consultation, et dont les patientes n'osent pas parler.

Avec la formation à l'IFSO Rennes, je me rends compte que l'approche et les techniques ostéopathiques proposent une réelle efficacité dans cette prise en charge. Malgré cela, aujourd'hui, je ne pense pas que l'ostéopathie fasse partie de l'arène thérapeutique proposée à ces patientes pour leur traitement.

Je me suis donc demandé :

Quels sont les freins à la collaboration entre les professionnels de santé en 1^{ère} ligne (soient les médecins gynécologues, les médecins généralistes, les sages femmes et les masseurs-kinésithérapeutes) et les ostéopathes pour la prise en charge de femmes souffrant de dyspareunies ?

5 HYPOTHÈSE PRINCIPALE

Je fais l'hypothèse que les gynécologues, les médecins généralistes, les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes n'orienteraient pas vers un ostéopathe pour une prise en charge de dyspareunies car ils ne connaissent pas la pratique ostéopathique et son utilité pour cette prise en charge.

6 MATERIEL ET MÉTHODE

6.1 *Le questionnaire*

L'élaboration d'un questionnaire m'a paru la meilleure façon de collecter les avis et ressentis des professionnels de santé directement sur le terrain. Le fait d'avoir une majorité de questions fermées permet d'établir des pourcentages et de dégager des tendances assez nettes afin de valider ou d'invalider mon hypothèse principale.

6.1.1 Intérêts du questionnaire

L'intérêt principal du questionnaire est d'avoir un aperçu actuel, réaliste et objectif des avis des populations ciblées. Ensuite, y répondre prend environ 5 minutes, ce qui permet de ne pas empiéter sur le temps de travail de ces professionnels de santé. Les réponses sont strictement anonymes, ce qui n'engage pas les répondants et permet d'utiliser seulement le nombre de réponses pour l'analyse du questionnaire. Enfin l'utilisation dématérialisée permet aujourd'hui une diffusion facile, efficace, et « à grande échelle » permettant d'optimiser le recueil des réponses.

6.1.2 Inconvénients du questionnaire

L'inconvénient principal du questionnaire est qu'il est conditionné par le nombre de réponses, donc une faible participation rend l'enquête moins significative.

6.2 Élaboration du questionnaire

6.2.1 Objet du questionnaire

Le questionnaire a pour but ici de faire un état des lieux des connaissances, des avis et des ressentis des populations ciblées par rapport à la prise en charge ostéopathique des femmes souffrant de dyspareunies.

6.2.2 Choix de la population

Les populations ciblées sont les médecins gynécologues, les médecins généralistes, les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes. Tous ces professionnels de santé ont la possibilité de recevoir des patientes en consultation pour ce type de douleur et peuvent orienter vers d'autres professionnels s'ils le souhaitent.

6.2.3 Inclusion/Exclusion

J'ai inclus dans ma population tous les professionnels de santé cités ci-dessus quelle que soit leur année de diplôme, leur lieu d'exercice, leurs formations complémentaires etc.. En revanche, j'ai choisi d'exclure les personnes n'étant pas capables de me donner une définition en quelques mots des dyspareunies (cf analyse des résultats). J'ai également fait le choix d'exclure de mon questionnaire les masseurs-kinésithérapeutes en cours de formation ou diplômés de l'IFSO Rennes.

6.2.4 Les questions

J'ai rédigé et organisé les questions en plusieurs sous parties afin de répondre au mieux à l'hypothèse principale :

- Connaissance et définition des dyspareunies (questions 1 et 1bis)
- Connaissance de l'interlocuteur et du parcours professionnel (questions 2 à 7)
- Les dyspareunies : abord et traitements proposés (questions 9 à 11)
- Connaissance de l'ostéopathie (questions 12 à 14)
- Orientation vers un ostéopathe (questions 15 à 16bis)
- Collaboration interdisciplinaire (question 17)

J'ai fait le choix de rédiger un nombre limité de questions afin de ne pas décourager les participants. De plus, les questions sont majoritairement fermées pour me permettre une analyse plus rapide et plus objective. Les questions sont aussi précises que possible, et ne font pas appel à des connaissances potentiellement ignorées par les répondants, comme sur le modèle de l'ostéopathie structurale par exemple.

6.2.5 Test du questionnaire et échantillon

J'ai fait tester mon questionnaire à 5 professionnels de santé dans les mêmes conditions que la diffusion réelle (10% de l'échantillon souhaité), en espérant avoir un maximum de réponses par la suite.

6.2.6 Diffusion

Grâce à la version numérique de mon questionnaire, j'ai pu le distribuer dans mon entourage auprès de connaissances médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes dans différentes régions de France et auprès de collègues kinésithérapeutes. Je l'ai également diffusé sur les réseaux sociaux, sur des groupes constitués de professionnels de santé. Grâce à une connaissance, j'ai également pu envoyer le questionnaire à la maternité de Rennes en espérant cibler les médecins gynécologues et les sages-femmes des services. Enfin, j'ai également contacté le centre de l'endométriose à la Polyclinique de l'Atlantique de Nantes grâce à une adresse mail du service.

7 RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

J'ai clôturé la collecte des réponses de mon questionnaire le 13/04/2024, soit après plus de 2 mois de diffusion. J'ai donc rassemblé à cette date 41 réponses au total, de la part de :

- 4 médecins gynécologues
- 7 médecins généralistes
- 11 sages-femmes
- 19 masseur-kinésithérapeutes

Je détaille les réponses de chaque question ci-après.

Question 1 : Pouvez vous définir en quelques mots ce que sont pour vous, les dyspareunies ?

- Oui
- Non

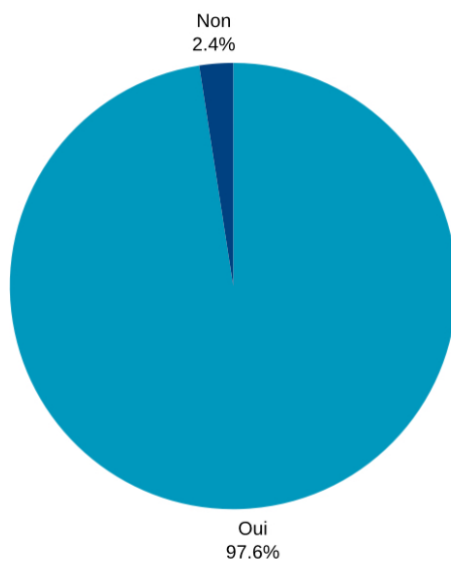


Figure 16 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Pouvez vous définir en quelques mots ce que sont pour vous, les dyspareunies ? »

Sur 41 réponses, 40 personnes ont répondu « oui », et 1 personne a répondu « non ». Cette première question étant une exclusion pour la poursuite du questionnaire, la suite des questions sera basée sur 40 réponses.

Question 1 bis : Si oui, Pouvez vous me donner votre définition (réponse courte).

La réponse étant libre, les formulations sont diverses et variées.

Cependant, l'association de mots qui est revenue dans 100% des cas est « douleur » et « rapports ».

Dans 32,5% des réponses, les précisions « douleurs génitales », « douleurs périnéales », « douleurs pelvi-périnéales » ou « douleurs pelviennes » ont été apportées.

15% des répondants ont ajouté une notion de temporalité en spécifiant « douleurs avant, pendant ou après un rapport sexuel ».

Enfin, quelques répondants mentionnent la notion de pénétration et de dyspareunies superficielles ou profondes.

Question 2 : Êtes-vous

- Un homme
- Une femme

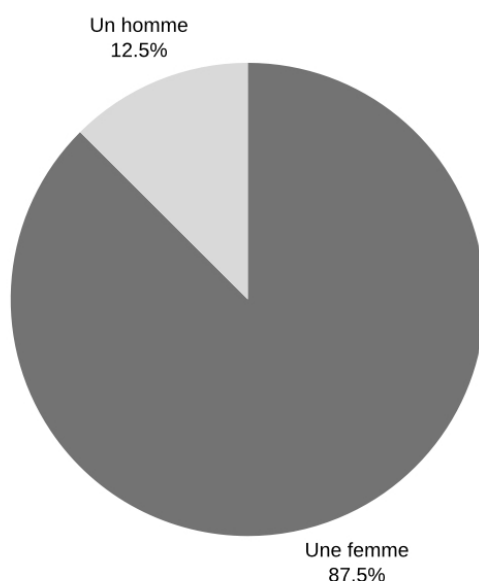


Figure 17 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « êtes vous : un homme – une femme »

Sur 40 répondants, 35 sont des femmes et 5 sont des hommes.

Question 3 : Êtes vous

- Médecin gynécologue
- Médecin généraliste
- Sage-femme
- Masseur-kinésithérapeute D.E

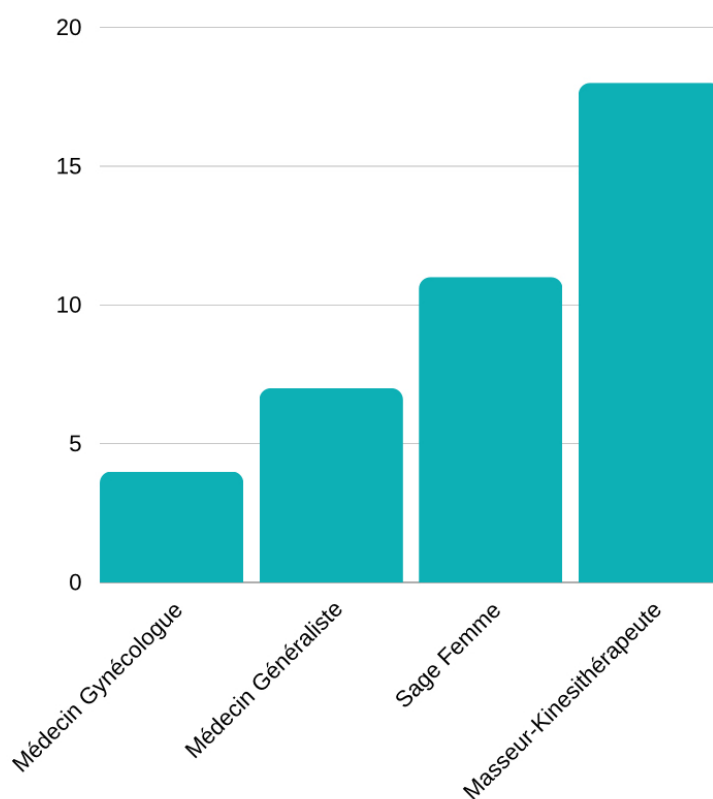


Figure 18 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « êtes vous : médecin gynécologue – médecin généraliste – sage- femme – masseur-kinésithérapeute »

Sur les 40 répondants, 4 sont médecins gynécologues, 7 sont médecins généralistes, 11 sont sages-femmes et 18 sont masseur-kinésithérapeutes.

Question 4 : En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?

- Avant 1980
- Entre 1980 et 1990
- Entre 1990 et 2000
- Entre 2000 et 2010
- Entre 2010 et 2020
- Après 2020

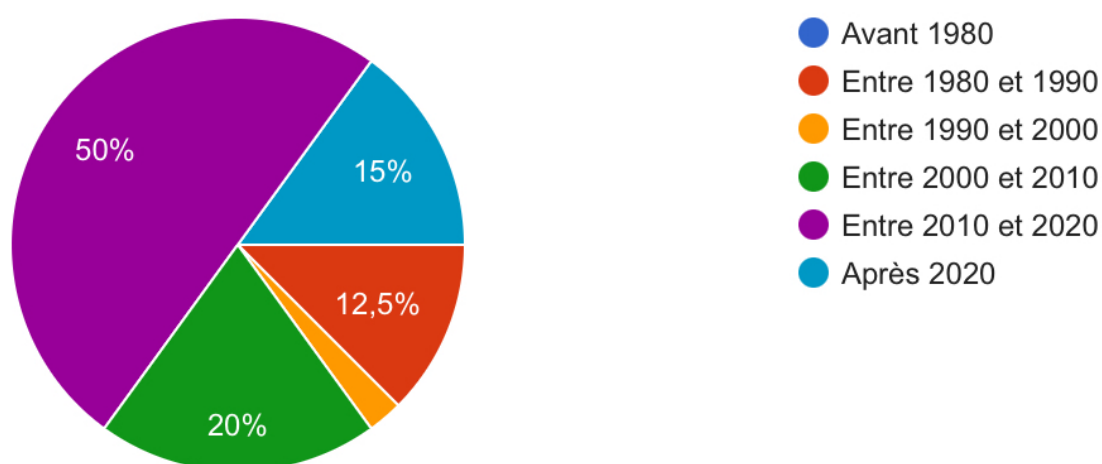


Figure 19 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « en quelle année avez-vous été diplômé(e) ? »

Sur 40 répondants : 20 ont été diplômés entre 2010 et 2020, 8 ont été diplômés entre 2000 et 2010, 6 ont été diplômés après 2020, 5 ont été diplômés entre 1980 et 1990, et 1 a été diplômé entre 1990 et 2000.

Question 5 : Avez-vous effectué des formations complémentaires après votre diplôme dans le domaine de la gynécologie ?

- Oui
- Non

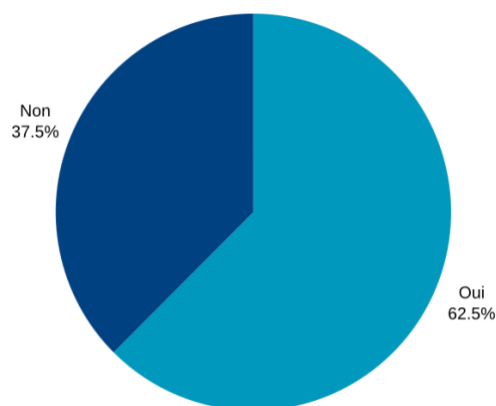


Figure 20 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Avez-vous effectué des formations complémentaires après votre diplôme dans le domaine de la gynécologie ? »

Sur les 40 répondants, 25 ont répondu « oui » et 15 ont répondu « non ».

Question 6 : Pratiquez vous cette spécialité ?

- Oui
- Non

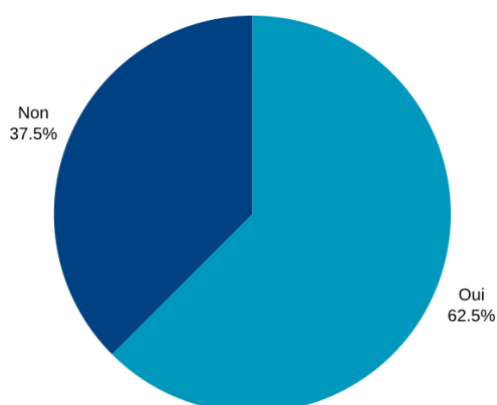


Figure 21 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « pratiquez vous cette spécialité ? »

Sur 40 répondants, 25 ont répondu « oui » et 15 ont répondu « non ».

Question 7 : Exercez-vous

- En libéral
- En service hospitalier
- En centre de rééducation
- Autre

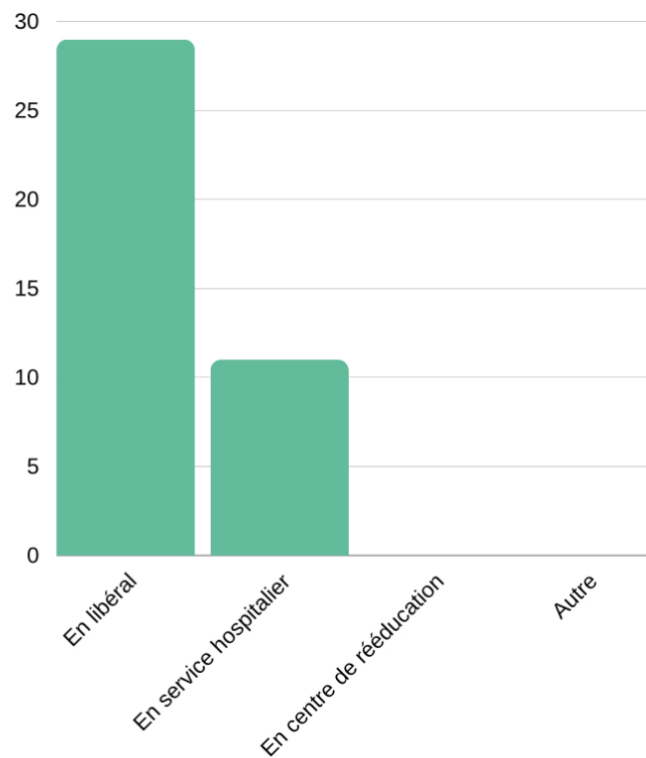


Figure 22 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « exercez vous : en libéral – en service hospitalier – en centre de rééducation – autre »

Sur 40 répondants, 29 ont répondu « en libéral » et 11 ont répondu « en service hospitalier ». Aucun n'a répondu « en centre de rééducation » ou « autre ».

Question 8 : Avez-vous déjà reçu des femmes en consultation souffrant de dyspareunies ?

- Oui
- Non

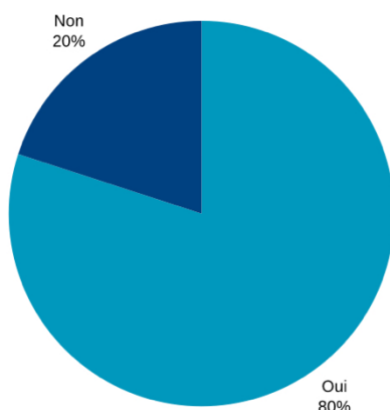


Figure 23 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Avez-vous déjà reçu des femmes en consultation souffrant de dyspareunies ? »

Sur 40 répondants, 32 ont répondu « oui » et 8 ont répondu « non ».

Question 9 : Avez-vous déjà abordé le sujet des dyspareunies avec vos patientes même si ce n'était pas le motif de consultation ?

- Oui
- Non

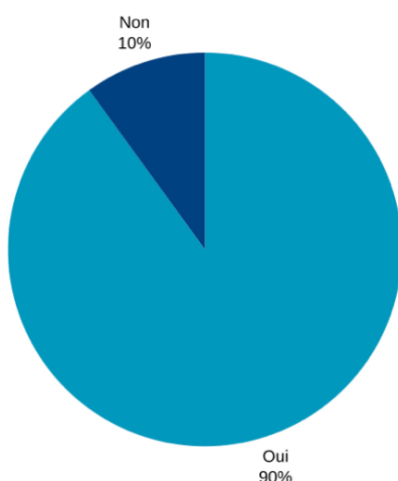


Figure 24 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Avez-vous déjà abordé le sujet des dyspareunies avec vos patientes même si ce n'était pas le motif de consultation ? »

Sur 40 répondants, 36 ont répondu « oui » et 4 ont répondu « non ».

Question 9 bis : Si oui, pourquoi l'avez-vous évoqué ? (Plusieurs réponses possibles)

- Vous posez toujours la question à vos patientes pendant votre anamnèse
- La localisation de la plainte initiale vous a incité à poser la question
- Antécédents connus d'abus ou de violences
- Autres

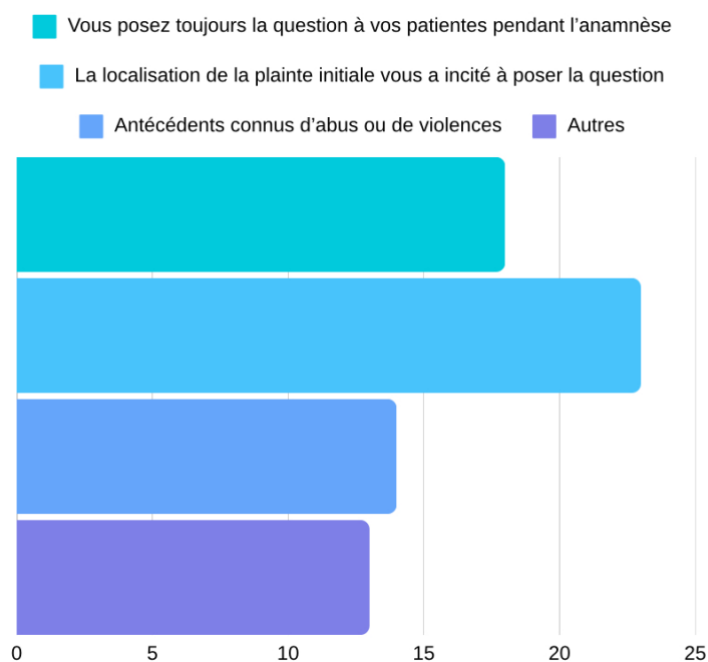


Figure 25 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Si oui, pourquoi l'avez-vous évoqué ? (Plusieurs réponses possibles) »

Sur les 40 répondants, 18 posent toujours la question à l'anamnèse (notamment dans le contexte de consultation pour l'endométriose), 23 posent la question en fonction de la localisation de la plainte initiale, 14 posent la question s'il y a présence d'antécédents de violences ou d'abus connus et 11 ont répondu autres.

Dans la catégorie autres, les autres raisons/précisions évoquées sont :

- Si la patiente l'a évoqué d'elle-même
- Si une sécheresse vulvaire est présente à l'examen gynécologique ou pourquoi le toucher vaginal est difficile
- Si la patiente est en ménopause
- Si la patiente reprend les rapports sexuels dans le cadre du post partum
- Si la patiente souffre de vaginisme pendant la grossesse
- Si la patiente souffre d'autres plaintes gynécologiques (métrorragies, pertes anormales...)

Question 10 : « Les dyspareunies toucheraient 7,5 à 20% des femmes sexuellement actives, pourtant moins de la moitié consulteraient pour ce problème ». Comment l'expliqueriez vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- Sujet sensible à aborder pour les patientes
- Sujet sensible à aborder pour les praticiens
- Peu de diffusion d'information en lien avec ce sujet
- Autres

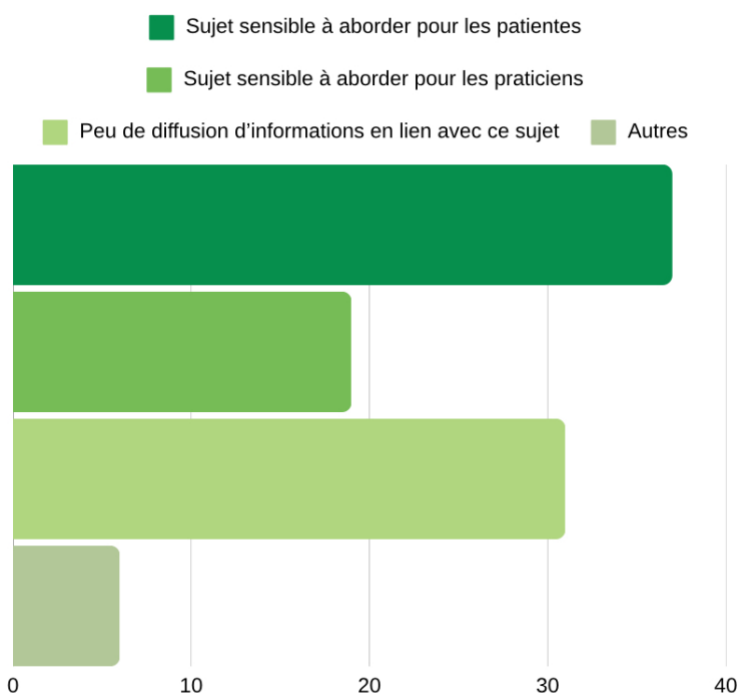


Figure 26 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Les dyspareunies toucheraient 7,5 à 20% des femmes sexuellement actives, pourtant moins de la moitié consulteraient pour ce problème ». Comment l'expliqueriez vous ? (Plusieurs réponses possibles) »

Sur les 40 répondants, 37 ont répondu que les dyspareunies étaient un sujet sensible à aborder pour les patientes.

19 ont répondu que le sujet était sensible à aborder pour les praticiens.

31 ont répondu que trop peu d'informations étaient diffusées à ce sujet.

6 personnes ont coché la catégorie « autres » dont 4 ont précisé que ces douleurs étaient souvent banalisées, 1 pense que pour le cas des kinésithérapeutes les patientes ne savaient pas forcément qu'il était possible de les prendre en charge, et 1 dernière a répondu que cela est difficile à aborder quand ce n'est pas le motif de consultation.

Question 11 : Aujourd'hui, si vous recevez en consultation une femme souffrant de dyspareunies, quelle(s) solution(s) lui proposeriez-vous ? (Réponse libre)

Réponses des médecins gynécologues :

- « Il faut différencier dyspareunie profonde ou superficielle et ça n'a rien à voir.. je cherche d'abord une cause »
- « Orientation vers un professionnel formé (kinésithérapeute, ostéopathe) »
- « Suivi chez un professionnel de santé qualifié (kinésithérapeute, ostéopathe), acupuncture, gestion de la douleur si besoin, lecture de livre sur le sujet. »
- « Suivi par des professionnels spécialisés »

Réponses des médecins généralistes :

- « Recherche étiologique, Kiné périnéale »
- « Fonction de la cause »
- « C'est une bonne question... »
- « Tout dépend du diagnostique (vaginisme, endo, autre patho pelvi périnéale) — > médecin spécialisé + suivi pluripro »
- « Comment proposer une solution quand on ne connaît pas le diagnostic ? Je ne vois pas quelle solution commune on pourrait trouver à un cancer de la vulve, une endométriose, une salpingite chronique ou un état de stress post-traumatique suite à un viol... D'abord l'entretien, l'examen clinique, d'éventuels examens complémentaires, afin de chercher la structure anatomique en cause. Identifier le retentissement physique, psychologique, sexuel, des douleurs. Associer si besoin une prise en charge psychologique. »
- « Lubrifiants, adaptation des rapports »
- « Examen clinique complet avec + ou - échographie, consultation sexologue »

Réponses des sages-femmes :

- « Examen clinique, ostéo, machine lindiba, peut-être imagerie à la recherche de patho gynéco »
- « L'automassage, l'utilisation de perles de rééducation, la continuité des rapports dans la mesure de leur possibilité et la técarthérapie »
- « Tout dépend du type de douleurs et des causes éventuelles, técarthérapie, hydratant/lubrifiant vaginal et vulvaire, acupuncture, consultation spécialisée vulvodynies,... »
- « Cela varie selon l'étiologie, de la rééducation, un travail en sexo ou psycho »

- « Recherche de la cause (infection, cicatrice, endométriose, sécheresse vaginale, discussion sur vie de couple, antécédents marquants...) et PEC en fonction (traitement infection/affection, lubrifiants, sexothérapie) »
- « Rééducation périnéale manuelle »
- « Ostéopathie ++ , exercices de connaissances de son périnée »
- « Orientation vers un professionnel de santé qualifié »
- « La rééducation périnéale, une consultation sexo, des gels adaptés »
- « Discussion approfondie. Examen minutieux. Échographie pelvienne. »
- « Tout dépend ! (âge, contexte psy, cause, type de dyspareunie etc ..). Rééducation uro-gynéco, œstrogènes locaux, hypnose, sophro, relaxation, ostéopathie. »

Réponses des masseur-kinésithérapeutes :

- « Ostéopathie, acupuncture, nutrition spécifique si liée à une pathologie, suivi gynécologique voire sexologue pour découvrir d'autres approches de la vie sexuelle si cela dure dans le temps, activité physique »
- « Réorientation vers un(e) Ostéopathe mieux formé(e) »
- « Consultation en gynécologie, ostéopathie et kinésithérapie »
- « Education thérapeutique, rééducation périnéale, communication avec le partenaire, consultation d'un sexologue, etc.. En fonction des besoins »
- « Rééducation périnéale, thérapie manuelle petit bassin »
- « J'ai une formation en thérapie viscérale donc j'essayerai d'aller mobiliser le bas ventre. Conseils respiratoires également. Mais je réorienterai surtout vers des professionnels de santé compétents. Voire des praticiens hors para médical pour essayer de se détendre et de comprendre quelles peuvent être les origines de ces douleurs »
- « Auto-exercices mobilisation et respiration / massage externe et interne si possible / éventuellement dilatateurs »
- « Traitement kiné adapté »
- « J'adapte en fonction du bilan, mais je commence toujours par expliquer le fonctionnement du périnée et du caisson abdominal (anatomie et biomécanique simplifiée). Ensuite je peux proposer du massage périnéal, thérapie manuelle du petit bassin et viscérale, détente tissulaire (fasciae et muscles), électrothérapie intra-vaginale, renforcement musculaire, travail postural. Je réoriente également vers un ostéopathe si nécessaire, ou autre professionnel de santé. »
- « Séance d'ostéopathie (étant également ostéopathe) »
- « L'envoyer voir un(e) confrère, en parler avec elle »

- « Travail externe et interne sur la zone en passif : massage vaginal/ désensibilisation, travail viscéral, manipulation lombaire / sacro-iliaque / hanche. Travail actif : auto-massage intravaginal, travail en prise de conscience et renforcement du périnée, étirement, mobilité et renforcement de la zone lombaire / bassin / MI »
- « Kiné (manœuvre interne, externe) ostéopathie sophrologie »
- « De faire de la rééducation »
- « Prise en charge rééducative et sexologique »
- « Prise en charge pluriprofessionnelle : gynécologue (adaptation traitement hormonal), manuelle (kinésithérapeute et/ou ostéopathe), psychologique (type EMDR), autre (différents spécialistes en fonction des symptômes associés). »
- « Reprendre les conseils de base : utilisation de lubrifiant, communication avec son / sa partenaire, pas de pression. Incitation à la consultation d'un psychologue, sexologue si atcd d'abus/violence. Orientation vers un(e) ostéo pour thérapie manuelle. Kiné : prise de conscience et renforcement ou détente du périnée, éducation sur l'anatomie »
- « Se diriger vers confrère/sœur »

Question 12 : Connaissez-vous le champ de compétences des ostéopathes sur la prise en charge de la femme, et plus spécifiquement des dyspareunies ?

- Oui
- Non

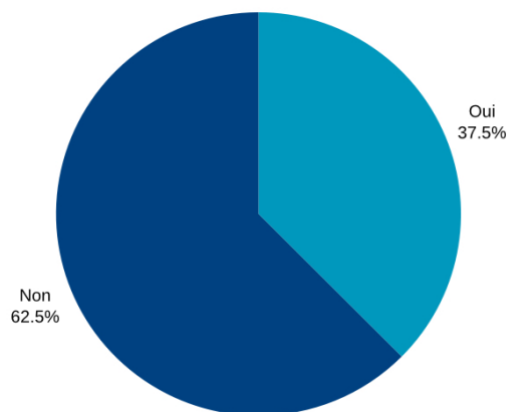


Figure 27 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Connaissez-vous le champ de compétences des ostéopathes sur la prise en charge de la femme, et plus spécifiquement des dyspareunies ? »

Sur 40 répondants, 15 ont répondu « oui » et 25 ont répondu « non ».

Question 13 : Avez-vous déjà eu l'occasion de consulter un ostéopathe ?

- Oui
- Non

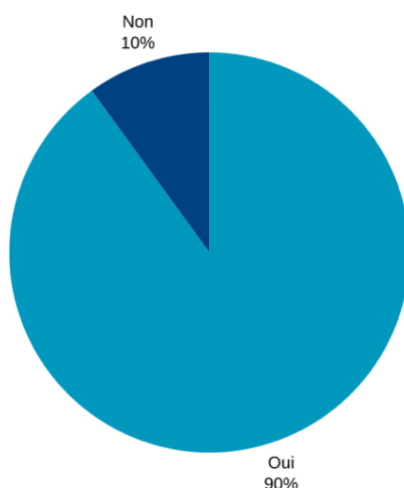


Figure 28 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Avez-vous déjà eu l'occasion de consulter un ostéopathe ? »

Sur 40 répondants, 36 ont répondu « oui » et 4 ont répondu « non ».

Question 14 : Avez-vous déjà eu l'occasion de travailler en collaboration avec un ostéopathe ?

- Oui
- Non

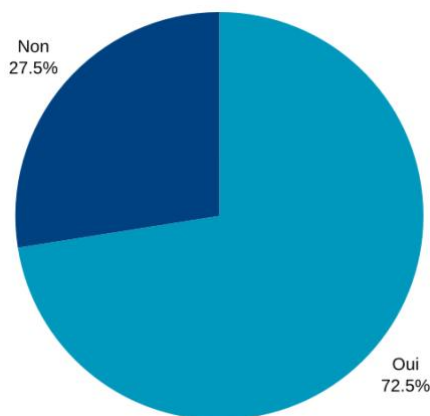


Figure 29 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Avez-vous déjà eu l'occasion de travailler en collaboration avec un ostéopathe ? »

Sur 40 répondants, 29 ont répondu « oui » et 11 ont répondu « non ».

Question 15 : Seriez-vous prêt(e) à orienter une patiente souffrant de dyspareunies vers un ostéopathe ?

- Oui
- Non

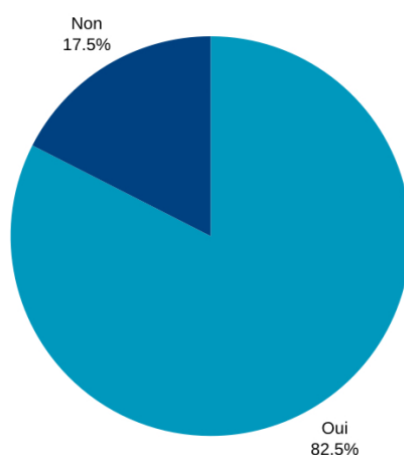


Figure 30 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Seriez-vous prêt(e) à orienter une patiente souffrant de dyspareunies vers un ostéopathe ? »

Sur 40 répondants, 33 ont répondu « oui » et 7 ont répondu « non ».

Question 15 bis : Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- Réticent(e) à l'ostéopathie en général
- Je ne pense pas que l'ostéopathie puisse avoir de l'efficacité sur les dyspareunies
- Retours négatifs de patientes
- Manque d'information sur la prise en charge ostéopathique
- Manque de contacts
- Autres

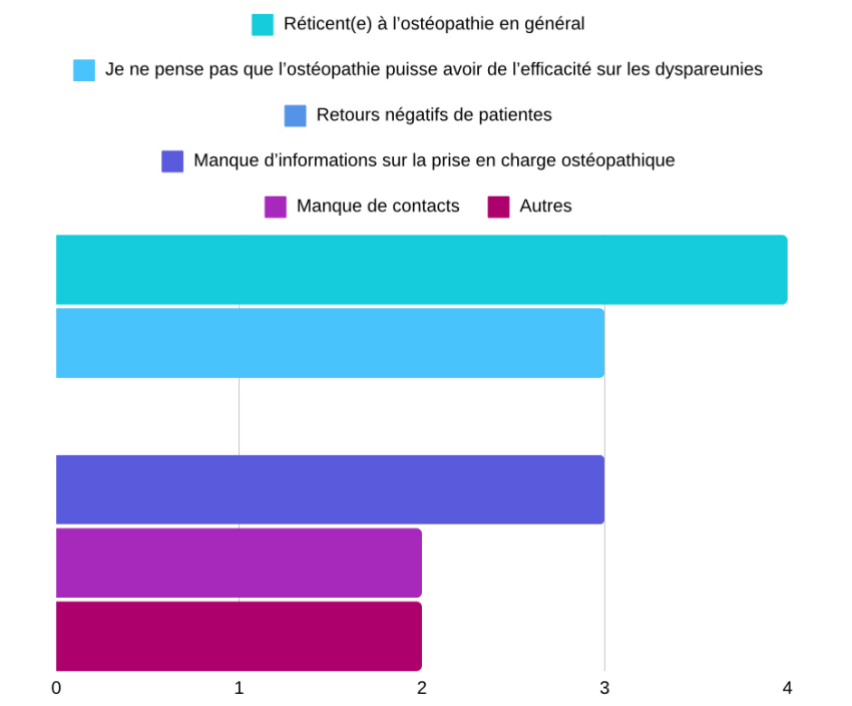


Figure 31 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles) »

Sur les 7 répondants, 4 sont réticents à l'ostéopathie en général, 3 pensent que l'ostéopathie n'a pas d'efficacité sur les dyspareunies, aucun n'a eu de retours négatifs de patientes, 3 manquent d'informations sur la prise en charge ostéopathique, 2 manquent de contacts et 2 ont répondu « autres » :

- « Par rapport à la manipulation d'une zone intime »
- « Les sages femmes doivent pouvoir répondre à cette problématique »

Question 16 : Auriez vous plus confiance en un ostéopathe ayant déjà un diplôme de professionnel de santé ? (Par exemple masseur-kinésithérapeute/ostéopathe)

- Oui
- Non

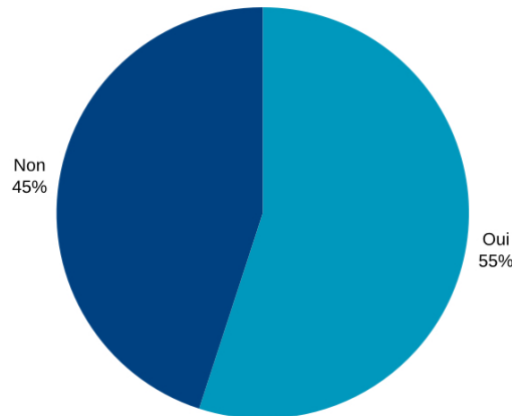


Figure 32 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Auriez vous plus confiance en un ostéopathe ayant déjà un diplôme de professionnel de santé ? (Par exemple masseur-kinésithérapeute/ostéopathe) »

Sur 40 répondants, 22 ont répondu « oui » et 18 ont répondu « non ».

Question 16 bis : Si oui, pourquoi ? (Réponse courte)

Les réponses ne sont pas unanimes mais globalement ce qui ressort le plus est l'importance des connaissances de base et du parcours de professionnel de santé. Le fait d'avoir une formation complète et d'avoir une sélection de 1^{ère} année de médecine a également été mentionné plusieurs fois.

Question 17 : Quels seraient vos besoins afin de permettre une meilleure collaboration entre les professionnels de santé et les ostéopathes concernant les différentes possibilités de prise en charge des dyspareunies (plusieurs réponses possibles)

- Rencontre pour expliquer la pratique ostéopathique
- Flyer informatif
- Échange par téléphone
- Autres

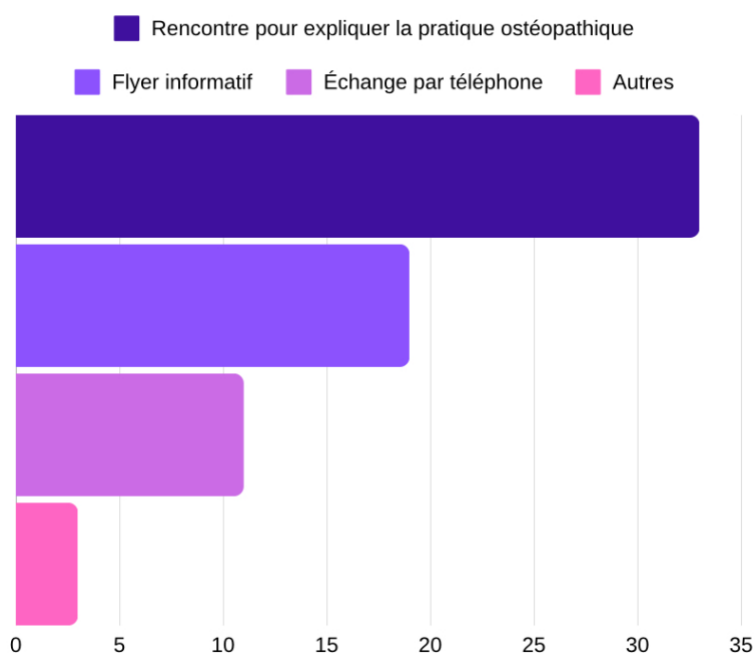


Figure 33 : pourcentage de réponses des professionnels à la question « Quels seraient vos besoins afin de permettre une meilleure collaboration entre les professionnels de santé et les ostéopathes concernant les différentes possibilités de prise en charge des dyspareunies (plusieurs réponses possibles) »

Sur les 40 répondants, 33 ont répondu « la rencontre pour expliquer la pratique ostéopathique », 19 ont répondu qu'un flyer informatif serait intéressant, 11 ont répondu « échange par téléphone », 3 ont répondu « autres » :

- « Annuaire des spécialités sur le territoire »
- « Bouche à oreille »
- « Un médecin est responsable de son diagnostic et de son traitement » et il ne se verrait pas collaborer avec un ostéopathe

8 DISCUSSION

8.1 Points positifs/négatifs du questionnaire et biais de l'enquête

Parmi les points positifs de ce questionnaire, le format en 15 questions fermées et 2 questions ouvertes a permis à la population cible d'y répondre facilement et rapidement (5 minutes). En effet, nous savons tous que les professionnels de santé manquent de temps dans l'ensemble et leur proposer un questionnaire trop long aurait déjà été un frein certain.

J'avais fait également le choix de ne rédiger qu'un questionnaire au format numérique, et cela m'a permis une diffusion large dans toute la France sans contrainte pour les destinataires de me renvoyer leurs réponses par courrier. (Cf Annexe 3, retranscription écrite du questionnaire virtuel).

À la fin du questionnaire, j'ai laissé le choix aux répondants de me communiquer une adresse mail pour pouvoir leur adresser mon mémoire de fin d'étude une fois terminé. Sur 41 répondants, 24 m'ont laissé leurs coordonnées, ce qui va me permettre, à travers mon travail, de leur exposer notre modèle et de communiquer sur notre prise en charge ostéopathique. Dans tous les cas, c'est un début de dialogue intéressant.

En revanche, cette étude comporte également plusieurs biais et points négatifs. En effet, le poids de l'enquête repose sur le nombre de réponses. L'échantillon global est limité à 41 répondants et est aussi déséquilibré si on considère la répartition des réponses par profession. Je me suis heurtée à la difficulté de diffuser le questionnaire et de collecter les réponses, qui sont plus faciles à obtenir si le professionnel de santé fait partie de mon réseau de connaissance. J'ai pu constater que les répondants m'ayant laissé leur mail étaient majoritairement des professionnels qui me connaissent ou m'avaient été recommandés par un proche. Mon but était, au départ, d'avoir un échantillon à peu près équivalent de chaque profession, mais cela s'est avéré difficile à réaliser. En effet, il m'a été plus facile de récolter des réponses parmi mes confrères masseur-kinésithérapeutes, ce qui explique la proportion de 43,9% de MKDE dans ma population globale. J'ai préféré limiter ce nombre de réponses pour ne pas creuser le déséquilibre par rapport à mes autres populations cibles. La population des médecins gynécologues est représentée par 4 réponses et celle des médecins généralistes par 7 réponses, on peut déjà affirmer que ces résultats ne sont pas représentatifs à une plus large échelle.

Par rapport au contenu du questionnaire, après analyse des réponses, il aurait peut-être été intéressant, de demander à ceux qui avaient répondu « oui » à la question 13 (Annexe 3) s'ils avaient été satisfaits de leur prise en charge par un ostéopathe. Cela m'aurait

éventuellement permis de mettre en lien leur satisfaction personnelle avec leur envie ou non d'orienter leurs patientes vers un praticien ostéopathe.

Sur un autre point, il aurait peut-être été également intéressant de préciser que dans le cadre des dyspareunies, l'ostéopathie ne concerne que les manipulations externes (cf point législation) car plusieurs répondants ont exprimé leur réserve vis-à-vis de « manipulation d'une zone intime » ou de « manipulation interne ».

8.2 Analyse croisée des réponses et interprétations des résultats

Premier point : 87,5% des répondants de mon échantillon sont des femmes.

Deuxième point : 85% des répondants ont été diplômés après 2000 et 65% après 2010, ce qui représente un échantillon majoritairement jeune dans l'ensemble.

Cela me pose plusieurs questions :

Les femmes se sentent-elles plus concernées par ce type de sujet ?

Les différents corps de métiers interrogés se sont-ils féminisés d'avantage ces dernières décennies ?

Concernant les questions 5 et 6, 62,5% des répondants ont fait des formations complémentaires en gynécologie qui servent leur pratique en cabinet libéral ou en service hospitalier. Un seul répondant a fait une formation mais ne la pratique pas au cabinet. Donc, l'échantillon est donc plutôt sensibilisé à ce type de prise en charge.

Concernant la question 8, je suis assez surprise du résultat, car en effet 80% des praticiens ont déjà reçu des femmes en consultation pour des dyspareunies dans leur service ou au cabinet. Paradoxalement, quand on le met en lien avec la question 10, 92,5% de l'échantillon pensent que cela est difficile à aborder pour les patientes, 77,5% ont répondu que peu d'informations étaient diffusées à ce sujet et 47,5% des répondants stipulent que c'est un sujet difficile à aborder pour les praticiens. En commentaire, dans la section « autres », 4 professionnels ont souligné la « croyance populaire » que les douleurs aux rapports sexuels sont une normalité, ce qui, effectivement, n'encourage pas à consulter pour ce motif. Il y a donc globalement de gros freins de communication patientes-thérapeutes et de diffusion d'informations selon la population de répondants, pourtant, une grande partie d'entre eux ont déjà été consultés pour ce motif. Même si la population de répondants est en première ligne pour ce type de consultation/prise en charge, il serait intéressant de savoir par quel biais ces femmes ont été amenées à consulter pour des dyspareunies.

Pour la question 11, qui laissait toute liberté au répondant de s'exprimer, l'ostéopathie est mentionnée 12 fois sur 40 dans les réponses des praticiens. On distingue une nette majorité chez les masseurs-kinésithérapeutes qui la cite 7 fois (2 chez les médecins gynécologues et 3 chez les sages femmes). Si l'on croise ces informations avec les questions suivantes (question 13, 14 et 15), on remarque un lien assez marqué entre les masseur-kinésithérapeutes et les ostéopathes puisque 94,4% des MKDE ont déjà consulté un ostéopathe, 89% ont déjà travaillé en collaboration avec un ostéopathe et 100% seraient prêts à orienter leurs patientes souffrant de dyspareunies vers un ostéopathe. Le résultat est assez similaire chez les sages-femmes interrogées : 100% ont déjà consulté en ostéopathie, 81,8% ont déjà collaboré avec un ostéopathe et 90,9% pourraient orienter leurs patientes vers un ostéopathe. Parmi les 4 médecins gynécologues qui ont répondu, ils ont tous déjà consulté en ostéopathie, 3 ont déjà collaboré avec un ostéopathe et seraient prêts à orienter leurs patientes pour des dyspareunies. En effet, le seul ayant répondu « non » à la question 14, est celui qui a également répondu « non » à la question 15. Pour les médecins généralistes, le bilan est plus mitigé, en effet, 3 médecins n'ont jamais consulté, jamais collaboré avec un ostéopathe et donc ne seraient pas prêts à orienter leurs patientes. 2 médecins ont déjà consulté, n'ont pas eu de collaborateurs ostéopathes et ne souhaitent pas orienter leurs patientes. Un médecin a déjà consulté, n'a jamais collaboré mais est prêt à envoyer ses patientes vers un ostéopathe. Un médecin a déjà consulté, déjà collaboré et est prêt à orienter ses patientes vers un ostéopathe. Même si l'échantillon est peu représentatif de la population générale, on remarque un lien net entre les professionnels qui ont déjà collaboré avec un ostéopathe et ceux qui seraient prêts à orienter leurs patientes vers une prise en charge ostéopathique.

Paradoxalement, quand on regarde les résultats de la question 12, 44,4% des MKDE, 72,7% des SF, et 50% des médecins gynécologues ne connaissent pas le champ de compétences des ostéopathes sur la prise en charge de la femme et spécifiquement des dyspareunies. 100% des médecins généralistes ont répondu « non » à cette question mais cela est moins surprenant compte tenu de l'analyse des résultats des paragraphes précédents. Il existe donc un vrai flou sur la connaissance du champ de compétences des ostéopathes et cela est un réel axe à développer dans la communication inter professionnelle et l'explication de notre pratique.

Donc, si l'on conserve uniquement le résultat général de la question 15, mon hypothèse principale se trouve invalidée car 82,5% des praticiens interrogés orienteraient leurs patientes souffrant de dyspareunies vers un ostéopathe. Cependant, sur la 2^{ème} partie de mon hypothèse, on peut nuancer le fait que ceux qui orienteraient ont une certaine

connaissance de la profession et de la pratique ostéopathique en général. En effet, ceux qui visiblement n'ont jamais consulté ou collaboré avec un ostéopathe n'orienteraient pas vers ceux-ci. Cela est d'autant plus parlant quand on regarde les résultats de la question 15 bis, car ce qui ressort le plus est la réticence à l'ostéopathie en général associée à la croyance de l'inefficacité de l'ostéopathie sur les dyspareunies, et le manque d'informations sur la prise en charge ostéopathique. En revanche, il me semble important de souligner qu'aucun des 7 praticiens ayant répondu « non » à la question 15, n'a répondu « retour négatif de patientes » à la question 15 bis.

En ce qui concerne la question 16, il me semblait intéressant de soulever cette notion de double diplôme ostéopathe/professionnel de santé étant moi-même dans ce cursus. Et en effet, en croisant les informations avec la question 15, sur 7 répondants qui avaient répondu « non » à cette question, 5 ont répondu « oui » à la question 16. En effet, les notions de 1^{ère} année de médecine en sélection et d'une formation médicale/paramédicale conventionnelle semblent donner plus confiance à ces professionnels réticents à l'ostéopathie (question 16 bis). Même si encore une fois, avec un échantillon aussi faible il est difficile d'en tirer une généralité, il reste tout de même intéressant de le souligner dans le cadre de cette enquête.

Enfin, afin de permettre une meilleure collaboration entre les professionnels de santé en première ligne (surtout les médecins gynécologues et médecins généralistes dans mon étude) et les ostéopathes, il me semble indispensable de rencontrer ces professionnels afin d'expliquer notre pratique. Cela est d'autant plus probant que 82,5% des répondants semblent demandeurs de ce type de rencontre (question 17). Même si le manque de temps est un obstacle indéniable, un échange interprofessionnel serait à mes yeux la meilleure solution. En outre, 47,5% sont demandeurs de flyers informatifs, ce qui serait un moyen d'information plus simple à mettre en place mais qui n'invite pas forcément à un retour de la part des professionnels visés.

9 CONCLUSION

Tout d'abord, les réponses à ce questionnaire ont bousculé mes certitudes quant à la prise en charge des femmes souffrant de dyspareunies. En effet, je pensais que c'était un sujet trop peu abordé en consultation (par les patientes ou les praticiens) et encore trop tabou. Visiblement, cela ne reflète pas la réalité du terrain aujourd'hui.

Ensuite, pour répondre à ma problématique qui était : Quels sont les freins à la collaboration entre les professionnels de santé en 1^{ère} ligne (soient les médecins gynécologues, les médecins généralistes, les sages femmes et les masseurs-kinésithérapeutes) et les ostéopathes pour la prise en charge de femmes souffrant de dyspareunies ? Il semblerait qu'il y ait déjà une collaboration inter professionnelle importante entre les ostéopathes, les MKDE et les SF. En revanche, cela est plus mitigé concernant les médecins gynécologues et les médecins généralistes. En effet, le frein principal à la collaboration entre ces professionnels de santé et les ostéopathes est le manque de communication au sujet de notre pratique et de l'utilité que nous pouvons avoir dans cette prise en charge.

Enfin, à défaut de pouvoir moi-même travailler en cabinet pluridisciplinaire et donc de pouvoir échanger directement, et puisque les médecins généralistes, les médecins gynécologues, les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes de mon étude sont demandeurs, la solution la plus privilégiée semble être des rencontres inter professionnelles. Des flyers informatifs pourraient également être un bon moyen de communiquer sur notre pratique et d'avoir un support sur lequel échanger éventuellement par la suite. Pour satisfaire ces demandes d'informations, je pourrais créer un document explicatif de nos pratiques dans la prise en charge des dyspareunies et le distribuer aux praticiens de mon entourage. Dans un deuxième temps, je pourrais proposer un temps d'échange autour de cette prise en charge avec les professionnels intéressés (en visio, par téléphone ou en présentiel selon les possibilités).

10 BIBLIOGRAPHIE

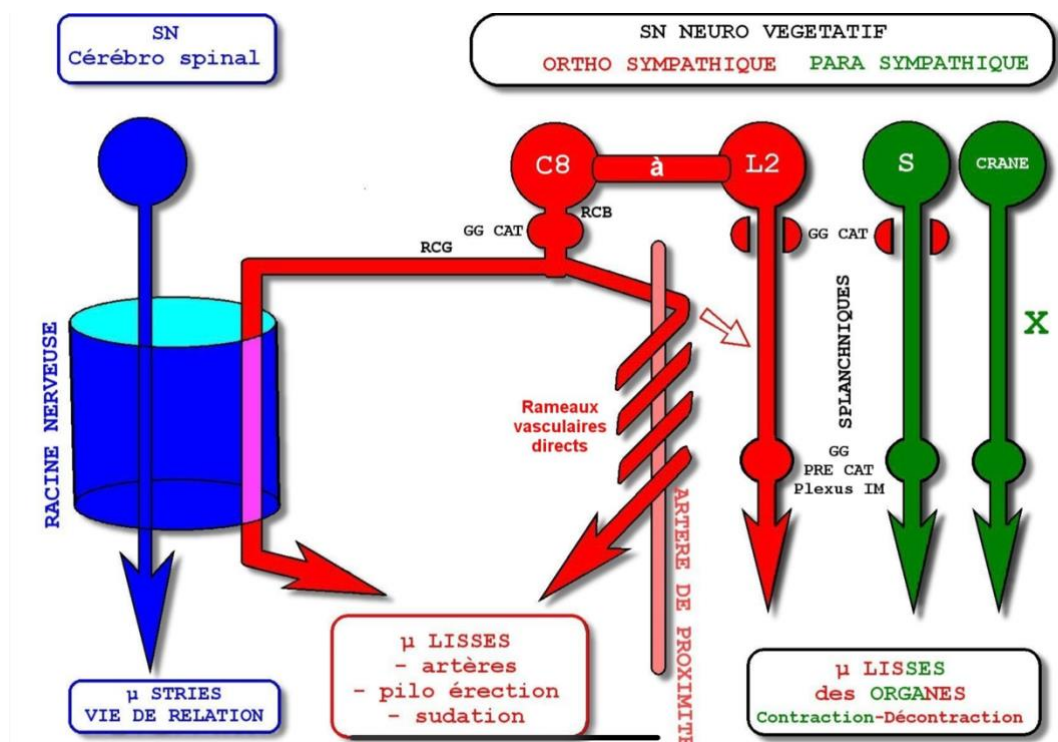
1. Sibert L, Safsaf A, Rigaud J, Delavierre D, Labat JJ. Approche symptomatique des douleurs sexuelles chroniques. *Prog En Urol*. nov 2010;20(12):967-72.
2. Lévêque M, Voiry C. Douleur et sexualité : repenser la place des kinésithérapeutes. *Kinésithérapie Rev*. mars 2022;22(243):42-4.
3. Lee NMW, Jakes AD, Lloyd J, Frodsham LCG. Dyspareunia. *BMJ*. 19 juin 2018;k2341.
4. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: Advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynecol*. janv 2003;24(4):221-9.
5. <https://www.vaginisme-dyspareunie.fr/definition-dyspareunie/>. Disponible sur: <https://www.vaginisme-dyspareunie.fr/definition-dyspareunie/>
6. Drake RL, Vogl W, Mitchell AWM, Tibbitts R, Richardson PE, Horn A, et al. *Gray's anatomie: le manuel pour les étudiants*. 4e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2020.
7. Netter FH, Kamina P, Richer JP. *Atlas Netter d'anatomie humaine*. 8e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2023.
8. <https://www.sage-femme-pibrac.fr/reeducation-du-perinee/>. Disponible sur: <https://www.sage-femme-pibrac.fr/reeducation-du-perinee/>
9. <https://www.urofrance.org/lafu-academie/formation-du-college/referentiel-du-college-durologie-5eme-edition/chapitre-04-tumefaction-pelvienne-chez-la-femme-prolapsus-genito-urinaires>.
10. <http://www.urologie-clinique-yvette.com/pathologies/lincontinence-urinaire/>. Disponible sur: <http://www.urologie-clinique-yvette.com/pathologies/lincontinence-urinaire/>
11. Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: A Review of the Literature on the Classification/Diagnosis, Etiology and Treatment. *Womens Health*. sept 2010;6(5):705-19.
12. Bergeron S, Reed BD, Wesselmann U, Bohm-Starke N. Vulvodynia. *Nat Rev Dis Primer*. 30 avr 2020;6(1):36.
13. Schneider MP, Vitonis AF, Fadayomi AB, Charlton BM, Missmer SA, DiVasta AD. Quality of Life in Adolescent and Young Adult Women With Dyspareunia and Endometriosis. *J Adolesc Health*. oct 2020;67(4):557-61.
14. Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M, Ghasemi V, Khiabani A, et al. Prevalence of postpartum dyspareunia: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Obstet*. avr 2021;153(1):14-24.
15. Dua A, Jha S, Farkas A, Radley S. The Effect of Prolapse Repair on Sexual Function in Women. *J Sex Med*. mai 2012;9(5):1459-65.

16. LoGiudice JA. Dyspareunia in a Survivor of Childhood Sexual Abuse. *J Midwifery Womens Health*. mars 2017;62(2):215-9.
17. Leeners B, Hengartner MP, Ajdacic-Gross V, Rössler W, Angst J. Dyspareunia in the Context of Psychopathology, Personality Traits, and Coping Resources: Results From a Prospective Longitudinal Cohort Study From Age 30 to 50. *Arch Sex Behav*. août 2015;44(6):1551-60.
18. Leclerc B, Bergeron S, Binik YM, Khalifé S. History of Sexual and Physical Abuse in Women with Dyspareunia: Association with Pain, Psychosocial Adjustment, and Sexual Functioning. *J Sex Med*. févr 2010;7(2):971-80.
19. Schvartzman R, Schvartzman L, Ferreira CF, Vettorazzi J, Bertotto A, Wender MCO. Physical Therapy Intervention for Women With Dyspareunia: A Randomized Clinical Trial. *J Sex Marital Ther*. 4 juill 2019;45(5):378-94.
20. Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahimi S, Jafarabadi MA, Berghmans B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecology J*. nov 2019;30(11):1849-55.
21. Morin M, Bergeron S. La rééducation périnéale dans le traitement de la dyspareunie chez la femme. *Sexologies*. avr 2009;18(2):134-40.
22. Grimaldi M. Le périnée douloureux sous toutes ses formes. Apport de la médecine manuelle et ostéopathie. Étude clinique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. sept 2008;37(5):449-56.
23. Hurt K, Zahalka F, Halaska M, Rakovicova I, Rakovic J, Cmelinsky V. Extracorporeal shock wave therapy for treating dyspareunia: A prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Ann Phys Rehabil Med*. nov 2021;64(6):1015-45.
24. Brotto LA, Yong P, Smith KB, Sadownik LA. Impact of a Multidisciplinary Vulvodynia Program on Sexual Functioning and Dyspareunia. *J Sex Med*. 1 janv 2015;12(1):238-47.
25. Terramorsi JF. Ostéopathie structurée: lésion structurée, concepts structurants. Bastia, Monthey (Suisse): Éolienne ; Gépro; 2013.
26. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000462001>. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000462001>
27. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913987. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913987
28. <https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/avis-cno-n2018-03.pdf>. Disponible sur: <https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/05/avis-cno-n2018-03.pdf>
29. https://vaucluse.ordremk.fr/files/2019/09/AVIS-CNO-n°2019-02-_-CNO-DU-25-26-27-JUIN-2019-MODIFIANT-LAVIS-DU-26-27-SEPT-2018-RELATIF-AU-TOUCHER-PELVIEN.pdf. Disponible sur: https://vaucluse.ordremk.fr/files/2019/09/AVIS-CNO-n°2019-02-_-CNO-DU-25-26-27-JUIN-2019-MODIFIANT-LAVIS-DU-26-27-SEPT-2018-RELATIF-AU-TOUCHER-PELVIEN.pdf

11 ANNEXES

Index

- Annexe 1 : Schématisation des deux systèmes nerveux : système nerveux cérébro-spinal et système nerveux neuro-végétatif
- Annexe 2 : Simplification des correspondances ortho-vasculaires
- Annexe 3 : questionnaire à destination des thérapeutes



Annexe 1 : Schématisation des deux systèmes nerveux : système nerveux cérébro-spinal et système nerveux neuro-végétatif

ORTHO-VISCERAL		
	Centres médullaires	Centres Ganglionnaires
Médiastin Coeur Poumon Oesophage	D1 à D5	PLEXUS Médiastinal Coélique
Digestif Haut Estomac duodénum foie rate pancréas jéjunum	D5 à D10	Mésentérique sup Rénal Mésentérique Inf
Digestif Bas et Pt Bassin Iléon Vessie Colon Reins Pt bassin	D10 à L2	Ovariens Spermatiques Hypogastriques Sup et Inf
		Intra-muraux et proches des organes

Annexe 2 : Simplification des correspondances ortho-vasculaires

Annexe 3 : questionnaire à destination des thérapeutes

Question 1 : Pouvez vous définir en quelques mots ce que sont pour vous, les dyspareunies ?

- Oui
- Non

Question 1 bis : Pouvez vous me donner votre définition (réponse courte) :

Question 2 : Êtes-vous :

- Un homme
- Une femme

Question 3 : Êtes vous :

- Médecin gynécologue
- Médecin généraliste
- Sage femme

- Masseur-kinésithérapeute D.E

Question 4 : En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?

- Avant 1980
- Entre 1980 et 1990
- Entre 1990 et 2000
- Entre 2000 et 2010
- Entre 2010 et 2020
- Après 2020

Question 5 : Avez-vous effectué des formations complémentaires après votre diplôme dans le domaine de la gynécologie ?

- Oui
- Non

Question 6 : Pratiquez vous cette spécialité ?

- Oui
- Non

Question 7 : Exercez-vous :

- En libéral
- En service hospitalier
- En centre de rééducation
- Autre

Question 8 : Avez-vous déjà reçu des femmes en consultation souffrant de dyspareunies ?

- Oui
- Non

Question 9 : Avez-vous déjà abordé le sujet des dyspareunies avec vos patientes même si ce n'était pas le motif de consultation ?

- Oui
- Non

Question 9 bis : Si oui, pourquoi l'avez-vous évoqué ? (Plusieurs réponses possibles)

- Vous posez toujours la question à vos patientes pendant votre anamnèse

- La localisation de la plainte initiale vous a incité à poser la question
- Antécédents connus d'abus ou de violences
- Autres

Question 10 : « Les dyspareunies toucheraient 7,5 à 20% des femmes sexuellement actives, pourtant moins de la moitié consulteraient pour ce problème ». Comment l'expliqueriez vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- Sujet sensible à aborder pour les patientes
- Sujet sensible à aborder pour les praticiens
- Peu de diffusion d'information en lien avec ce sujet
- Autres

Question 11 : Aujourd'hui, si vous recevez en consultation une femme souffrant de dyspareunies, quelle(s) solution(s) lui proposeriez-vous ? (Réponse libre)

Question 12 : Connaissez-vous le champ de compétence des ostéopathes sur la prise en charge de la femme, et plus spécifiquement des dyspareunies

- Oui
- Non

Question 13 : Avez-vous déjà eu l'occasion de consulter un ostéopathe ?

- Oui
- Non

Question 14 : Avez-vous déjà eu l'occasion de travailler en collaboration avec un ostéopathe ?

- Oui
- Non

Question 15 : Seriez-vous prêt(e) à orienter une patiente souffrant de dyspareunies vers un ostéopathe ?

- Oui
- Non

Question 15 bis : Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- Réticent(e) à l'ostéopathie en général
- Je ne pense pas que l'ostéopathie puisse avoir de l'efficacité sur les dyspareunies
- Retours négatifs de patientes
- Manque d'information sur la prise en charge ostéopathique
- Manque de contacts
- Autres

Question 16 : Auriez vous plus confiance en un ostéopathe ayant déjà un diplôme de professionnel de santé ? (Par exemple masseur-kinésithérapeute/ostéopathe)

- Oui
- Non

Question 16 bis : Si oui, pourquoi ? (Réponse courte)

Question 17 : Quels seraient vos besoins afin de permettre une meilleure collaboration entre les professionnels de santé et les ostéopathes concernant les différentes possibilités de prise en charge des dyspareunies (plusieurs réponses possibles)

- Rencontre pour expliquer la pratique ostéopathique
- Flyer informatif
- Échange par téléphone
- Autres

RÉSUMÉ

Titre : Ostéopathie et dyspareunies

Contexte : les dyspareunies toucheraient jusqu'à 1 femme sur 5 au cours de leur vie, pourtant c'est un sujet encore tabou pour lequel les femmes ne consultent pas souvent. Or suite à mes études à l'IFSO Rennes, j'ai pu apprendre de nombreuses techniques pouvant soulager ces patientes. Je me suis alors demandé quelle était la place de l'ostéopathie dans l'arène thérapeutique de ces femmes souffrant de dyspareunies.

Objectif : l'idée de se TER est d'objectiver les freins à la collaboration entre les professionnels de santé en 1^{ère} ligne (médecins gynécologues, médecins généralistes, sages femmes, et masseur-kinésithérapeutes) et les ostéopathes pour la prise en charge des femmes souffrant de dyspareunies.

Matériel et méthode : élaboration d'un questionnaire mis à disposition en ligne entre le mois de février et le mois d'avril 2024. 41 réponses ont pu être collectées et analysées.

Résultats et analyse des réponses : il semblerait que la collaboration inter professionnelle entre MKDE, sages femmes et ostéopathes soit déjà plutôt établie. En revanche, la communication avec les médecins généralistes et gynécologues est à cultiver pour une meilleure collaboration à venir.