

Mémoire

dans le cadre du diplôme fédéral Suisse de naturopathie MTE

La prise en charge de la dyspareunie (rapports sexuels douloureux) vue par l'approche holistique de la naturopathie.

Vanessa Betschart

Cabinet BCOME Naturopathie

Juin 2023

Navi

Table des matières

1. Résumé	3
2. Mots-clés	3
3. Introduction	4
4. Méthodologie	5
5. Résultats (présentation et analyse)	8
5.1. Quels sont les personnes les plus touchées par la dyspareunie ?	8
5.1.1. Tranche d'âge	8
5.1.2. Personnalité naturopathique	8
5.2. La prise en charge de la dyspareunie	9
5.2.1. Prise en charge par un-e professionnel-le de santé	9
5.2.2. Délégation de la prise en charge	11
5.2.5. Le choix d'un suivi	15
5.3. Pourquoi ne pas avoir consulté de professionnel-le de santé ?	17
5.4 Le soutien des proches	17
5.4.1. L'impact émotionnel	18
5.5. Les canaux d'informations	19
5.6. Identifier les signes, les douleurs et les symptômes	20
5.6.1. La situation hormonale actuelle	21
5.7. Les solutions existantes	21
5.7.1. Quels ont été les traitements conventionnels testés	21
5.7.2. Quels ont été les traitements alternatifs testés	22
6. Discussion critique	23
6.1. La prise en charge de la dyspareunie	24
6.1.1. Spécialisation en dyspareunie	24
6.1.2. Qu'est-ce que la naturopathie peut apporter à la médecine allopathique ?	24
6.1.3. La collaboration entre professionnels de la santé	25
6.1.4. La prise en charge holistique	27
6.1.5. Les solutions proposées	27
6.2. Le tabou omniprésent autour de la dyspareunie	28
7. Conclusion	28
8. Remerciements	29
9. Bibliographie	30

1. Résumé

Plusieurs de mes patientes m'ont informé souffrir de douleurs durant les rapports sexuels et de se sentir démunies face à cette situation. Je me suis d'abord penchée sur les différentes étiologies en me disant qu'en connaissant la cause exacte, nous pourrions trouver LA solution. Après de multiples recherches, je me suis rendu compte que les dyspareunies sont souvent multifactorielles. J'ai donc orienté mes recherches vers les traitements. Il existe un nombre relativement important de solutions proposées et je pense n'avoir réussi à inventorier qu'une liste non-exhaustive. Ces deux axes et les discussions avec mes patientes m'ont mise sur la piste de la prise en charge et j'ai souhaité par ce mémoire, mettre en évidence les lacunes actuelles de la prise en charge de la dyspareunie (douleur durant les rapports sexuels) autant du côté de la médecine alternative que conventionnelle.

106 personnes souffrant de ce trouble ont été interviewées et se sont confiées sur la prise en charge, le soutien de leurs proches et les solutions proposées.

Les différentes personnes interrogées ont émis le souhait et l'importance d'une prise en charge holistique, de l'impact émotionnel et du temps de discussion nécessaire pour ce genre de troubles. La connaissance du sujet et l'empathie sont aussi deux éléments très importants. On peut donc conclure que la naturopathie a sa place dans cette prise en charge complexe et délicate pour autant qu'une collaboration soit possible avec les médecins en gynécologie et les sexologues/sexothérapeutes et sages-femmes.

2. Mots-clés

Dyspareunie, troubles sexuels, douleurs lors des rapports sexuels, naturopathie et sexualité, rapports sexuels douloureux, prise en charge de la sexualité.

3. Introduction

La dyspareunie, terme médical qui englobe les douleurs durant les rapports sexuels. Un sujet encore tabou aujourd'hui. Il existe très peu d'informations ou de chiffres sur ce sujet. Seules les observations faites en cabinet démontrent que de nombreuses personnes en souffrent en particulier les femmes mais les hommes ne sont pas épargnés. Ce mémoire est consacré à la problématique féminine.

Les causes d'une dyspareunie sont nombreuses et complexes. Dans mon cabinet, je suis des femmes souffrant de douleurs durant les rapports sexuels à la suite d'un accouchement difficile, à des infections vaginales ou des cystites à répétition, à une infection au Papilloroma Virus (HPV), à des candidas albicans ou pour des raisons hormonales. D'autres, au contraire, ont développé un blocage dû à leur éducation, leur religion ou après avoir vécu un traumatisme.

Selon Jean-Yves Nau dans l'histoire d'Osphena et de la dyspareunie (2013)¹:

D'abord se souvenir de ses classiques. La «dyspareunie» (dys : difficulté – pareunie : accouplement). Ou «algotpareunie» (algo : douleur). C'est donc, d'abord et avant tout, une souffrance. Une douleur de nature et d'intensité variable ressentie chez la femme (ou chez l'homme) lors des rapports sexuels.

Définition de la dyspareunie, selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition (DSM-IV)² :

Une douleur répétée ou persistante ressentie pendant les relations sexuelles. Cette douleur, habituellement éprouvée pendant le coït, peut aussi se manifester lors des préliminaires ou après la relation sexuelle. Le trouble doit causer une détresse ou des difficultés interpersonnelles marquées. De plus, il ne doit pas être dû exclusivement à un vaginisme, à un manque de lubrification ou aux effets physiologiques associés à la prise de médicament, à un abus de drogue ou à un trouble d'ordre médical. La dyspareunie est une douleur ressentie lors de la pénétration d'objets ou du pénis dans le vagin. Cette gêne peut être occasionnée par de multiples causes différentes qui sont encore méconnues, pour la plupart, par les professionnels de la santé. La sexualité est un sujet tabou et peu de personnes osent en parler. C'est la principale raison de la méconnaissance actuelle et du peu de traitement existant.

De plus, nous vivons une époque où la sexualité est totalement libérée, elle se trouve à tous les coins de rues. Mais, finalement, est-ce que cette surexposition permanente à une sexualité non pudique est épanouissante ? Ne provoque-t-elle pas encore plus de tabou, de honte et de souffrances ?

Notre accès à l'informations de manière presque illimitée avec internet et le fait, qu'il existe actuellement de nombreux professionnel-le-s de santé avec des spécialités différentes (gynécologue, sexologue, sexothérapeute, etc.) devraient nous permettre de bien connaître le sujet et d'avoir des réponses adéquates. Pourtant, quand j'écoute mes patientes, la douleur est omniprésente et le sentiment d'être démunies aussi.

Est-ce que l'approche globale de la naturopathie pourrait être la solution ?

Le but de ce mémoire ? Mieux comprendre la problématique des troubles intimes et sexuels. Identifier la prise en charge actuelle et définir les éventuelles lacunes. Rechercher de manière non-exhaustive les différentes étiologies et protocoles médicaux existants et surtout définir si la naturopathie pourrait être une solution.

4. Méthodologie

Pour ce travail qui s'apparente à de la recherche conceptuelle, la méthodologie est de type qualitatif et quantitatif, avec une partie de travail de terrain et une partie de recherche théorique. Elle prend pour terrain le cabinet de naturopathie BCOME (Vanessa Betschart, naturopathe MTE) et un formulaire transmis par différents canaux : réseaux sociaux, flyers et panneaux d'affichage.

Déroulement

La mise en route de ce mémoire a été complexe. Il y a eu énormément de remises en question, de bifurcations et d'adaptations.

Ma toute première idée de recherche était de faire le lien entre les douleurs durant les rapports sexuels, la flore vaginale et la flore intestinale. Je reste convaincue que le tout peut être lié notamment en cas de candidas albicans mais, il est impossible de le prouver dans le cadre d'un mémoire de recherche, étant donné que chaque flore est différente.

J'ai donc aiguillé ma réflexion en me disant que la difficulté à traiter correctement une dyspareunie venait du fait qu'il ait difficile d'identifier sa cause première. Les éléments clés pour la trouver sont : comprendre l'anatomie des zones concernées, la

physiologie du système reproducteur et du lien avec d'autres systèmes, l'impact de l'aspect psychologique et enfin de bien comprendre ce qu'est la dyspareunie.

Après de nombreuses recherches, je me suis demandé si justement le rôle des gynécologues et des sexologues n'était pas d'identifier la cause pour proposer un traitement adéquat. Je me suis aussi demandé si la problématique venait des traitements proposés car ils vont différer en fonction de l'étiologie mais aussi de l'âge de la personne, de son état de santé, de ses antécédents personnels voire familiaux et du type et degré de dyspareunie. Sans omettre le fait, que la dyspareunie peut être dû à d'autres systèmes et n'être finalement qu'une fâcheuse conséquence.

Cette réflexion m'a poussée à me demander si c'était le diagnostic différentiel qui était finalement complexe à réaliser. Pourtant, celui-ci est essentiel afin d'écartier d'autres pathologies qui pourraient être une cause de la dyspareunie ou avec des ressentis similaires qui doivent être pris en charge différemment par les thérapeutes et par le corps médical.

À la suite de ces nombreuses réflexions et différentes recherches réalisées, je me suis tournée vers différents acteurs de la santé travaillant sur cette pathologie, à savoir une ostéopathe spécialisée dans les massages pelviens, une psychologue-sexologue et des gynécologues et tous, ne sont pas rentrés en matière. Les deux raisons évoquées le manque de temps et le manque d'envie de collaborer. L'un d'eux m'a répondu que la seule raison était psychosomatique.

Ces différentes étapes m'ont permis de me perfectionner sur le sujet et surtout de me questionner sur le fait, que la première problématique, est peut-être la prise en charge de la dyspareunie.

C'est pourquoi, j'ai décidé d'orienter mon mémoire là-dessus et de laisser la parole aux personnes concernées. J'espère, qu'avec ce recul, les mentalités évolueront et qu'on arrivera, tous ensemble, en synergie, à trouver des solutions.

Récolte de données

La récolte d'informations a été basée sur un formulaire dûment complété par 106 personnes concernées par cette problématique, sur différentes études et sur les observations faites en cabinet.

L'étude s'est concentrée uniquement sur les femmes mais, il serait intéressant de réaliser une analyse similaire sur la prise en charge des hommes souffrant de dyspareunie.

Formulaire de récolte de données

Définir la tranche d'âge : il est important de mieux cibler les personnes touchées pour sensibiliser les professionnel-le-s de santé et pour définir les canaux d'informations les plus adéquats.

Définir l'impact hormonal : cela nous aidera à mieux comprendre la cause et nous permettra de faire des liens complémentaires entre le cycle, les hormones et la dyspareunie.

Il est important pour moi de définir si un tempérament naturopathique est plus touché qu'un autre dans cette problématique. Cette information est très utile pour la prise en charge en naturopathie.

Une question cruciale : avez-vous été voir un-e professionnel-le de santé ? Si oui, lequel ? la qualité des échanges et qu'est-ce qui a manqué ? Si non, pourquoi ?

Vous a-t-on aiguillé vers un-e professionnel-le de santé ? Le but est d'identifier si une collaboration existe actuellement et si oui, quel type de synergie.

Avez-vous été voir un-e professionnel-le de santé par votre propre initiative ? Cette question nous permet de savoir si la personne a encore confiance, si elle a eu l'idée ou si, au contraire, elle préfère se débrouiller seule.

redirigé

Si la personne se débrouille sans un-e professionnel-le de santé vers qui ou vers quoi, elle se dirige ?

Enfin, comment se passe les relations avec les proches de la personne souffrant de dyspareunie ? Se sent-elle soutenue ? Vers quel proche, elle se tourne en premier ?

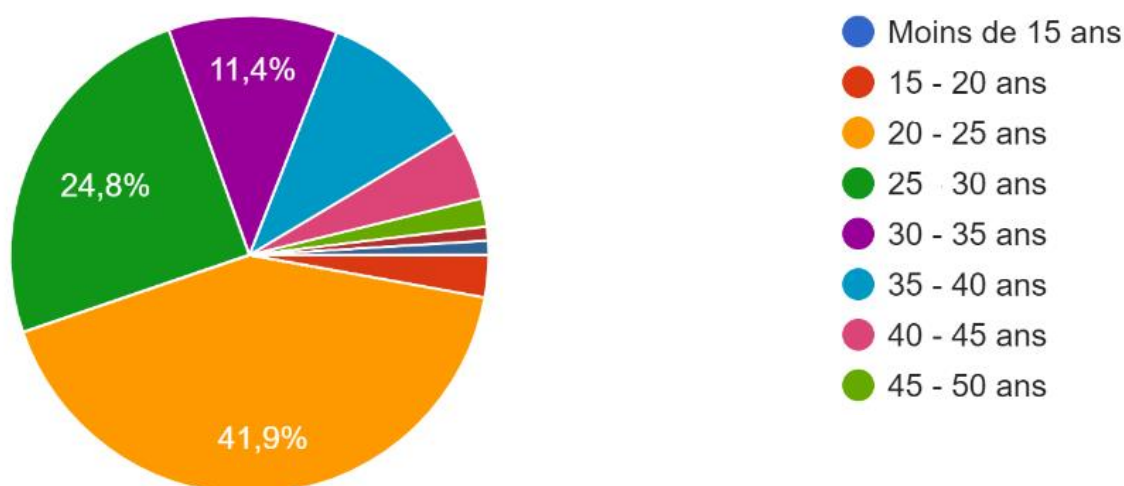
En bonus, pour avoir une meilleure compréhension générale de ce trouble : quels sont les premiers signes ? Un événement particulier les a précédés ? D'autres problématiques sont apparus en même temps ? Quels traitements conventionnels et naturels ont été testés ?

5. Résultats (présentation et analyse)

5.1. Quels sont les personnes les plus touchées par la dyspareunie ?

5.1.1. Tranche d'âge

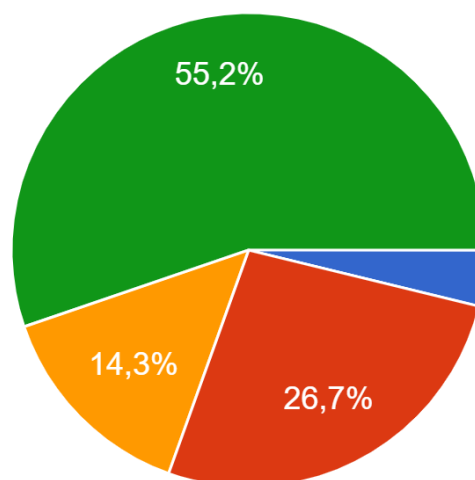
Nous pouvons constater que toutes les tranches d'âge sont touchées par ce trouble. Une majorité se trouve dans la tranche d'âge 20 – 25 ans. Il se peut néanmoins que ce graphique soit faussé par le fait que les témoignages ont été récoltés via google forms et que les personnes plus âgées sont moins à l'aise avec ce système de récolte de données. Cette information reste toutefois pertinente car la dyspareunie est souvent faussement associée uniquement à la ménopause.



5.1.2. Personnalité naturopathique

Le tempérament dit nerveux est le plus représentatif du panel de personnes ayant répondu à ce questionnaire avec 55.20%. Ce n'est pas étonnant car ce profil réfléchit sans cesse et l'impact intellectuel dans le cadre d'une dyspareunie n'est pas négligeable. Le plus étonnant est que celui-ci est suivi à 26.7% du type sanguin. Cela est plutôt surprenant car ce profil est enjoué, a le contact facile et vis le jour, le jour sans se poser trop de questions. Cela est la preuve que la dyspareunie est une pathologie complexe et pas uniquement psychologique. Le profil bilieux est en 3^e position avec 14.3% des personnes interrogées. Ce profil recherche souvent la perfection, aime avoir des buts et se donner les moyens de les atteindre. Cela prouve que la performance et la pression externe que ce type de personne pourrait subir n'est pas une prédominance à cette pathologie. Le profil lymphatique est le moins touché ce qui peut s'expliquer par son côté calme et nonchalant.

- nerveux
- sanguin
- bilieux
- lymphatique

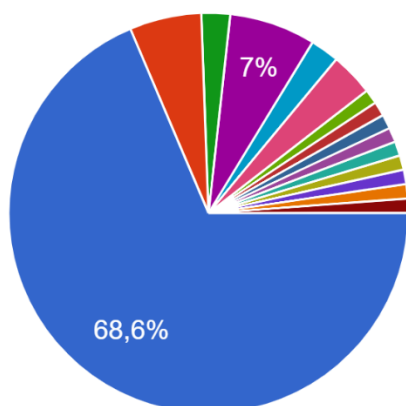


5.2. La prise en charge de la dyspareunie

L'échelle de Lickert a été utilisée pour cette partie du sondage. Celle-ci permet d'identifier et de mesurer des avis plus nuancés qu'une simple réponse binaire : oui/non. Créée par le sociologue américain Rensis Likert, elle compte parmi les plus répandues et les plus fiables pour mesurer les opinions, les comportements et les perceptions. Elle comprend entre 5 et 7 réponses qui recouvrent l'ensemble du spectre d'opinions d'un extrême à l'autre en laissant place à des options modérée et neutre.

5.2.1. Prise en charge par un-e professionnel-le de santé

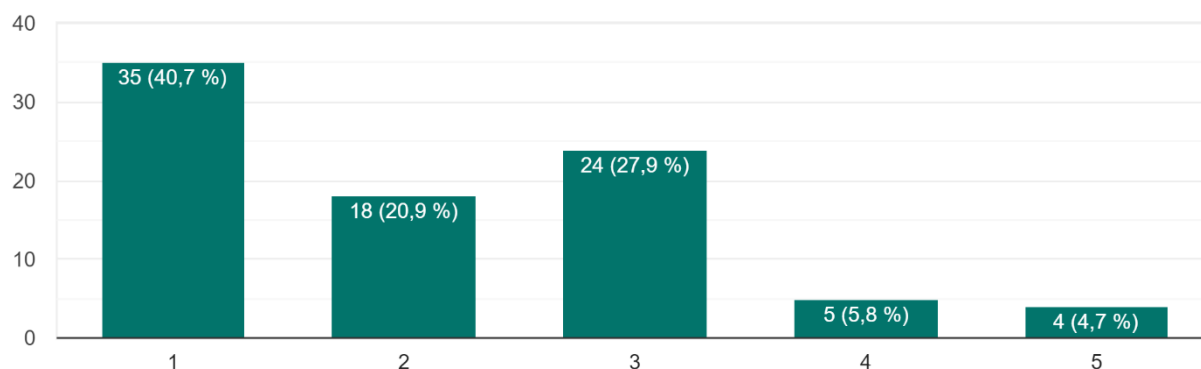
Le point positif de cette étude montre que 81.9% des personnes interrogées en ont parlé à un-e professionnel-le de santé. Le ou la spécialiste en tête de liste est le ou la gynécologue avec 68.6%.



- Gynécologue/Urologue
- Médecin généraliste
- Psychologue/Psychiatre
- Sexothérapeute
- Sexologue
- Naturopathe
- Sage-femme

Comment se sont passés ces échanges ?

Le plus intéressant est d'identifier la qualité de ce premier échange. 29% des personnes interrogées sont neutres, 43% sont plutôt positifs et 28% sont plutôt négatifs. Sur ce résultat, on peut constater que la tendance s'inverse quand on demande aux femmes souffrant de dyspareunie si elles se sont senties écoutées et comprises 21% d'entre elles sont neutres, 38% positives et 41% ont répondu dans la négative. L'écart s'amplifie encore quand on leur demande si la solution proposée a répondu à leur attente avec 61.6% de personnes insatisfaites, 27.9% neutre et 10.5% plutôt satisfaites.



Qu'est-ce qui a manqué dans ces échanges ?

Pour détailler les observations faites précédemment, l'étude a demandé au panel de femmes concernées qu'est-ce qui leur a manqué dans cet accompagnement.

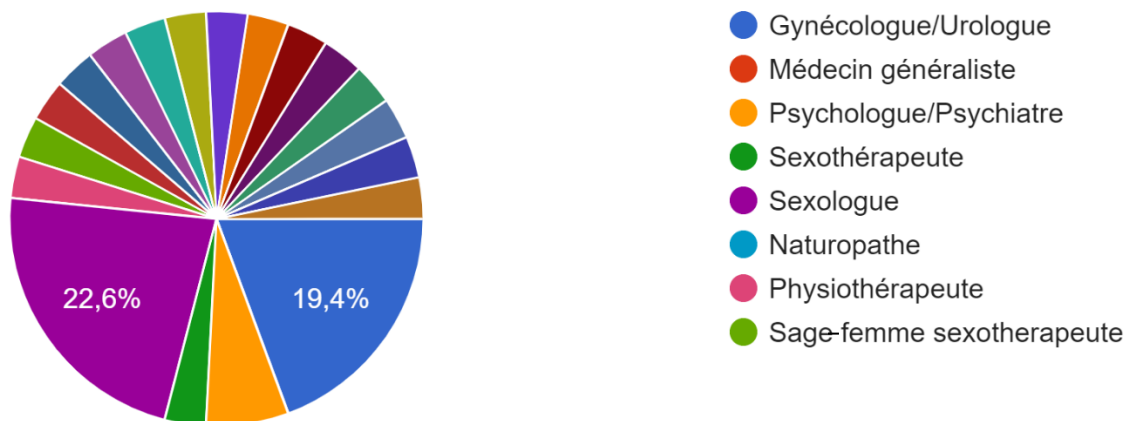
1. Un traitement, une solution, une approche	67.9%
2. Être aiguillée vers des personnes qui connaissent le sujet	54.8%
3. Une approche globale (physique et psychique)	53.6%
4. Des réponses claires	33.3%
5. De la compréhension	33.3%
6. Des explications précises	32.1%
7. De l'empathie	28.6%
8. Du temps de discussion	22.6%
9. De l'écoute	22.6%
10. Un·e professionnel·le à l'aise avec la sexualité	16.7%
11. Un soutien	16.7%
12. Une forme d'intimité dans l'échange	9.5%
13. Une approche médicale	1.2%
14. Rien	1.2%

Trois éléments ressortent le manque de solution adaptée avec une approche globale de la personne, le manque de temps et d'écoute et un manque de connaissance sur le sujet. Ce qui est étonnant c'est qu'à la question, est ce que vous avez été redirigé vers un-e autre professionnel-le, la réponse a été à 64% non.

5.2.2. Délégation de la prise en charge

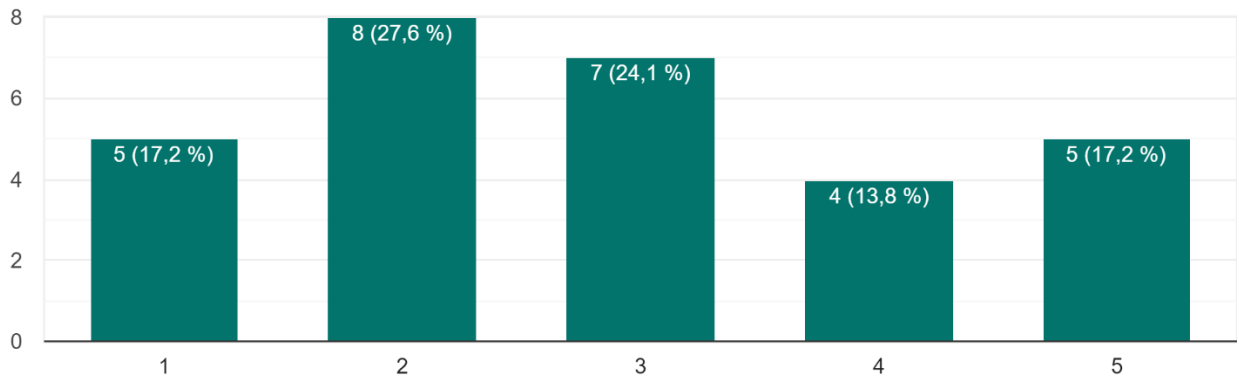
5.2.2.1 Vers quels types de professionnel-les de santé les patientes ont-elles été redirigée-s ?

36% des personnes ayant consulté un-e professionnel-le de santé ont été redirigées vers un confrère ou un-e thérapeute pour un suivi complémentaire. On peut constater que la position du ou de la gynécologue reste importante avec 19.4% et que la position du ou de la sexologue a pris de l'importance avec 22.6% suivi par de nombreuses autres spécialités.



Force est de constater que la qualité de ce 2^e échange est nettement différent du premier : 83% des personnes interrogées ont été satisfaites de leur échange et seules 17% n'ont pas été contentes. Sur ce panel, 79% se sont senties écoutées et comprises, 7% sont neutres et 14% non.

En revanche, le bilan des solutions proposées est mieux mais toujours pas optimal : 31% de personnes satisfaites contre 10.5% dans le 1^{er} échange, 24.1% neutre et 44.8% pas satisfaites contre 61.6% lors du 1^{er} échange.



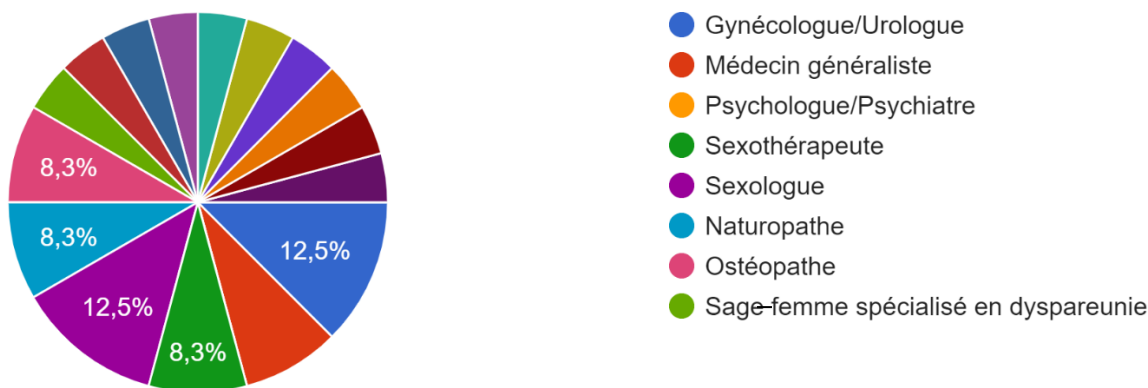
On peut constater qu'à la question : qu'est-ce qui a vous a manqué dans ce second échange, les tendances restent identiques au 1er échange avec le fait de trouver une solution adéquate, d'avoir une approche globale autant physique et que psychique et des réponses et explications claires. « Être aiguillé vers des personnes connaissant le sujet » a été rétrogradé de la 2^e place vers la 4^e place.

1.	Un traitement, une solution, une approche	52%
2.	Une approche globale (physique et psychique)	36%
3.	Des réponses claires	24%
4.	Être aiguillée vers des personnes qui connaissent le sujet	20%
5.	Des explications précises	20%
6.	De la compréhension	16%
7.	Du temps de discussion	16%
8.	De l'empathie	12%
9.	De l'écoute	8%
10.	Un soutien	8%
11.	Rien	8%
12.	Un·e professionnel·le à l'aise avec la sexualité	4%
13.	Une forme d'intimité dans l'échange	4%
14.	Une approche médicale	0%

On peut observer que la collaboration entre professionnel·le-s de santé reste complexe, en effet seuls 29% des acteurs de santé ont aiguillé leur patientèle vers un autre thérapeute, 7% de plus que leurs prédécesseurs.

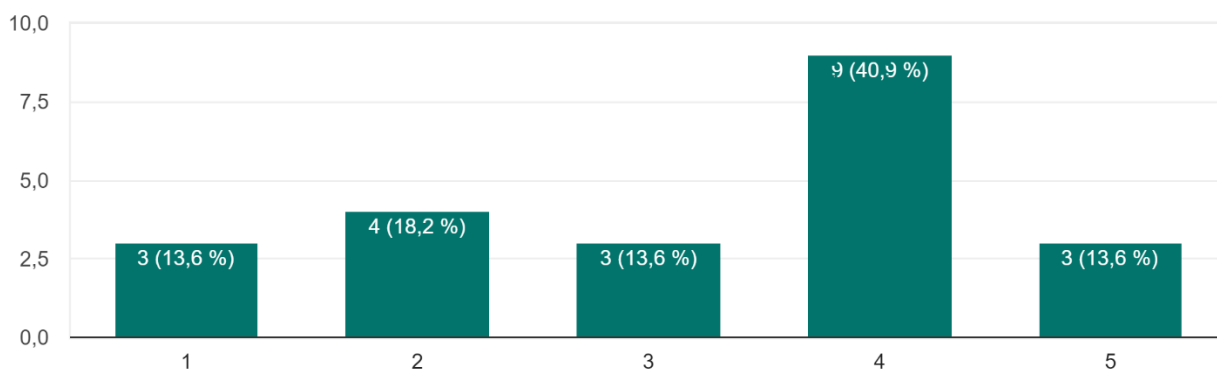
5.2.2.2. Vers quels types de professionnel·les de santé vous a-t-on redirigée pour la 3^e fois ?

29% des personnes ayant consulté un·e deuxième professionnel·le de santé ont été redirigées vers un troisième confrère ou un·e thérapeute pour un suivi complémentaire. L'écart présent entre gynécologue, sexologue et les autres spécialistes n'existent pratiquement plus, ils sont suivis de peu par les naturopathes, sexothérapeutes et ostéopathes.



La qualité des échanges continue sur une note positive avec 73% des personnes satisfaites, 23% neutres et 4% insatisfaites. Le sentiment d'être écoutée et comprise prend la même direction avec 64% des personnes satisfaites, 27% neutres et 9% non.

Une nette différence est à observer au niveau des solutions proposées avec 54% de personnes satisfaites contre 11% dans le 1^{er} échange et 31% dans le 2^e échange, 14% neutre et 32% pas satisfaites contre 62% lors du 1^{er} échange et 45% dans le 2^e échange.



On peut constater qu'à la question : qu'est-ce qui a vous a manqué dans ce troisième échange, les tendances restent identiques au 1^{er} et au 2^e échange avec le fait de trouver une solution adéquate, d'être aiguiller vers une personne connaissant bien le sujet et avoir besoin de réponses claires, de soutien et d'empathie.

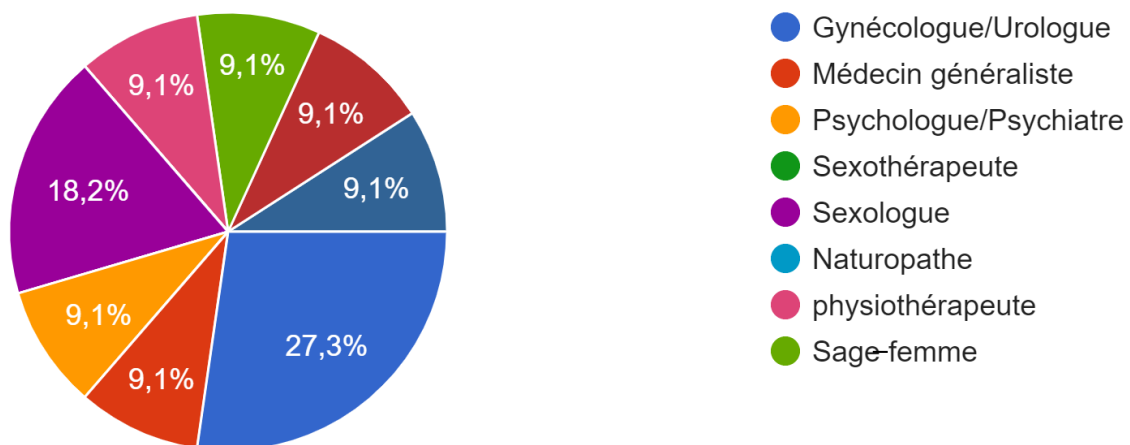
1.	Un traitement, une solution, une approche	35.3%
2.	Des réponses claires	17.6%
3.	De l'empathie	17.6%
4.	Être aiguillée vers des personnes qui connaissent le sujet	11.8%
5.	De la compréhension	11.8%

6. Du temps de discussion	11.8%
7. Un soutien	11.8%
8. Une forme d'intimité dans l'échange	11.8%
9. De l'écoute	5.9%
10. Des explications précises	5.9%
11. Rien	5.9%
12. Un-e professionnel-le à l'aise avec la sexualité	0%
13. Une approche médicale	0%
14. Une approche globale (physique et psychique)	0%

Malheureusement, toujours le même constat, seuls 45.6% des acteurs de santé ont aiguillé leur patientèle vers un autre thérapeute, mais tout de même 16.6% de plus que leurs prédécesseurs.

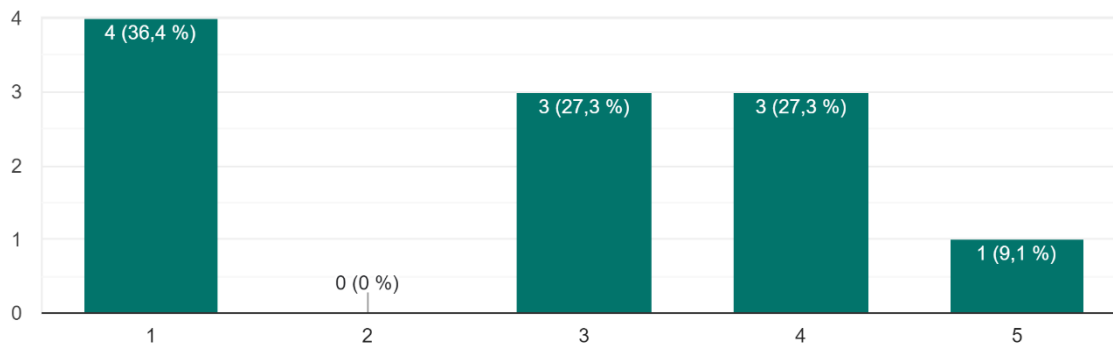
5.2.2.3. Vers quels types de professionnel-les de santé vous a-t-on redirigée pour la 4^e fois ?

54.4% des personnes ayant consulté un-e troisième professionnel-le de santé ont été redirigées vers un quatrième confrère ou un-e thérapeute pour un suivi complémentaire. Les gynécologues et les sexologues sont à nouveau en pole position suivis par les médecins généralistes, les psychologues ou psychiatres, les physiothérapeutes, les sages-femmes, les chirurgiens et les centres contre la douleur. On peut constater que les personnes souffrant de dyspareunie ont été aiguiller uniquement vers des spécialistes en médecine conventionnelle.



La qualité des échanges est en baisse avec 45,5% des personnes satisfaites contre 73% dans le 3e échange, 83% dans le 2e échange et 43% lors des 1er échanges. 27% sont neutres et 27% plutôt insatisfait. 54% se sont senties écoutées et comprises, 18% sont neutres et 45% non.

Les solutions proposées ont plu à 36% (54% au 3^e échange, 31% dans le 2^e échange et 11% dans le 1^{er} échange). 27% neutres et 36% pas satisfaites.



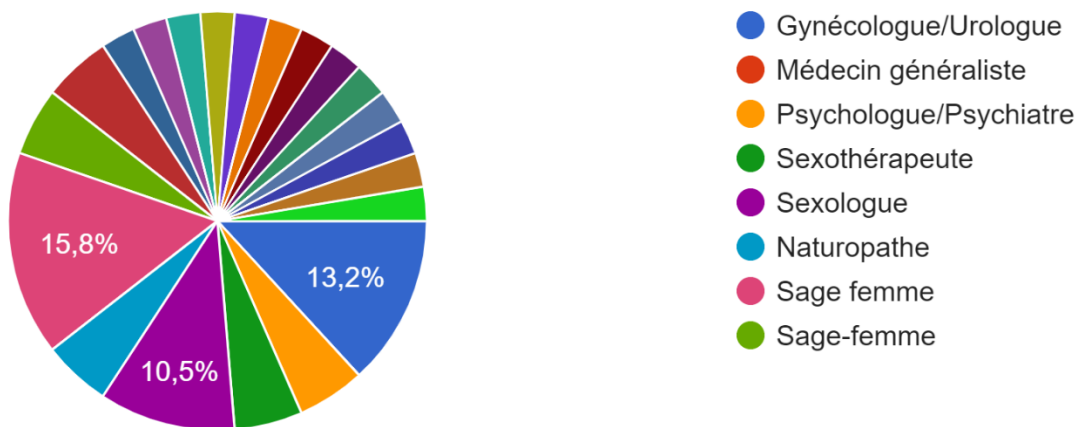
On peut constater qu'à la question : qu'est-ce qui a vous a manqué dans ce quatrième échange, les tendances ont changées. L'émotionnel a pris plus d'importance que le besoin de solution.

De l'empathie	36.4%
De l'écoute	27.3%
Une forme d'intimité dans l'échange	27.3%
Être aiguillé vers une personne connaissant le sujet	27.3%
De la compréhension	18.2%
Un·e professionnel·le à l'aise avec la sexualité	18.2%
Un soutien	18.2%
Un traitement, une solution, une approche	18.2%
Une approche globale (physique et psychique)	9.1%
Du temps de discussion	9.1%
Des réponses claires	9.1%
Des explications précises	9.1%
Ne pas être jugée	9.1%

Malheureusement, toujours le même constat, seuls 31.6% des acteurs de santé ont aiguillé leur patientèle vers un autre thérapeute.

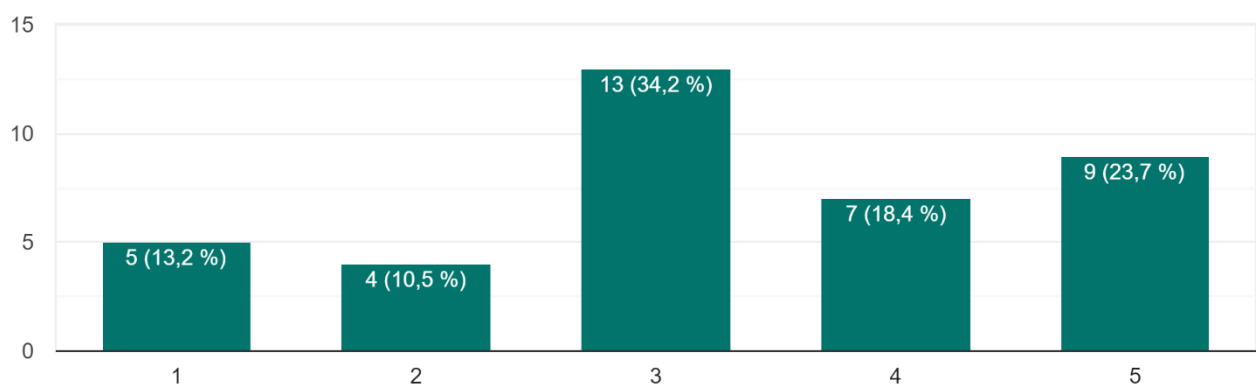
5.2.5. Le choix d'un suivi

38% des personnes interviewées ont choisi d'aller voir un·e professionnel·le de santé de leur propre initiative. On peut constater que la gynécologie est toujours bien présente avec 13.2%, dépassée par les sages-femmes avec 15.8% et suivi par la sexologie avec 10.5%.



La qualité des échanges est nettement supérieure avec 84% de personnes satisfaites, 10% neutres et 5% insatisfaites. La tendance reste identique dans le sentiment d'être écoutée et comprise avec 76% de réponses positives, 11% neutre et 13% non.

Les solutions proposées sont plus mitigées. 34.2% de personnes neutres, 23.7 de personnes plutôt insatisfaites et 42.1% de personnes satisfaites.



On peut constater qu'à la question : qu'est-ce qui a vous a manqué dans ce cet échange, les besoins sont les mêmes que leurs dès premiers échanges dans notre étude à savoir :

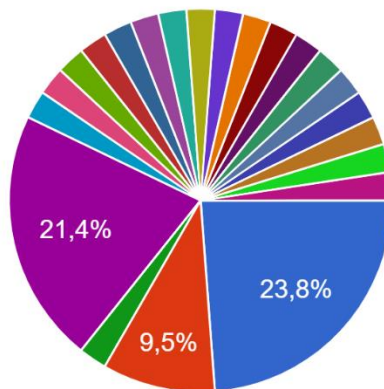
Un traitement, une solution, une approche	40.9%
Une approche globale (physique et psychique)	36.4%
Des explications précises	36.4%
Des réponses claires	31.8%
Être aiguiller vers une personne connaissant le sujet	27.3%
De la compréhension	18.2%
De l'empathie	18.2%

Du temps de discussion	18.2%
De l'écoute	13.6%
Un soutien	9.1%
Une forme d'intimité dans l'échange	4.5%
Rien	4.5%
Un-e professionnel-le à l'aise avec la sexualité	0%

5.3. Pourquoi ne pas avoir consulté de professionnel-le de santé ?

18.1% des personnes interrogées n'ont pas parlé de leur problématique à un-e membre du corps médical, ni à un-e thérapeute. Il est important d'identifier la raison afin de trouver un moyen de créer un lien de confiance et de communiquer de manière optimale pour les motiver à en parler à un-e professionnel-le de santé :

- 23.8% n'ont pas pensé à aller voir un-e professionnel-le de santé
- 21.4% préfèrent régler leur problème seule
- 9.5% ont trop honte pour en parler
- 7.2% n'ont pas le budget
- 7.2% difficile de trouver le ou la bon-ne thérapeute
- 4.8% le sujet est tabou
- 2.4% parlent de sexualité uniquement avec leur partenaire intime



5.4 Le soutien des proches

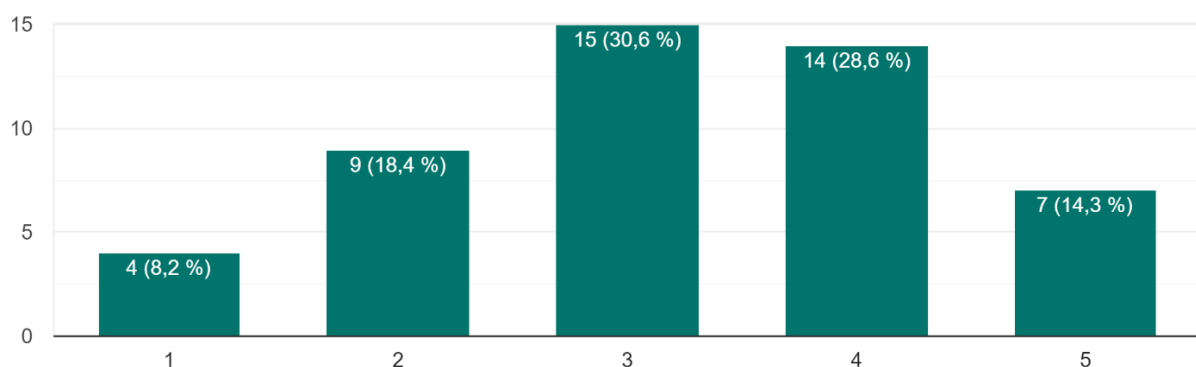
49% des personnes interrogées ont parlé de leur problématique avec leurs proches. 55.1% avec leur conjoint·e et 30.6% avec des amies. Un plus petit pourcentage en a parlé à de la famille proche.

5.4.1. L'impact émotionnel

La présente étude³ a évalué les associations entre l'attachement, la douleur, le fonctionnement sexuel et la satisfaction sexuelle chez un échantillon de 101 couples dont la femme présente une vestibulodynie provoquée. Le modèle statistique « Actor-Partner Interdependence Mode! » (APIM) a été utilisé afin de tenir compte de l'interdépendance des données des couples et investiguer les effets acteurs, ainsi que les effets partenaires. Leclerc, Bianca (2015).

Les recherches menées jusqu'à présent indiquent que les dimensions de l'attachement anxieux et évitant sont en corrélation avec des résultats sexuels moins bons dans des échantillons communautaires et cliniques.

Cette étude a également examiné le rôle de l'affirmation sexuelle en tant que médiateur de ces associations par le biais d'un modèle d'équation structurelle. Les femmes ont complété des mesures de l'intensité de la douleur et les deux membres du couple ont complété des mesures de l'attachement romantique, de l'affirmation sexuelle, de la fonction sexuelle et de la satisfaction. Les résultats indiquent que les dimensions de l'attachement ne permettent pas de prédire l'intensité de la douleur. L'attachement anxieux et l'attachement évitant étaient tous deux associés à une moindre satisfaction sexuelle. Seul l'attachement évitant permettait de prédire une fonction sexuelle plus faible chez les femmes. Les effets du partenaire indiquent qu'une plus grande affirmation sexuelle chez les femmes prédit une plus grande satisfaction sexuelle chez les hommes. Enfin, l'affirmation sexuelle des femmes s'est avérée être un médiateur significatif de la relation entre leurs dimensions d'attachement, la fonction sexuelle et la satisfaction. Les résultats soulignent l'importance d'examiner comment l'attachement anxieux et évitant peut conduire à des difficultés d'affirmation sexuelle et à des interactions sexuelles moins satisfaisantes dans les couples où les femmes souffrent de la maladie de von Willebrand.



Notre panel représentatif est satisfait à 68% de leurs échanges avec leurs proches, 22% sont neutre et seulement 10% sont insatisfaits. 84% se sont senties écoutées et comprises, 12% neutres et 4% incomprises.

Les solutions proposées par les proches sont à 43% satisfaisante, 30% neutre et 27% plutôt négatives.

Qu'est-ce qui a manqué dans l'accompagnement des proches ?

Être aiguiller vers une personne connaissant le sujet	46.4%
De la compréhension	28.6%
De l'écoute	17.9%
Rien	14.3%
Un soutien	10.7%
Une forme d'intimité dans l'échange	10.7%
De l'empathie	7.1%
Du temps de discussion	3.6%
Des connaissances dans le domaine	3.6%
Une solution, une approche	3.6%

43% des personnes interviewées se sont ensuite tournées vers internet pour trouver des informations complémentaires, 21% se sont confiées à une autre personne et 31% n'ont rien fait. Le reste du panel ont trouvé des alternatives dans leur couple.

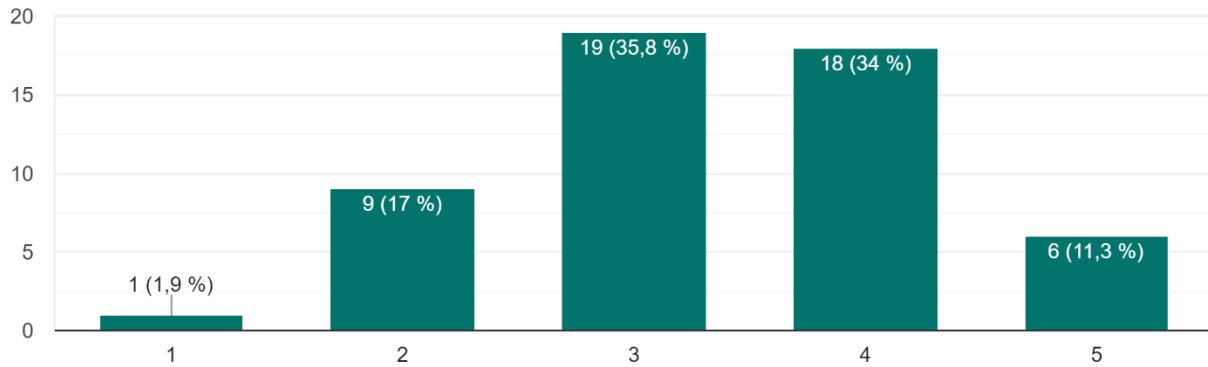
Pourquoi les 51% de personnes restantes n'ont pas parlé à leurs proches ?

Nous n'abordons pas ce sujet dans mon entourage	53.8%
Ma culture ou mon éducation me l'interdit	30.8%
J'ai trop honte pour en parler autour de moi	7.7%
Je n'ai personne pour en parler	7.7%
Je me suis dit que c'était peut-être normal	7.7%

5.5. Les canaux d'informations

69.2% des personnes interviewées ont recherché des informations sur internet. 48.1% sur des sites professionnels comme revmed, HUG, etc. 42.3% sur des sites généraux comme marieclaire, topsanté, etc. 73.1% se sont renseignés sur les réseaux sociaux.

La majorité sont plutôt satisfaites des informations trouvées.



5.6. Identifier les signes, les douleurs et les symptômes

53% ont ressenti les premières gênes avant leur 20 ans, 43,3% entre leur 20 et 40 ans et le reste entre 40 et 60 ans. Les premiers signes ressentis étaient :

- 74.3% une douleur à l'entrée du vagin
- 61.9% une sensation de brûlure
- 56.2% une douleur profonde dans certaines positions
- 41.9% des douleurs lors du frottement
- 36.2% une sécheresse vaginale
- 34.3% des contractions musculaires
- 18.1% des démangeaisons
- 11.4% des pertes vaginales de couleur blanche
- 10.5% des rougeurs

50.5% des personnes interrogées n'ont pas eu d'événements particuliers avant la survenue des premiers symptômes. 24.8% ont vécu un traumatisme. 9.5% ont eu des infections vaginales à répétitions et 8.6% des cystites. 4.8% ont eu le HPV. 2.9% ont eu des troubles de santé grave et 1.9% ont fait une fausse couche.

Avec la vision globale de la naturopathie, il est important de définir si des symptômes dans d'autres systèmes ont été perçus en même temps ou avant la dyspareunie.

- 63.2% ont eu des soucis d'ordre psychologique
- 36.5% ont eu des soucis d'ordre nerveux
- 33.3% ont eu des soucis d'ordre digestif
- 25.2% ont eu des soucis d'ordre musculosquelettique
- 13.8% ont eu des soucis d'ordre endocrinien
- 12.6% ont eu des soucis d'ordre circulatoire
- 10.3% ont eu des soucis d'ordre immunitaire
- 8% ont eu des soucis d'ordre tégumentaire
- 7.7% rien du tout

- 2.3% ont eu des soucis d'ordre respiratoire
- 2.3% ont eu des soucis d'ordre métabolique
- 0% ont eu des soucis d'ordre lymphatique

5.6.1. La situation hormonale actuelle

Existe-t-il un lien entre la prise hormonale et les douleurs durant les rapports sexuels. A priori, ce n'est pas la raison principale, étant donné que 41,3% des personnes interrogées sont sous hormones.

- 40,4% n'ont pas de contraception, donc pas de prise hormonale.
- 24.0% prennent la pilule contraceptive en continue
- 13.5% prennent la pilule avec l'arrêt d'une semaine
- 6.7% ont mis un stérilet en cuivre
- 3.8% ont mis un stérilet hormonal
- 2.9% sont ménopausées
- 1% sont pré-ménopausées

- 31.7% ont des douleurs durant les menstruations
- 18.3% ont des douleurs avant les menstruations
- 16.3% ont des règles abondantes
- 9.6% ont très peu de menstruations
- 1.9% n'ont pas de menstruations

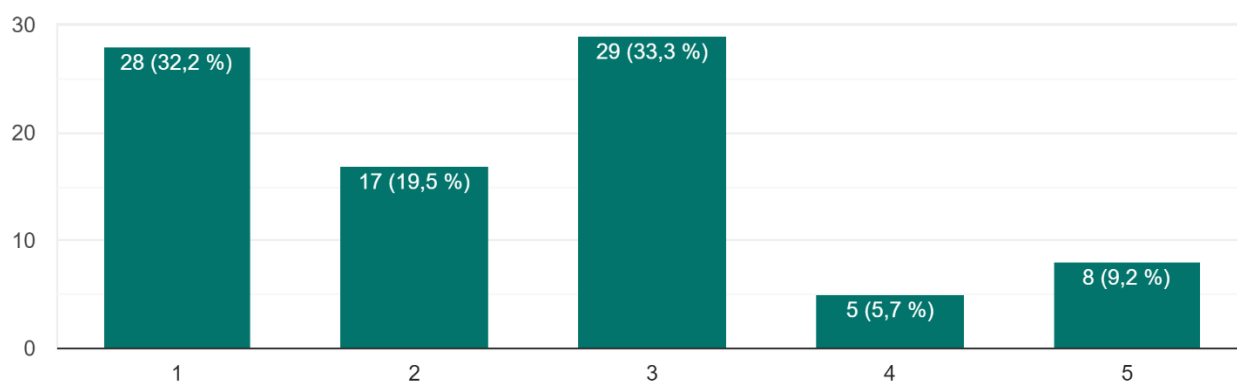
5.7. Les solutions existantes

5.7.1. Quels ont été les traitements conventionnels testés

- 30.5% changement de contraceptif
- 30.5% rien du tout
- 27.6% de la psychothérapie
- 20% prise d'antalgique ou analgésique
- 16.2% contraception en continue
- 7.6% acide hyaluronique localisé
- 7.6% Estrogénothérapie locale
- 4.8% Chirurgie vestibulectomie
- 2.9% Injection de toxine botulique A autour de l'orifice
- 1.9% Crème anesthésiante

D'autres protocoles ont été testés par des minorités, chaque technique représentait 1% du panel, la raison pour laquelle, elles ne sont pas mentionnées.

Pourcentage de satisfaction des traitements proposés : 14,9% de personnes satisfaites, 33.3% neutres et 51.7% d'insatisfaite.

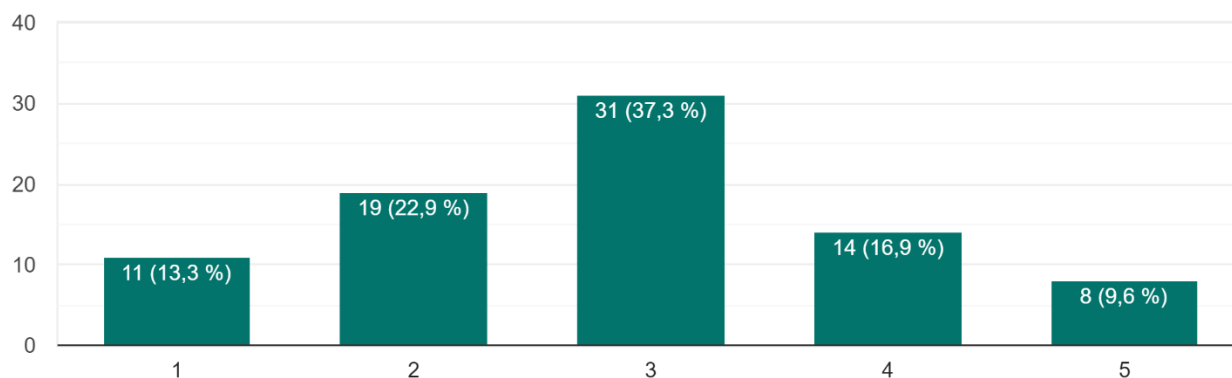


5.7.2. Quels ont été les traitements alternatifs testés

- 33.3% massage vaginaux
- 29.5% technique de lâcher prise
- 29.5% rien du tout
- 25.7% pré et probiotiques
- 24.8% changement alimentaire
- 24.8% exercice de Kegel pour le périnée
- 21.9% utilisation de dilatateurs
- 8.6% phytothérapie
- 8.6% compléments alimentaires
- 6.7% utilisation de boule de Geisha
- 2.9% ostéopathie

D'autres protocoles ont été testés par des minorités, chaque technique représentait 1% du panel, la raison pour laquelle, elles ne sont pas mentionnées.

Pourcentage de satisfaction des traitements proposés : 26.5% de personnes satisfaites, 37.3% neutres et 36.2% d'insatisfaite.



6. Discussion critique

Dans le point 5.1.1.1 nous pouvons observer que la tranche d'âge dès 20-25 ans et bien touchée par cette problématique. On associe pourtant souvent se trouve à la sécheresse vaginale liée à la ménopause mais finalement, ce questionnaire démontre bien que toutes les femmes sont touchées de l'adolescence à la vieillesse.

Il important d'aborder le thème de la dyspareunie en tant que troubles fonctionnels et émotionnels et non comme un symptôme d'une maladie telle que l'endométriose, un cancer ou autre comme le précise l'étude⁴ de *Ghaderi et al., 2019*.

La dyspareunie, symptôme de rapports sexuels douloureux, est un dysfonctionnement sexuel courant chez les femmes en âge de procréer. En raison de son étiologie multifactorielle, une approche multidisciplinaire peut être nécessaire pour la traiter.

L'approche globale de la naturopathie va se pencher sur l'étiologie de ce trouble en prenant en considération l'âge de la personne et ses symptômes comme la médecin conventionnel mais, elle ne s'arrête pas là ! Le ou la naturopathe va comprendre la personnalité de la patiente, va faire des liens avec d'autres signes pour arriver au final à trouver la cause première des douleurs.

Dans le point 5.1.1.2, il est intéressant d'observer que la majorité des personnes sont de types nerveux, aucune surprise mais que 26% des personnes ayant répondu au formulaire se considère comme sanguine. Une belle surprise, qui démontre que la cause n'est pas uniquement psychologique car le type sanguin et bon vivant, extravertie, sans prise de tête qui adore les joies de la vie et de la table.

D'après les témoignages que j'ai eus en cabinet et en discutant avec diverses personnes dans le cadre de mon mémoire, la dyspareunie est souvent sous-estimée par le monde médical et mise sous l'impact psychologique ou hormonale. Or, on peut observer au point 5.6.1 que 43.3% des personnes interviewée ont une prise d'hormone de synthèse et que la problématique est toujours là.

La cause est donc bien plus complexe à trouver et je suis convaincue que la naturopathie et sa vision globale a la possibilité d'aider un maximum de femme souffrant de douleurs durant les rapports sexuels mais, ceci, uniquement en collaboration avec le monde médical qui possède des connaissances médicales pointues et spécialisées et qui a tous les outils pour écarter d'autres pathologies et faciliter la prise en charge par un ou une naturopathe et ceci en collaboration avec un sexologue ou une sages-femmes si les causes sont plus psychologiques ou liées à un accouchement.

6.1. La prise en charge de la dyspareunie

Dans le point 5.2.1, nous pouvons constater que presque 70% des femmes souffrant de dyspareunie, se confient en premier à leur gynécologue. J'aimerais vraiment trouver un moyen de pouvoir augmenter la collaboration entre médecins et naturopathes ayant suivi le cursus complet pour obtenir le diplôme fédéral avec une spécialisation en gynécologie. J'ai volontairement précisé ceci car le titre de naturopathie n'est pas protégé et je pense sincèrement que la détresse liée à des difficultés d'avoir une vie sexuelle épanouie et la possibilité que la cause soit hormonale et délicate et ne doit pas être prise en charge par des personnes n'ayant pas été formées correctement.

Dans son livre « la bible du vagin » la gynécologue et obstétricienne Jennifer Gunter⁵ prétend sur la base de plusieurs études que 56% des femmes de plus de 40 ans se désintéressent du sexe, 53% ont des rapports une fois par mois et 43% le jugent insatisfaisant.

Je pense qu'il serait intéressant de pouvoir travailler en collaboration avec des sexothérapeute pour en comprendre la cause et rechercher des solutions.

La Dr. Jennifer Gunter⁵ » fait référence à une étude qui a été menée sur la vulvodynie dont les symptômes sont relativement ressemblant à ceux de la dyspareunie, 70% des femmes interrogées disent avoir consulté en vain dans les 2 dernières années, 50% d'entre elles ont vu au minimum 3 praticien-ne-s de santé avant que le diagnostic soit posé. Elles ont souvent été diagnostiqué à tort de mycoses chroniques.

6.1.1. Spécialisation en dyspareunie

Il y a plusieurs éléments qui sont ressortis de ce questionnaire dont notamment le fait que les personnes souffrant de dyspareunie auraient aimé être aiguillée vers des personnes connaissant le sujet. Cet élément est intéressant et troublant car la majorité des professionnel-le-s de santé contactés sont gynécologues.

Est-ce le manque de temps à disposition lors de l'anamnèse qui en est la raison ? Est-ce le manque d'une vision globale ? Est-ce le manque de traitements allopathiques ? est-ce une spécialité peu enseignée à l'école de médecine ?

6.1.2. Qu'est-ce que la naturopathie peut apporter à la médecine allopathique ?

Comme mentionné dans le point 5.2.1, 28% des personnes interrogées ne sont pas satisfaites de l'échanges et 29% sont neutres ce qui correspond au total à plus de la

moitié. La raison principale à 41% est le manque d'écoute et l'autre élément qui ressort à 40.7% est le manque de solution.

Je trouve cela très intéressant car comme dit dans l'introduction du point n°6, il faut en premier lieu trouver la cause exacte de la dyspareunie pour trouver une solution adéquate et pour cela, il faut prendre le temps de comprendre la personne.

Cette étude démontre bien que la naturopathie à toute son importance dans la prise en charge des troubles sexuels et en particulier de la dyspareunie et ceci pour plusieurs raisons :

1. Une consultation en naturopathie dure entre 60 et 90 minutes en comparaison d'un·e médecin qui n'a environ que 15 minutes. Une différence non négligeable pour créer une alliance thérapeutique et un climat de confiance.
2. La naturopathie recherche l'étiologie d'une problématique a contrario du monde médical qui cherche en première instance à stopper les symptômes. Les causes peuvent être multiples et elles sont difficiles à déterminer mais, indissociable, à la prise du bon traitement.
3. Il est ressorti dans le point 5.2.1 qu'il manque actuellement une approche globale physique et psychique, la naturopathie et sa vision holistique est idéale en mon sens, surtout, une fois que les médecins en gynécologie auront pu exclure toute autre pathologie physiologique ou biologique.
4. Dans le point 5.7, on peut observer que 14.9% des personnes sont satisfaites de leurs traitements allopathiques contre 26.5% pour les traitements naturels. J'en déduis donc que la médecine alternative a toute son importance et qu'il est important de continuer à développer ce secteur.

6.1.3. La collaboration entre professionnel·le·s de la santé

On peut constater au point 5.2.2 que seul 36% des gynécologues et sexologues, à savoir les professionnel·le·s de santé les plus rencontrés en 1^{ère} instance, aiguillent leurs patientes vers d'autres médecins ou thérapeutes.

Je pense que ce sujet est complexe car il est multifactoriel. Il se peut que les médecins ne sachent pas vers qui envoyer leurs patients. La naturopathie est une approche encore méconnue et souvent faussement associée à des techniques uniquement ésotériques. Une peur, un manque de confiance ou peut-être un désintérêt du monde médical peuvent justifier cela.

Pour pallier cela, la confédération a décidé de créer des diplômes fédéraux, celui pour la naturopathie a été mis en place en 2016. J'espère que cela va aider à changer les mentalités. Le but de ce projet à large ampleur est d'avoir des thérapeutes formés correctement par des écoles agréées et avec des exigences élevées qui sont évaluées au niveau national. Ceci permettra, je l'espère, à l'avenir de trouver une complémentarité entre la médecine dites conventionnelle et complémentaire.

On peut néanmoins constater positivement qu'une partie des patientes concernées ont été aiguillée vers des sexothérapeutes avec un taux très encourageant de plus de 80% de satisfaction dans l'échange et l'écoute. Malheureusement, seule 50% des personnes ont été satisfaites du traitement proposé car comme dit précédemment si la cause n'est ni mécanique, ni psychique, les gynécologues et les sexologues n'ont malheureusement que peu de solutions à proposer.

C'est pourquoi, la vision holistique de la naturopathie a sa place dans la prise en charge de la dyspareunie, pour autant que le ou la naturopathe connaisse bien les problématique féminine et les troubles sexuels. Le souhait d'avoir une personne qui connaisse bien le sujet est aussi souvent ressorti dans le questionnaire.

D'ailleurs, on peut constater que 27% des médecins et thérapeutes consultés en 2^e instances ont aiguillés leur patientèle vers des sexothérapeutes, des ostéopathes et des naturopathes notamment. La satisfaction d'écoute est toujours positive avec 73% et on peut observer une différence avec 54% des personnes satisfaites par le traitement proposé.

Je suis persuadée que si on arrivait à trouver un moyen pour travailler en synergie, on aurait des résultats nettement meilleurs. Est-ce possible de mettre en place des colocs ou chacun pourrait amener sa spécialité où on pourrait trouver ensemble la ou les meilleures solutions pour chaque patiente de manière individuelle.

Il y aurait pas mal d'éléments administratifs à mettre en place comme qui prend la responsabilité, comment sont financer les différents acteurs de la santé, etc.

Une étude⁶ de 2013 sur l'aspect de la psychologie sur la douleur démontre bien l'utilité d'une cohésion entre plusieurs spécialités.

Le rôle de la psychologie est auxiliaire et complémentaire de la médecine. Il s'agit d'une aide qui s'adresse au patient, au médecin et aux soignants du patient : soignants professionnels, membres de la famille et proches. À chaque étape du processus diagnostique et thérapeutique, la psychologie offre une aide, tant du point de vue cognitif que pratique.

Un autre étude⁷ relève bien aussi l'importance d'une prise en charge globale et multidisciplinaire :

La dyspareunie est une douleur récurrente ou persistante qui accompagne les rapports sexuels et les rend pénibles. Elle touche environ 10 à 20 % des femmes américaines. La dyspareunie peut être superficielle, provoquant une douleur lors d'une tentative d'insertion vaginale, ou profonde. Les femmes souffrant de douleurs sexuelles courent un risque accru de dysfonctionnement sexuel, de détresse relationnelle, de diminution de la qualité de vie, d'anxiété et de dépression. Comme il peut être désagréable de discuter de questions sexuelles, les cliniciens doivent créer un environnement sûr et accueillant lorsqu'ils recueillent les antécédents sexuels, où les patientes décrivent les caractéristiques de la douleur (par exemple, localisation, intensité, durée). L'examen physique des organes génitaux externes comprend une inspection visuelle et une pression séquentielle avec un coton-tige, à la recherche d'un érythème ou d'une douleur focale. Un examen vaginal à un chiffre peut permettre d'identifier une sensibilité des muscles du plancher pelvien, et un examen bimanuel permet d'évaluer la rétroversion utérine et les masses pelviennes. Les diagnostics courants sont la vulvodynie, une lubrification insuffisante, l'atrophie vaginale, les causes post-partum, le dysfonctionnement du plancher pelvien, l'endométriose et le vaginisme. Le traitement est axé sur la cause et peut inclure des lubrifiants, une thérapie physique du plancher pelvien, des analgésiques topiques, des œstrogènes vaginaux, une thérapie comportementale cognitive, des dilatateurs vaginaux, une vestibulectomie modifiée ou des injections d'onabotulinumtoxinA.

6.1.4. La prise en charge holistique

Dans le point 5.6, il a été démontré que des personnes ont soufferts certes de problématiques d'origines psychologiques et nerveuses avant le début de la dyspareunie mais également de soucis digestifs, musculosquelettiques, endocriniens, circulatoires et tégumentaires. Je trouve que ce point démontre bien à nouveau l'utilité de la vision holistique de la naturopathie dans la recherche de la cause.

6.1.5. Les solutions proposées

Les traitements allopathiques proposés dans le point 5.7.1 sont essentiellement hormonaux, suivi par de la psychothérapie et des médicaments contre la douleur.

Les solutions naturelles offrent plus de perspectives comme les traitements proposés en point 5.7.2 : massage vaginaux, technique de lâcher prise, prise de pré et probiotiques, changement alimentaire, exercice de Kegel pour le périnée, utilisation de dilateurs, phytothérapie, compléments alimentaires, ostéopathie et utilisation de boule de Geisha.

On peut également observer qu'elles ne s'arrêtent pas à la problématique de la dyspareunie mais procède à une solution globale et personnalisée. Je suis toujours convaincue qu'avec un pôle de spécialiste, on arriverait à faire beaucoup mieux.

6.2. Le tabou omniprésent autour de la dyspareunie

La sexualité est omniprésente partout et pourtant encore tabou. La recherche de performance, l'éducation ou encore les croyances limitent une prise en charge adéquate.

L'approche de cette problématique est également importante. Le ou La professionnel-le de santé doit faire preuve de professionnalisme, tout en étant à l'écoute sincère avec beaucoup d'empathie et de compréhension et sans omettre, le fait d'être à l'aise avec le sujet dans sa globalité.

Je pense personnellement que nous pouvons apprendre la sexualité dans les livres mais personne ne peut nous enseigner la stature à avoir devant une patiente souffrant de troubles sexuels. L'éducation et le parcours de vie nous enseigne ceci.

7. Conclusion

On peut constater que la prise en charge actuelle n'est pas optimale et j'espère avec cette étude pouvoir créer un pôle de compétence entre thérapeutes et médecins pour la prise en charge de dyspareunie et d'autres troubles sexuels et féminins.

J'espère aussi que les mentalités évolueront et que nous pourrons avancer main dans la main entre médecins et thérapeutes correctement formé-e-s.

Ce sujet est vaste et je n'ai pas pu tout aborder dans le cadre de ce mémoire. Plusieurs autres sujets peuvent être mis à l'étude comme :

- Existe-t-il une différence de prise en charge différente en Suisse alémanique ou au dans la région tessinoise ?
- L'importance des proches dans le cadre de souffrance sexuelle et comment accompagner l'entourage dans ce processus.

- Les hommes ne sont pas épargnés, comment le vivent-ils ? Osent-ils en parler ?
- L'impact de la douleur sur la vie quotidienne et sur le moral.

Je souhaite conclure en partageant une étude⁸ intéressante sur ce dernier sujet à développer. Comme le démontre cette étude de 2013, la douleur de manière chronique a un impact sur l'humeur et peut même aller jusqu'à la dépression et souffrir d'anxiété ce qui aura un impact sur le désir sexuel.

L'intensité de la douleur est en corrélation avec l'intensité des symptômes psychopathologiques, qu'il s'agisse de la baisse de l'humeur ou des symptômes d'anxiété et d'inquiétude. Les stratégies actives de lutte contre la douleur, qui s'efforcent de fonctionner malgré la douleur ou de se distraire de la douleur, sont associées à un fonctionnement adaptatif. Les stratégies passives impliquent le retrait ou l'abandon du contrôle à une force ou à un agent extérieur et sont liées à une douleur et à une dépression plus importante. La catastrophisation de la douleur est une perception négativement déformée de la douleur comme étant affreuse, horrible et insupportable. La catastrophisation est fortement associée à la dépression et à la douleur. Des études utilisant l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) ont montré que la catastrophisation de la douleur, indépendamment de l'influence de la dépression, était significativement associée à une augmentation de l'activité dans les zones du cerveau liées à l'anticipation de la douleur, à l'attention portée à la douleur, aux aspects émotionnels de la douleur et au contrôle de la motricité. Le comportement douloureux est une douleur conditionnée. L'attention et la sollicitude d'autrui renforcent secondairement les comportements douloureux du patient, ce qui conduit à une augmentation de l'intensité de la douleur ressentie. Les antécédents d'adversité au début de la vie - rejet, négligence, abus physique ou sexuel - sont liés au développement du syndrome du côlon irritable (SCI) à l'âge adulte. Il a été démontré que les hormones ovariennes modulent la sensibilité à la douleur.

8. Remerciements

Je remercie le centre Navi pour son excellente collaboration et la publication de mon étude ainsi que toutes les personnes m'ayant aidé à diffuser mon sondage.

Je souhaite aussi remercier mes proches qui me soutiennent quotidiennement dans mon évolution en tant que naturopathe et dans ce parcours long et complexe aux vues de l'obtention du diplôme fédéral.

Je tiens également à remercier mes patients et patientes pour leur confiance.

9. Bibliographie

¹ Nau, J. (2013), *L'histoire d'Osphena et de la dyspareunie*, *Rev Med Suisse*, -1, no. 386, 1062–1063.

² *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ième édition (DSM-IV)*

³ Leclerc, Bianca (2015). « *L'attachement, l'affirmation de soi, et l'adaptation sexuelle des femmes présentant une dyspareunie et leurs partenaires : un modèle de médiation* » Thèse. Montréal (Québec, Canada), Université du Québec à Montréal, Doctorat en psychologie (Essai doctoral).

⁴ Ghaderi, F., Bastani, P., Hajebrahimi, S., Jafarabadi, M. A., & Berghmans, B. (2019). *Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial*. *International urogynecology journal*, 30(11), 1849–1855. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04019-3>

⁵ Dr. Jennifer Gunter, gynécologue, obstétricienne et militante féministe. Formée au Canada et aux États Unis. Livre “*La bible du vagin*”, édition francophone de mars 2021

⁶ Gorczyca, R., Filip, R., & Walczak, E. (2013). *Psychological aspects of pain*. *Annals of agricultural and environmental medicine : AAEM, Spec no. 1*, 23–27.

⁷ Hill, D. A., & Taylor, C. A. (2021). *Dyspareunia in Women*. *American family physician*, 103(10), 597–604.

⁸ Gorczyca, R., Filip, R., & Walczak, E. (2013). *Psychological aspects of pain*. *Annals of agricultural and environmental medicine : AAEM, Spec no. 1*, 23–27.