Université de Genève

Certificat de formation continue en Sexologie clinique

Promotion 2013

Est-ce que les physiothérapeutes, spécialisées en urogynécologie, parlent de sexualité avec leurs patient(e)s ? Et comment elles en parlent ?

31 mars 2016

Auteur: Mme Isch Dubath Irène

Thérapie du Léopard, rue du Léopard 1, 1227 Carouge

iisch@bluewin.ch

Directrice de mémoire: Mme Mylène Bolmont

Table des matières

Page

Préface 3

1 Introduction 5

1.1 Définition de la sexualité et de la santé sexuelle 5

1.2 Les dysfonctions sexuelles 5

1.3 L'importance de la prise en charge des dysfonctions sexuelles 7

1.4 L'apport de la physiothérapie dans les troubles urinaires et les dysfonctions sexuelles 8

1.5 Le rôle du physiothérapeute et du physiothérapeute spécialisé en urogynécologie 9

2 QUESTIONS DE RECHERCHE, hypothèses 10

2.1 1ère question de recherche 10

2.2 2ème question de recherche 10

3 Présentation des vignettes 11

3.1 Historique formation de physiothérapie, formation post-graduée urogynécologie 11

3.2 Fiche de présentation, physiothérapeute A, interview 001 13

3.3 Fiche de présentation, physiothérapeute B, interview 002 15

3.4 Fiche de présentation, physiothérapeute C, interview 003 17

3.5 Fiche de présentation, physiothérapeute D, interview 004 20

3.6 Fiche de présentation, physiothérapeute E, interview 005 23

3.7 Fiche de présentation, physiothérapeute F, interview 006 25

4 Formations des physiothérapeutes, analyse de contenu 28

4.1 Parcours de formation post-graduée 28

4.2 Motivations 29

4.3 Ce qu'elles apprécient dans cette prise en charge 29

4.4 Est-ce que les physiothérapeutes se sentent à l'aise dans ce domaine 30

4.5 Difficultés rencontrées 31

4.6 Conclusion intermédiaire en lien avec les formations des physiothérapeutes 32

5 La question de la sexualité lors des consultations, analyse de contenu 33

5.1 Pathologies et plaintes 33

5.2 La question de la sexualité lors de l'anamnèse 33

5.3 Le type de question 33

5.4 Pourquoi ces questions sont importantes ? 34

5.5 Les questions délicates 34
5.6 Facteurs aidants 35
5.7 Les patients en parlent-ils ? 35
5.8 Réseau, électron libre 36
6 Discussion 37
6.1 La question de la sexualité lors des consultations 37
7 Conclusion 45
8 Les mots et les maux pour le dire 46
9 La question de la sexualité dans son intimité, analyse de contenu 46
10 Réflexions personnelles 47
11 Remerciements 48
Bibliographie 50
Annexe: CAS SEXOLOGIE CLINIQUE UNIGE 2013-2016 53

Préface

Intérêt personnel pour le sujet

Physiothérapeute et sophrologue, j'ai rencontré dans ma pratique différentes situations cliniques, en lien avec la sexualité de mes patients, qui m'ont interpellées.

Etant peu outillée, tant sur le plan théorique que sur celui de l'intervention dans ce domaine, il m'est apparu important de m'ouvrir aux aspects de la santé sexuelle afin de pouvoir proposer une prise en charge holistique, la sexualité en faisant partie.

Ces situations m'ont donné l'envie d'approfondir mes connaissances dans ce secteur et d'aborder la sexualité en consultation de manière plus adaptée. Cette formation m'a fait prendre conscience à quel point la sexologie est un vaste domaine, comment la sexualité participe aussi à la santé et qu'il faut être véritablement formé pour être capable d'aborder le sujet et s'y sentir à l'aise.

Suite aux conseils éclairés du Dr Bianchi-Demicheli, je me suis finalement adressée à mes consœurs physiothérapeutes spécialisées en urogynécologie, professionnelles de la santé et spécialisées dans les parties génitales.

Mon travail de recherche - et ce mémoire -, vont consister à tenter de comprendre comment mes collègues abordent et parlent de la sexualité avec leurs patients.

Trajectoire personnelle

J'ai obtenu mon diplôme de physiothérapie en 1992 à l'école de physiothérapie de Genève (DIP). Durant mes études de physiothérapie, en année de diplôme, j'ai découvert la sophrologie bio-dynamique lors d'un cours en groupe avec le Dr Gamba à Genève. Cette technique m'a permis, pendant mes études, d'avoir des outils pour mieux gérer mon stress lié aux examens.

A la fin de mes études de physiothérapie, je me suis intéressée au travail de Mme Mézières sur les chaînes musculaires afin d'avoir une prise en charge globale et une participation active du patient. J'ai obtenu un DU en Reconstruction Posturale en 1999. En parallèle, j'ai poursuivi mon chemin de formation professionnelle et de recherche personnelle avec la formation en sophrologie bio-dynamique (diplôme en 2000). Je pratique cette spécialisation, que j'affectionne tout particulièrement pour sa dimension psychocorporelle, depuis 16 ans, au cabinet en séance individuelle.

J'ai aussi obtenu un diplôme en Iokai Shiatsu en 2006. Cet art du toucher japonais m'a donné une plus grande ouverture sur la subtilité du toucher, de l'énergie et de l'interaction de l'être humain avec son environnement et avec l'univers.

J'ai complété mon travail d'écoute avec une introduction à la PNL et un cours sur l'écoute et la relation d'aide (PRH).

NOTES

1. Puisque la sexualité reste malgré tout un sujet tabou et afin de préserver l'anonymat et la sphère privée des personnes concernées, la retranscription intégrale des six interviews ainsi que les trois tableaux récapitulatifs des interviews ont été enlevés de ce mémoire.

2 Un modèle du questionnaire utilisé lors des entretiens semi-dirigés se trouve dans les annexes.

1 Introduction

1.1 Définition de la sexualité et de la santé sexuelle

« La sexualité a toujours suscité une grande curiosité dès l'Antiquité chez les philosophes et les médecins grecs et romains. Hippocrate ; le Kama Sutra […] le classique manuel «Sou Nui Jing » […] Rhazès […] Avicenne […] Averroès » (Gellmann R., 2005, p. 298).

Quelle définition donner à la sexualité ? Si l'on prend la définition du Larousse, la sexualité « est un ensemble de phénomènes sexuels ou liés au sexe que l'on peut observer dans le monde vivant ».

« Définir la sexualité, c'est préciser la place qu'elle occupe au niveau collectif et individuel. C'est s'intéresser à sa signification, son symbolisme, ses rituels… Dans le sens commun, la sexualité renvoie à l'activité génitale. Mais elle se confond parfois avec l'affection, la tendresse, certaines émotions et l'amour. Elle peut aussi renvoyer à l'imaginaire érotique, aux conduites de séduction, à la sensualité, au plaisir, etc.» (Courtois R., 2007, p.614).

« La sexualité n'est ni simple, ni simplifiable. Elle est à la fois une donnée biologique, psychologique et sociable. » (Dupras A., 2009, p.100).

Comme le dit le Dr Bianchi-Demicheli : « La sexualité fait partie intégrante de l'expérience humaine tout au long de la vie : l'être humain naît, croît, existe, évolue, vieillit et meurt sexué. […] Essentielle à la survie de l'espèce, la sexualité dépasse ainsi le but de la fécondité et donne un sens à la vie humaine en tant que moyen d'expression, de rencontre, de relation et de lien » (Bianchi-Demicheli F., 2013, p.23).

C'est en 1974 que l'OMS a donné pour la première fois une définition de la santé sexuelle.

"Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled" (WHO, 2002, p.5).

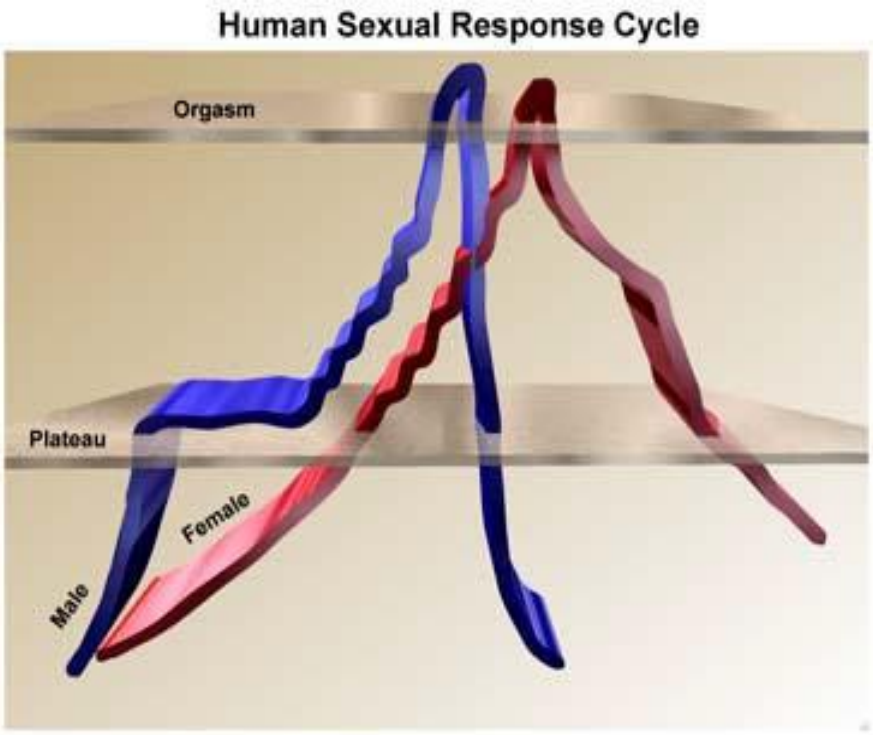
En 1975, l'OMS organise une réunion sur l'enseignement de la sexologie et le traitement des difficultés sexuelles. Suite à cette réunion, elle publie le rapport technique n°572 qui s'intitule : « Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement de la sexualité humaine ».

1.2 Les dysfonctions sexuelles

La définition des dysfonctions sexuelles varient selon les sources d'information. Dans le CIM 10, on lit : « troubles ne permettant pas d'avoir des relations sexuelles satisfaisantes ».

D'un point de vue étiologique, on distingue dans les dysfonctionnements sexuels des causes organiques, toxiques (drogues, alcool, poisons), médicamenteuses, psychiques et relationnelles.[1]

Avant de parler des différents types de dysfonctions sexuelles, il me parait important de parler de la réponse sexuelle. En 1966, Masters et Johnson, gynécologue et psychologue, pionniers des recherches sur la sexualité humaine, élaborent un modèle du cycle de la réponse sexuelle (HSRC).



Denise Medico, CAS sexologie clinique, cours du 14.12.2013.

Il est composé de deux courbes (Male en bleu et Female en rouge) et de quatre différentes phases : excitation, plateau, orgasme et résolution.

« Un premier lieu vient la « phase d'excitation », cascade d'événements psychiques et physiologiques qui aboutit à l'érection chez l'homme et à la lubrification chez la femme » (Bianchi-Demicheli F., 2012, p.54).

« La deuxième phase est le « plateau », l'état le plus avancé de l'excitation et le point culminant juste avant l'orgasme » (Bianchi-Demicheli F., 2012, p.54).

« La phase de « l'orgasme », quant à elle, marque le faîte des sensations de plaisir » (Bianchi-Demicheli F., 2012, p.55).

[1] Bianchi-Demicheli F., CAS sexologie clinique, cours du 10.01.2014.

La dernière phase est la « résolution : il s'agit du sentiment et de l'état de relaxation mentale et physique qui suivent l'orgasme » (Wiegand H., 2014, p.29).

Dans les années 70, ce modèle va être repris par une psychiatre, le Dr Kaplan. Elle introduit le concept de désir sexuel dans le modèle de la fonction sexuelle (1979). En conceptualisant le désir, Kaplan met l'accent sur les aspects cognitifs et psychologiques du phénomène (Bianchi-Demicheli F., 2012, p.53-54).

Selon Helen Singer Kaplan, « le désir sexuel est un ensemble de sensations spécifiques qui poussent un individu à rechercher des expériences sexuelles ou à leur devenir réceptif » (Bianchi-Demicheli F., 2012, p.55).

Chez la femme, les scientifiques distinguent cinq dysfonctions sexuelles (DSM IV).

1. Les troubles du désir : la baisse ou l'absence de désir sexuel.
2. Les troubles de l'excitation : la difficulté de ressentir de l'excitation sexuelle ou son absence.
3. Les troubles de l'orgasme : l'absence ou le retard de l'orgasme.
4. Les troubles sexuels avec douleurs : des douleurs ressenties lors de la pénétration (dyspareunie), ou une pénétration rendue impossible par des contractions involontaires du vagin (vaginisme).
5. Les troubles de l'excitation génitale persistante : un état d'excitation involontaire et durable (Weigand H., 2013, p.21).

Chez l'homme, quatre dysfonctions sexuelles principales sont distinguées (DSM IV).

1. Les troubles du désir sexuel : le désir hypo-actif, soit une baisse ou une absence de désir.
2. Les troubles de l'excitation, soit les troubles érectiles : la difficulté à obtenir ou à maintenir une érection adéquate durant le rapport sexuel.
3. Les troubles de l'orgasme, soit les problèmes d'éjaculation : éjaculation précoce, retard ou absence de l'orgasme et de l'éjaculation.
4. Les troubles sexuels avec douleurs : dyspareunie (Wiegand H., 2014, p.31).

Les dysfonctions sexuelles les plus fréquentes sont la baisse ou l'absence du désir sexuel ; chez la femme, l'absence d'orgasme et la dyspareunie; chez l'homme, la dysfonction érectile et l'éjaculation précoce. Il est important de noter que ces troubles peuvent avoir des origines et des causes multiples et combinées (biologiques, psychologiques et relationnelles) et sont influencés par le contexte social et culturel (Bianchi-Demicheli F., 2012, p.74).

Pour être reconnue comme telle, une dysfonction sexuelle doit durer depuis 6 mois, être présente dans 75 à 100% des situations et provoquer une souffrance significative (Bianchi-Demicheli F., 2016).

1.3 L'importance de la prise en charge des dysfonctions sexuelles

Selon les résultats d'une étude menée aux USA par le *National Health and social Life Survery*, sur un échantillonnage de 3'159 adultes comprenant 1'749 femmes et 1'410 hommes âgés de 18 à 59 ans, il en ressort que 43% de femmes et 31% d'hommes sont concernés par des dysfonctions sexuelles. Cette étude démontre que les difficultés sexuelles représentent un enjeu majeur de la santé publique et met aussi le doigt sur l'impact des dysfonctions sexuelles en rapport à la qualité de vie de ces personnes. (Laumann E. O., 1999, p.203).

Comme le dit le Dr Bianchi-Demicheli, les conséquences des troubles sexuels sont multiples : détresse, souffrance, problèmes professionnels, perte de qualité de vie, problèmes de couple, séparation, divorce, solitude, dépression, frustration, baisse de l'estime de soi, évitement.[2]

Comme mentionné par L. Grellet : « Devant une dysfonction sexuelle, il est nécessaire d'explorer trois axes complémentaires et indissociables : les axes organiques, psychiques et relationnels, afin d'être efficace tant d'un point de vue diagnostique que thérapeutique » (Grellet L, 2010, p.43).

Face à la prévalence des dysfonctions sexuelles qui représentent un réel problème de santé publique, face à l'impact important dans les différentes sphères de la vie de l'individu et du couple, à la souffrance des patients et à la complexité du sujet, il me parait important et urgent de s'intéresser, de se former et de s'ouvrir à ce domaine lors de nos consultations en physiothérapie.

De plus, « La prise en charge de dysfonctions sexuelles pourrait être à l'origine de nombreuses préventions primaires et secondaires pour d'autres maladies. […] En effet la dysfonction érectile organique, par exemple, a trois étiologies principales : séquelles post-opératoire du cancer de la prostate, artériopathie et diabète. […] Pour l'artériopathie, il a été récemment démontré que la dysfonction érectile serait un marqueur précoce de survenue d'événement coronarien ou vasculaire cérébral ; le précédent de trois ans, on parle de symptôme sentinelle » (Godet S., 2013, p.63).

La prise en charge des dysfonctions sexuelles est pluridisciplinaire. Elle concerne les différents professionnels de la santé tels que les généralistes, les gynécologues, les urologues, les psychiatres, les psychologues, les sexologues et les physiothérapeutes. « Les dysfonctions sexuelles sont trop peu prises en charge à l'heure actuelle, en lien avec leur aspect trop transdisciplinaire » (Godet S., 2013, p.63).

1.4 L'apport de la physiothérapie dans les troubles urinaires et les dysfonctions sexuelles

Les troubles urinaires sont fréquents chez l'homme et chez la femme. Ils sont « une entrave à la qualité de vie de la plupart des patients et sont malheureusement souvent associés à des dysfonctions sexuelles » (Cuzin B., 2014, p. 23).

Depuis une trentaine d'années, certains physiothérapeutes se sont spécialisés dans la rééducation urogynécologique en formation post-graduée et proposent la prise en charge des incontinences urinaires et fécales, de la constipation, des dyssynergies vésico-sphinctériennes, des dyssynergies ano-rectales, des douleurs périnéales et des problèmes sexuels (aspug.ch).

« Le traitement rééducatif de l'incontinence urinaire n'est pas une nouveauté. Le pionnier en est incontestablement Kegel qui, dès 1948, propose un traitement face à l'hypotonie du plancher pelvien constatée après l'accouchement. Les travaux de Kegel avaient montré qu'un travail précis de la musculature périnéale était possible. Il s'agissait d'un traitement kinésithérapique qui dès le début associait le biofeedback grâce au périnéomètre. Ces travaux sont par la suite tombés en désuétude aux

[2] Bianchi - Demicheli F., cours CAS sexologie clinique du 11.01.2014.

Etats-Unis même. Ce n'est qu'une vingtaine d'années plus tard que se manifeste à nouveau l'intérêt pour les aspects épidémiologiques, physiopathologiques et thérapeutiques de l'incontinence urinaire. C'est au début des années 70, en Suède, que la rééducation périnéale est remise à l'honneur, à la suite des travaux de Fall et al. sur la stimulation électrique. » (Grosse D., Sengler J., 1995, p. 61-62).

En Suisse, à Genève, les premières formations post-graduées en rééducation urogynécologique ont vu le jour à la fin des années 80, non sans rencontrer quelques résistances et obstacles.

La physiothérapie va permettre au patient de faire un travail de rééducation, mais aussi un travail de compréhension et de proprioception.

1.5 Le rôle du physiothérapeute et du physiothérapeute spécialisé en urogynécologie

Un article théorique intéressant intitulé : « Physiotherapy as a promoter of sexual health », écrit par une physiothérapeute et une enseignante suédoises, met l'accent sur le rôle des physiothérapeutes en matière de santé sexuelle et sur les lacunes en sexologie des étudiants en physiothérapie dans leur cursus de formation. Elles soulignent aussi le fait qu'il y a peu de domaines où les physiothérapeutes travaillent directement à l'amélioration de la santé sexuelle alors que la rééducation en urogynécologie en est un tout particulièrement. Les études montrent aussi qu'il y a une corrélation entre l'amélioration de la fonction musculaire des muscles du périnée et la sexualité du patient, mais que l'intention thérapeutique est plus souvent axée sur l'incontinence que sur la préoccupation de la sexualité. « Traduit par nos soins », (Areskoug-Josefsson K., Gard G., 2015).

Le rôle des physiothérapeutes spécialisés en urogynécologie n'est donc pas forcément de proposer une prise en charge holistique à leurs patients, mais d'être une « porte d'entrée », via le corps, un relais vers une prise en charge multidisciplinaire.

Dans certaines situations, le physiothérapeute peut être parfois « la seule personne de confiance que le patient a pour parler de ses préoccupations personnelles » « traduit par nos soins » (Pynor R. et al., 2005, p.47).

Comme le souligne G. Abraham, « La demande du patient est parfois latente, difficilement exprimée, se traduisant avant tout par une attitude générale d'insatisfaction qui n'attend que l'encouragement médical pour être enfin verbalisée », (Abraham G., 1975, p.7).

Philippe Brenot offre un autre éclairage sur la complexité du symptôme sexuel : « En raison du domaine de la réserve qu'est la sexualité, le symptôme sexuel s'exprime de façon très polymorphe : dit, non-dit, déplacé, dénoncé » (Brenot P., 2012, p.170).

Ainsi, le physiothérapeute doit être attentif, réceptif et conscient de son potentiel rôle de « promoteur » de la santé sexuelle.

« Autrefois, le concept de sexualité, inventé par la médecine et la biologie au XIXème siècle, se limitait aux rapports sexuels et à la procréation. Depuis, cette notion a évolué, même si de nombreux mystères et tabous subsistent. On les croyait largement levés depuis la libération sexuelle des années 70. Mais pénétrer dans le secret des alcôves reste délicat » (Wiegand H., 2013, p. 4).

2 QUESTIONS DE RECHERCHE, hypothèses

Selon Wiegand et Bianchi Demicheli, en cas de trouble sexuel, le patient s'adresse en premier lieu à son médecin généraliste ou à un spécialiste - les femmes à leur gynécologue, les hommes à un urologue ou andrologue. Malheureusement, les médecins ne sont trop souvent pas formés à la prise en charge des dysfonctions sexuelles et sont mal à l'aise pour aborder le sujet en consultation. (Wiegand H., Bianchi Demicheli F., 2013, p. 44 ; 2014, p.63).

Face à ce constat, je me suis intéressée à mes collègues physiothérapeutes spécialisés en urogynécologie. En effet, les physiothérapeutes jouent un rôle important dans la santé physique. Mais qu'en est-il de la santé sexuelle ? Je suis allée questionner ces professionnelles spécialisées, à l'aide d'un entretien semi-dirigé, pour comprendre la manière dont elles abordent le sujet, en parlent, et pourquoi.

Ce mémoire propose un état des lieux de la formation initiale des physiothérapeutes et des spécialistes en urogynécologie, leurs connaissances anatomiques, physiologiques, psychologiques et relationnelles et leur aisance à aborder les questions liées à la sexualité.

Suit une réflexion à propos de l'impact de ces formations post-graduées sur leur vécu propre en matière de sexualité et leur parcour de vie intime.

2.1 1ère question de recherche

Mon premier questionnement est en lien avec la formation initiale des physiothérapeutes et des spécialistes en urogynécologie.

Est-ce que les physiothérapeutes et les physiothérapeutes spécialisés en urogynécologie reçoivent-ils, en formation initiale, des apports théoriques adéquats en matière de sexualité ?

2.1.1 Ma 1ère hypothèse est la suivante :

Dans la formation de base des physiothérapeutes et des spécialistes en urogynécologie il existe des « zones grises » autour de la sphère urogynécologique et de la sexualité.

2.2 2ème question de recherche

Ma seconde interrogation s'intéresse à la prise en charge des patients lors d'une consultation en urogynécologie.

Est-ce que les physiothérapeutes spécialisés en urogynécologie parlent de sexualité lors de leurs consultations ? Si oui, comment?

2.2.1 Ma 2ème hypothèse est la suivante

La formation est lacunaire sur ce sujet, voire insuffisante et engendre des zones d'inconforts et des difficultés à parler de sexualité.

3 Présentation des vignettes

Pour vérifier mes hypothèses, je pensais d'abord interroger des gynécologues, mais un médecin psychiatre et sexologue m'a fortement déconseillé de m'adresser à ses pairs. Aussi, je me suis intéressée à mes consœurs physiothérapeutes spécialisées en urogynécologie. Ce choix prend tout son sens puisque ces spécialistes touchent directement à l'intimité, ces parties du corps permettant la bonne ou la mauvaise fonction sexuelle.

Les six physiothérapeutes que j'ai interrogées sont toutes des femmes. J'ai volontairement choisi uniquement des femmes pour avoir une « population » homogène. Elles sont âgées de 25 à 50 ans.

En physiothérapie, elles ont entre 2 ans et 26 ans de pratique. Elles ont fait leur formation de physiothérapie en Suisse, soit dans le cadre du DIP ou de la HES. L'une d'entre elles a fait sa formation en Belgique dans le cadre universitaire.

En urogynécologie, elles ont entre 2 patients et 23 ans d'expérience.

Il est intéressant de constater qu'une génération sépare la benjamine et l'aînée des physiothérapeutes. Ainsi, on peut se demander quelle a été l'évolution de la formation des physiothérapeutes à Genève en 25 ans et quels changements on peut observer au niveau de la société et des mœurs sexuelles.

3.1 Historique formation de physiothérapie, formation post-graduée urogynécologie

« La physiothérapie est une discipline indépendante dans le domaine de la thérapeutique. Elle constitue l'un des trois piliers de la médecine traditionnelle avec la médecine et les soins. La physiothérapie est utilisée en phase aiguë, en rééducation, dans la prévention et la promotion de la santé ainsi que dans les soins palliatifs. Elle améliore la qualité de vie, vise le rétablissement des fonctions corporelles atteintes et traite les douleurs. » (*Physioswiss 2016)*

« Profession manuelle et technique, elle est centrée sur la personne, en particulier dans son rapport au corps en mouvement et dans l'action. Relation, contact et conscience de ces dimensions prennent une place importante dans une pratique impliquant proximité et intimité. » *(Physiogenève 2016)*

La physiothérapie est officiellement reconnue en Suisse comme profession paramédicale depuis 1966.

La formation des physiothérapeutes a été sous la direction du département de l'instruction publique et de la Croix Rouge jusqu'en 2002 avec une approche disciplinaire. Le programme de formation est passé de 3 à 4 ans entre les années 88 et 92.

Depuis 2002, la formation se fait dans le cadre des HES. Les programmes de formation ont été entièrement revus et bouleversés selon une approche compétence (Programme d'études cadre (PEC)).

De l'interview de Jacques Dunand, directeur de l'école de physiothérapie de 1991 à 2005 puis responsable de filière jusqu'en 2010, il est intéressant de relever une de ses remarques:

« On traitait des patients qui n'avaient ni ventre, ni tête, ni bassin. »

En effet, dans le cours d'anatomie de base, les muscles du périnée sont enseignés seulement depuis 2006 dans la formation des physiothérapeutes et ce, en lien avec un cours de renforcement musculaire des abdominaux et du plancher pelvien.

Je me souviens que le «nerf honteux », selon l'ancienne nomenclature, nous a été enseigné dans notre formation de base (1990).

Jacques Dunand souligne aussi les difficultés rencontrées dans les années 80 lorsqu'il sollicitait une prise en considération des problèmes d'incontinences urinaires en post-partum. A cette époque, les gynécologues ne semblaient pas poser de questions à leur patientes à ce sujet, probablement encore moins sur leur sexualité. Après 3 semaines post-partum, il n'y avait plus d'incontinences urinaires. Il souligne encore que pour certains des médecins sollicités « il était inimaginable qu'un physiothérapeute ait à explorer ces zones. »

Suite à ce « manque », Jacques Dunand, en collaboration avec Jean Félix[3] - qui avait suivi une formation en urogynécologie en Angleterre - et des médecins de l'Hôpital de la Tour se sont penchés sur la question des incontinences urinaires en post-partum et par conséquent à ce qui touche au périnée.

A la fin des années 80, après 5 ans de patience et d'obstination, après avoir documenté les pratiques, une information (conférence) aux professionnels et un programme de formation continue en urogynécologie a pu voir le jour.

L'association genevoise des physiothérapeutes (Physiogenève) compte à ce jour 510 membres, dont 2/3 de femmes et 1/3 d'hommes.

A Genève, l'association des physiothérapeutes spécialisés en urogynécologie, ASPUG, compte 44 membres, dont 5 hommes et seulement deux femmes formées en sexologie. Cette spécialisation en urogynécologie attire principalement des femmes.

« L'art de la thérapie manuelle est ancien. Je tiens en haute estime ceux qui, génération après génération, me succéderont, et dont tous les travaux contribueront au développement de l'art naturel de guérir. » *Hippocrate, 460 – 370 av J.C.*

---

[3] Ancien directeur de l'école de physiothérapie et physiothérapeute responsable à l'Hôpital de la Tour.

3.2 Fiche de présentation, physiothérapeute A, interview 001

3.2.1 Présentation personnelle et parcours professionnel

Mme A. a 45 ans. Elle est mariée et mère de famille. Physiothérapeute, elle est diplômée depuis 23 ans.

a) Formation

C'est durant sa formation universitaire de physiothérapie qu'elle s'est formée en urogynécologie. En effet, en Belgique, les physiothérapeutes sont beaucoup plus impliqués qu'en Suisse dans tout ce qui touche à la maternité. Le secteur qui l'a toujours intéressée est la maternité et plus particulièrement le suivi de maternité, la préparation à la naissance, les accouchements et la gymnastique post-natale.

Après ses études, elle a fait de multiples formations post-graduées et ne s'est jamais arrêtée.

Et finalement elle a décidé de se concentrer sur l'urogynécologie.

En effet, elle a suivi différentes formations post-graduées en urogynécologie. À Lausanne, elle a fait un CAS, puis, en France, une formation avec un médecin gynécologue obstétricien - le Dr Reynes - qui travaille sur la maternité, la parentalité, la fertilité, la sexualité, la ménopause et l'accompagnement du couple. Son CAS en sexologie clinique, à l'université de Genève, est une suite logique dans son cheminement.

b) Pratique actuelle

Elle s'est installée à son compte il y a 10 ans et depuis elle ne pratique plus que l'urogynécologie. Elle a son propre cabinet et travaille avec 3 autres thérapeutes : une physiothérapeute et deux ostéopathes.

Dans la pratique de cette spécialisation, elle apprécie :

- Le côté « physiothérapie pure » : c'est une rééducation vraiment encourageante, qui donne des résultats.
- La variété de problématiques : il y a une grande diversité et en même temps un travail très pointu.
- La variété de gens qu'elle rencontre.
- Le côté humain où l'on touche à l'intimité des patients.
- Le vécu des séances et leurs répercussions dans la vie.

Elle se sent à l'aise dans ce domaine.

Dans sa pratique, elle fait face aux pathologies et aux plaintes suivantes :

- Chez les femmes, qui représentent la majorité de sa patientèle, elle fait face aux différents types d'incontinences : urinaires et fécales, aux constipations, prolapsus, gènes d'hypotonie, béances vaginales, dyspareunies, vaginismes, suivi de post-partum, même sans symptômes parfois.
- Chez les hommes : suivis de post-prostatectomie, incontinence.
- Chez les enfants : incontinence.

L'âge de sa patientèle va de 6 à 88 ans.

Elle rencontre différents types de difficultés :

- La participation du patient est primordiale et parfois, fait défaut.
- Elle doit être habile pour établir un lien avec son patient, un contact car sans ce lien, elle ne peut pas avancer dans le traitement. Elle doit être vigilante et à l'écoute.

Mme A. travaille en réseau avec un groupe spécialisé dans le plancher pelvien composé de médecins et de physiothérapeutes et, au cabinet, avec ses collègues.

A plusieurs reprises, il lui est arrivé de proposer à ses patients d'aller consulter un sexologue.

Ses différentes formations post-graduées lui ont permis de connaître plus de professionnels en lien avec la sexualité et ainsi de créer son réseau.

3.2.2 La question de la sexualité lors de ses consultations en urogynécologie

Lors de ses anamnèses en urogynécologie, elle aborde systématiquement la sexualité dans 99% des situations, sauf chez les enfants où elle ne pose pas de questions à ce sujet. C'est à partir de 17-18 ans qu'elle va les poser. Parfois, elle voit que ça ne sert à rien parce que le patient lui a donné une information où il n'y a pas de sexualité.

Si la personne vient avec une demande liée à la sexologie, elle pose clairement des questions sur la sexualité, sinon, cela dépend de la problématique.

Si une personne souffre d'incontinence, sa première question est de demander si cela arrive pendant les rapports. **Sa voie d'entrée** est le côté physique. Après, elle va demander s'il y a des symptômes tels que sécheresse, douleurs, manque de sensibilité.

Dans sa prise en charge, les questions sur la sexualité sont importantes, car celle-ci est intrinsèquement liée à la zone corporelle traitée.

Avec les enfants, elle demande parfois s'il y a des soucis dans cette sphère-là. Elle module ses questions, mais ce n'est pas systématique.

Certains patients parlent spontanément de leur sexualité, d'autres non, mais parfois ils reviennent sur le sujet après quelques séances. Mme A. revient alors aussi sur le sujet si le patient lui a donné une information.

Lorsque ses patients parlent de leur sexualité, elle les accompagne, les aiguille et cherche avec eux. Au départ, c'est elle qui établit cette ouverture possible, par ce qu'elle dit et par son attitude. Elle trouve que c'est assez logique que le patient le ressente. Parfois, certains patients lui disent : « Enfin, il y a un endroit où je peux parler de ça ! »

3.2.3 La question de la sexualité dans son intimité

Dans sa sphère privée, Mme A. considère que la sexualité tient une place importante, cela fait partie d'un équilibre de couple et que c'est une façon de se retrouver parmi d'autres.

Globalement, elle est satisfaite de sa sexualité, mais actuellement avec des aménagements multiples, car son mari est malade, « c'est créatif ou c'est la mort ! »

Sa formation avec le Dr Reynes, en France, a eu clairement une influence sur sa sexualité. Après sa troisième grossesse, elle s'est retrouvée confrontée à des difficultés sexuelles, elle n'avait plus aucune sensibilité. Cela n'a pas été une période sans sexualité, mais une période de recherche et de reconquête de son plaisir, pour elle et pour son mari. Elle considère cette période post-partum comme une étape où des aménagements multiples sont à trouver.

Elle parle de sa sexualité avec son mari, majoritairement. Elle sollicite aussi son collègue pour certains aspects de la sexualité.

Ni son médecin généraliste, ni son gynécologue ne lui ont posé des questions sur sa sexualité. Elle trouve d'ailleurs que son médecin est, de façon générale, très mal à l'aise.

Mme A. a suivi une psychanalyse corporelle. Ce travail lui a offert un éclairage important sur sa sexualité. Ayant elle-même vécu une situation d'abus, qu'elle avait complètement occultée, le fait de revenir sur son passé lui a permis de se sentir apaisée. Son vécu avait bloqué des « choses » en elle, son travail lui a permis de ré-ouvrir des portes.

3.3 Fiche de présentation, physiothérapeute B, interview 002

3.3.1 Présentation personnelle et parcours professionnel

Mme B. a 38 ans. Elle est vit en couple et est mère de famille. Physiothérapeute, elle est diplômée depuis 14 ans.

a) Formation

Durant sa formation, elle a eu, en dernière année d'études, une petite introduction à la spécialisation en urogynécologie et cela a été le déclic. En effet, elle a toujours été attirée par le domaine de la maternité et ce monde-là.

Après ses études, elle a travaillé à l'hôpital cantonal en gériatrie où on lui a fait miroiter une possibilité de formation en urogynécologie, dans l'idée de monter un programme pour les personnes âgées. Cependant, la formation et le projet n'ont jamais vu le jour.

Elle s'est formée ensuite en physiothérapie respiratoire puis a fait un CAS à Lausanne en urogynécologie et pelvipérinéologie.

b) Pratique actuelle

Elle travaille à son compte dans un cabinet de groupe. Elle a 7 ans d'expérience dans le domaine de l'urogynécologie.

Dans la pratique de cette spécialisation, elle apprécie :

- Le contact avec le patient. Bien que les gens arrivent à la première consultation souvent sur la réserve, elle aime cette rencontre dans l'intimité de la personne et le travail à faire pour établir une confiance mutuelle.
- C'est une relation de confiance différente de celle créée lors d'une prise en charge en physiothérapie classique.

Elle se sent à l'aise dans ce domaine.

Dans sa pratique, elle fait face aux pathologies et aux plaintes suivantes :

- Pour les femmes : incontinence, rééducation post-partum, parfois sans plaintes, mais dans un but préventif.
- Pour les hommes : la grande majorité a subi une prostatectomie et souffre d'incontinence urinaire. Les physiothérapeutes savent qu'il y a d'autres soucis associés, mais ni le physiothérapeute, ni le patient n'en parlent ou très rarement.
- Les enfants viennent pour des problèmes d'énurésie et de constipation.

L'âge de ses patients va de 8 ans à 60 ans et plus.

Elle rencontre différents types de difficultés :

- Parfois, elle se demande si elle va être capable de traiter le problème.
- Parfois, elle a de la peine à cerner le problème.
- Parfois, elle sent que le problème est en lien avec la sexualité et là, elle sent qu'il lui manque des outils.
- Elle constate que, de toute manière, les patients parlent relativement rarement spontanément de leur sexualité.

Elle ne travaille pas en réseau. Les patients reçoivent une liste des spécialistes ou sont orientés par leur médecin. Il lui est arrivé d'adresser un patient à un spécialiste 1 ou 2 fois. Elle connait deux médecins psychiatre et sexologue.

3.3.2 La question de la sexualité lors de ses consultations en urogynécologie

Lors de ses anamnèses, elle aborde la sexualité dans environ 50% des situations, cela dépend des cas. Par exemple, chez les femmes en post-partum, elle demande si elles ont repris les rapports et si oui, comment ça se passe ?

D'un point de vue général, **la question « porte d'entrée »** est : « Pendant les rapports, comment ça va ? » mais elle n'investigue pas plus.

Avec les enfants, elle ne pose pas de questions, elle trouve que cela est délicat. Elle ne sait pas trop comment aborder le sujet.

Les questions sur la sexualité sont importantes, car celle-ci est liée à la zone qu'elle traite. Pour elle, le périnée est impliqué à 300% dans la sexualité.

Lors de son anamnèse, elle évite certains sujets : les questions portant sur l'orgasme et la libido. Elle ne sait pas quoi faire avec et se sent limitée.

En période post-partum, c'est différent : elle peut comprendre et en discuter car c'est une étape particulière dans la vie d'une femme.

Les femmes un peu plus âgées, ménopausées parlent parfois plus facilement de leur sexualité. Certaines parlent de leurs soucis qui se traduit par un manque de lubrification.

Lorsque ses patients parlent spontanément de leur sexualité, elle se sent plutôt à l'aise avec les questions. Dans le cas contraire, elle les redirige vers un médecin.

En repensant à sa pratique, elle souhaiterait avoir une formation qui l'aide à échanger avec ses patients.

3.3.3 La question de la sexualité dans son intimité

Dans sa sphère privée, Mme B. considère que la sexualité tient une place importante parce qu'elle fait partie de la relation amoureuse avec son compagnon. Elle est tout à fait satisfaite de sa sexualité.

Sa formation en urogynécologie lui a fait prendre conscience de la subtilité du mécanisme de la sexualité.

Elle s'est retrouvée confrontée à des difficultés sexuelles après ses accouchements, traduites par un état de déprime post-partum et un manque de libido pendant quelques mois.

Mme B. peut parler de sa sexualité assez facilement avec ses amies.

Ni son médecin généraliste, ni son gynécologue ne lui ont jamais posé de questions sur sa sexualité.

3.4 Fiche de présentation, physiothérapeute C, interview 003

3.4.1 Présentation personnelle et parcours professionnel

Mme C. a 43 ans. Elle est mariée et mère de famille. Physiothérapeute, elle est diplômée depuis 20 ans.

a) Formation

Après ses études de physiothérapie, elle s'est formée en urogynécologie à Lausanne. En parallèle, elle s'est formée en sophrologie bio-dynamique. En effet, pour elle la région du périnée ne pouvait pas être abordée uniquement sous un angle « mécanique », le côté émotionnel était à prendre en compte absolument.

Puis elle a poursuivi avec une formation sur les chaînes musculaires, GDS. Elle a aussi une formation en physiothérapie respiratoire et en micro-nutrition.

b) Pratique actuelle

Elle travaille à son compte depuis 15 ans, dans un cabinet.

Mme C. a souffert, enfant, d'incontinence et plus précisément d'urgence mictionnelle. Lors de ses études de physiothérapie, alors qu'elle était en dernière année, une physiothérapeute spécialisée - Mme Jean-Alexis - est venue présenter la formation d'urogynécologie et cela a été comme une révélation. En effet, elle s'est rendue compte que par ce biais elle pouvait entrer dans un dialogue plus intime avec ses patientes, en relation directe avec sa propre féminité.

Dans sa famille on ne parlait pas de sexualité. Ayant elle-même vécu une situation d'abus dans son enfance, cet événement l'a certainement influencé dans son choix professionnel.

Pour elle, entrer dans cette formation a été une manière de comprendre le corps et de l'aborder par une autre facette que celle de la souffrance. En effet, il s'est agit, entre autre, d'apprendre à connaître d'autres muscles qui n'avaient pas été abordés dans la formation initiale de physiothérapie.

Dans la pratique de cette spécialisation, elle apprécie :

- L'intimité qui y est liée, alors qu'en physiothérapie « classique » les gens se dévoilent peu.
- Cela donne une autre ouverture à la vie, au champ de la féminité et de la maternité.

Elle se sent à l'aise dans ce domaine.

Dans sa pratique, elle fait face aux pathologies et aux plaintes suivantes :

- Incontinence urinaire, anale, parfois les deux.
- Urgence urinaire, anale, parfois les deux.
- Vaginisme et constipation.

Ses patients ont entre 6 et 80 ans. Chez les personnes âgées, il y a quelque chose de très difficile et très peu consultent.

Dans sa pratique, elle rencontre différents types de difficultés :

- Les relations avec les parents des enfants qu'elle traite sont parfois compliquées et requièrent beaucoup de psychologie.

- Quand les gens attendent un miracle, elle trouve ça difficile et ça ne l'intéresse plus.
- Le traitement des personnes âgées (peu courant) s'avère parfois difficile.
- Certaines personnes ne sont pas vraiment à l'aise avec leur corps.

Avant d'avoir été elle-même maman, c'était inimaginable pour elle de toucher un enfant.

Elle travaille peu en réseau et de façon occasionnelle avec le médecin prescripteur ou avec une collègue physiothérapeute spécialisée en urogynécologie et en sexologie.

Il lui est arrivé parfois de proposer à une patiente d'aller consulter un spécialiste, mais elle n'a jamais eu un feed-back.

3.4.2 La question de la sexualité lors de ses consultations en urogynécologie

Lors des ses anamnèses, elle aborde la sexualité en demandant à ses patientes (sa clientèle est majoritairement féminine) si elles ont des rapports et comment ça se passe. Elle reste très attentive à la réaction de la patiente et, suivant la réponse, va creuser ou non.

Si la personne est active sexuellement, elle va lui demander si, par rapport à la problématique qui l'amène, cela pose un problème. Elle demande s'il y des douleurs, si la patiente arrive avoir des orgasmes. Elle admet qu'elle n'a pas beaucoup de questions à poser à ce sujet.

Dans sa prise en charge, les questions sur la sexualité sont importantes car elle est persuadée que les personnes qui viennent ne vont pas forcément en parler spontanément même si elles auraient envie de le faire. Ces personnes vont ressentir, au travers de ses questions, d'un mouvement ou d'un regard, que la discussion est possible. Malheureusement, elle trouve que peu de patients parlent spontanément de leur sexualité.

Lors de ses anamnèses, elle évite certains sujets : les positions, le type de pénétration, vaginale ou anale. Elle n'entre pas en matière car elle n'est pas sûre d'être prête à entendre.

Elle a aussi une patientèle masculine. Ses patients viennent, en général, suite à des prostatectomies. Dans ce cas, elle pose d'emblée des questions sur la sexualité. Lorsque des patients sont réservés, ils s'avèrent souvent plutôt contents qu'elle ose aborder ces questions-là.

En effet, elle est capable d'accueillir avec plaisir et bonne humeur les échanges traitant de la sexualité, dans le sens où ce n'est pas tabou pour elle. Mener à bien un traitement n'est pas qu'une question de « tuyauterie », elle n'en néglige pas le côté plaisir et émotionnel.

3.4.3 La question de la sexualité dans son intimité

Dans sa sphère privée, Mme C. considère que la sexualité tient une place importante. Malgré elle, et bien trop tôt, celle-ci a pris une place importante depuis son enfance.

Actuellement, elle est satisfaite de sa sexualité, même si elle pourrait être plus intensive parfois. Elle a besoin de spontanéité, elle ne supporte pas que ce soit prévu, programmé, cela lui est insupportable, et la bloque complètement. Si ce n'est pas spontané, cela n'a pas la même saveur.

Dans son parcours de vie, elle s'est retrouvée confrontée à des difficultés sexuelles. Au départ, elle a eu de la peine à avoir des orgasmes. Elle avait 18 ans lorsqu'elle a eu son premier rapport sexuel volontaire et consenti. Puis elle a eu quelques années avec des expériences multiples, beaucoup de partenaires différents. Enfin, elle a rencontré son mari qu'elle décrit comme le meilleur amant qu'elle n'ait jamais eu.

Elle peut parler de sexualité assez librement avec son mari. Par contre, dans son entourage, elle n'échange pas tellement sur le sujet, ni avec son psychothérapeute, avec qui elle ressent beaucoup de difficultés à parler de sa sexualité. Elle ne sent pas de résistance chez lui, mais plutôt chez elle.

« Jamais, jamais de la vie », son médecin généraliste ou son gynécologue ne lui a posé spontanément des questions sur sa sexualité.

Mme C. a suivi deux psychothérapies : la première de type analytique, la deuxième corporelle. Ses thérapies ont changé sa vision de la vie.

A la fin de cet entretien, elle réalise l'importance de la sexualité en regard de sa pratique professionnelle. Le fait d'en prendre conscience pourrait l'aider à en parler plus avec ses patients.

3.5 Fiche de présentation, physiothérapeute D, interview 004

3.5.1 Présentation personnelle et parcours professionnel

Mme D. a 50 ans. Elle est mariée et mère de famille. Physiothérapeute, elle est diplômée depuis 26 ans.

a) Formation

Durant de ses études de physiothérapie, et même avant, elle a souffert de douleurs dorsales. Pendant cette période, elle a consulté un physiothérapeute qui lui a parlé du shiatsu et de la méthode Mézières pour la soulager.

Elle a complété ses études par différentes formations post-graduées : rééducation posturale globale, shiatsu, drainage lymphatique et neurologie.

De plus, elle vient de terminer sa formation en urogynécologie.

Dans cette nouvelle spécialisation qu'elle vient juste de débuter, elle n'a eu que deux patientes pour l'instant.

Dans sa pratique de physiothérapie, elle a toujours eu recours à des techniques globales et elle commence habituellement ses traitements par un travail sur le bassin. Durant ses diverses autres formations, les

intervenants parlaient régulièrement du travail du périnée. Dès lors, l'envie d'approfondir ses connaissances sur ce sujet s'est manifestée, tout comme le besoin de compléter sa vision de la personne.

b) Pratique actuelle

Elle travaille à son compte depuis 16 ans.

Dans la pratique de cette spécialisation, elle apprécie :

- Être dans l'intimité.
- Rassurer les patients.
- Aider les patients à se réapproprier leur corps.
- Lors de ses consultations de physiothérapie, elle peut poser des questions à ses patients qu'elle n'aurait pas osé poser avant sa formation en urogynécologie.

Elle se sent à l'aise et se réjouit d'avoir aussi des patients hommes. Toutefois, pour l'instant, elle craint de ne pas être totalement à la hauteur.

Dans sa pratique en physiothérapie, elle fait face aux pathologies et aux plaintes suivantes :

- En drainage lymphatique : problèmes de seins. Ce sont souvent les douleurs qui sont, dans un premier temps, mises en avant. Le fait d'avoir un sein différent, qui ne plaît pas, engendre des difficultés dans la vie intime.
- Problèmes de jambes, d'œdèmes. Les patients n'ont pas toujours envie de porter les bas de contention.
- Les gens qui vieillissent et qui doivent l'accepter.
- Parfois aussi la difficulté de changer les habitudes, lâcher des choses pour que cela s'améliore.

L'âge de sa patientèle va des adolescents jusqu'à 90 - 95 ans. Elle trouve que les personnes âgées sont parfois surprenantes.

Elle rencontre différents types de difficultés :

- De façon générale, tout ne peut être forcément résolu. Le physiothérapeute aide les patients à mieux comprendre, il y a toujours un bénéfice mais leur rendre leurs 15 ans n'est pas possible.
- Elle trouve le travail un peu frustrant, car c'est une rééducation où le patient doit s'investir, se lâcher, oser et le résultat n'est pas toujours à la hauteur.

Mme D. ne travaille pas beaucoup en réseau. Elle n'apprécie pas particulièrement le téléphone et a souvent l'impression de courir après les médecins. Si elle devait rencontrer un problème lié à la sexualité, lors de ses traitements en urogynécologie, elle demanderait conseils à la responsable de sa formation.

3.5.2 La question de la sexualité lors de ses consultations en urogynécologie

Lors de ses anamnèses, elle n'aborde pas systématiquement la sexualité.

Elle ne pose pas de questions sur la sexualité aux femmes âgées qui n'ont plus une vie de couple. Pour les autres, elle demande si elles ont des rapports sexuels, comment ils se passent et s'il y a des douleurs, mais elle ne va pas plus loin.

En cas d'incontinence urinaire, **la question « porte d'entrée »** est : « Avez-vous des douleurs lors des rapports sexuels ? »

Dans la prise en charge, les questions sur la sexualité sont importantes pour elle. Elles permettent aux patients de réaliser qu'en cas de douleurs, ils peuvent faire autrement, changer de position pour ne plus avoir mal et continuer à avoir des relations sexuelles sans que cette problématique devienne une angoisse et ainsi améliorer grandement leur relation de couple.

Dans la prise en charge, elle a une approche mécanique du fonctionnement du corps humain, mais elle se rend bien compte qu'elle n'a pas été formée pour aborder le côté sexuel. Une formation pourrait l'aider.

Elle pense que ses patients ne viennent pas pour parler de leur sexualité. D'ailleurs, elle trouve que les patients, d'une façon générale, s'expriment très peu sur le sujet. Parfois, les patientes qui ont eu un cancer du sein parlent de leur sein, en lien avec leur sexualité.

Lorsque ses patients parlent de leur sexualité, elle les écoute mais n'essaie pas de répondre. Le plus important pour elle est de leur prêter une oreille attentive.

3.5.3 La question de la sexualité dans son intimité

Dans sa sphère privée, Mme D. considère que la sexualité tient une place importante. Au niveau du couple, ce sont des moments essentiels. C'est une façon d'être en relation, d'avoir du plaisir, une façon de se retrouver. Elle aime le contact physique à deux.

Sa formation en urogynécologie, fraîchement terminée, a une influence sur le regard qu'elle porte sur la sexualité. Elle a eu l'occasion de voir plusieurs sexes féminins et les a trouvés beaux. Elle n'y est pas complètement indifférente et constate que ces images alimentent aussi sa libido.

Elle parle de sa sexualité avec son mari et une copine. Avec les amis, elle trouve que c'est délicat et elle a peur du jugement.

Par le passé, elle a eu envie de consulter une sexologue pour aborder les questions qui l'intriguent et pour obtenir un autre avis que celui de son mari, mais elle ne l'a jamais fait.

Sa formation en urogynécologie lui a apporté quelques pistes.

Elle souligne qu'aucun médecin ne lui a jamais posé de questions sur sa sexualité.

A la fin de mon interview, elle a l'impression d'avoir dit bien des choses et constate que mes questions étaient ouvertes.

3.6 Fiche de présentation, physiothérapeute E, interview 005

3.6.1 Présentation personnelle et parcours professionnel

Mme E. a 25 ans. Elle est célibataire, vit en couple et n'a pas d'enfant. Physiothérapeute, elle est diplômée depuis 2 ans.

a) Formation

Lors de son 1er stage en traumatologie, sa professeure de stage, spécialisée en urogynécologie, lui a donné des cours particuliers sur la gestion du périnée au quotidien. Mme E. s'est très vite intéressée à cette spécialisation. À peine son diplôme de physiothérapie en poche, elle a commencé sa formation en urogynécologie à Paris. Elle s'est alors plutôt intéressée au fonctionnement du corps de la femme, moins à celui de l'homme.

Après sa formation de base à Paris, elle a complété sa formation chez Mme De Gasquet puis a suivi une autre formation en thérapie manuelle en posturo-pelvi-périnéologie et un cours sur le renforcement musculaire des abdominaux. Actuellement, elle se spécialise en urologie pédiatrique. L'année prochaine, elle pense poursuivre une formation en sexologie dans le but d'acquérir plus d'outils.

b) Pratique actuelle

Elle travaille en tant que physiothérapeute salariée dans un cabinet de physiothérapie. Elle est spécialisée en urogynécologie depuis 2 ans.

Dans la pratique de cette spécialisation, elle apprécie :

- Le fait que, lors du traitement, le patient doit être actif et partie prenante de sa thérapie. Il doit faire ses exercices s'il veut progresser.
- Il y a une prise de conscience de cette région du corps méconnue de la plupart des patients et Mme E. les accompagne dans ce travail de découverte.

A l'aise dans ce domaine, elle se souvient de la gêne qu'elle a ressentie lors de la première consultation d'un homme en traitement pour le plancher pelvien. Elle se rend compte que c'est important de se sentir à l'aise, car si ce n'est pas le cas, le patient le ressent.

Dans sa pratique, elle fait face aux pathologies et aux plaintes suivantes :

- Sa patientèle est en majorité féminine (post-partum) : fuites urinaires, cicatrices douloureuses, bas du ventre qui ne s'est (toujours) pas remis.
- Chez les hommes : après prostatectomie, certains souffrent d'incontinences urinaires importantes.
- Chez les femmes : incontinences anales en période post-opératoire, suite à un accouchement difficile ou lors de constipations problématiques.
- Chez les enfants : énurésie et constipation.

Sa patientèle est âgée de 7 à 91 ans. La moyenne d'âge se situe entre 30 et 40 ans.

Elle rencontre différents types de difficultés :

- Des problèmes de langue avec les patients non-francophones.
- Des difficultés pour certains patients à visualiser la contraction des releveurs de l'anus.
- La communication avec les enfants pour lesquels il faut adapter le vocabulaire.

Mme E. n'a pas l'habitude de travailler en réseau, mais elle a des contacts avec des gynécologues, des urologues, des proctologues, ce qui est en quelques sorte un début de réseau. Il lui est arrivé de proposer à une patiente d'aller consulter un spécialiste. Elle échange parfois avec une physiothérapeute spécialisée en urogynécologie et en sexologie.

3.6.2 La question de la sexualité lors de ses consultations en urogynécologie

Lors de ses anamnèses, elle n'aborde pas toujours directement la sexualité.

La question « porte d'entrée » est : « Est-ce qu'il y a des douleurs pendant les rapports sexuels ? » S'il n'y a pas de douleurs, elle ne va pas plus loin. Si douleurs il y a, elle va demander des précisions. « Est-ce que c'est à la pénétration, à l'orgasme, dans une position particulière ? Où est-ce que ça se situe ? Est-ce que c'est à l'entrée de la vulve, au fond ? »

Après réflexion, elle pense que dans certaines situations, elle n'insiste pas assez, en particulier avec les femmes plus âgées.

Elle trouve que les questions relatives aux abus sexuels sont très difficiles à poser. Elle s'est lancée à 2 ou 3 reprises, car on leur avait dit, lors de la formation en urogynécologie, de poser cette question systématiquement dans l'anamnèse. Cependant, elle ne se sent pas à l'aise car elle la trouve trop directe.

Dans sa prise en charge, les questions sur la sexualité sont importantes car elle fait partie de la vie du patient. La sexualité est un besoin primaire, qu'il faut considérer à sa juste valeur.

Lors de son anamnèse, **elle évite certains sujets** : les abus sexuels, les pratiques spéciales, l'orgasme et le type de pénétration, quoique cette question pourrait être intéressante pour les cas de constipation ou d'incontinence. Cependant, elle ne se sent pas toujours à l'aise de poser directement les questions.

Par contre, elle demande toujours aux femmes si elles ont un sextoy car cela peut être utile pour la rééducation du périnée.

Parfois, après sa question « porte d'entrée », elle demande comment se passent les relations sexuelles. Quand les patientes lui répondent que c'est devenu difficile depuis l'accouchement, elle leur suggère de s'adresser à un spécialiste ou à leur médecin.

Pour favoriser l'échange lors des consultations, elle aurait besoin de « phrases clés » pour pouvoir parler orgasme, plaisir, type de pénétration. Elle constate que le sujet n'a pas été abordé lors de sa formation, alors que chez les homosexuels, cela peut même amener, parfois, à la reconstruction chirurgicale.

Chez ses patients, la liberté de parler de ce sujet est très variable, la population jeune (celle de sa tranche d'âge) en parle plus facilement. Les femmes en post-partum savent qu'elles devront faire de la rééducation, leur entourage est déjà passé par là, elles en parlent donc plus librement. Les femmes de 50 ans et plus sont parfois surprises que les physiothérapeutes fassent de la rééducation urogynécologique. Pour elles, il est assez difficile d'en parler spontanément.

Lorsque ses patients parlent librement de leur sexualité, elle les écoute et essaie de rebondir sur ce qu'ils disent afin qu'ils aillent jusqu'au bout de leur pensée.

Au terme de notre rencontre, Mme E. a émis le désir de repenser ses bilans et d'axer ses plus ses questions sur la sexualité.

3.6.3 La question de la sexualité dans son intimité

Dans sa sphère privée, Mme E. considère que la sexualité a une place très importante. C'est pour elle un besoin primaire, comme manger, dormir et elle le répète tout le temps à son ami. Ça l'aide à se sentir mieux, à se sentir femme, à l'aise avec son corps, bien dans sa vie, dans son couple et dans son foyer.

Elle est globalement satisfaite de sa sexualité, mais cela dépend un peu des périodes. Lorsqu'il y a trop de stress au travail ou trop de sorties, elle n'a plus le temps pour les relations sexuelles et elle le déplore.

Sa formation en urogynécologie fait qu'elle est plus attentive lors de l'acte, mais elle réalise qu'elle ne doit pas non plus trop analyser.

Elle peut parler de sa sexualité avec ses collègues physios avec qui elle parle nourriture et sexe, par contre, avec sa maman pas du tout. Elle se confie aussi à son ami, mais elle avoue qu'ils n'abordent pas des mêmes sujets.

Jamais un médecin ne lui a posé de question sur sa sexualité. Sa naturopathe, spécialiste pour la femme, ne lui a pas posé de questions directes.

Mme E. n'a pas suivi de psychothérapie, mais serait intéressée à faire une sexothérapie et éventuellement en couple.

A la fin de cet entretien, elle est ravie d'avoir pu parler de sexualité, elle sent que cela l'a amenée à réfléchir. Elle a conscience de l'importance du réseau pour aider certaines personnes et pour les rediriger.

3.7 Fiche de présentation, physiothérapeute F, interview 006

3.7.1 Présentation personnelle et parcours professionnel

Mme F. a 41 ans. Elle est mariée et mère de famille. Physiothérapeute, elle est diplômée depuis 16 ans.

a) Formation

Après son diplôme de physiothérapie, elle a ensuite étudié à la Haute école d'Art et de Design. Elle s'est formée en rééducation maxillo-faciale, en drainage lymphatique puis elle a suivi une spécialisation un urogynécologie en France qu'elle a complété par un DIU.

b) Pratique actuelle

Elle pratique depuis 5 ans cette spécialisation en cabinet. Elle poursuit sa formation par module, ce qui lui permet d'aller à son rythme.

C'est sa première grossesse et plus précisément son premier accouchement qui l'a orientée vers cette formation. En effet, la récupération a été longue et laborieuse, son médecin gynécologue ne lui ayant pas prescrit de rééducation.

Elle n'aurait pas entamé cette spécialisation si elle ne s'était pas retrouvée en grande difficulté, « en bas des escaliers complètement cabossée ! »

Dans la pratique de cette spécialisation, elle apprécie :

- Le fait d'apporter à la personne une conscience périnéale et de l'aider à développer ses perceptions.
- Le fait d'apprendre à mieux gérer les muscles du périnée
- Le côté prévention et « lutte » contre les mauvaises habitudes.

Elle s'est sentie progressivement à l'aise dans ce domaine. La formation par module lui permet de progresser à son rythme.

Dans sa pratique, elle fait face aux pathologies et aux plaintes suivantes :

- Pertes et fuites urinaires, pertes à l'effort.
- Problèmes liés au post-partum, fuites ou plancher pelvien endormi.

La principale difficulté rencontrée :

- La chronicité d'un problème comme par exemple l'incontinence urinaire post chirurgicale.

Face à ses patients en difficultés - voire en détresse - elle se sent capable de les soutenir et de les accompagner. Elle se retrouve comme un coach, dans un rôle de soutien. Elle pense qu'il faut un peu de douceur et d'humanité dans ce type de rééducation.

Elle prend du temps pour expliquer l'anatomie du plancher pelvien superficiel et profond. Elle utilise l'exemple de l'ascenseur pour expliquer la mécanique des muscles, même si ce n'est pas très sexy. C'est parlant : les portes se ferment et l'ascenseur monte. Comme c'est une sphère intime, elle reste dans un cadre très fonctionnelle, avec très peu de phrases.

Ses patients ont entre 25 et 80 ans.

Dans le cadre de la rééducation « maxillo », elle travaille en réseau avec l'hôpital. Pour l'urogynécologie, elle profite de la structure mise en place par sa patronne.

Elle n'a pas eu l'occasion de proposer à un patient d'aller voir un sexologue. Si nécessaire, elle connait un centre de périnatalité où il y a des psychologues.

3.7.2 La question de la sexualité lors de ses consultations en urogynécologie

Lors de ses anamnèse, elle demande aux femmes : « Avez-vous actuellement encore des rapports, oui ou non ? » Si la patiente dit oui, elle ne pause aucune autres questions, cela lui donne une information suffisante pour son bilan. Elle va pouvoir mettre une sonde vaginale sans risque d'atrophie des structures.

Du côté des hommes, elle traite principalement ceux qui ont été opérés. S'ils se plaignent de pertes urinaires, elle ne leur pose pas de questions au sujet des rapports sexuels, par contre elle leur suggère d'en parler à leur urologue. Elle leur conseille d'entretenir la trophicité et la vascularisation de leur verge, mais elle les renvoie à leur médecin. Souvent, l'information manque (on leur a à peine expliqué l'intervention) et ils ne savent pas trop bien comment gérer la suite, avec ou sans érection. Comme elle n'a pas les outils, elle n'ouvre pas les portes.

Dans sa prise en charge, les questions sur la sexualité sont importantes. Elle reste très générale, sans aller dans les détails. Chez les femmes post-partum, elle demande si elles ont repris les rapports. Elle montre des manœuvres d'auto-mobilisation pour se préparer avant le rapport et diminuer les douleurs. Cela fait partie d'un contexte de prise en charge, d'une rééducation post-accouchement.

Il n'y a pas de questions qu'elle n'aborde pas. S'il y a douleurs, elle a déjà l'information. Parfois, à la fin du traitement, les gens disent spontanément qu'ils ont repris les activités sexuelles et que cela c'est amélioré.

C'est intime de parler de sa sexualité et c'est difficile pour une femme de dire qu'elle ne sent plus rien. Il y a cette pudeur qu'il faut respecter. Elle sent qu'elle peut être très intrusive et qu'il faut faire très attention, elle cherche à respecter au mieux ses patients.

Elle aimerait mieux se former pour pouvoir être encore plus à l'aise dans ce dialogue avec le patient.

3.7.3 La question de la sexualité dans son intimité

Dans sa sphère privée, Mme F. considère que la sexualité tient une place importante. A chacun de trouver son harmonie. Il y a mille sexualités. Globalement, elle est actuellement satisfaite de sa sexualité.

Quand cela n'allait pas, après son accouchement, « cet espèce de massacre », elle s'est dit qu'elle allait « regarder les choses de près ». Comme elle est physiothérapeute, elle n'a heureusement pas attendu que son couple batte de l'aile pour faire quelque chose. Confrontée à des difficultés sexuelles après ses accouchements, elle a mené une rééducation pendant une année. Insatisfaite des résultats, elle a alors commencé sa formation en urogynécologie. Celle-ci lui a permis d'avoir plus de connaissances et une

meilleure perception corporelle. Mme F. est convaincue de cette pratique et dit que cela l'a « ressuscitée ».

Mme F. peut parler de sa sexualité avec son mari. Elle est très déçue des professionnels, pas un seul gynécologue ne lui a fait un bilan périnéal suite à ses problèmes. Apparemment pour eux, ce n'est pas l'essentiel : « La maman, elle n'est pas morte, elle a accouché, le bébé, il est vivant et il va bien, après le reste… ».

A relever : elle souhaiterait mettre en place, dans le cadre de l'école primaire, un cours pour apprendre aux enfants à faire pipi et caca, comme il y a des cours d'éducation sexuelle et des cours pour se brosser les dents, parce que le sujet est un peu tabou et qu'il est difficile d'amener cette idée.

4 Formations des physiothérapeutes, analyse de contenu

Cf. Annexe B, tableau 1.

4.1 Parcours de formation post-graduée

Pour quatre des six physiothérapeutes interrogées, c'est lors de leurs études de physiothérapie qu'elles ont découvert cette spécialisation (Cf. Annexe A : Interview 001, 002, 003, 005 : Question 1). En effet, au cours de la dernière année, différents physiothérapeutes viennent présenter leur spécialisation. Pour deux d'entre elles, cette présentation a été décisive dans le choix de leur première formation post-graduée (Cf. : I. 002 : Q.1 ; I. 003 : Q.3). Pour la troisième, c'est la rencontre avec son professeur lors de son 1er stage en 1ère année de la HES qui a été un déclic (Cf. : I. 005 : Q.2). Pour la quatrième - qui a fait sa formation de physiothérapie en Belgique - c'est par immersion, lors de ses stages à la maternité, qu'elle a été sensibilisée à cette spécialisation (Cf. : I. 001 : Q.1). A noter qu'en Belgique les études de physiothérapie se font à l'université. Les étudiants ont des stages à la maternité durant leur cursus de formation, ce qui n'est pas le cas des physiothérapeutes en Suisse.

Pour deux des six physiothérapeutes interrogées, c'est après quelques années de pratique que cette spécialisation s'est imposée (Cf. : I. 004 : Q.2 ; I 006 : Q.1). Pour l'une des deux, c'est la recherche d'une rééducation spécifique et efficace, à la suite d'un premier accouchement difficile, qui l'a menée à se former (Cf. : I. 006 : Q.4). Pour celle, qui fait un travail global depuis 25 ans lors de la prise en charge de ses patients, c'est l'envie de mieux connaitre cette région centrale du bassin (Cf. : I. 004 : Q.2).

Par rapport à leur parcour de formations post-graduées, les trajectoires sont un peu différentes. Deux physiothérapeutes ont commencé cette spécialisation pendant ou tout de suite après l'école de physiothérapie (Cf. : I. 001 : Q.1 ; I. 005 : Q.1). Pour les autres, le délai a été un peu plus long, allant de 2 ans à 25 ans après la fin des études.

Il est intéressant de noter que par rapport au cursus de formation post-graduée, certaines physiothérapeutes ont fait diverses formations post-graduées et sont finalement revenues à l'urogynécologie enrichie de toutes ces connaissances (Cf. : I. 001, 003, 004, 006). D'autres sont restées

très centrées sur leur premier choix, l'urogynécologie, et ont une approche très mécanique et fonctionnelle (Cf. : I. 002, 005).

A noter qu'une des physiothérapeutes s'est formée en parallèle en urogynécologie et en sophrologie bio-dynamique. Elle ne pouvait pas considérer la région du périnée comme une zone uniquement mécanique. Pour elle, l'aspect émotionnel entre clairement en jeu (Cf. : I. 003 : Q. 26).

Est-ce que ces physiothérapeutes ont perçu consciemment ou inconsciemment qu'elles n'étaient pas assez bien formées dans le domaine de la sphère pelvienne à la fin de leurs études?

4.2 Motivations

On constate que plusieurs arguments sont présents dans le choix de cette spécialisation :

- « Le secteur qui m'a toujours intéressé, c'est la maternité mais pas l'urogynécologie » (Cf. : I. 001 : Q.1)
- « La spécialisation en sexologie, c'est une suite, ça fait partie.» (Cf. : I. 001 : Q.2)
- « Une attirance pour la maternité, quelque chose d'intuitif. » (Cf. : I. 002 : Q.2)
- « La présentation de nouveaux muscles qui n'ont pas été abordés pendant les études de physiothérapie ». (Cf. : I. 003 : Q.3)
- « Envie de mieux connaître cette région, compléter ma vision de la personne. » (Cf. : I. 004 : Q.2)
- « J'ai toujours aimé savoir comment fonctionnait à la base le corps de la femme. » (Cf. : I. 005 : Q.2)
- « Je ne serais pas partie là-dedans si moi-même je ne m'étais pas retrouvée en bas des escaliers complètement cabossée. » (Cf. : I. 006 : Q.1)

Une des physiothérapeutes relève qu' au cours de ses études de physiothérapie les muscles du périnée n'étaient pas enseignés. Lors de la présentation de la spécialisation en urogynécologie, elle a apprécié de pouvoir découvrir de nouveaux muscles et pendant la formation post-graduée apprendre à mieux connaître cette région. Elle s'est interrogée sur le pourquoi de cette lacune (Cf. : I. 003 : Q.2).

Ce qui ressort des interviews, c'est clairement une envie de mieux comprendre le corps de la femme et cette région en particulier. Ce qui revient fréquemment, c'est une attirance pour la maternité et ce « monde-là ». On peut s'interroger sur cette attirance et sur la signification de ce « monde-là ». Est-ce plus facile d'évoquer la maternité que la sexualité ?

Est-ce que ces physiothérapeutes ont perçu consciemment ou inconsciemment qu'elles avaient des lacunes anatomiques ou autres ?

4.3 Ce qu'elles apprécient dans cette prise en charge

Ce qui est mis en avant par toutes les physiothérapeutes c'est le contact. Il s'agit d'établir une relation de confiance, un lien privilégié avec le patient. La notion de contact est intéressante, car il existe différents types de contact. Le contact relationnel est mis en avant, à mon avis, par cette question. Le contact

physique, le toucher, qui est l'outil quotidien des physiothérapeutes, est un geste technique : il peut être très mécanique mais aussi sensitif, sensuel et révélateur du vécu personnel de chaque individu. Cette dimension-là n'est, à mon sens, pas évoquée.

Il est aussi intéressant de relever, comme le souligne Mme C., que : « les gens se dévoilent un peu plus que dans les séances de physio » (Cf. : I. 003 : Q.3). Cette remarque est à prendre, à mon avis, au sens propre et au sens figuré : en effet, une partie des consultations en urogynécologie se fait dévêtues. A noter aussi que Mme B constate que « les gens viennent souvent sur la réserve. » (Cf. : I. 002 : Q.3).

Deux physiothérapeutes précisent que lors de la 1ère consultation, elles font uniquement un entretien où elles expliquent les différentes possibilités aux patients, mais sans les toucher physiquement. (Cf. : I. 003 : Q.3 ; I 006 : Q.6). « Le bilan c'est après, prochaine séance, déjà ils peuvent se préparer » (Cf. : I. 006 : Q.6).

Ce que les physiothérapeutes apprécient aussi c'est le côté actif du traitement, car le patient doit s'impliquer dans sa rééducation. En général, cette rééducation donne de bons résultats. Pour le patient, c'est un travail de développement de la perception, du ressenti, de proprioception. Il prend conscience de son bassin et de son périnée, ces zones qui lui sont très souvent méconnues (Cf. : I. 001, 005, 006 : Q.3).

On retrouve l'aspect éducatif, mécanique et somatique propre à la prise en charge des physiothérapeutes. Les physiothérapeutes et les spécialistes en urogynécologie ne sont pas formés à la dimension psychocorporelle, psychosomatique.

On constate aussi qu'elles parlent quasiment toute de l'intimité de différentes manières :

- « On touche à l'intimité des gens » (Cf. : I. 001 : Q.3)
- « Tu touches une zone quand même intime » (Cf. : I. 002 : Q.3)
- « L'intimité que cela donne » (Cf. : I. 003 : Q.3)
- « Parler de choses intimes, personnelles » (Cf. : I. 003 : Q.3)
- « Cette intimité » (Cf. : I. 004 : Q.3)
- « Conscience de son corps » (Cf. : I. 005 : Q.3)
- « Conscience périnéale » (Cf. : I. 006 : Q.3)

On peut s'interroger sur cette notion d'intimité. Dans quelle mesure est-ce que c'est vraiment de l'intimité et de quel type d'intimité s'agit-il ? Dans certaines situations, s'agirait-il d'une plus grande proximité ? Est-ce que certains mots sont plus faciles à utiliser dans le langage courant ?

4.4 Est-ce que les physiothérapeutes se sentent à l'aise dans ce domaine

De façon unanime, toutes les physiothérapeutes se sentent à l'aise dans ce domaine.

Pour l'une d'entre elles, il lui a fallu un peu de temps pour se sentir à l'aise, (Cf. : I. 006 : Q4). D'ailleurs, elle a choisi une formation qui se fait par module, pour avoir la possibilité d'avancer à son rythme. Elle

trouve qu'il faut de la douceur et de l'humanité dans ce type de prise en charge. Elle n'aurait pas choisi cette formation si elle n'avait pas dû « traverser ça » (accouchement difficile).

Une des physiothérapeutes relève le fait qu'elle se sent à l'aise, paradoxalement, par rapport à son parcours personnel (abus sexuel), (Cf. : I. 003 : Q.4).

La benjamine des physios parle de son 1er traitement en urogynécologie avec un homme et parle de sa gêne. Elle pense que sa gêne peut être ressentie par le patient, (Cf. : I. 005 : Q.4).

4.5 Difficultés rencontrées

Différents types de difficultés sont rencontrées par les spécialistes :

- La participation active du patient est indispensable. Lorsque cette participation fait défaut, cela pose un problème, (Cf. : I. 001 : Q.5).
- L'importance d'établir un lien, un contact est primordiale et requiert beaucoup de vigilance et d'écoute, (Cf. : I. 001 : Q.5).
- Parfois les physiothérapeutes ont de la peine à cerner le problème. C'est souvent le cas lorsqu'il est en lien avec la sexualité. Dans ces situations, les physiothérapeutes sentent qu'il leur manque des outils (Cf. : I. 002 : Q.5).
- Les raisons pour lesquelles les patients consultent sont parfois mystérieuses (Cf. : I. 002 : Q.5).
- Des problèmes de communication sont mis en avant avec les patients non francophones, (Cf. : I. 005, Q.5).
- Trouver un vocabulaire adapté avec les enfants (Cf. : I. 005 : Q.5).
- Avec les enfants, la relation avec les parents est parfois délicate (Cf. : I. 003 : Q.5).
- Certains patients ne sont pas à l'aise avec leur corps (Cf. : I. 003 : Q.5).
- Lorsque le patient attend un miracle, cela démotive la physiothérapeute. « On ne résout pas forcément tous les problèmes. » (Cf. : I. 004 : Q.5).
- Des difficultés pour certains patients de visualiser la contraction des releveurs de l'anus (muscles du périnée) (Cf. : I. 005 : Q.5).
- Détresse psychologique chez certains hommes après une prostatectomie (Cf. : I. 006 : Q.5).

Face à cette diversité de difficultés, on peut s'interroger sur la question posée. Est-elle trop vague, mal formulée ? Y a-t-il un trop grand contraste avec la question précédente liée à l'auto-évaluation du ressenti des physiothérapeutes ? On peut néanmoins établir différents groupes de difficultés :

- Des difficultés relationnelles et motivationnelles

  La motivation du patient, la participation active et l'alliance thérapeutique sont les ingrédients majeurs pour un bon déroulement de la prise en charge physiothérapeutique.

- Des difficultés au niveau du diagnostic

  Lorsque le patient présente des dysfonctions sexuelles, les physiothérapeutes se sentent un peu démunies et peu ou pas assez outillées.

- Des difficultés psychologiques

  Face à la détresse psychologique des patients en lien avec leur santé physique, les physiothérapeutes sont parfois dans une impasse.

Face à ces constats, on peut s'interroger sur l'origine de ces difficultés et revenir à ma 1ère question de recherche en lien avec la formation initiale des physiothérapeutes et des spécialistes en urogynécologie.

4.6 Conclusion intermédiaire en lien avec les formations des physiothérapeutes

Ce qui ressort de cette première partie, en relation avec le parcours de formation, c'est que la motivation principale de ce choix est en lien avec la maternité et ce « monde-là ». C'est principalement lors des études de physiothérapie qu'à eu lieu un déclic pour cette spécialisation. Pour l'une d'entre-elles, c'est la recherche d'une rééducation spécifique et efficace, (suite à un premier accouchement difficile), qui l'a motivée à se spécialiser en urogynécologie. A noter qu'une autre physiothérapeute a effectué en parallèle sa formation en urogynécologie et en sophrologie bio-dynamique pour s'ouvrir à l'aspect émotionnel en lien avec cette région. Elle s'est aussi interrogée sur le pourquoi de cette lacune anatomique (muscles du plancher pelvien) lors de sa formation de base de physiothérapie.

Ce que les physiothérapeutes apprécient avant tout c'est le contact, la confiance et le lien privilégié qui s'installent lors de ce type de prise en charge - lien plus faible lors d'une prise en charge en physiothérapie « classique ». Elles aiment aussi le côté actif de la rééducation, l'aspect éducatif et le travail de proprioception.

Elles parlent toutes de l'intimité en lien avec leur travail de différentes manières. De quel type d'intimité s'agit-il ? S'agit-il d'une plus grande proximité ?

Elles se sentent toutes à l'aise dans leur travail de spécialiste, mais néanmoins elles rencontrent différents types de difficultés (relationnel, motivationnel, psychologique et en lien avec le diagnostic). On peut se demander si ces difficultés sont en lien avec ma 1ère question de recherche et ma 1ère hypothèse, c'est-à-dire en lien avec la formation lacunaire des physiothérapeutes et des spécialistes en urogynécologie en matière de sexualité.

Comme le souligne différentes études internationales concernant les professionnels de la santé (médecins et paramédicaux), il y a clairement un manque de formation en sexologie dans les cursus d'études. Ces lacunes induisent un sentiment de malaise et d'inconfort chez les professionnels de la santé lorsque le sujet est abordé, ainsi qu'un manque d'initiative de la part des soignants à parler de sexualité.

(Penwell-Waines L., 2014, USA), (Wittenberg A., 2008, USA), (Godet S., 2013, Fr), (Dyer K., 2012, UK), (Pynor R., 2004, Australie), (Areskoug-Josefsson K., 2015, Suède), (Helland Y, 2013, Norvège).

5 La question de la sexualité lors des consultations, analyse de contenu

Cf. Annexe B, tableau 2.

5.1 Pathologies et plaintes

Les physiothérapeutes spécialisées en urogynécologie répondent à toutes sortes de demandes : chez la femme elles traitent différents types d'incontinences et d'urgences urinaire et fécale, des fuites à l'effort, des problèmes de vessies hyperactives et des constipations. Elles s'occupent aussi des suivis et des rééducations post-partum avec ou sans symptômes. Elles traitent également les cicatrices douloureuses après les accouchements (Cf. Annexe A : I. 001, 002, 003, 004, 005, 006 : Q.6).

Elles soignent parfois des dysfonctions sexuelles telles que le vaginisme et la dyspareunie. (Cf. : I. 001, 003 : Q.6)

Chez les hommes, il s'agit essentiellement de suivi post-prostatectomie, d'incontinences urinaires et fécales (Cf. : I. 001, 002, 005, 006 : Q.6 ; I. 003 : Q.13).

Chez les enfants : incontinences, énurésies et constipations (Cf. : I. 001, 002, 003, 005 : Q.6).

Il est intéressant de noter que la patientèle est majoritairement féminine et que celle-ci a entre 6 et 80, voire 90 ans.

5.2 La question de la sexualité lors de l'anamnèse

Ce qui ressort de chacun des entretiens est que la sexualité est abordée de différentes manières, mais ni systématiquement, ni directement (Cf. : I. 001, 002, 003, 004, 005, 006 : Q.9).

Un autre aspect qui apparaît est le fait qu'elles n'approfondissent pas le sujet, soit parce qu'elles estiment que ce n'est pas de leur ressort, soit parce qu'elles n'ont pas reçu la formation adéquate et n'ont donc pas les compétences requises (Cf. : I. 004, 005, 006 : Q.9 ; I. 002 : Q.10).

La question de la sexualité n'est clairement pas abordée avec les enfants, les préadolescents et les personnes âgées (Cf. : I. 001, 004 : Q.9 ; I. 002, 005 : Q.10).

5.3 Le type de question

De ce qui se dégage, la question sur la sexualité la plus fréquemment posée lors de l'anamnèse en urogynécologie est :

« Avez-vous des douleurs pendant les rapports ? » (Cf.: I. 005, 006: Q.9; I. 001, 002, 003, 004: Q.10).

Les spécialistes qui posent une question autour de la sexualité, c'est toujours dans une optique somatique, notamment en termes de fréquence, s'il y a des rapports, avec des douleurs, c'est la question somatique qui est utilisée.

Le fait de savoir si la patiente a des rapports sexuels donne une information importante. Elle permet de s'assurer s'il y a atrophie du vagin ou non et ainsi savoir si la pause d'une sonde vaginale ou anale pour le travail de rééducation du périnée avec un appareil biofeedback est possible. Cette question n'est posée à nouveau qu'à des fins somatiques (Cf. : I. 008 : Q.10).

Lorsqu'il y a des douleurs pendant les rapports sexuels, certaines physiothérapeutes approfondissent les investigations, mais toujours en lien avec le corps, à savoir : « où est-ce que ça a lieu, dans quelle position, à quel moment ? » (Cf. : I. 001, 005 : Q.10).

Une autre physiothérapeute demande à ses patientes si elles ont un sextoy, question à nouveau somatique, en vue d'une rééducation du périnée(Cf. : I. 005 : Q.12).

Le dénominateur commun de ces questions en lien avec la sexualité est le plan somatique.

Il est intéressant de constater que, malgré le fait que les physiothérapeutes n'ont pas été formées de façon adéquate, elles abordent malgré tout la question de la sexualité plus ou moins directement et en étant plus ou moins à l'aise.

5.4 Pourquoi ces questions sont importantes ?

- C'est la même zone, la même sphère, c'est un tout (Cf. : I. 001 : Q.11).
- La sexualité fait entièrement partie de la zone que je traite. Le périnée est impliqué à 300% dans la sexualité (Cf. : I. 002 : Q.11).
- La sexualité c'est un besoin primaire. Si ça ne va pas, le reste ne va pas aller. On est vraiment dans la sphère pelvienne, totalement dedans (Cf. : I. 005 : Q.11).
- Si le patient sent que le physiothérapeute est ouvert à parler de la sexualité, il va peut être plus facilement en parler (Cf. : I. 003 : Q.11).
- Pour continuer à avoir des relations sexuelles, éviter que cela ne devienne une angoisse et que ça puisse améliorer la relation de couple (Cf. : I. 004 : Q.11).
- Pour récupérer au mieux son intégrité fonctionnelle (Cf. : I. 006 : Q.11).

Ce qui ressort d'intéressant de cette énumération, c'est la diversité des réponses et la conviction que ces questions sont importantes. Les physiothérapeutes s'appuient visiblement davantage sur un aspect subjectif que sur leur pratique clinique.

5.5 Les questions délicates

Les questions qui ne sont généralement pas abordées sont celles qui ont trait à l'orgasme, la libido, les positions, le type de pénétration (vaginale ou anale), les pratiques et les abus sexuels.

Si ces questions ne sont pas examinées c'est parce que les physiothérapeutes ne se sont pas assez à l'aise pour poser directement les questions. Elles n'ont pas été formées pour aborder la problématique de la sexualité (Cf. : I. 002, 003, 005 : Q.12).

Une des physiothérapeutes relève, qu'avec les enfants, elle ne pose pas de question sur la sexualité lors de la 1ère séance, mais elle y revient par la suite d'une façon posée et modulée (Cf. : I. 001 : Q.12).

On constate aussi que par rapport aux abus sexuels, la question est très difficile à poser. Une des physiothérapeutes relève que lors de sa formation en urogynécologie, il lui a été demandé de poser systématiquement la question lors de l'anamnèse. Elle ne l'a fait que deux ou trois fois, elle ne se sentait pas du tout à l'aise (Cf. : I. 005 : Q.10).

Seule une interviewée pose la question de l'orgasme. On peut se questionner à quelle fin, pourquoi, avec quel objectif ? (Cf. : I. 003 : Q.10)

Une autre mentionne qu'elle n'aborde pas cet aspect-là, qu'elle n'est pas formée pour, « Comme je n'ai pas les outils, je n'ouvre pas la porte » (Cf. : I. 006 : Q.9).

On constate aussi qu'avec les hommes ayant eu une intervention chirurgicale de la prostate, la question de la sexualité est que trop rarement évoquée (Cf. : I. 006 : Q.10).

5.6 Facteurs aidants

Les interviewées relèvent que ce qui pourrait les aider à poser les bonnes questions en lien avec la sexualité chez leurs patients serait d'avoir une formation en sexologie. Elles sont ouvertes à l'idée de se former d'avantage pour avoir de meilleurs outils (Cf. : I. 002, 003, 004, 006 : Q.12b ; I. 005 : CV).

Les patients qui parlent spontanément de leur sexualité aident le travail du thérapeute. Parfois, au cours d'un traitement, la question de la sexualité va être abordée naturellement. Elles profitent alors de cette opportunité pour rebondir (Cf. : I. 003 : Q.12). Certaines physiothérapeutes soulignent aussi que les patients ne viennent pas forcément pour parler de leur sexualité (Cf. : I. 002, 006 : Q.12b ; I. 002, 004 : Q.13).

Avoir une petite anamnèse sexologique pour les physiothérapeutes spécialisées en urogynécologie pourrait également être une aide (Cf. : I. 005 ; Q.12b).

5.7 Les patients en parlent-ils ?

Le constat que nous pouvons faire est que les patients parlent rarement spontanément de leur sexualité, jamais lors de la première séance, mais toujours avec en termes très pudiques.

Les physiothérapeutes les écoutent, les accompagnent, les laissent parler, mais parfois négligent une opportunité. Elles sont contentes de ces discussions, les accueillent avec plaisir et enthousiasme. Elles comprennent que c'est une préoccupation liée à la sphère pelvienne qui les amène en consultation. « On ne parle pas que de robinet, il y a un côté plaisir et émotionnel » (Cf. : I. 003 : Q.14).

Une physiothérapeute, qui se sent à l'aise et libre de parler de sexualité, a un effet facilitateur pour la personne qui se sent prête ou qui ose s'exprimer autour de la sexualité. Certaines patientes relève que c'est agréable d'avoir un endroit où elles peuvent en parler. ***« Enfin il y a un endroit où je peux en parler ».*** (Cf. : I. 001 : Q.14)

La benjamine des physiothérapeutes (25 ans) relève que les patients de sa génération se sentent plus libre de parler de sexualité. Les femmes en post-partum qui ont déjà vu plusieurs gynécologues à l'hôpital ont aussi une attitude plus ouverte. (Cf. : I. 005 : Q.13)

Une des physiothérapeutes décrit que parfois les patients lombalgiques peuvent parler plus ouvertement, sans gène et même vulgairement de leur histoire. (Cf. : I. 006 : Q.13)

Les femmes qui ont eu un cancer du sein vont parler indirectement de leur sexualité, car l'opération ou la radiothérapie a modifié leur corps, soit dans l'aspect, soit dans la structure. (Cf. : I. 004 : Q.13)

La physiothérapeute A. n'est pas forcément surprise que ses patients parlent spontanément de leur sexualité, car c'est elle qui induit cette ouverture par ses questions et son attitude. (Cf. : I. 001 : Q.14)

5.8 Réseau, électron libre

Grâce à l'analyse de ces différents interviews, nous avons pu constater que les physiothérapeutes n'ont pas souvent l'habitude de travailler en réseau. Elles n'ont généralement pas « tissé » un réseau de soins. Il existe pourtant un réseau « plancher pelvien », avec des physiothérapeutes et des médecins (Cf. : I. 002, 003, 004, 005, 006 : Q.8).

De façon générale, ces physiothérapeutes proposent très rarement à leurs patients d'aller consulter un sexologue, peut-être une ou deux fois, mais sans retour d'expérience du patient (Cf. : I. 002, 003, 005 : Q.8a).

Elles connaissent, de nom, uniquement une physiothérapeute spécialisée en urogynécologie et en sexologie, et un psychiatre sexologue. Une des physiothérapeutes fait référence à un centre de périnatalité avec des psychologues. (Cf. : I. 002, 003, 005, 006 : Q.8b)

Il est intéressant de noter que Mme A. remarque que c'est grâce à ses différentes formations post-graduées et surtout à la dernière en sexologie clinique, qu'elle a pu élargir son réseau et ceci notamment grâce aux différents intervenants qu'elle a rencontrés. Elle dit aussi qu'il lui a fallu du temps pour créer son réseau. (Cf. : I. 001 : Q.8b)

6 Discussion

6.1 La question de la sexualité lors des consultations

6.1.1 Pathologies et plaintes

Nous observons que les principales pathologies traitées par ces spécialistes - chez les femmes et les hommes - sont les incontinences urinaires. Il est intéressant de relever que les physiothérapeutes parlent très peu des dysfonctions sexuelles pouvant les accompagner et pourtant le sujet est vaste et complexe.

Plusieurs auteurs parlent de ce lien entre les troubles urinaires et les dysfonctions sexuelles.

Dans un article, B. Cuzin, urologue, fait un constat sur le couple en prise à des difficultés sexuelles liées aux troubles urinaires : « Ces dernières années, une approche plus globale de la sphère uro-génitale dans les deux sexes a enfin mis en lien les troubles urinaires et sexuels permettant une approche plus pertinente des patients. […] D'après une enquête réalisée auprès d'une population d'urologues néerlandais, seuls 65,8% s'enquièrent de l'existence d'une dysfonction sexuelle associée lors de consultations pour infection urinaire (Bekker et al. 2009). […] Selon une étude, 46% des femmes présentant des symptômes du bas appareil urinaire présentent une dysfonction sexuelle, parmi lesquelles 34% avaient un trouble du désir, 23% un trouble de l'excitation, 11% un trouble de l'orgasme et 44% un trouble douloureux (Salonia et al, 2004). […] Dans une étude plus récente (Nilsson et al., 2011) réalisée chez 147 femmes, un tiers d'entre elles avaient des fuites lors des relations sexuelles, la moitié déclaraient avoir une vie sexuelle gâchée par l'incontinence ou les impériosités ou par la peur d'avoir des fuites au moment des relations et les deux tiers avaient peur des odeurs et se trouvaient peu attirantes. […] La fréquence des troubles urinaires chez les hommes et les femmes est importante, ces troubles peuvent créer ou accompagner des dysfonctions sexuelles. Chaque individu peut être confronté aux troubles urinaires éventuellement associés à des troubles sexuels de son conjoint. Ceci peut perturber sa propre sexualité» (Cuzin B., 2013, p.34- 38).

Dans un article de S. Droupy sur la sexualité et les pathologies urologiques, on retrouve aussi des informations importantes concernant les hommes et le couple.

« Tous les traitements du cancer de la prostate génèrent des dysfonctions sexuelles. […] Les troubles sexuels sont au premier rang des altérations de la qualité de vie après le traitement de la prostate » (Droupy S., 2014, p. 1106-07).

Un autre sujet délicat et tabou abordé dans cet article est celui de la sexualité et de l'infertilité.

« Sexualité et infertilité sont liées pour plusieurs raisons : la sexualité est un élément fondamental de la vie de l'individu et du couple, particulièrement sensible à la crise que constitue une infertilité. Deuxièmement, les dysfonctions sexuelles peuvent préexister à l'infertilité et s'aggraver au cours de la prise en charge ou même parfois être responsables de l'infertilité. Enfin, les troubles sexuels peuvent être secondaires à l'infertilité et à sa prise en charge. » (Droupy S., 2014, p. 1109).

Un dernier sujet sensible évoqué est celui des abus sexuels.

« Enfin, il est important d'évoquer des antécédents d'abus sexuels dès qu'une patiente (ou un patient) a des symptômes urinaires nombreux (notamment, dysurie et urgenturie) associés à des troubles sexuels de type dyspareunie par exemple, et des troubles anorectaux, et ce d'autant que les explorations complémentaires sont normales » (Droupy S., 2014, p. 1110).

Les troubles urinaires touchent les hommes et les femmes avec un retentissement sur la qualité de vie et sur la sexualité individuelle et du couple (Cuzin B., 2013).

6.1.2 La question de la sexualité lors de l'anamnèse

a) La question de la sexualité lors de l'anamnèse est abordée de différentes manières, mais ni systématiquement, ni directement. Un autre aspect qui apparaît est qu'elles n'approfondissent pas le sujet, soit parce qu'elles estiment que ce n'est pas de leur ressort, soit parce qu'elles n'ont pas reçu la formation adéquate et n'ont donc pas les compétences requises.

Face à ce constat, il est intéressant de reprendre un article anglais intitulé : « Why don't helthcare professionnals talk about sex ? » (Dyer K., das Nair R., 2013).

Il en ressort que la sexualité y est considérée comme un aspect important des soins holistiques, mais qu'elle n'est pas prise en considération de façon systématique dans les différents services de soins. 60% des professionnels sont d'accord sur le fait que les questions en liens avec la sexualité devraient faire partie de la prise en charge holistique des patients, mais seulement 6% d'entre eux initient les discussions fréquemment. Les « barrières » sont : un manque d'entraînement (79%), un manque de temps (67%), de l'embarras (50%), la peur « d'ouvrir une vanne » (« A can of worms »). Ce qui pourrait aider les professionnels: une formation, de l'entraînement et de la documentation pour les patients. « Traduit par nos soins » (Dyer K., das Nair R., 2013).

Selon une autre étude menée en Australie avec des étudiants en physiothérapie, il en ressort un sentiment de malaise chez de nombreux professionnels de la santé lorsqu'ils traitent de la question sexuelle lors des soins. Ils sentent que ce n'est pas facile et qu'ils ne sont pas préparés à cela. Les études démontrent l'utilité d'un cursus de formation en sexologie dans la formation initiale des professionnels de la santé et le rôle de cette formation pour se sentir à l'aise. « Traduit par nos soins », (Pynor R., Weerakoon P., Jones M. K., 2005)

Une autre étude plus récente, menée aux USA avec des étudiants de différentes professions médicales et paramédicales, relève les mêmes constats : à savoir le peu d'attention apportée à la formation en sexologie dans le cursus initial des étudiants, alors que l'OMS a proposé un cursus de formation standard conçu pour encourager une conceptualisation interprofessionnelle de la santé sexuelle, ciblant les compétences, les attitudes et les connaissances des futurs professionnels. « Traduit par nos soins », (Penwell-Waines L. et al., 2014).

Selon S. Godet, médecin généraliste français, « les dysfonctions sexuelles sont encore trop peu considérées et traitées en France. Les principales explications sont le manque de formation en sexologie

au programme des études médicales, un tabou persistant dans la société et une pénurie de médecins sexologue… » (Godet S., 2013, p. 56).

b) La question de la sexualité n'est clairement pas abordée avec les enfants, les préadolescents et les personnes âgées. Il en découle une question : « Pour quelle raison ces trois populations ne sont-elles pas approchées en termes de sexualité ? »

Différentes hypothèses sont plausibles :

- La sexualité des enfants, des adolescents et des aînés est taboue.
- Avec les enfants et les préadolescents, il y a une peur, celle d'être intrusif.
- Avec les personnes âgées, on perçoit une difficulté pour certains thérapeutes d'imaginer une sexualité du « troisième âge ».

Les tabous autour de la sexualité sont fréquents et d'autant plus ceux concernant la sexualité de la personne âgée. « La sexualité des seniors reste taboue, ne serait-ce que parce qu'elle peut nous renvoyer à celle de nos parents, justement taboue » (Weigand H., 2014, p. 271).

« La sexualité des personnes âgées est encore très taboue et entourée de nombreux mythes et stéréotypes » (Borloz N., 2010).

Comme le dit une des physiothérapeutes : « Les personnes âgées, ça ne me viendrais pas à l'idée de leur poser des questions sur leur sexualité » (Cf. : I. 004 : Q.12). Parfois, il n'est même pas pensable pour le thérapeute de poser la question à une personne âgée.

L'intérêt pour la question de la sexualité de cette classe d'âge ne date pas d'aujourd'hui. « Les écrits québécois consacrés à la question de la sexualité des personnes âgées datent du début des années 1970. […] Ainsi, Mongeau diffuse en 1970 un livre d'éducation sexuelle populaire sur la sexualité et la vieillesse » (Dupras A., Soucis P., 2008, p. 193).

Il est intéressant de s'intéresser à ce sujet, car la population occidentale vieillit et même bien. « La retraite n'est plus définie comme l'antichambre de la mort, mais comme un nouvel âge de la vie […] Une sexualité devenue différente, moins physique et davantage relationnelle, moins sexuelle mais davantage sensuelle (Colson, 2001). La sexualité du sujet âgé se construit, comme sa vie, autour d'une dynamique entre ruptures et investissements nouveaux » (Colson M.-H., 2007, p.98-99).

Il est aussi intéressant de noter que les jeunes retraités actuels sont « issus du baby-boom des années 1950, ils ont été adolescents en pleine mouvance hippie, ils ont grandi avec la pilule du docteur Pincus au temps de l'amour libre, et ont tracé pour leurs descendants le chemin d'une nouvelle forme de sexualité, libre de reproduction, et où sexualité pouvait rimer avec liberté. Il leur reste encore une étape à franchir, et un nouveau modèle encore à définir, au-delà des tabous et des idées reçues. Il leur reste à être les premiers à inventer un nouvel âge de la vie, celui de la sexualité après l'âge » (Colson M.-H. 2007, p.100).

Avec les enfants et les adolescents la question de la sexualité n'est malheureusement que trop rarement abordée par les physiothérapeutes. « Découverte et refoulée, est-ce le sort de la sexualité infantile ? » (Cébula, Lauru, 2002, p.5). Quelques soient les raisons de ce manque, il serait peut-être intéressant de profiter des consultations avec les enfants et les adolescents pour aborder l'anatomie du corps, la sexualité et parler des valeurs comme le respect, de l'intimité et des limites. On sait que le meilleur moyen pour diminuer les abus sexuels est justement de faire de l'éducation sexuelle et de la prévention. (Halpérin D., Bouvier P., Rey Wicky H., 1997, p.153), (Bambery Lamott Y., 2014, p.IX), (DIP-OEJ/SSEJ GE, 2015).

« La prévention des abus et des agressions sexuelles à l'égard des enfants revêt un caractère de priorité, au plan éthique, comme aux plans social, éducatif, sanitaire et juridique. Les abus sexuels sont un problème de santé publique important, de par leurs causes et leurs répercussions sur la santé et le bien-être des victimes. » (Bouvier, 2006, SSJGE). Une enquête menée en France auprès d'adolescent montre que « 88% des collégiens estimait qu'il était important que l'éducation sexuelle et affective fasse partie du programme de classe » (Verdure F. et al., 2009, p.219).

« Il est généralement admis que pour faire face aux situations sexuelles de manière appropriée, les professionnels de la santé doivent être à l'aise avec leur propre sexualité et doivent avoir les compétences pour faire face à l'éventail des interactions cliniques qui ont des implications sexuelles». « Traduit par nos soins », (Pynor R. et al., 2004, p.43).

6.1.3 Le type de question

La question sur la sexualité la plus fréquemment posée lors de l'anamnèse en urogynécologie est : « Avez-vous des douleurs pendant les rapports sexuels ? »

Il est utile de relever que « la porte d'entrée » se fait par le corps, par le côté physique et non pas par un aspect relationnel, psychologique ou autre.

Je constate que la notion de plaisir n'est pas abordée dans l'anamnèse alors que la question de la douleur est une question récurrente chez les physiothérapeutes. Ainsi, on peut se demander s'il existe un lien entre la douleur et le plaisir.

« Avant de parler de plaisir, il convient d'avancer une hypothèse assez troublante : celle de la douleur comme une sorte de phénomène primordial dont la fonction serait de révéler à chaque être qu'il existe, qu'il a un corps pourvu de vitalité propre et de sensibilité. […] En somme, la douleur équivaudrait à ce que l'on pourrait qualifier de protosensation, mise en évidence déjà chez le bébé. Elle nous accompagne tout au long de notre existence. […] De cette hypothèse découlerait logiquement que le plaisir, ou ce que nous nommons ainsi, est en vérité un produit secondaire, une entité dérivée, un facteur surgissant comme une tentative de modifier quelque peu la donne imposée par la douleur, qui reste la sensation primordiale » (Bianchi-Demicheli F., 2012, p. 19-20).

Cela amène la question : « Quel type de douleurs, à quel moment, est-ce que la douleur fait plaisir ou non ? » Le fait d'avoir une douleur nous connecte à notre corps, fait se sentir « vivant » et nous invite à prendre soin de nous. Cet éclairage sur la douleur est intéressant et permet de mettre une autre « couleur »

et une autre dimension à cette question récurrente et a priori mécanique : « Avez-vous des douleurs pendant les rapports ? »

De par leur profession, les physiothérapeutes ont un rapport au corps. La prise en charge d'un patient en physiothérapie est avant tout une prise en charge mécanique et fonctionnelle.

Ainsi, les physiothérapeutes abordent la sexualité par le côté physique, mécanique, somatique, non-sexué et non par le côté relationnel ou psychologique. Aborder la sexualité sous cet angle est finalement assez cohérent au vu des compétences et du savoir faire des physiothérapeutes.

6.1.4 Pourquoi ces questions sont-elles importantes ?

Ce qui est paradoxal face à la diversité de des réponses, c'est que les physiothérapeutes sont convaincues que les questions sur la sexualité sont importantes néanmoins elles n'abordent pas ou peu la sexualité lors de l'anamnèse ou alors de manière très diverses. Est-ce que cela reflète le manque d'apports théoriques en matière de sexologie qui permettraient de formaliser une pratique et une intervention ?

Différents articles font ressortir que les professionnels de la santé ont, de façon générale, une attitude positive face à la santé sexuelle dans les soins, mais que cela ne se reflète pas dans leur pratique clinique. (Helland Y. et al., 2012 ; Dyer K., das Nair R., 2013 ; Wittenberg A., Gerber J., 2009).

Il est aussi intéressant de relever que, de par leur spécialisation, ces physiothérapeutes sont effectivement « dedans » au sens propre comme au sens figuré. Contrairement au sexologue, non médecin, les physiothérapeutes spécialisés en urogynécologie ont la possibilité de regarder, de palper, de masser les différentes structures de la sphère pelvienne.

6.1.5 Les questions délicates

Les questions délicates sont entre autres, celles qui sont en lien directe avec le vécu de la sexualité à savoir l'orgasme, la libido, les positions, le type de pénétration - vaginal ou anal - les pratiques.

Seule une interviewée pose la question de l'orgasme. On peut se questionner à quelle fin, pourquoi, avec quel objectif ? Une autre mentionne qu'elle n'aborde pas cet aspect, qu'elle n'est pas formée pour. Elle dit clairement : « Comme je n'ai pas les outils, je n'ouvre pas la porte ». Si ces questions ne sont pas abordées, c'est parce que les physiothérapeutes ne se sentent pas à l'aise pour les poser directement. Elles n'ont clairement pas été formées pour aborder l'aspect sexuel, ni en physiothérapie, ni en urogynécologie.

On constate aussi que, par rapport aux abus sexuels, la question est très difficile à poser. Une des physiothérapeutes relève le fait que, lors de sa formation en urogynécologie, il lui a été demandé de poser systématiquement la question lors de l'anamnèse. Elle ne l'a fait que deux ou trois fois car elle ne se sentait pas du tout à l'aise.

On peut se demander pour quelles raisons cette question, si difficile à poser, est importante lors d'une prise en charge en urogynécologie.

« La fréquence des abus sexuels est très nettement sous-estimée autant par le grand public que par les professionnels de la santé. Les différentes études effectuées sur ce sujet permettent d'évaluer les victimes à 20-30% de la population générale. […] La plupart de ces agressions impliquent un contact corporel que l'abusé va physiquement mémoriser, c'est ce que l'on appelle « la mémoire du corps ». Cette mémoire peut être mise en sourdine pendant un certain temps, mais elle se manifestera plus tard par diverses expressions psychosomatiques dans la zone génitale» (Gauthier C., 2010, p.439).

Comme le soulignent différents auteurs : « Il est important d'évoquer des antécédents d'abus sexuels dès qu'une patiente (ou un patient) a des symptômes urinaires nombreux (notamment dysurie et urgenturie), associés à des troubles sexuels de type dyspareunie par exemple, et des troubles anorectaux, et ce d'autant que les explorations complémentaires sont normales. » (Droupy S., 2014, p. 1110 ; Cour F. et al., 2013, p.790).

On constate aussi qu'avec les hommes ayant eu une intervention chirurgicale de la prostate, la question de la sexualité n'est que trop rarement évoquée, alors que « tous les traitements du cancer de la prostate génèrent des troubles sexuels » (Droupy S., 2014, 1106).

Les hommes qui se font opérer de la prostate viennent consulter principalement pour des incontinences urinaires. Les physiothérapeutes savent qu'il y a d'autres soucis associés tels que des troubles de l'érection, mais n'effleurent que trop rarement le sujet. Elles se justifient en disant : « Ça, ils n'en parlent jamais, rarement. » (Cf. : I. 002 : Q.6). Le patient est généralement envoyé par son urologue pour ce type de rééducation. Malheureusement, les médecins et les physiothérapeutes restent trop souvent silencieux face à ces dysfonctions et ces souffrances. A ce sujet, M.-H. Colson souligne : « Ce double silence et cette méconnaissance réciproque est bien dommageable. » (Colson M.-H., 2013, p.89).

Une interrogation importante nous vient, pourquoi la problématique de la sexualité n'est-elle pas abordée chez les hommes ayant eu une prostatectomie ? Est-ce une question de formation, de compétence ? Qu'en est-il même en terme d'information?

Comme le relève S. Droupy : « Il est important d'informer les patients que malgré l'amélioration des techniques de préservation, la chirurgie robotique, l'irradiation en modulation d'intensité et la rééducation, une minorité de patients retrouvent une sexualité identique à celle qu'ils avaient avant le traitement » (Droupy S., 2014, p.1108).

Est-ce du ressort des physiothérapeutes de dire : « Nous savons que les hommes qui rencontrent des problèmes de prostate peuvent avoir des problèmes d'érection et que cela peut occasionner des difficultés lors des relations sexuelles. Êtes-vous dans cette situation particulière ? », « C'est peut-être une question que vous pourriez voir avec votre urologue ?» A ce moment laisser la porte est ouverte, c'est au patient d'en parler ou non. C'est peut être une question que le patient pourra reprendre avec son médecin.

« Un gynécologue ne parle traditionnellement pas de plaisir et d'orgasme avec ses patientes, un psychanalyste voit rarement ses clients en couple et ne leur prescrit habituellement pas d'exercices érotiques, un psychologue ne prône généralement pas le massage sensoriel. […] La prise en compte de la

réalité sexuelle et de la dimension érotique de la sexualité mobilise le domaine spécifique de la sexologie qui n'était pas contenu dans ses disciplines constituantes. » (Brenot P., 2012, p.53)

Est-ce que la formation lacunaire des physiothérapeutes spécialisées en urogynécologie est à l'origine de ces malaises ou de ces non entrées en matière?

Le constat souligne que, dans le domaine de la santé, tous les professionnels (médicaux et paramédicaux) ont des lacunes dans le cursus de formation de base en sexologie et sont mal à l'aise pour parler de sexualité.

Ceci confirme mes deux questions de recherche : le fait d'avoir des lacunes en sexologie dans la formation de base induit de la difficulté et de la gêne pour parler de sexualité, alors que ces spécialistes se trouvent dans des situations particulièrement privilégiées pour le faire.

6.1.6 Facteurs aidants

Les interviewées relèvent que ce qui pourrait les aider à poser les bonnes questions en lien avec la question sexuelle chez leurs patients serait d'avoir une formation en sexologie. Elles sont ouvertes à l'idée de se former davantage pour avoir de meilleurs outils.

Suite à une enquête explorant l'implication des médecins (généraliste, psychiatre et gynécologue) dans la prise en charge des principales dysfonctions sexuelles, il en ressort que 73% des médecins proposent une formation en sexologie pour tous afin d'améliorer la prise en charge des patients (Godet S., 2013, p.58-59). Cette suggestion est reprise par différents auteurs dans le but de faciliter la prise en charge des patients, mais aussi le confort des professionnels. (Dyer K., das Nair R., 2012 ; Wittenberg A., Gerber J., 2008 ; Helland Y. et al., 2013 ; Penwell-Waines L. et al., 2014 ; Pynor R. et al., 2005).

Les patients qui parlent spontanément de leur sexualité sont un autre facteur aidant.

Selon une étude menée auprès de professionnels spécialisés en rhumatologie, il en ressort que « dans 53% des situations, le patient est le principal initiateur de la discussion […] 71% des professionnels ne parlent jamais ou rarement de sexualité avec leurs patients […] 88% pensent que c'est au patient d'initier la discussion.» « Traduit par nos soins », (Helland Y. et al., 2013, p.21-22).

Un autre facteur aidant est lié aux aptitudes personnelles, à savoir les croyances individuelles, une ouverture d'esprit, l'éducation et la motivation, « traduit par nos soins », (Dyer K., das Nair R., 2012, 2667).

Finalement, ces spécialistes sont assez cohérentes avec leur formation et ce qu'elles ont appris. Quand elles s'aventurent à creuser certaines questions, c'est en fonction de leur personnalité et elles disent clairement avoir besoin d'un complément de formation en sexologie.

6.1.7 Les patients en parlent-ils ?

On constate que les patients parlent rarement spontanément de leur sexualité, jamais lors de la première séance, mais toujours avec des termes très pudiques.

Selon certains auteurs, « 45,1% des patients préfèrent recevoir des informations sur la santé sexuelle lorsque le soignant engage la conversation, 31,5% préfèrent recevoir les informations du soignants après avoir été eux-mêmes les initiateur […] tandis que 25,4% préfèrent aller sur Internet pour obtenir les informations […] Il en ressort aussi que les patients se sentent plus à l'aise avec des soignants qui sont formés en santé sexuelle (74,5%) et qui sont à l'aise pour en parler (68,3%)", « traduit par nos soins », (Wittenberger A., Gerber J., 2009, p.364 ; Areskoug-Josefsson K., Gard G., 2015, p.390).

Une physiothérapeute qui se sent à l'aise d'en parler a un effet facilitateur pour la personne qui se sent prête ou qui ose exprimer quelque chose autour de la sexualité. Les patientes peuvent même soulever que c'est agréable d'avoir un endroit où elles peuvent en parler. **« Enfin, il y a un endroit où je peux en parler »**.

Il est aussi important de relever que « dans certaines situations, le/la physiothérapeute peut être la seule personne avec laquelle le patient se sent suffisamment à l'aise et en confiance pour parler de certains sujets personnels. » « Traduit par nos soins », (Pynor R. et al., 2005, p.47).

La physiothérapeute A. n'est pas surprise que ses patients parlent spontanément de leur sexualité, car c'est elle qui, dès le départ, offre cette ouverture par ses questions et son attitude. Ceci démontre que la professionnelle qui se sent plus libre de parler de sexualité (suite à un cursus effectué en sexologie clinique) induit un message implicite et explicite. Cette observation montre que l'on peut parler de sexualité et rejoint ma deuxième question de recherche.

Néanmoins, on observe que malgré leurs lacunes en sexologie dans leurs formations de base, ces physiothérapeutes spécialisées en urogynécologie profitent des occasions données pour offrir à leurs patients un lieu d'écoute, de confiance et de respect.

L'impression que cela me donne, c'est que finalement il ne manque pas grand-chose à ces spécialistes pour être un peu plus à l'aise dans leur pratique clinique et poser les quelques questions judicieuses sur la sexualité lors de leur anamnèse.

6.1.8 Réseau, électron libre

Ce qui ressort de ces interviews, c'est que les physiothérapeutes n'ont pas souvent l'habitude de travailler en réseau. Elles n'ont généralement pas « tissé » un réseau de soins.

Mme A. relève le fait que c'est suite à ses différentes formations post-graduées, principalement celle effectuée en sexologie clinique, qu'elle a pu élargir son réseau et ceci notamment grâce aux différents intervenants qu'elle a pu rencontrer. Elle souligne aussi qu'il lui a fallu du temps pour le créer.

D'une façon générale, ces physiothérapeutes proposent très rarement à leurs patients d'aller consulter un sexologue, peut-être une ou deux fois, mais sans avoir de retour d'expérience du patient.

Face à la complexité de la prise en charge des patients en urogynécologie, la notion de réseau de soins est à mon avis justifiable et souhaitable. La santé sexuelle est par nature multidisciplinaire.

« La sexologie apparaît ainsi tout à la fois une science humaine pour les éclairages multifactoriels qu'elle nécessite et une discipline clinique par l'apport spécifique et spécialisé qu'elle implique. Elle est aujourd'hui le complément essentiel à de nombreuses pratiques médicales : celle du généraliste, de l'andrologue, du gynécologue ou du psychiatre… mais également à la pratique des psychologues et paramédicaux qui sont confrontés à la sexualité et à ses troubles dans l'exercice de leur profession : psychologues, sage-femmes, conseillers conjugaux… » (Brenot P., 2012, p.8).

7 Conclusion

A la fin de cette analyse de contenu et du travail de documentation qui en a découlé, on peut faire le constat que chez les professionnels de la santé - et ce, de façon générale à travers le monde - personne n'est formé à la base à la question de la sexualité : que ce soit les médecins, les psychologues, les physiothérapeutes ou d'autres intervenants. La formation en sexologie est jusqu'à présent absente des cursus de formation médicale et paramédicale.

Malgré le fait que les physiothérapeutes spécialisées en urogynécologie ont des lacunes en sexologie dans leurs formations initiales, elles abordent la sexualité dans leurs consultations, tant bien que mal. Elles parlent plus ou moins directement de sexualité avec leurs patients. La question « porte d'entrée » lors de l'anamnèse est : « Avez-vous des douleurs pendant les rapports ? ». La question de la sexualité est abordée par le côté « mécanique » et somatique. Les soignantes sont de façon générale moins gênées si le patient initie la conversation sur la sexualité.

Mon constat, après l'analyse de ces interviews, est qu'il ne manque pas grand-chose à ces spécialistes pour être plus adéquates et plus à l'aise avec la question de la sexualité dans leur pratique clinique. Ce qui est intéressant à relever est qu'elles soient ouvertes à suivre une formation en sexologie pour se sentir plus à l'aise avec le sujet.

Par rapport à cette ouverture et cette envie de se former, il serait intéressant, de pouvoir proposer une petite formation post-graduée en sexologie de 1 à 2 jours, ouverte à tous - comme il en existe déjà pour les pharmaciens - comportant une partie théorique et des jeux de rôle, afin de permettre aux professionnels de combler une partie des lacunes en sexologie. Cette formation serait l'occasion de donner des clés pour aborder la sexualité en consultation, sensibiliser les professionnels de la santé à l'importance de la prise en charge des dysfonctions sexuelles, de l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire, du rôle du physiothérapeute en tant que relais de soins, la nécessité de référer à des professionnels compétents et finalement de donner aussi l'occasion de tisser un réseau de soins.

Cette formation post-graduée et mon travail de mémoire m'ont fait prendre conscience à quel point la sexologie est un vaste domaine, comment la sexualité participe aussi à la santé et qu'il faut être véritablement formé pour être capable d'aborder le sujet et s'y sentir à l'aise.

8 Les mots et les maux pour le dire

A la fin de ce travail d'analyse, j'ai repris les six interviews en faisant une écoute sélective et je me suis intéressée à la diversité des mots utilisés par les physiothérapeutes pour parler de la sexualité. Je me suis aussi interrogée sur cette difficulté de parler de sexualité, alors que finalement tout le monde en parle. J'ai été surprise par un mot qui est revenu régulièrement : « intime, intimité ». C'est un mot qui fait partie du vocabulaire courant, il est disponible et accessible. C'est le mot exprimable de la sexualité. Les mots liés à la sexualité ne sont pas si abordables. On parle plus facilement de relation intime que de sexualité. En revanche, le mot sexy est facilement utilisé.

Ci-dessous, sont répertoriés les mots et expressions utilisés par les physiothérapeutes qui ont retenu mon attention : « Cette chose-là », « un truc comme ça », « revenir sur le truc », « avez-vous des douleurs aux rapports », « soucis dans cette sphère-là », « là-dessus », « on n'a pas été formée là-dedans », « on sait qu'il y a d'autres soucis », « parler de choses relativement intimes », « content que j'ose aborder cette partie-là », « on ne parle pas que de robinet », « sexy », « là en bas aucune réaction », « ascenseur qui se ferme et qui monte », « ils ne viennent pas pour ça », « regarder la « chose » de près », « les bourgeons, c'est très sexy », « c'est dans les vieilles casseroles qu'on fait les meilleures sauces », « devoir conjugal », « tout se passe bien ? ».

Finalement, ce qui me frappe à la fin de ce travail de recherche sur la question de la sexualité lors d'une prise en charge en urogynécologie, c'est qu'il y a peu de place pour la sexualité en consultation.

Vraisemblablement, les patients viennent en consultation avec des maux qui sont peut-être aussi plus facile à faire reconnaître, à verbaliser. Il est peut-être plus aisé de parler de troubles urinaires que de dysfonctions sexuelles, alors que dans presque 50% des situations, il y a des dysfonctions sexuelles associés aux troubles urinaires (Cuzin B., 2013, p.35).

« En raison du domaine de la réserve qu'est la sexualité, le symptôme sexuel s'exprime de façon très polymorphe : dit, non-dit, déplacé, dénoncé » (Brenot, 2012, p.170).

9 La question de la sexualité dans son intimité, analyse de contenu

Cf. Annexe B, analyse tableau 3.

A la fin de ce travail d'analyse, il me paraît intéressant de revenir sur le troisième et dernier volet de mes entretiens semi-dirigés, à savoir : les questions plus personnelles.

De manière générale, toutes les physiothérapeutes considèrent que la sexualité tient une place importante dans leur vie. Cela fait partie d'un équilibre de couple, de la relation amoureuse, c'est une façon de se

rencontrer, d'être en relation, de se retrouver, de se sentir bien, de se sentir femme, d'avoir du plaisir. Il y a mille sexualités. Les professionnelles interviewées sont, globalement, satisfaites de leur sexualité.

Elles ont toutes rencontré, temporairement, certaines difficultés personnelles et dans le couple. Comme le relève une des interviewée : « C'est créatif ou c'est la mort. » Est-ce que le fait d'avoir été, personnellement, confrontées à des difficultés rend les thérapeutes plus sensibles et plus attentives lors des consultations?

La notion de spontanéité, de rythme, de disponibilité et d'intensité sont importantes.

Le dialogue dans le couple est primordial. Les professionnelles parlent généralement de sexualité avec leur mari ou compagnon. Avec les copines parfois, avec les amis c'est délicat et, avec sa propre mère, non.

Elles sont unanimes sur le fait qu'aucun médecin ou gynécologue ne leur a posé de question sur leur sexualité. Il est intéressant de relever que ce dernier point est clairement en lien avec mon constat de départ : « *Mais finalement avec qui est-ce qu'on peut parler de sa sexualité ?* »

10 Réflexions personnelles

Au début de mon travail de recherche, et cela pendant 9 mois, je n'ai pas eu de directrice de mémoire attitrée. Heureusement, j'ai pu compter sur la collaboration de Nadia Amar, coordinatrice de la formation, pour élaborer mon questionnaire. Je suis partie de mes observations professionnelles et personnelles et du constat « *mais finalement avec qui est-ce qu'on peut parler de sa sexualité ?* » pour aller interroger mes consœurs physiothérapeutes spécialisées en urogynécologie. Ce n'est seulement qu'à la fin des analyses de contenu de mes entretiens que j'ai fait un travail de recherche littéraire, sous l'impulsion de ma directrice de mémoire. Ce travail de documentation a été enrichissant et a permis de donner du corps à mes analyses. A la fin de mon mémoire et avec du recul, je me rends compte qu'il aurait été plus judicieux de faire l'inverse, c'est-à-dire de commencer par cette recherche littéraire et de l'illustrer avec les résultats de mon questionnaire.

J'ai apprécié l'enthousiasme de ma directrice de mémoire, Mylène Bolmont et sa remarque lors d'une de nos rencontres : « Tu ne vas pas laisser traîner ton mémoire dans un tiroir ? » J'espère vivement que mon mémoire pourra être le point de départ d'un travail de réflexion autour de la sexualité auprès de mes collègues physiothérapeutes, quelques soient leurs spécialisations ou d'autres professionnels de la santé.

J'ai réalisé huit entretiens semi-dirigés, entre les mois de janvier et août 2015. J'ai finalement retenu six interviews pour avoir un groupe homogène de physiothérapeutes.

J'ai été touchée par la disponibilité, l'enthousiasme et la franchise des différentes personnes que j'ai interrogées. J'ai fait de belles rencontres lors de ces interviews et j'ai eu du plaisir à faire cette partie de mon travail de recherche (collecte d'informations). Au fil des entretiens, je me suis rendue compte que j'aurais peut-être pu poser plus de questions sur la notion d'intimité et sur la prévention des abus sexuels.

Ce mémoire a été pour moi un très gros travail, un long processus et surtout un travail d'équipe. J'ai dû faire preuve de persévérance, de patience et de courage. Je suis allée au bout de mon engagement, à mon rythme, en baissant les bras de temps en temps, mais j'y suis arrivée. Je pense que mes problèmes de santé liés aux traitements de mon cancer du sein, ne m'ont pas aidée. Heureusement, j'ai trouvé de l'aide et du soutien auprès de différentes personnes que j'ai sollicitées. Elles m'ont permis, grâce à leurs compétences et à leur disponibilité, d'avancer et de finaliser ce travail. Le réseau de soins évoqué dans mon travail est aussi utile et précieux dans d'autres secteurs de la vie !

Concernant les enregistrements des entretiens ; il me paraîtrait judicieux de le faire avec du matériel adéquat et non avec un Smartphone. L'utilisation d'un dictaphone professionnel pourrait faire économiser beaucoup de temps et d'énergie.

Je pense que mes entretiens semi-dirigés pourraient s'étendre aux autres physiothérapeutes quelque soit leur spécialisation et aux professionnels de la santé en général. Il serait également intéressant que mes interviews soient relus par des sociologues. Cette difficulté de parler de la sexualité n'est pas propre au monde médical, c'est avant tout un des problème de notre société moderne.

A la fin de ce cursus en sexologie clinique, enrichie de mon travail de mémoire et de toutes mes recherches, je suis ravie d'avoir « osé » cette formation. Je suis surprise et contente de toutes ces portes qui se sont ouvertes, de toutes ces discussions qui ont pu émerger et de l'intérêt que ce sujet a éveillé. Je me sens maintenant beaucoup plus à l'aise et adéquate lors de mes consultations. Je suis convaincue de notre potentiel rôle de « promoteur » de la santé sexuelle en tant que physiothérapeute et professionnel de la santé.

11 Remerciements

De nombreuses personnes, de près ou de loin, par leurs intérêts, conseils, corrections, relectures et soutiens ont permis la réalisation de ce mémoire. Leur aide précieuse, leur enthousiasme et leur disponibilité m'ont permis d'aller au bout de ce travail.

Je tiens à remercier spécialement :

Mylène Bolmont, directrice de mémoire, psychologue et sexologue, qui a accepté de me coacher pendant les 6 derniers mois. Son enthousiasme et son professionnalisme mon permis de mener à bien la rédaction de mon travail.

Nadia Amar, coordinatrice de la formation en sexologie clinique qui, pendant toute la période où je n'avais pas de directrice de mémoire attitrée, m'a soutenue, aidée, conseillée et encouragée.

Anne Virginie Butty, amie, médecin et collègue de formation, pour son aide précieuse dans l'élaboration de mon projet de mémoire.

Les huit professionnels de la santé que j'ai rencontrés pour mes entretiens semi-dirigés (six physiothérapeutes, une ostéopathe et un gynécologue).

†Elisabeth Bürge, responsable de la filière de physiothérapie de la HEdS et Jacques Dunand, ancien directeur et responsable de la filière de physiothérapie de la HEdS. Leur ouverture d'esprit et leur intérêt pour ce travail m'ont permis de retracer un bout de l'histoire de la formation en physiothérapie et urogynécologie à Genève.

Georges Flückiger, ostéopathe et enseignant à la HEdS, pour ses précisions sur l'enseignement actuel des cours d'anatomie dispensés aux physiothérapeutes.

Sylvie Allémann, amie et enseignante de français, pour son précieux travail de correction de langue tout au long de la rédaction de mon mémoire.

Serge Guinot, ami et psychologue, enseignant HETS, pour ses conseils avisés et qui m'a permis d'aller de l'avant dans l'analyse de contenus de mes interviews.

Claude Wanner, amie de longue date et professionnelle de la mise en page, pour son travail de pro.

Isabelle Isch-Thüler, ma belle-sœur et Michèle Schmid, amie, pour leur travail de relecture et de corrections.

Jennifer Wanner-Maré, très chère amie, pour ses conseils, son soutien et son enthousiasme tout au long de mon parcours.

Sean Wotton, ami, et Hans Isch, mon papa, pour leur aide dans la lecture des articles en anglais.

Christine Ravier, ma sœur, pour son aide dans la retranscription de la dernière interview.

Florence Passy, une amie et professeur à UNIL, pour ses éclairages avisés.

Luc Dubath, mon mari, pour sa présence, son écoute, son soutien et sa patience tout au long de ce travail.

Bibliographie

ABRAHAM, Georges, PASINI, Willy (1975). Introduction à la sexologie médicale. Paris : Ed. Payot, 385 p. (Bibliothèque scientifique).

ARESKOUG-JOSEFSSON K., GRAD G. (2015). Physiotherapy as a promoter of sexual health. Lulea, Sweden. Physiotherapy theory and practice, 31(6), p. 390-395.

BAMBERY LAMOTT Y. (2014). La prévention des agressions sexuelles contre les enfants : perspectives juridiques, Québec, Canada, Mémoire.

BIANCHI-DEMICHELI, Francesco (2013). La question de la sexualité des personnes âgées reste délicate. Genève, info@gériatrie 03.

BIANCHI-DEMICHELI, Francesco (2016).Troubles sexuels - FAPSE- cours 3-4 - Dpkeos. pdf https://chamilo.unige.ch/home/courses/74158/index.php.

BIANCHI-DEMICHELI, Francesco, ORTIGUE, Stéphanie, ABRAHAM, Georges (2012). Sexologie, naissance d'une science de la vie. Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romande. 124p. (Le savoir suisse).

BORLOZ, Nathalie (2010). Sexualité des personnes âgées en EMS. Un tabou dans les soins : quelle prise en charge ? Une revue de littérature. Sion, Suisse. Travail de Bachelor, HES-SO en soins infirmiers.

BOUVIER, Paul (2006). Prévention des abus sexuels envers les enfants. Genève, Service de la santé de la jeunesse.

BRENOT, Philippe (2012). Qu'est-ce que la sexologie ? Paris : Ed. Payot et Rivages, 235 p. (Petite Bibliothèque Payot).

BUFFAT, Juliette (2014). Le sexe et vous. Réponses d'une sexologue à vos questions les plus intimes. Lausanne, Ed. Favre, 275 p..

CÉBULA, J.-C., LAURU, Didier (2002). Sexualité, Paris, Enfance et Psy, 1, n°17, p. 5-8.

COLSON, M.-H. (2007). Sexualité après 60 ans, déclin ou nouvel âge de vie ? Marseille, France. Sexologie, 16, p. 91-101.

COLSON, M.-H. (2014).Conséquences psychologiques et sexuelles de l'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP). Marseille, Sexologies, 23, p. 85-90.

COUR F. et al. (2013). Abus sexuels dans l'enfance : intérêt de leur diagnostic pour la compréhension et la prise en charge des troubles sexuels, ano-rectaux et vésico-sphinctériens. Paris, Progrès en urologie, volume 23, p.780-792.

COURTOIS, R. (1998). Conceptions et définitions de la sexualité: les différentes approches. France, Annales Médico-Psychologiques 156, n° 9, p. 613-620.

CUZIN, B. (2014). Le couple face aux difficultés sexuelles liées aux troubles urinaires. Lyon, Sexologies, 23, p. 33-40.

DROUPY, S. (2014). Sexualité et pathologies urologiques, Presse Médicale, 43, p. 1106-1110.

DUPRAS, A., SOUCIS, P *(2008)*.La sexualité des personnes âgées : bilan des recherches québécoises. Montréal, Canada. Sexologies, *17, p. 190-198*.

DYER, K., DAS NAIR, R. (2013). Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. Nottingham, UK. Journal Sexual Medicine, 10, p.2658-2670.

GAUTHIER, C. (2010). Les abus sexuels : une cause des maladies psychosomatiques. Genève, Revue Medicale, 65, p. 437-441.

GELLMANN, R. et al. (2005). Histoire de la sexologie. Paris, Annales médico-psychologiques, 163, p. 298-301.

GODET, S. (2013).Prise en charge des dysfonctions sexuelles, quelle place pour une spécialité de médecine en santé sexuelle? Charleville-Mézières, France, Sexologies, 22, p. 56-64.

GRELLET, L., FAIX A. (2011). Que guérit-on en prenant en charge une dysfonction érectile ? Montpellier, Sexologies 20, p.42-46.

GROSSE, D., SENGLER, J. (1996). Evaluation des techniques de rééducation périnéale. Mulhouse, France. Mémoire, Annales Réadaptation Médecine Physique, 39, p. 61-78.

HALPÉRIN, Daniel S., BOUVIER, Paul, REY WICKY, Hélène (1997). A contre-cœur, à contre-corps, Regards pluriels sur les bus sexuels des enfants. Genève : Ed. Médecine et Hygiène, 180 p.

HELLAND Y et al. (2013). Current practice and barriers to the management of sexual issues in rheumatology: results of a survey of health professionals. Oslo, Norway. Scandinavian Journal Rheumatology, 42, p. 20-26.

HOFNER, M.-C., VIENS PYTHO, N. (2014). Violences domestiques. Prise en charge et prévention. PPUR, 133 p. (Le savoir suisse).

LAHAIE, B., TASTET, P. (2014). « Le Kama Sutra illustré », France, Ed Privé.

LAROUSSE, sexualité, http:/www.larousse.fr/encyclopédie/divers/sexualité/91643, 15.03.2016.

LAUMANN E. O et al. (1999). Sexual dysfunction in the United States, prevalence and predictors. JAMA, 281, p. 537-544.

PENWELL-WAINES L. et al. (2014). Student perspectives on sexual health: implication for interprofessional education, Augusta, USA, Journal of Interprofessional care; 28(4), p. 317-322.

PHYSIOGENÈVE : La physiothérapie concerne tout le monde. http://www.physioswiss.ch/geneve/physiotherapie.htm (04.04.2016)

PHYSIOSWISS : Qu'est-ce que la physiothérapie ? http://www.physioswiss.ch/swiss/was-ist-pt-neu.htm (04.04.2016)

PYNOR R. et al. (2005). A preliminary investigation of physiotherapy students' attitudes towards issues of sexuality in clinical practice. Sydney, Australia, Physiotherapy 91, p. 42-48.

SIDORKEWICZ, Natalie, MCGILL STUART, M. (2014), « Le Kama Sutra du lombalgique », « male spine motion during coitus, implication for the low back pain patient », revue mains libres, n°247.

SSEJ, (2015). A l'école, on parle aussi de sexualité ! Genève, DIP-DEJ/SSEJ GE.

VERDURE F. et al. (2010). Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Etude réalisée auprès d'adolescents de classe de troisième. Angers, France, Archives de pédiatrie, 17, p. 219-225.

WEIGAND, Ellen, BIANCHI-DEMICHELI, Francesco (2013). J'ai envie de comprendre, Ma sexualité (femme). Genève : Ed. Médecine et hygiène, 191 p. (Planète santé).

WEIGAND, Ellen, BIANCHI-DEMICHELI, Francesco (2014). J'ai envie de comprendre, Ma sexualité (homme). Genève : Ed. Médecine et hygiène, 300p. (Planète santé).

WITTENBERG, A., GERBER, J. (2009). Recommendations for improving sexual health curricula in medical schools: results from a two-arm study collecting data from patients and medical students. Burlington, USA. Journal Sexual Medicine, 6, p. 362-368.

World Health Organization 2006. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. p.5.

Annexe:

CAS SEXOLOGIE CLINIQUE UNIGE 2013-2016

TRAVAIL DE MEMOIRE

Est-ce que les physiothérapeutes, spécialisées en urogynécologie, parlent de sexualité avec leurs patient(e)s ? Et comment elles en parlent ?

QUESTIONNAIRE

Date : Numéro:

Sexe : □ H □ F

Age :

Etat civil : □ Célibataire □ En couple □ Marié/e □ Divorcé/e □ Veuf/ve

Depuis combien de temps :

Enfants : □ Oui □ Non

Age des enfants (du plus jeune au plus âgé) :

Religion :

Importance de la religion :

□ Pas du tout importante □ Peu importante □ Plutôt importante □ Très importante

Année de l'obtention du diplôme de physiothérapeute :

Ville : Pays :

Formations post-graduées :

Année : Ecole :

Nombre d'années d'expérience en uro- gynécologie :

GRILLE DE QUESTIONS D'ENTRETIENS

JE VAIS D'ABORD VOUS POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE PROFESSION (SPECIALISATION) AFIN DE COMPRENDRE CERTAINS ENJEUX DE VOTRE PRATIQUE ET LA PLACE DE LA SEXUALITÉ DANS VOTRE DOMAINE.

1) Pouvez-vous me raconter votre parcours de formation ?

2) Qu'est-ce qui vous a motivé à faire cette spécialisation ?

3) Qu'est-ce que vous aimez dans cette spécialité ?

4) Vous sentez-vous à l'aise dans ce domaine ?

5) Dans votre pratique, quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?

6) Dans votre activité professionnelle, quels types de pathologie, de plaintes rencontrez-vous, généralement ?

7) Quels âges ont vos patient(e)s en moyenne ?

8) Travaillez-vous en réseau ?

8a) Est-ce que vous avez déjà proposé à un patient d'aller consulter un sexologue ?

8b) Est-ce que vous connaissez quelqu'un ou un lieu ?

9) Lors de votre anamnèse, en uro-gynécologie, est-ce que vous abordez systématiquement la sexualité avec vos patient(e)s?

10) Si oui, quels types de questions posez-vous ?

11) Pourquoi ces questions sont importantes, selon vous ?

12) Quels sujets n'abordez-vous pas ?

12a) Si non, pour quelles raisons n'abordez-vous pas le sujet ?

12b) Qu'est-ce qui pourrait vous aider à en parler ?

13) Est-ce que vos patient(e)s parlent de leur sexualité spontanément ?

14) Si cela est déjà arrivé, comment avez-vous accueilli ces questions/propos ?

JE VAIS MAINTENANT PASSER À DES QUESTIONS PLUS PERSONNELLES, SUR VOTRE VIE INTIME.
JE VOUS RAPPELLE QUE TOUTES VOS RÉPONSES SONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES.
VOS PROPOS SERONT ENTIEREMENT ANONYMISÉS LORS DE LA RÉDACTION DU TRAVAIL.

Vous aurez la possibilité de relire les passages de mon travail où je donne des informations sur les entretiens, afin de vérifier que tout soit bien anonymisé.

QUESTIONS PLUS PERSONNELLES

15) De manière générale, considérez-vous que la sexualité tient une place importante dans votre vie ?

16) Pourquoi ?

17) Pratiquez-vous une activité sexuelle ? A deux ? Seul(e) ?

18) Globalement, en êtes-vous satisfait(e) ? Si non, pour quelles raisons ?

19) Est-ce que votre activité professionnelle a modifié d'une quelconque manière votre regard sur la sexualité ?

20) Pensez-vous qu'elle a pu avoir une influence sur votre propre sexualité ?

21) Dans votre vie privée, vous êtes-vous retrouvé confronté à des difficultés sexuelles ?

22) Si oui, de quel ordre ?

23) Avez-vous quelqu'un avec qui vous pouvez parler de votre sexualité ?
Dans votre entourage ? Chez un professionnel ?

24) Est-ce que votre médecin, ou spécialiste, vous pose des questions sur votre sexualité ?

25) Avez-vous suivi une psychothérapie/ sexothérapie ? Si oui, de quel type ?

26) Remarques.