

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTÉ DE SANTÉ

ANNÉE 2023

2023 TOU3 1094

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Madame Léa AUBINEAU

Née le 16/02/1996 à Auxerre (89)

Le 18 septembre 2023

**LES DYSPAREUNIES DE LA FEMME VUES PAR LES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES, DU DIAGNOSTIC À LA PRISE EN CHARGE :
ÉTUDE DES PRATIQUES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
D'OCCITANIE**

Sous la direction de Madame la Docteure Isabelle FRAY

JURY

Madame la Professeure Marie-Ève ROUGÉ-BUGAT

Présidente

Madame la Docteure Margaux GAILLARD

Assesseure

Madame la Docteure Élodie BELOT

Assesseure

Madame la Docteure Isabelle FRAY

Assesseure



Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine

2022-2023

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENCH Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAUAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie orthopédique et cardio-vasculaire
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIÈRE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

Professeurs Associés

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
Mme WOISARD Virginie

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Pharmacologie et immunologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibaut	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

REMERCIEMENTS DU JURY

À Madame la Professeure **Marie-Ève ROUGÉ-BUGAT**,

Médecin généraliste

Professeure des Universités

À Madame la Docteure **Margaux GAILLARD**,

Médecin généraliste

Cheffe de Clinique des Universités

À Madame la Docteure **Élodie BELOT**,

Médecin généraliste

Assistante Universitaire Associée

Et à Madame la Docteure **Isabelle FRAY**,

Médecin généraliste

Maître de Stage Universitaire

Merci Isabelle pour votre disponibilité et vos précieux conseils pour la rédaction de ce travail.

Merci à toutes d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse. Je suis très reconnaissante et honorée que quatre brillantes femmes médecins soient les juges de ma thèse d'exercice. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect pour ce que vous faites pour la santé de la Femme.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

À mes **parents**,

Merci de m'avoir donné la chance de réaliser mon rêve de petite fille. Votre soutien tout au long de mon parcours m'a permis de m'accrocher et de ne jamais abandonner. Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises et qui font de moi celle que je suis aujourd'hui.

À mon **frère**,

Merci de ton aide précieuse pour la rédaction de ce manuscrit. Je suis très heureuse que la vie m'ait donné un petit frère comme toi, merci d'être resté à mes côtés malgré mes sautes d'humeur à ton égard.

À **Matthieu**,

Merci de m'avoir soutenue en tout temps, surtout dans les moments où je n'y croyais plus moi-même. L'amour et l'attention que tu me portes chaque jour me permettent d'avancer plus sereinement sur le chemin sinueux de la vie. La fin de ma formation marque le début d'une nouvelle aventure que j'ai hâte de vivre avec toi ! Je t'aime.

À **Annie et Alain**,

Merci d'avoir été là tout au long de mes études, de m'avoir apporté votre soutien sans faille, et de m'avoir offert des moments en famille qui m'ont permis de me vider la tête.

À **Bernard**,

Merci de m'avoir donné goût à la course à pied; je sais que tu m'accompagnes à chaque fois que je franchis une ligne d'arrivée. Avec **Mamée, Mémé, Pépé, Liliane et Patrick**, vous seriez sûrement fiers de voir le travail que j'ai accompli.

À **Jean-Marc, Cathy, Marie.M, Vincent.B, Vincent.M, Vanessa, et Sarah**,

Merci d'avoir écouté mes doutes et mes plaintes. Merci de m'avoir encouragée et merci pour tous les moments passés ensemble.

À **Maxime et Gaétan,**

Merci pour ces années passées à vos côtés, ces fous rires partagés, ces sous-colles interminables, ces randonnées en baskets. Vous êtes de ces personnes qui illuminent une vie. Je n'aurais jamais pu réussir sans votre présence à mes côtés. Je suis fier de vous mes CONfrères. Merci à **Alexandre** d'avoir partagé nos délires et d'être toujours dans ma vie aujourd'hui. J'espère que l'on continuera à arpenter les montagnes des Pyrénées ensemble. Et merci à **Sarah** de nous accompagner dans nos aventures, et de me faire rire avec ton humour parfois piquant !

À **Axel,**

Merci d'avoir partagé ces 25m² avec moi pendant quelques années, merci de m'avoir fait rire quand tout me paraissait gris, merci de m'avoir encouragée quand tout me paraissait impossible. J'espère que l'on dansera sur Tchikita jusqu'à la fin de nos jours, même lorsque l'on sera en EHPAD !

À **Rodolphe, Marlyne, Pierre et Valentin.M,**

Merci d'être les (f)ratés que vous êtes, de m'avoir accompagnée tout au long de ces dures études. Merci de faire mourir de rire à chaque fois que l'on se voit, je vous souhaite des tonnes d'autres moments ensemble.

À **Marie.C et Laura,**

Merci d'avoir illuminé mes trois ans d'internat. Merci pour tous ces burgers ingérés entre les cours, merci pour ces verres parfois de trop. Vous êtes des copines en or, et vous ferez de très bons médecins !

À **Emmanuelle.E,**

Merci de ta présence au cours de ces derniers semestres, merci pour ta douceur et ta bienveillance. Merci d'aimer les restos végétariens et d'avoir partagé ces repas avec moi !

À **Marie.B,**

Merci d'avoir enrichi mon lexique d'expressions graveleuses, merci de partager le même humour que le mien. J'espère que l'on te reverra lorsque l'on passera par la Normandie !

À Sarah,

Merci de m'avoir apporté tant de joie et d'avoir partagé tant de moments avec moi au cours de tes 6 mois d'ERASMUS. Tu me remercies toujours pour ce que je fais pour toi, mais tu ne te rends pas compte de l'importance pour moi de ta présence à mes côtés ! Merci de m'avoir fait découvrir la vie allemande, j'ai hâte de revenir te voir.

À Maxine,

Quelle chance d'avoir reçu ce petit texto me proposant de se revoir malgré ton déménagement ! Merci de m'avoir soignée, et d'être devenue mon amie. Chacune de nos rencontres me rend plus joyeuse, tu es tellement solaire ! Je sais que je peux compter sur toi en cas de besoin, et j'espère qu'il en va de même pour toi.

À Simon,

Merci d'être celui que tu es, de m'avoir aidée dans une période où je ne savais plus où j'allais. Merci d'être resté, et d'être toujours là aujourd'hui. J'ai perdu l'espoir de te battre un jour à Ricochet Robot, mais je ne doute pas que l'on retournera chercher des champignons un de ces quatre !

À Valentin.H,

Merci de m'avoir tendu la main quand j'en avais le plus besoin, merci pour tous ces précieux conseils, et de m'avoir permis de mieux appréhender la vie et son caractère parfois insensé.

À Charline,

Merci d'avoir mimé la FA avec moi dans les couloirs des urgences, merci pour tous ces fous rires partagés. J'espère pouvoir travailler de nouveau avec toi dans le futur, peut-être au cours d'une mission humanitaire qui sait ! Je te souhaite le meilleur.

À Romain,

Merci pour ces soirées jeux de société (surtout ceux de coopération!), et toutes ces discussions à propos de la vie. Je me sens moi-même lorsque tu es à mes côtés, et c'est très précieux à mes yeux.

À **Christelle**,

Merci pour toute cette joie que tu as apportée dans ma vie, merci d'être le rayon de soleil que tu es. J'ai adoré travailler avec toi, et j'espère que l'on pourra réitérer l'expérience très bientôt !

À **Mathilde**,

Merci d'être là depuis ces nombreuses années, merci pour tous ces échanges, philosophiques, politiques, féministes et j'en passe ! Peut-être qu'un jour on arrivera à se voir plus !

À **Sanda**,

Merci d'avoir rendu ces 6 mois vivables au cours de la bataille de Mirepoix ! Je n'aurais jamais pu espérer rencontrer quelqu'un qui me comprend aussi bien. Nos appels me donnent toujours le sourire et me rappellent que même loin des yeux, tu n'es pas loin de mon cœur.

À **Julie**,

Merci de m'avoir accompagnée depuis ces colles de P1 à l'obtention de mon doctorat. Merci d'être présente dans ma vie malgré les années et la distance, j'espère que l'on pourra se voir plus fréquemment à l'avenir.

À **Anthony**,

Merci d'être entré dans ma vie, et de m'apporter une épaule lorsque j'ai besoin de soutien. Merci pour tous ces échanges passionnants et très stimulants. Je te souhaite de trouver la voie de la sérénité.

À **David**,

Merci pour ces séances de vaccinations et ces sorties vélo ! Merci de m'avoir donné la chance de rencontrer ton petit Noah, et merci de m'avoir fait découvrir le milieu de la médecine somatique en psychiatrie.

À **Chloé et Hélène**,

Merci pour toutes ces soirées plus qu'arrosées et tous ces bons moments passés ensemble.

À **Emmanuelle.G,**

Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir accompagnée lors de mon premier remplacement. C'est toujours une joie de passer du temps avec toi.

À **Anne-Charlotte,**

Merci de m'avoir aidée à tourner la clé dans la serrure. Merci de m'avoir permis de prendre du recul et de mieux composer avec mes questions existentielles. Merci de m'avoir offert un lieu où je peux me laisser aller.

Aux **Docteurs Cécile Rulié, Cécilia Dupenloup, Eric Boullenger, Marie Salles, Sébastien Charlot, Jean-Pierre Rocher, Anne-Laure Boudou, Raphaëlle Villard, Pauline Garcin, Sophie Ricard, Nathalie Boussier, Cécile Erhel, Carine Combes, Loïc Bouvet, Benoit Delga, Laure Fabre** et **tous les autres médecins et professionnels de santé** qui m'ont accompagnée tout au long de ma formation médicale, merci pour vos enseignements, pour vos confidences et vos conseils. Merci de m'avoir permis directement ou indirectement de devenir la médecin que je suis aujourd'hui. J'espère être digne du rôle de consoeur qui sera désormais le mien.

À tous **les patientes et patients** dont j'ai croisé le chemin au cours de ma formation, merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir confié votre santé. Je n'ai jamais autant appris qu'en vous écoutant; je tâcherai de m'en souvenir tout au long de mon exercice.

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours. »

Ambroise Paré

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
- CDPEF : Centre Départemental de Planification et d'Éducation Familiale
- CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- DIU : Diplôme Inter Universitaire
- DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual - V
- DU : Diplôme Universitaire
- ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines
- EDN : Épreuves Dématérialisées Nationales
- FMC : Formation Médicale Continue
- FSDS : Female Sexual Distress Scale
- FSFI : Female Sexual Function Index
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
- MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
- MSU : Maître de Stage Universitaire
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PCR : Polymerase Chain Reaction
- PMA : Procréation Médicalement Assistée
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- PN1 : Praticien de Niveau 1
- SAPSAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
- SFE : Santé de la Femme et de l'Enfant
- TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale
- VPCQ : Vaginal Penetration Cognition Questionnaire

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
I. LA SANTÉ SEXUELLE	4
II. LA RÉPONSE SEXUELLE FÉMININE	4
1. LE DÉsir.....	5
2. L'EXCITATION	5
3. LE PLATEAU	6
4. L'ORGASME	6
A. LES MANIFESTATIONS PHYSIQUES.....	7
B. LES ORIGINES PHYSIQUES.....	7
5. LA RÉsOLUTION.....	9
III. LA DYSFONCTION SEXUELLE	9
IV. LES DYSPAREUNIES	10
1. DÉFINITION	10
2. ÉPIDÉMIOLOGIE.....	10
3. IMPACT SUR LA SANTÉ FÉMININE.....	11
4. ÉTIOLOGIES.....	13
5. PRISE EN CHARGE	13
V. LE RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES PATIENTES	15
VI. DÉMOGRAPHIE MÉDICALE.....	15
MATÉRIELS ET MÉTHODES	16
I. TYPE D'ÉTUDE ET POPULATION ÉTUDIÉE.....	16
II. RECUEIL DE DONNÉES.....	16
1. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE	16
2. TEST DU QUESTIONNAIRE.....	17
3. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE	18
III. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	18
IV. OBJECTIF PRINCIPAL ET SECONDAIRES.....	18
V. EXPLOITATION DES DONNÉES	19
RÉSULTATS	22
I. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE	23
1. SEXE	23
2. ÂGE.....	23
3. DÉPARTEMENT D'EXERCICE.....	24
4. MILIEU D'EXERCICE ET MODE D'INSTALLATION	24

5. SOUTENANCE DE THÈSE.....	25
6. ACCUEIL D'INTERNES	25
7. RÉALISATION D'UN STAGE DE GYNÉCOLOGIE PENDANT L'INTERNAT	26
8. FORMATION COMPLÉMENTAIRE EN GYNÉCOLOGIE	27
9. NOMBRE DE CONSULTATIONS DE GYNÉCOLOGIE PAR SEMAINE	27
II. INTERROGATOIRE	28
1. MODALITÉ DE DÉCOUVERTE DES DYSPAREUNIES	28
2. CARACTÉRISATION DES DYSPAREUNIES	28
3. RECHERCHE DES ANTÉCÉDENTS ET DES TRAITEMENTS	30
4. RECHERCHE DE L'IMPACT DES DYSPAREUNIES.....	31
5. RECHERCHE DES SIGNES ASSOCIÉS	32
III. EXAMEN CLINIQUE.....	32
1. PALPATION ABDOMINALE	32
2. EXAMEN VISUEL DE LA VULVE ET DE LA ZONE PÉRI-ANALE.....	33
3. TOUCHER VAGINAL.....	33
4. EXAMEN AU SPÉCULUM	34
5. TEST AU COTON-TIGE.....	34
6. EXAMEN CLINIQUE SELON LE SEXE DU MÉDECIN	35
IV. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES	35
1. RECHERCHE DE CHLAMYDIA/GONOCOQUE PAR PCR	35
2. ANALYSE MYCOBACTÉRIOLOGIQUE SUR PRÉLÈVEMENT VAGINAL.....	36
3. ECBU	36
4. ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE	37
5. IRM PELVIENNE.....	37
V. TRAITEMENTS.....	38
1. CONTRACEPTION.....	38
2. LUBRIFIANT	38
3. ANTALGIQUES	38
4. OESTROGÈNES LOCAUX.....	38
5. PAS DE PRESCRIPTION DE TRAITEMENT	39
6. ANESTHÉSANT LOCAL.....	39
7. TOPIQUE À BASE D'ACIDE HYALURONIQUE.....	39
VI. ORIENTATION	40
1. VERS UN(E) GYNÉCOLOGUE.....	40
2. VERS UN(E) DERMATOLOGUE	40
3. VERS UN(E) SEXOLOGUE.....	41
4. VERS UN(E) PSYCHOLOGUE.....	41

5. VERS UN(E) KINÉSITHÉRAPEUTE SPÉCIALISÉ(E) DANS LES TROUBLES PÉRINÉAUX.....	41
6. ORIENTATION SELON LA FORMATION, L'ACCUEIL D'INTERNES, LE SECTEUR GÉOGRAPHIQUE ET LE NOMBRE DE CONSULTATIONS	42
DISCUSSION.....	44
I. FORCES	44
II. LIMITES.....	44
1. REPRÉSENTATIVITÉ DE LA POPULATION	44
2. BIAIS DE RECRUTEMENT.....	45
3. BIAIS DE MESURE	46
4. CHOIX DE LA MÉTHODE	46
5. TAILLE DE L'EFFECTIF.....	46
III. DISCUSSION DES RÉSULTATS	47
1. ABORD DE LA PROBLÉMATIQUE	47
2. INTERROGATOIRE.....	48
3. EXAMEN CLINIQUE.....	51
4. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES	52
5. TRAITEMENTS	53
6. ORIENTATION.....	55
7. ABSENCE DE LIEN STATISTIQUE.....	57
IV. PERSPECTIVES	58
1. SENSIBILISATION DES PATIENTES.....	58
2. SENSIBILISATION DES MÉDECINS.....	58
3. PLURIDISCIPLINARITÉ ET TRAITEMENT MULTIMODAL	59
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXES	69
ANNEXE N°1 : VUE FRONTALE DU CLITORIS, KELLING ET AL. 2020	69
ANNEXE N°2 : QUESTIONNAIRE DE THÈSE	70
ANNEXE N°3 : AUTORISATION DE LA CNIL	75
ANNEXE N°4 : SEUIL POUR CHAQUE VARIABLE.....	76
ANNEXE N°5 : EFFECTIFS DE L'ANALYSE BIVARIÉE.....	77
ANNEXE N°6 : RÉSULTATS DE L'ANALYSE BIVARIÉE	80
ANNEXE N°7 : RÉPONSES AUX QUESTIONS LIBRES DU QUESTIONNAIRE.....	81
ANNEXE N°8 : FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)	84
ANNEXE N°9 : VAGINAL PENETRATION COGNITION QUESTIONNAIRE (VPCQ).....	87
ANNEXE N°10 : FEMALE SEXUAL DISTRESS SCALE (FSDS)	88
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	89

INTRODUCTION

I. LA SANTÉ SEXUELLE

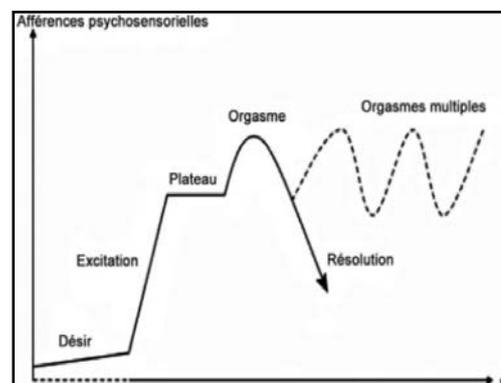
Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé sexuelle est définie comme « un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité » [1].

La sexualité d'une femme fait donc partie intégrante de sa santé globale; aussi, tout comme sa santé mentale et sa santé physique, sa santé sexuelle doit être prise en considération par le corps médical.

II. LA RÉPONSE SEXUELLE FÉMININE

Masters and Johnson, pionniers en matière de sexologie, ont décomposé la réponse sexuelle en quatre phases successives de longueur inégale et variable. Ces quatre phases, excitation, plateau, orgasme et résolution constituent ce qu'ils ont appelé le « cycle sexuel ». Plus tard, Kaplan et Lief ont ajouté à ce cycle, la phase de désir avant la phase d'excitation [2].

Figure n°1 : Les phases de la réponse sexuelle féminine, Rabii et al. (2010).



La fonction sexuelle est un processus biologique complexe, à composantes multiples, qui met en jeu les voies et centres médullaires et cérébraux ainsi que leurs effecteurs périphériques. Elle associe des mécanismes centraux pour la régulation du désir, et des mécanismes locaux pour la phase d'excitation et l'orgasme [2].

Nous allons détailler les manifestations physiologiques des différentes phases de la réponse sexuelle, mais nous ne préciserons pas les mécanismes nerveux et hormonaux qui régulent cette réponse.

1. LE DÉSIR

Le désir représente la première étape de la réponse sexuelle, il correspond à un souhait d'accomplir un acte sexuel. Il est marqué par des pensées autour de fantasmes imaginaires concernant la sexualité. Il peut être déclenché par des stimuli émotionnels, érotiques, romantiques ainsi que par la proximité physique avec un autre individu [3]. Les stimuli provoquant le désir sexuel sont variables selon les individus [4].

2. L'EXCITATION

Elle correspond à la phase de montée du plaisir sexuel, et débute avec les premières stimulations sexuelles. Elle dure de quelques secondes à quelques minutes [4].

Lors de cette phase, il existe une augmentation de la tension musculaire, du rythme cardiaque ainsi que de la pression artérielle [4].

L'excitation entraîne la lubrification vaginale qui est permise par un transsudat plasmatique dont la production est contrôlée par des neuromédiateurs [4;5]. Ce qui constitue une lubrification « suffisante » pour une femme peut être influencé par ses préférences, son statut hormonal, ses croyances culturelles, d'éventuelles pathologies prédisposant à une douleur vulvovaginale, ou encore les préférences de son partenaire. De manière générale, les femmes rapportent une plus grande satisfaction lors de leurs rapports sexuels et de l'orgasme lorsqu'elles utilisent un lubrifiant. En effet, son utilisation permettrait d'augmenter le plaisir et de diminuer un éventuel inconfort [6].

Il existe, de manière concomitante à la lubrification vaginale, une augmentation de la vascularisation du clitoris, du vagin, et des petites lèvres, ainsi qu'un aplatissement des grandes lèvres. L'urètre, le col utérin, les glandes vestibulaires, l'utérus, et le rectum ne connaissent pas de modification de leur structure, de leur taille ni même de leur vascularisation au cours de la phase d'excitation [3;7].

Lors de l'excitation, des modifications de la respiration se mettent en place : elle se fait plus rapide, mais aussi plus profonde, avec parfois la production de sons et de grognements plus ou moins volontaires.

Il est encore difficile de dire dans quelle mesure les changements dans la respiration sont contrôlés par des besoins physiologiques, un plaisir volontaire ou des réactions instinctives. Il semblerait que ces trois facteurs interagissent de manière à mener à un syndrome d'hyperventilation (spasmes, mydriase, tachycardie, paresthésies, sensation de dépersonnalisation [8]) sans toutefois conduire à l'apparition de symptômes inconfortables tels que l'anxiété, le malaise, la dyspnée ou encore les douleurs thoraciques [9].

La mise en place de l'hyperventilation durant les rapports sexuels pourrait être utilisée par la physiologie humaine pour intensifier les expériences de l'excitation sexuelle, de la transe et de l'orgasme. En effet, l'hyperventilation modifie les taux de dioxyde de carbone sanguin, gaz ayant un rôle dans la régulation du débit sanguin, particulièrement au niveau cérébral. La quantité de gaz carbonique sanguin est donc un indicateur de l'activité métabolique du cerveau. Lors des périodes d'hyperventilation, il existe une activité métabolique cérébrale modifiée, avec une consommation d'oxygène réduite dans la matière grise du néocortex alors qu'elle l'est beaucoup moins dans les structures limbiques. Cette différence peut aboutir à des changements de l'équilibre entre l'influence corticale et l'influence limbique dans la régulation des systèmes psychophysiologiques lors du rapport sexuel. La plupart des caractéristiques ressenties lors des états de transe induits par l'activité sexuelle, telles qu'une diminution du contact avec la réalité ou une diminution du contrôle corporel et comportemental, peut être expliquée par la diminution des influences corticales et par l'augmentation de la stimulation limbique [9].

3. LE PLATEAU

Lors de la phase de plateau, qui peut durer plusieurs minutes, les réactions de la phase d'excitation s'intensifient puis se maintiennent [2].

4. L'ORGASME

Selon Meston et Levin, l'orgasme féminin correspond à « un pic variable et bref d'intense plaisir qui crée un changement de l'état de conscience, habituellement suivi d'un soulagement de la tension sexuelle, de contractions rythmiques des muscles du périnée, des organes reproducteurs, des parois postérieures du vagin et du sphincter de l'anus. Cet état étant généralement à l'origine d'une sensation de bien-être et de satisfaction » [10].

A. *LES MANIFESTATIONS PHYSIQUES*

La réponse orgasmique débute par de fortes contractions rythmées du tiers inférieur du vagin. Ces contractions durent entre 5 et 8 secondes, avec initialement des intervalles de moins d'une seconde (0,8 sec), puis, au fur et à mesure que les contractions deviennent de plus en plus faibles, les intervalles s'allongent. Dans le même temps, les muscles du sphincter anal se contractent également [5].

Un « flush » dans le cou et sur la poitrine apparaît et devient de plus en plus prononcé, pouvant couvrir une grande partie du corps [5].

L'ensemble du corps peut être le foyer de myotonies, particulièrement la face, les mains et les pieds. On peut fréquemment observer un rictus facial. Au pic de l'orgasme, le corps entier peut devenir momentanément rigide [5].

Les sensations orgasmiques peuvent s'accompagner de la production de grognements et de sons involontaires [9].

Enfin, bien que chaque femme ait un type d'orgasme habituel, l'intensité et le plaisir varieront à chaque expérience, en fonction du contexte, de la qualité et de la quantité de la stimulation sexuelle [5].

B. *LES ORIGINES PHYSIQUES*

Seules les structures érectiles des organes génitaux féminin (autrement dit le clitoris) peuvent être à l'origine de la sensation orgasmique d'après Masters et Johnson [11]. Ainsi, faire la distinction entre un orgasme dit « clitoridien » et un orgasme dit « vaginal » ne repose sur aucun fondement scientifique.

Il est toutefois fréquent que les femmes décrivent des sensations orgasmiques différentes selon que la stimulation clitoridienne est externe ou interne. Il se peut que ces différences de perceptions rapportées puissent être expliquées par l'implication des différentes parties du clitoris, et qu'elles soient liées à l'habileté des femmes à distinguer les sensations obtenues à partir des différentes stimulations [12].

En effet, lors d'une stimulation externe du clitoris, le gland (*anatomie du clitoris en annexe n°1*) se retrouve mobilisé et écrasé de manière répétée. Le gland et le corps du clitoris bougent, alors que les corps caverneux et les bulbes vestibulaires sont immobiles. Au cours de ce type de stimulation clitoridienne, la vélocité sanguine au travers des différents vaisseaux sanguins irriguant le clitoris n'est pas modifiée [12].

Lors d'une stimulation interne du clitoris via le vagin, il existe des contractions réflexes et volontaires des muscles périnéaux entraînant des mouvements descendants du corps caverneux et des bulbes vestibulaires. Ces mouvements rapprochent la pars intermedia du clitoris de la paroi antérieure du vagin. On observe également une augmentation de la vélocité sanguine dans les plexus veineux. Enfin, la distension vaginale liée à pénétration entraîne une contraction réflexe des muscles bulbo-caverneux et des muscles ischio-caverneux [4;12].

Que la stimulation soit d'origine interne ou externe, il existe au moment de l'orgasme une libération soudaine d'opioïdes endogènes, de sérotonine, de prolactine et d'ocytocine [3].

Chez l'homme, les contractions rythmiques involontaires des muscles pelviens lors de l'orgasme ont pour but de permettre l'éjaculation. Chez la femme, leur but n'est pas si évident, et cinq hypothèses ont été émises concernant leur rôle [4] :

- Éjecter les sécrétions des glandes para-urétrales (fonction signalée par une minorité de femmes),
- Créer des sensations sexuelles agréables, permettant une stimulation du clitoris comme décrit précédemment,
- Faire retourner les tissus congestionnés à leur état basal,
- Aider l'homme à éjaculer,
- Mettre fin à l'excitation sexuelle, puisque l'obtention d'un orgasme chez la femme ne signe pas obligatoirement la fin de l'excitation sexuelle. En effet, la poursuite de la stimulation sexuelle peut conduire à une répétition d'orgasme(s) si la femme le souhaite [5]. Le fait que les femmes ne présentent pas d'éjaculation pourrait expliquer pourquoi elles n'ont pas de période réfractaire et sont capables d'avoir des orgasmes multiples [11].

Il est également à noter que la femme n'a pas de point de non-retour, c'est-à-dire de moment d'irréversibilité de l'orgasme. C'est pourquoi, même au moment de l'imminence de l'orgasme, si la stimulation adéquate s'arrête, l'excitation retombe [2].

5. LA RÉOLUTION

La résolution est la phase au cours de laquelle l'excitation sexuelle redescend. Elle est caractérisée par un sentiment de relaxation mentale et physique, une détente musculaire et un sentiment de bien-être général [2].

Elle débute avec la fin de l'orgasme, donc après les dernières contractions orgasmiques. On observe alors la diminution de la pression sanguine, du rythme cardiaque, de la fréquence respiratoire ainsi que la diminution de la congestion génitale [2;9].

Immédiatement après l'orgasme, une dilatation minime se produit au niveau du col de l'utérus, durant 20 à 30 minutes, dans le but potentiel de faciliter le transport des spermatozoïdes à travers le canal endocervical [4].

III. LA DYSFONCTION SEXUELLE

Dans certaines situations, la réponse sexuelle physiologique de la femme peut se trouver altérée, et dès lors, la sexualité qui pouvait être une source de bien-être, de plaisir et de satisfaction, se retrouve être à l'origine d'anxiété, de peurs, d'anticipations négatives, de douleurs, voire parfois de symptômes dépressifs [13].

Les dysfonctions sexuelles de l'homme sont bien connues et les traitements sont nombreux. En revanche, les connaissances concernant les dysfonctions sexuelles féminines sont bien moindres, et les traitements proposés sont très aléatoires en terme d'efficacité. Cet écart de connaissances s'explique notamment par la plus faible existence d'études scientifiques concernant la sexualité féminine. En outre, la plupart des études existantes présentent de nombreux biais, et leurs résultats sont donc rarement fiables [14].

D'après le DSM-V, les dysfonctionnements sexuels de la femme comprennent les troubles de l'excitation, les troubles de l'orgasme, et les troubles douloureux lors de la pénétration [15].

IV. LES DYSPAREUNIES

1. DÉFINITION

Les dyspareunies sont des douleurs génitales ressenties juste avant, pendant ou après les rapports sexuels [16].

Afin de mieux les discriminer, elles sont classées en :

- Dyspareunies d'intromission (ou superficielles) : douleurs ressenties au niveau de la vulve ou de l'entrée du vagin au début de la pénétration vaginale,
- Dyspareunies profondes : douleurs internes lors de la pénétration vaginale pouvant irradier vers le fond du vagin, vers la région pelvienne et parfois vers le rectum [17].

Toutefois, les deux types de dyspareunies peuvent être décrites par une même patiente, lors d'un même rapport [17].

On peut également les classer selon leur début d'apparition :

- Dyspareunies primaires : elles ont débuté avec les premières expériences sexuelles. Leurs étiologies sont plutôt de l'ordre du psychosexuel.
- Dyspareunies secondaires : elles ont débuté bien après les premières expériences sexuelles. Elles ont alors des étiologies majoritairement organiques [18].

Enfin, les dyspareunies peuvent aussi être classées par fréquence d'apparition :

- Dyspareunies persistantes : elles sont présentes avec tous les partenaires, dans toutes les situations.
- Dyspareunies conditionnelles : elles sont présentes dans certaines positions, selon le type de stimulation, ou avec un partenaire spécifique [18].

2. ÉPIDÉMIOLOGIE

Les études de prévalence des dyspareunies sont peu nombreuses, et pour la plupart anciennes.

Les fourchettes de prévalence sont très larges, entre 8% et 21,8% des femmes sexuellement actives souffriraient de dyspareunies [19], avec des différences selon les zones géographiques : 7,5% des femmes anglaises sexuellement actives [20], 10 à 20% des femmes américaines [21]. La prévalence des dyspareunies serait plus faible dans les pays en voie de développement [19].

Il existe également des variations de prévalence selon l'appartenance socio-culturelle ; en effet, les femmes ayant des revenus plus faibles seraient plus à risque de présenter des dyspareunies que celles avec des revenus élevés [22].

Enfin, la prévalence des dyspareunies pourrait être plus élevée chez les femmes ayant un antécédent d'abus sexuel [23].

3. IMPACT SUR LA SANTÉ FÉMININE

« Je me sentais inadéquate en tant qu'épouse, inadéquate en tant que femme. J'ai commencé à en vouloir à mon corps et au fait qu'il était défectueux. »

« Je me sens coupable et je me sens mal parce que je ne peux pas continuer. »

« Tu te dis juste qu'il y a quelque chose qui ne va pas avec toi. »

Ces mots, ce sont ceux de patientes souffrant de dyspareunies [24]. Au travers de ces témoignages, on peut ressentir la détresse de ces patientes dont la qualité de vie sexuelle est dégradée par les douleurs ressenties [25].

En effet, une large proportion d'entre elles présente des altérations de la fonction sexuelle telles que la diminution de l'excitation et du plaisir sexuel, une diminution de la fréquence des orgasmes ou une diminution de la fréquence des rapports, secondairement à la douleur [16;22].

Il n'est pas rare que ces femmes décrivent une importante diminution de leur satisfaction sexuelle [26;27].

L'anticipation de la sensation douloureuse peut même, chez certaines femmes, aboutir à une peur et un dégoût vis-à-vis des relations sexuelles [26]. Parmi les femmes souffrant de dyspareunies, 10% d'entre elles choisissent d'éviter les rapports sexuels afin de ne pas éprouver de douleur [22].

Plusieurs études ont relevé un fait alarmant concernant la gestion de ces douleurs par les patientes elles-mêmes : 62% d'entre elles pourraient choisir de ne pas tenir compte de ces douleurs [22], avec l'apparition d'un sentiment de résignation, les poussant à ne pas toujours dire à leur partenaire qu'elles souffrent [28].

En effet, elles peuvent considérer leurs propres expériences de la douleur comme insignifiantes par rapport au plaisir sexuel procuré au partenaire. Cette acceptation de la douleur finit par devenir un acte de sacrifice qui, selon elles, permettrait de ne pas exposer leur partenaire à leur souffrance, et éviter que celle-ci n'interfère avec le plaisir sexuel de leur partenaire [28].

Ces douleurs et leur absence de prise en charge peuvent mener à l'apparition d'un sentiment de culpabilité, et même si les patientes ne connaissent pas la cause de leur douleur, elles peuvent se sentir coupable de la ressentir. Cette culpabilité peut venir altérer l'image qu'elles ont d'elles-mêmes et de leur corps, se rapportant à une croyance qui voudrait que la femme idéale n'ait pas de difficultés sexuelles [28].

Malgré les douleurs, ce sentiment de culpabilité peut les empêcher de prendre un avis médical [16;22;28]. La culpabilité et la crainte des douleurs amènent parfois les femmes à des comportements d'évitement les poussant à négliger leur propre santé, en ne consultant pas pour la réalisation des frottis cervico-utérins par exemple. Ces défauts de soin pourront être à l'origine d'un retard de prise en charge et ainsi augmenter la morbi-mortalité globale de ces femmes [27].

Il semble donc essentiel de prendre en charge les douleurs liées aux rapports sexuels, afin d'éviter à ces patientes de développer des pathologies somatiques, mais également des pathologies psychiatriques. En effet, la présence de dyspareunies chez les femmes est associée à une moins bonne santé mentale, avec notamment des taux plus élevés de dépression et d'anxiété chez ces patientes [16].

Il est toutefois important de noter que la peur et l'anxiété d'anticipation peuvent persister même après que la symptomatologie douloureuse ait été améliorée [29].

4. ÉTIOLOGIES

Les étiologies des dyspareunies selon leur localisation sont présentées dans le tableau suivant [18;19;21;30;31].

Tableau n°1 : Étiologies des dyspareunies.

Dyspareunies d'intromission	Dyspareunies profondes
Dermatoses vulvaires (lichen scléreux, lichen plan)	Vulvovaginite
Vulvovaginite (vaginose bactérienne, candidose, trichomonase, vaginite inflammatoire desquamative, herpès)	Post-partum (lésions périnéales et vaginales)
Post-partum (lésions périnéales et vaginales)	Endométriose
Atrophie vulvovaginale post-ménopausique	Maladie inflammatoire pelvienne chronique
Vaginisme	Utérus rétroversé
Vulvodynie	Utérus myomateux
Lésions neurologiques (lésion du nerf pudendal, compression médullaire)	Syndrome de congestion pelvienne
Syndrome sec	Pathologies annexielles (kyste ou tumeur de l'ovaire, salpingite)
Adhérences clitoridiennes	Malformation congénitale (septum vaginal incomplet)
Malformation congénitale (atrésie vaginale, septum vaginal)	Iatrogénique (post-opératoire, radiothérapie)
Kyste ou abcès de la glande de Bartholin	Cystite interstitielle
Iatrogénique (radiation, chimiothérapie, post-opératoire)	Constipation, maladie diverticulaire
Mutilations génitales	Mutilations génitales

5. PRISE EN CHARGE

Les dyspareunies sont fréquentes [32], malheureusement, aujourd'hui encore, leurs étiologies et leur prise en charge restent peu connues des soignants [33].

La majorité des étiologies des dyspareunies est purement organique : dermatoses vulvaires telles que le lichen scléreux et le lichen plan, vulvovaginites infectieuses, maladie inflammatoire pelvienne chronique ou encore syndrome de congestion pelvienne.

Dans la grande majorité des cas, lorsque la cause est traitée, la douleur disparaît [34-37].

Mais dans certaines étiologies, telles que les vulvodynies, le vaginisme, ou la cystite interstitielle, il existe un continuum psychosomatique.

En effet, des éléments histologiques ou physiopathologiques pouvant expliquer les douleurs sont retrouvés, mais il n'est pas encore possible de dire dans quelle mesure ces modifications peuvent être considérées comme une cause ou une conséquence de la pathologie [38-40].

Toutefois, il est bien connu qu'il se développe une sensibilisation douloureuse centrale et périphérique au fur et à mesure que la pathologie douloureuse devient chronique [38]. A terme, la sensibilisation centrale peut devenir autonome et se produire indépendamment du stimulus périphérique, entraînant des douleurs chroniques même en l'absence de stimuli douloureux [41]. Dans le syndrome de sensibilisation douloureuse, il existe un abaissement du seuil douloureux, une allodynie ainsi qu'une hyperalgésie [42;43]. La cognition en rapport avec la douleur est différente chez les patientes atteintes : il semble exister chez elles une forme de catastrophisme douloureux qui consiste en des difficultés à détourner l'attention de la douleur, en une perception de la douleur plus intense ainsi qu'à une sensation d'impuissance à contrôler la douleur. Ce catastrophisme va aboutir à des comportements d'évitement qui ne feront qu'entretenir l'hypervigilance et l'anticipation anxieuse de la douleur, qui sera elle-même à l'origine d'un maintien du catastrophisme. Les femmes atteintes de douleurs chroniques vivent donc une expérience douloureuse auto-entretenu [44].

Ainsi, il apparaît comme essentiel de prendre rapidement en charge la pathologie à l'origine de la douleur afin de limiter le développement de la sensibilisation douloureuse. Cette prise en charge devra être multimodale et globale dans le but d'augmenter son efficacité [45-49]. Par exemple dans les vulvodynies, en proposant l'utilisation de lubrifiant, en prescrivant des séances de rééducation du plancher pelvien, ainsi qu'en conseillant une prise en charge psychologique utilisant les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et la pleine conscience, on obtient une diminution majeure des dyspareunies et une amélioration significative de la qualité de vie des patientes [48-51].

V. LE RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES PATIENTES

Les médecins généralistes occupent à l'heure actuelle une place très importante dans le suivi de la santé de la femme. En effet, environ 75% des femmes s'adressent à leur médecin traitant lorsqu'elles présentent une problématique relevant de la gynécologie [52].

Ce chiffre peut s'expliquer par la diminution majeure du nombre de gynécologues encore en pratique, et la nécessité pour les femmes de poursuivre leur suivi gynécologique, notamment en terme de contraception.

L'accès au médecin généraliste se trouve simplifié par rapport au gynécologue, dont les délais peuvent être particulièrement allongés [53].

Mais cette tendance peut également être explicitée par la féminisation de la pratique de la médecine générale [54] et l'intérêt croissant de ces professionnelles pour le domaine de la gynécologie [52].

Le médecin généraliste se trouve donc être un bon acteur de dépistage et de prise en charge des dyspareunies. Pour autant, à ce jour, aucune étude concernant la prise en charge de ces douleurs n'a été menée auprès des médecins généralistes français.

VI. DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

En 2022 en France, la densité moyenne de médecins généralistes était d'environ 15 pour 10 000 habitants [55]. En 2020, l'Occitanie, avec ses 13 départements, comptait 6 214 médecins généralistes libéraux, pour une densité d'environ 10 médecins généralistes pour 10 000 habitants, ce qui en fait une région relativement représentative du territoire français en termes de démographie médicale [56;57].

*Ayant connaissance de tous ces paramètres, nous nous sommes posé la question suivante :
quelles sont les pratiques des médecins généralistes d'Occitanie concernant le diagnostic
et la prise en charge des dyspareunies de la femme ?*

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. TYPE D'ÉTUDE ET POPULATION ÉTUDIÉE

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale dont la population étudiée était les médecins généralistes thésés et installés dans la région Occitanie.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être médecin généraliste thésé,
- Et être installé en Occitanie (Ariège, Aude, Aveyron, Gard, Haute-Garonne, Gers, Hérault, Lot, Lozère, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Tarn, Tarn-et-Garonne).

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Être médecin généraliste non thésé,
- Ou ne pas pratiquer la médecine générale,
- Ou être médecin généraliste remplaçant,
- Ou être interne.

II. RECUEIL DE DONNÉES

Le recueil des données a été réalisé par l'intermédiaire d'un questionnaire déclaratif et anonyme.

Le questionnaire était accessible via un lien permettant de répondre en ligne sur la plateforme Google Docs[®]. Le lien vers les questionnaire était le suivant : https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc0TAni-V7g4WncttWCnxcsSLLo_ZbokH8hb4V_GNfrEET-iA/viewform?usp=sf_link.

1. ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire s'articulait en quatre parties avec 24 questions ouvertes, fermées, à choix unique ou à choix multiples.

La première partie concernait les données socio-démographiques de la population étudiée : sexe, âge, département d'exercice, milieu d'exercice, année de soutenance de thèse, mode d'exercice principal, statut de Maître de Stage Universitaire (MSU), formation en gynécologie durant et après l'internat et fréquence de consultations de gynécologie.

La deuxième partie concernait le diagnostic des dyspareunies. Il s'agissait d'analyser comment était abordée la plainte de dyspareunies : plainte spontanée de la patiente ou question systématique de la part du praticien, mais également la discrimination du type de dyspareunie : profonde ou superficielle. Enfin, cette première partie nous permettait d'étudier la recherche, par les médecins interrogés, des antécédents, des signes associés mais aussi et surtout de l'impact des symptômes sur la qualité de vie de la patiente.

La troisième partie permettait d'analyser les pratiques des médecins interrogés concernant la prise en charge des dyspareunies profondes : examen clinique, examens complémentaires, traitements et recours à d'autres professionnels de santé.

La quatrième partie permettait d'analyser les pratiques des médecins interrogés concernant la prise en charge des dyspareunies superficielles : examen clinique, examens complémentaires, traitements et recours à d'autres professionnels de santé.

Enfin, une dernière question ouverte permettait de recueillir d'éventuelles remarques de la part des médecins interrogés.

Une version papier du questionnaire est disponible en annexe (annexe n°2).

2. TEST DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a d'abord été validé sur le fond par la Dr Hélène POHL, gynécologue-obstétricienne au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse puis a été testé sur la forme par cinq médecins généralistes installés en Occitanie (deux hommes et trois femmes).

3. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE

Une présentation synthétique du travail de recherche ainsi que le questionnaire ont été diffusés sur différents groupes Facebook regroupant des médecins généralistes des différents départements d'Occitanie : publication le 05 avril 2023 dans les groupes « RMG-O », « RMG-Comminges », « RMG-31 », « RMG-65 », « RMG-81 » et « RMG-82 », et publication le 09 mai 2023 dans les groupes « RMG-12 », et « RMG-32 ».

Il est rapidement apparu que nous avons peu de réponses et qu'il n'existait pas de groupe touchant les médecins de l'ancienne région Languedoc-Roussillon. Nous avons donc décidé de contacter les médecins généralistes par mail. Pour cela, nous avons listé les cabinets de plus de deux médecins généralistes dans chacun des 13 départements de l'Occitanie, hormis la Haute-Garonne, via l'annuaire des professionnels de santé d'AMELI [58]. Nous avons choisi de ne pas appeler les médecins de Haute-Garonne, car un grand nombre d'entre eux avait déjà répondu au questionnaire via la publication sur les groupes Facebook. Nous avons contacté les cabinets par téléphone entre le 02 juin 2023 et le 04 juillet 2023 en leur demandant de nous communiquer leur adresse mail afin de leur transmettre un questionnaire de thèse.

Nous avons réalisé une relance par mail le 27 juillet 2023. La fin du recueil de données s'est faite le 6 août 2023. Au total, le recueil de données a eu lieu du 05 avril 2023 au 6 août 2023, soit pendant 17 semaines.

Nous avons obtenu 196 adresses mails sur 311 cabinets contactés.

III. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Ce travail de recherche a été inscrit dans le tableau d'enregistrement recherche et thèses après une déclaration de conformité CNIL (selon la méthode MR-004) du DUMG de Toulouse à la date du 15 mars 2023 sous le numéro 2023AL35 (annexe n°3).

IV. OBJECTIF PRINCIPAL ET SECONDAIRES

L'objectif principal de notre étude est de décrire l'attitude diagnostique et thérapeutique des médecins généralistes d'Occitanie concernant les dyspareunies de la femme.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'influence du sexe du praticien et de sa réalisation d'un stage de gynécologie au cours de l'internat dans la prise en charge des dyspareunies de la femme.

V. EXPLOITATION DES DONNÉES

Les réponses au questionnaire ont été consignées dans une base de données Excel. L'analyse statistique a été réalisée en collaboration avec Yann Aubineau, chargé d'études à l'INSEE, à l'aide du logiciel « R ».

Nous avons utilisé le test du Chi2 pour étudier la significativité des résultats obtenus. Le seuil de p-value utilisé correspond au seuil standard de 0.05.

Les données brutes issues de l'enquête ont été travaillées afin de mettre en évidence des liens statistiques. Pour cela, nous sommes passés par plusieurs étapes que nous allons décrire. Tout d'abord, nous avons regroupé la recherche des antécédents (médicaux et chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux, de violences) en une seule variable appelée « antécédents », nous avons fait de même pour la recherche de l'impact, pour l'examen clinique, les examens complémentaires, le traitement et l'orientation. Nous avons regroupé les variables « antécédents », « recherche de traitement », « type de dyspareunie » « signes associés » et « impact » en une seule catégorie appelée « interrogatoire ». Pour l'examen clinique, les examens complémentaires, les traitements et l'orientation, nous avons distingué la prise en charge pour les dyspareunies profondes de la prise en charge des dyspareunies superficielles.

En se basant sur des données de la littérature [18;19;21;30], nous avons pris le parti de considérer que plus les médecins posaient de questions à l'interrogatoire, plus ils réalisaient un examen clinique complet et plus ils prescrivaient d'examens complémentaires, plus la prise en charge était de qualité, et permettait de poser un diagnostic précis. De plus, en concordance avec nos recherches bibliographiques [45;46;48;49;59;60], nous avons décidé de considérer que le fait de prescrire une combinaison de traitements et d'orienter les patientes vers d'autres professionnels de la santé non médicaux permettait une meilleure prise en charge, avec une amélioration significative des symptômes. Ainsi, pour l'orientation, nous avons analysé le nombre de médecins qui orientaient vers un(e) kinésithérapeute et un sexologue/un psychologue.

Aussi, pour chacune des variables, nous avons établi un seuil autour de 70% du score maximal, et nous avons jugé que la prise en charge était « bonne » au delà de ce seuil, et qu'en deçà, elle était « à améliorer ».

Ensuite, nous avons appliqué un traitement selon le type de variable :

- Pour les variables dont la réponse est une fréquence :
 - Nous avons assigné une valeur comprise entre 1 et 5 aux fréquences selon la méthode de l'échelle de Likert.
Exemple : pour la recherche des antécédents médicaux, nous avons associé la valeur 5 à « toujours », la valeur 4 à « souvent », la valeur 3 à « parfois », la valeur 2 à « rarement » et la valeur 1 à « jamais ».
 - Puis nous avons additionné les valeurs des réponses selon l'échelle de Likert pour chaque catégorie.
Exemple : pour l'examen clinique des dyspareunies profondes, si un médecin répondait « toujours » à la palpation abdominale, « souvent » à l'examen visuel, « rarement » au toucher vaginal et à l'examen au spéculum, alors il obtenait un score total de 13 pour l'examen clinique.
 - Enfin nous avons déterminé si la prise en charge était « bonne » ou « à améliorer ».
Exemple : pour la recherche des antécédents, 70% du score maximal correspond à un score de 17 sur l'échelle de Likert, donc tous les médecins ayant un score supérieur ou égal à 17 étaient considérés comme réalisant une « bonne » prise en charge.
 - Dans le cas des variables sommées de Likert, les relations statistiques obtenues sont fortes jusqu'à un décalage du seuil ± 1 ,
- Pour les variables dont la réponse est « oui » ou « non » :
 - Nous avons assigné la valeur 1 à la réponse « oui » et la valeur 0 à « non ».

- Puis nous avons additionné les valeurs des réponses pour chaque catégorie.
Exemple : pour les traitements, si un médecin répondait «oui» à la prescription d'une contraception, «oui» à la prescription d'un lubrifiant, «non» à la prescription d'antalgiques et «non» à la prescription d'oestrogènes locaux, alors il obtenait un score total de 2.
- Enfin nous avons déterminé si la prise en charge était « bonne » ou « à améliorer ».
Exemple n°1 : pour les traitements des dyspareunies profondes, 70% du score maximal correspond à un score de 3, donc tous les médecins ayant un score supérieur ou égal à 3 étaient considérés comme réalisant une « bonne » prise en charge.
Exemple n°2 : pour les orientations des dyspareunies superficielles, un médecin qui orientait vers un(e) kinésithérapeute et vers un(e) sexologue était considéré comme réalisant une « bonne » prise en charge, peu importe s'il orientait vers un(e) gynécologue et/ou chez un(e) dermatologue.
- Pour les variables « caractérisation des dyspareunies » et « signes associés » :
 - Nous avons assigné une valeur comprise entre 1 et 4 aux réponses possibles dans l'ordre des propositions du questionnaire.
 - Puis nous avons additionné les valeurs des réponses pour chaque catégorie.
Exemple : pour les signes associés, si un médecin cherchait des signes urinaires, digestifs et gynécologiques, il obtenait un score total de 3.
 - Enfin nous avons déterminé si la prise en charge était « bonne » ou « à améliorer ».
Exemple : pour les signes associés, 70% du score maximal correspond à 3, donc tous les médecins ayant un score supérieur ou égal à 3 étaient considérés comme réalisant une « bonne » prise en charge.

Les seuils pour chaque variable ainsi que les tableaux complets de l'analyse bivariée (dont sont issus les tableaux de la partie « Résultats ») sont disponibles en annexe (annexes n°4, n°5 et n°6). Les réponses aux questions libres sont également accessibles en annexe (annexe n°7). Le détail du script utilisé pour l'analyse est disponible sur demande.

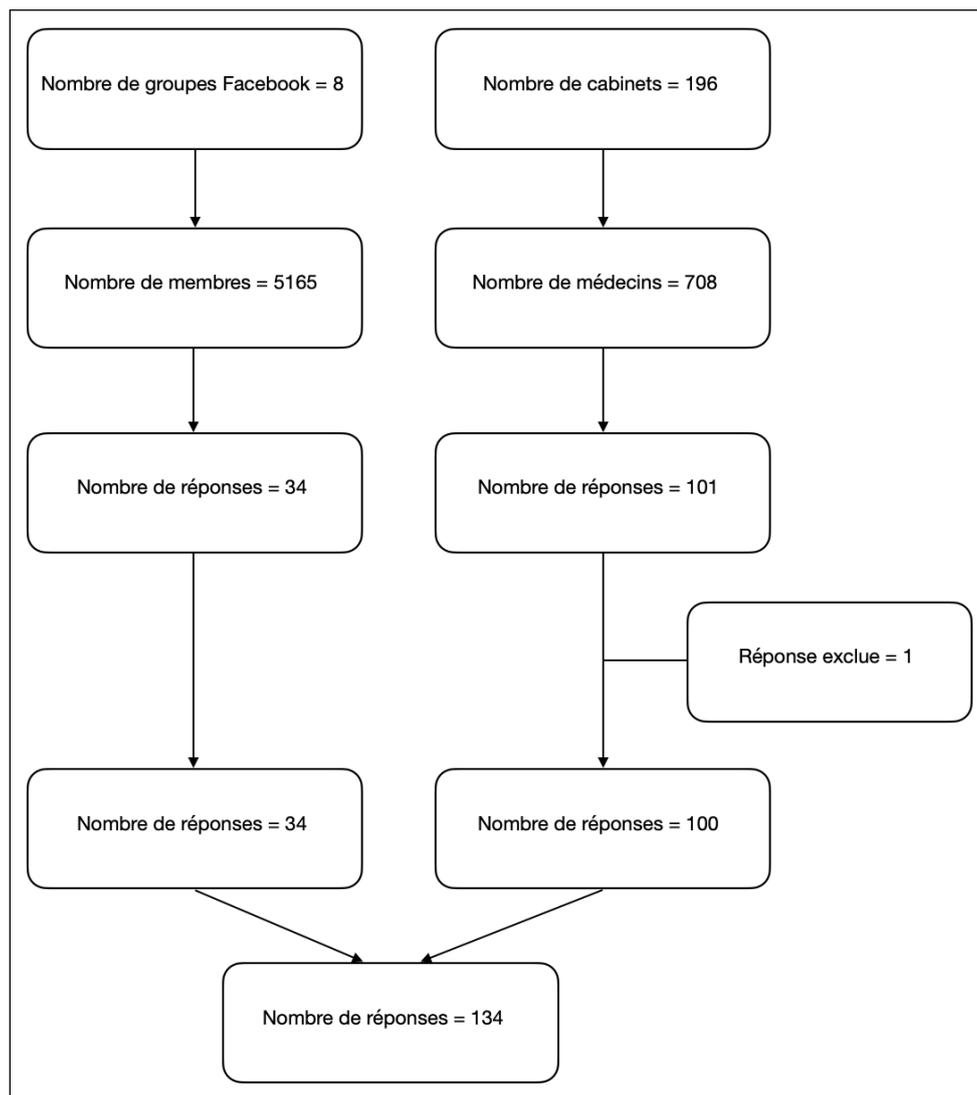
RÉSULTATS

Lors de la publication sur les groupes Facebook, nous avons obtenu 32 réponses de médecins exerçant en Haute-Garonne, et deux réponses de médecins exerçant dans le Tarn et Garonne. Il y avait au total 5165 membres dans les huit groupes Facebook confondus. Cela représente donc un taux de réponse de 0,66%.

Puis, nous avons contacté 311 cabinets au sein des 12 autres départements d'Occitanie. Nous avons pu envoyer notre questionnaire par mail à 196 cabinets où exerçaient 708 médecins. Nous avons obtenu 101 réponses, soit un taux de réponse de 14,1%.

Pour l'analyse de nos résultats, nous avons dû exclure un questionnaire qui a été complété par un médecin exerçant exclusivement en milieu hospitalier et sans pratique de la médecine générale.

Figure n°2 : Diagramme de flux de l'étude.



I. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

1. SEXE

108 des participants à notre étude étaient des femmes (80,6%) pour 26 hommes (19,4%), soit un **sex ratio (H/F) de 0,24**.

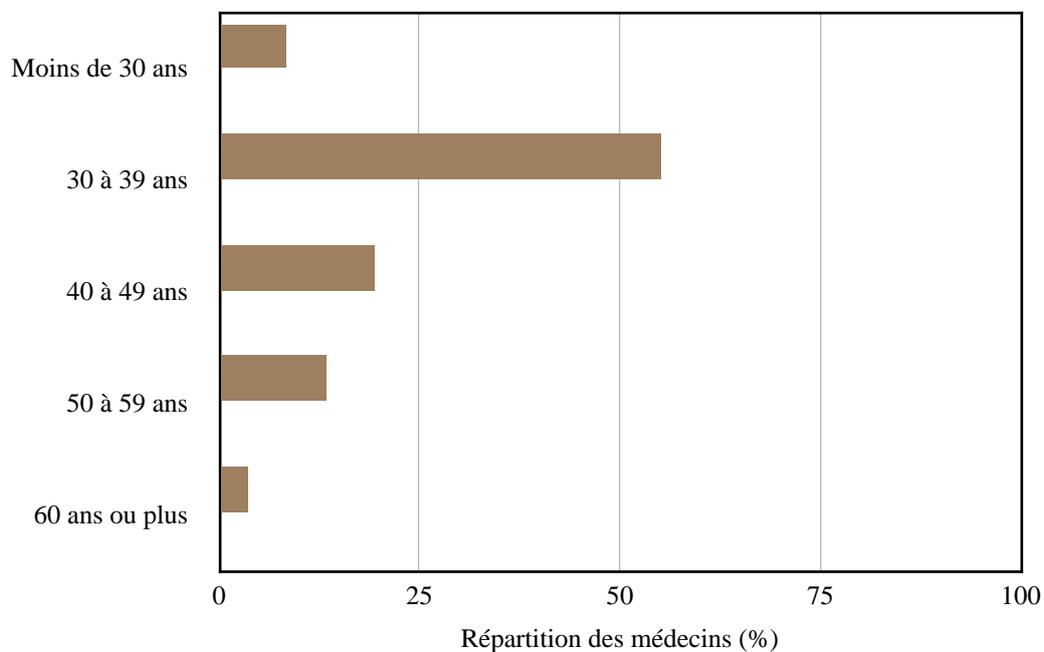
		Effectif	%
Sexe	Féminin	108	80,6
	Masculin	26	19,4

2. ÂGE

74 (55,2%) des médecins répondants avaient entre 30 et 39 ans. Seuls 5 (3,7%) d'entre eux avaient plus de 60 ans.

La moyenne d'âge des participants à notre étude était de 39,5 ans.

Graphique n°1 : Répartition des médecins selon leur âge.



3. DÉPARTEMENT D'EXERCICE

Les **médecins généralistes de la Haute-Garonne** étaient les plus représentés dans notre étude puisqu'ils étaient 32 (23,9%) à avoir répondu, alors que les **médecins de la Lozère** (2,2%) étaient les **médecins généralistes** les moins nombreux de notre population.

Tableau n°3 : Répartition des médecins généralistes répondants selon leur département d'exercice.		
	Effectif	%
	Ariège	15 11,2
	Aude	4 3
	Aveyron	16 11,9
	Gard	7 5,2
	Haute-Garonne	32 23,9
	Gers	10 7,5
Département d'exercice	Hérault	5 3,7
	Lot	7 5,2
	Lozère	3 2,2
	Hautes-Pyrénées	8 6
	Pyrénées-Orientales	7 5,2
	Tarn	14 10,4
	Tarn-et-Garonne	6 4,5

4. MILIEU D'EXERCICE ET MODE D'INSTALLATION

Une petite **majorité des médecins (45,5%)** a répondu exercer dans un milieu **semi-rural**.

Concernant le type d'installation, deux grandes majorités se distinguent : 67 médecins **(50%)** étaient installés au sein d'une **Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP)**, et 57 autres médecins (42,5%) étaient installés au sein d'un cabinet de groupe.

Tableau n°4 : Répartition des médecins généralistes répondants selon leur milieu et leur mode d'exercice.			
		Effectif	%
Milieu d'exercice	Urbain	25	18,7
	Rural	48	35,8
	Semi-Rural	61	45,5
Mode d'exercice principal	Cabinet de médecine générale seul(e)	5	3,7
	Cabinet de médecine générale en groupe	57	42,5
	Maison de Santé Pluridisciplinaire	67	50
	Centre de santé	3	2,2
	Maison d'arrêt	1	0,7
	Salariat	1	0,7

5. SOUTENANCE DE THÈSE

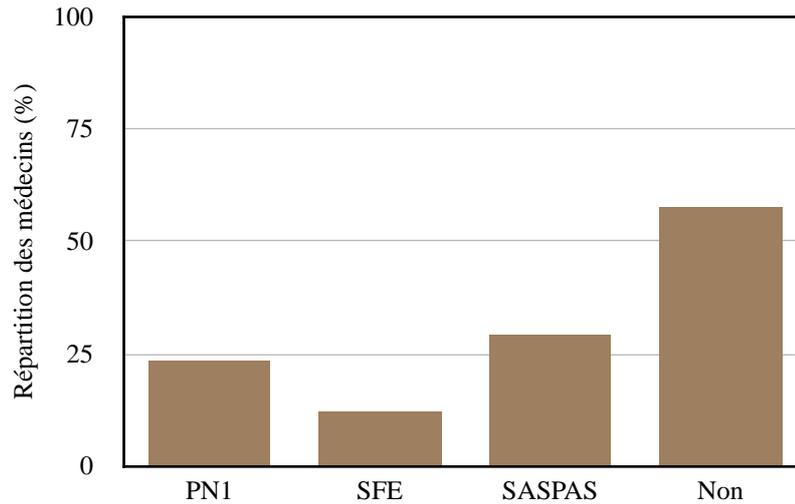
La majorité des médecins répondants (54,1%) a soutenu sa thèse entre 2010 et 2019.

Tableau n°5 : Répartition des médecins généralistes répondants selon leur année de soutenance de thèse.			
		Effectif	%
Soutenance de thèse	Avant 1990	4	3
	1990 à 1999	9	6,8
	2000 à 2009	25	18,8
	2010 à 2019	72	54,1
	2020 ou plus	23	17,3

6. ACCUEIL D'INTERNES

77 médecins interrogés (57,5%) ont répondu ne pas recevoir d'internes. Seuls 11,9% des médecins répondants accueillait des internes dans le cadre d'un stage santé de la femme et de l'enfant (SFE).

Graphique n°2 : Répartition des médecins selon leur accueil d'internes.



7. RÉALISATION D'UN STAGE DE GYNÉCOLOGIE PENDANT L'INTERNAT

53,7% des participants ont répondu avoir réalisé un stage durant leur internat dans un service hospitalier de gynécologie, alors que **23,1% ont déclaré ne pas avoir fait de stage de gynécologie pendant leur formation initiale.**

D'un point de vue de significativité statistique, nous n'avons observé **aucun lien entre la pratique des médecins et leur réalisation d'un stage de gynécologie.**

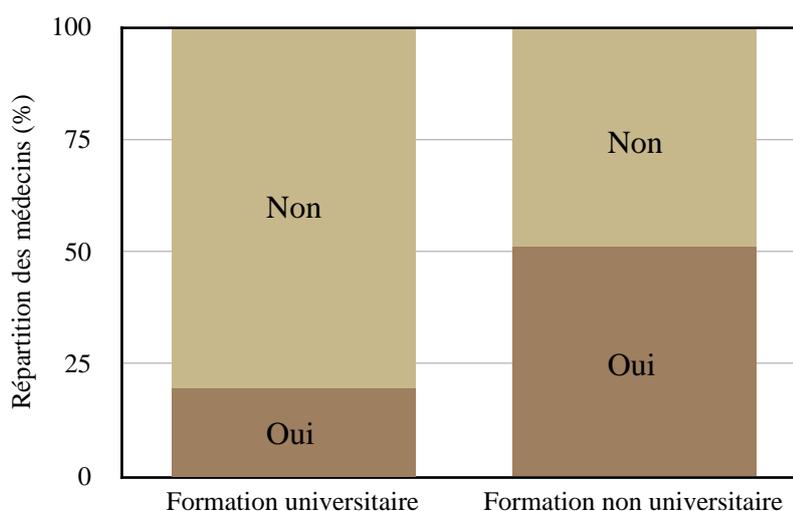
Tableau n°6 : Répartition des médecins généralistes répondants selon le type de stage de gynécologie réalisé pendant leur internat.

	Effectif	%	
Stage de gynécologie pendant l'internat	Service hospitalier	72	53,7
	Gynécologue libéral	14	10,4
	Médecin généraliste avec pratique de gynécologie	32	23,9
	Centre en lien avec santé sexuelle (CDPEF, CeGIDD)	17	12,7
	Non	31	23,1

8. FORMATION COMPLÉMENTAIRE EN GYNÉCOLOGIE

La grande majorité (**80,6%**) des médecins répondants a déclaré **ne pas avoir réalisé de formation complémentaire universitaire en gynécologie** (type DU ou DIU). En revanche, 68 médecins (**50,7%**) ont répondu avoir réalisé une **formation complémentaire non universitaire** en gynécologie telle que la participation à une Formation Médicale Continue (FMC) ou à un congrès.

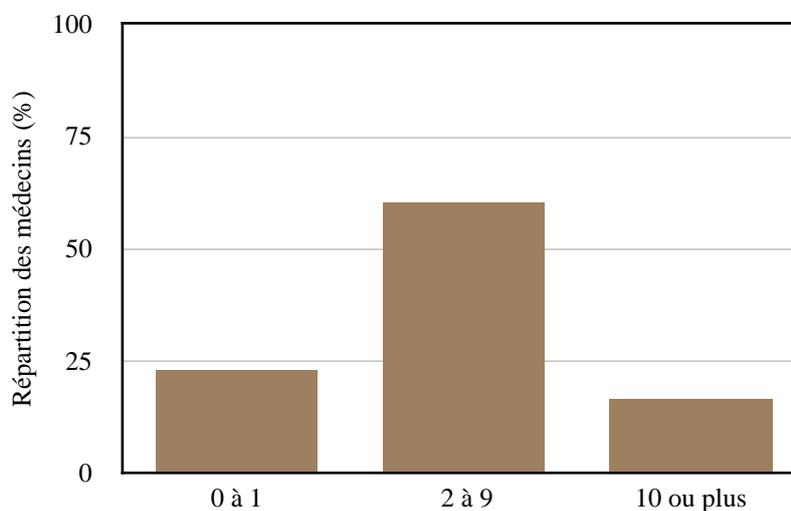
Graphique n°3 : Répartition des médecins selon leur réalisation d'une formation complémentaire.



9. NOMBRE DE CONSULTATIONS DE GYNÉCOLOGIE PAR SEMAINE

La majorité des médecins répondants (**60,4%**) faisait entre **2 et 9 consultations** en lien avec la santé de la femme par semaine.

Graphique n°4 : Répartition des médecins selon leur nombre de consultations en lien avec la santé de la femme par semaine.



Il semble que les médecins de sexe féminin faisaient plus de consultations de gynécologie que les hommes, toutefois le test de significativité du Chi2 ne peut pas s'appliquer car l'effectif d'hommes faisant dix consultations ou plus de gynécologie était inférieur à 5 dans notre échantillon.

	0 à 1 consultation	2 à 9 consultations	10 consultations ou plus
Femme	19	68	21
Homme	12	13	1

II. INTERROGATOIRE

1. MODALITÉ DE DÉCOUVERTE DES DYSPAREUNIES

56,7% des médecins ont répondu qu'ils posaient la question lors de certains motifs de consultation. Finalement, lorsqu'on leur demandait de préciser le type de motifs qui les amenaient à rechercher la présence de dyspareunie, ils ont tous donnés des motifs en lien avec la santé de la femme (douleurs abdomino-pelviennes, contraception, dépistage des IST, ménopause, suspicion d'endométriose, leucorrhées anormales, dysménorrhées, troubles de la statique pelvienne, trouble de la libido, ou encore réalisation de frottis).

		Effectif	%
Modalité de découverte des dyspareunies	La patiente aborde la question spontanément	66	49,3
	Le médecin aborde la question systématiquement lors des consultations en lien avec la santé de la femme	47	35,1
	Le médecin aborde la question selon certains motifs de consultation	76	56,7

2. CARACTÉRISATION DES DYSPAREUNIES

Peu de médecins répondants évaluaient le caractère situationnel de la dyspareunie puisque seulement 28,4% d'entre eux demandaient si les douleurs étaient présentes avec tous les partenaires ou avec certains partenaires.

Tableau n°9 : Pratiques des médecins répondants concernant la caractérisation des dyspareunies.

		Effectif	%
Caractérisation des dyspareunies	Douleurs lors de l'intromission	89	66,4
	Douleurs lors de la pénétration profonde	92	68,7
	Type de douleur ressentie	105	78,4
	Présentes selon les partenaires	38	28,4

Les médecins ayant bénéficié d'une formation complémentaire en gynécologie (DIU ou non universitaire) exploraient mieux le type de dyspareunie que ceux n'ayant pas réalisé de formation complémentaire (p-value < 0.01). Il en est de même pour les médecins accueillant des internes par rapport aux médecins non MSU (p-value < 0.05).

Tableau n°10 : Impact de la formation et de l'accueil d'internes sur la qualité de l'interrogatoire.

		Interrogatoire				
		<i>Antécédents</i>	<i>Traitements</i>	<i>Type</i>	<i>Signes associés</i>	<i>Impact</i>
Formation	<i>Oui</i>	NS	WA	p < 0.01	NS	NS
	<i>Non</i>	NS	WA	p < 0.01	NS	NS
MSU	<i>Oui</i>	NS	WA	p < 0.05	NS	NS
	<i>Non</i>	NS	WA	p < 0.05	NS	NS
Légende		WA	Warning, la répartition du tableau et les effectifs de l'enquête empêchent de réaliser le test			
		NS	Non significatif (p > 0.05)			

3. RECHERCHE DES ANTÉCÉDENTS ET DES TRAITEMENTS

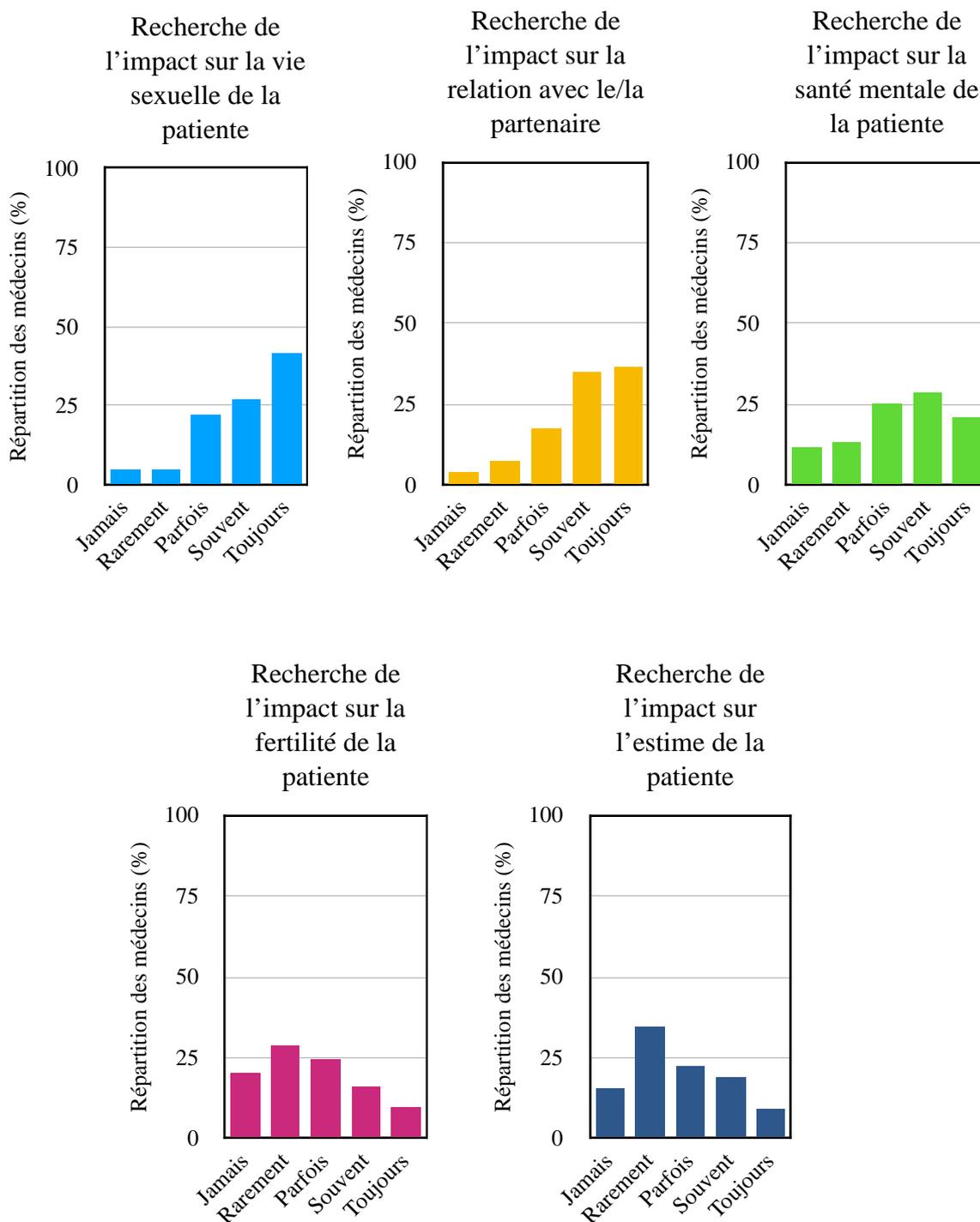
La question des antécédents de violences (notamment les violences sexuelles) était **peu** abordée : seuls **33,6%** des médecins la posaient systématiquement.

Tableau n°11 : Pratiques des médecins répondants concernant la recherche des antécédents et des traitements des patientes.				
		Effectif	%	
Recherche des antécédents et traitements	Antécédents médicaux et chirurgicaux	Jamais	2	1,5
		Rarement	1	0,7
		Parfois	3	2,2
		Souvent	23	17,2
		Toujours	105	78,4
	Antécédents gynécologiques	Jamais	2	1,5
		Rarement	0	0
		Parfois	3	2,2
		Souvent	18	13,4
		Toujours	111	82,8
	Antécédents obstétriques	Jamais	2	1,5
		Rarement	1	0,7
		Parfois	4	3
		Souvent	20	14,9
		Toujours	107	79,9
	Traitements	Jamais	2	1,5
Rarement		0	0	
Parfois		1	0,7	
Souvent		23	17,2	
Toujours		108	80,6	
Antécédents de violences	Jamais	4	3	
	Rarement	14	10,4	
	Parfois	34	25,4	
	Souvent	37	27,6	
	Toujours	45	33,6	

4. RECHERCHE DE L'IMPACT DES DYSPAREUNIES

41,8% des médecins interrogés recherchaient toujours l'impact des dyspareunies sur la vie sexuelle de la patiente, alors que **seuls 9% des médecins ont répondu qu'ils recherchaient toujours l'impact des dyspareunies sur l'estime de la patiente.**

Graphique n°5 : Recherche de l'impact des dyspareunies par les médecins.



5. RECHERCHE DES SIGNES ASSOCIÉS

Tous les médecins interrogés recherchaient des signes associés aux dyspareunies : 77,6% recherchaient des signes digestifs, 88,8% des signes urinaires et 98,5% des signes gynécologiques.

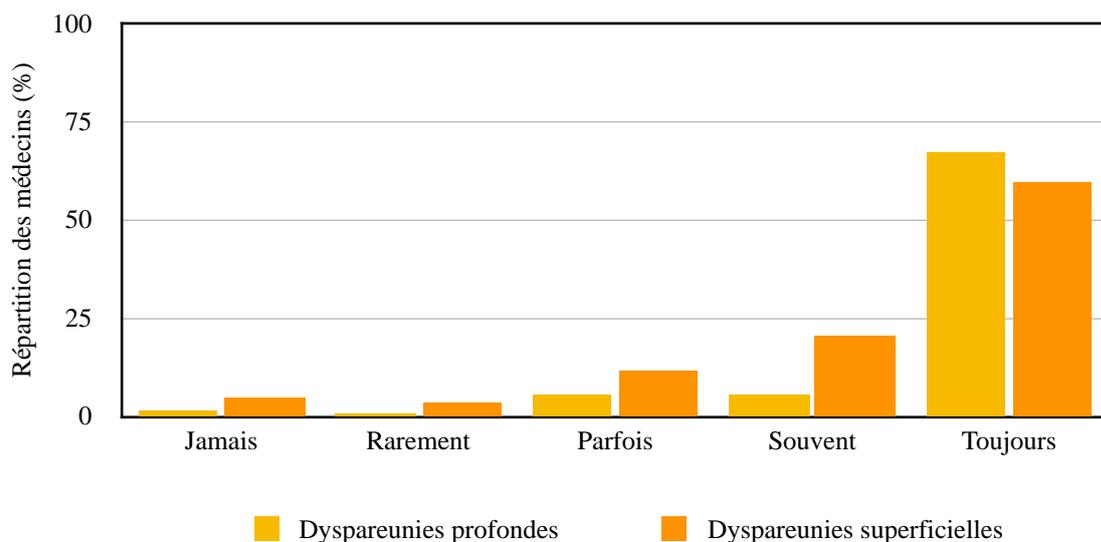
Tableau n°12 : Pratiques des médecins répondants concernant la recherche des signes associés aux dyspareunies.			
		Effectif	% de réponses positives
Signes associés	Signes digestifs	104	77,6
	Signes urinaires	119	88,8
	Signes gynécologiques	132	98,5

III. EXAMEN CLINIQUE

1. PALPATION ABDOMINALE

La palpation abdominale était **toujours réalisée par une majorité de médecins** (respectivement 67,2% et 59,7%) dans les dyspareunies profondes comme dans les dyspareunies superficielles.

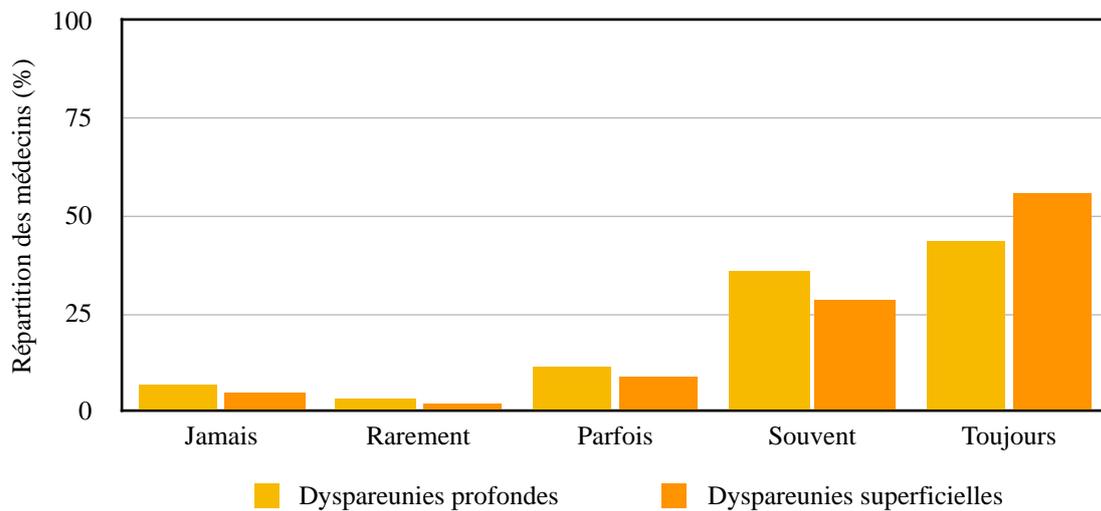
Graphique n°6 : Pratiques des médecins généralistes pour la réalisation de la palpation abdominale.



2. EXAMEN VISUEL DE LA VULVE ET DE LA ZONE PÉRI-ANALE

L'examen visuel de la vulve et la zone péri-anales était **toujours réalisé par une majorité de médecins** (respectivement 43,3% et 56%) dans les dyspareunies profondes comme dans les dyspareunies superficielles.

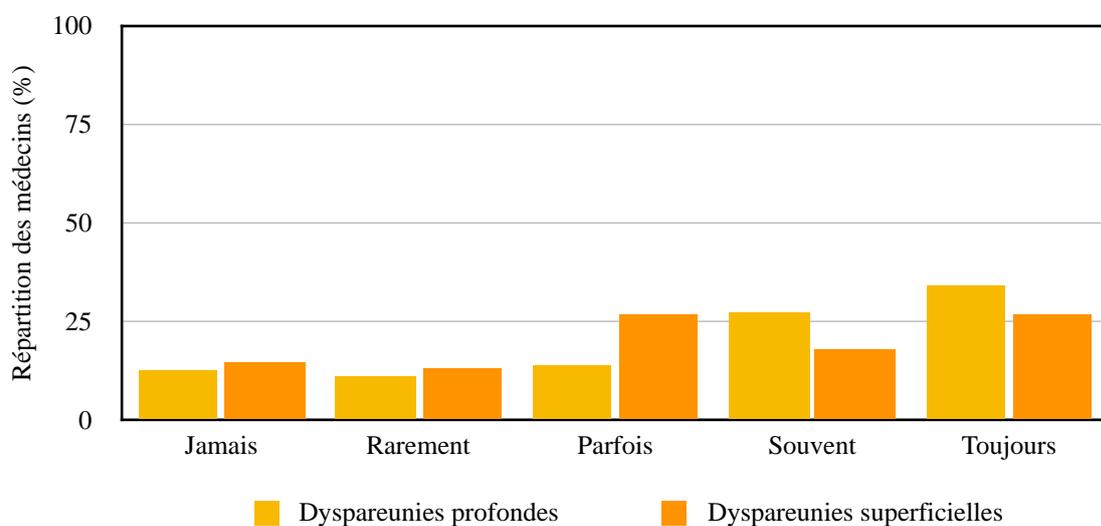
Graphique n°7 : Pratiques des médecins généralistes pour l'examen clinique visuel de la vulve et de la zone péri-anales.



3. TOUCHER VAGINAL

Le toucher vaginal était **systématiquement réalisé par environ un tiers des médecins** dans les dyspareunies profondes comme dans les dyspareunies superficielles (respectivement 34,3% et 26,9%).

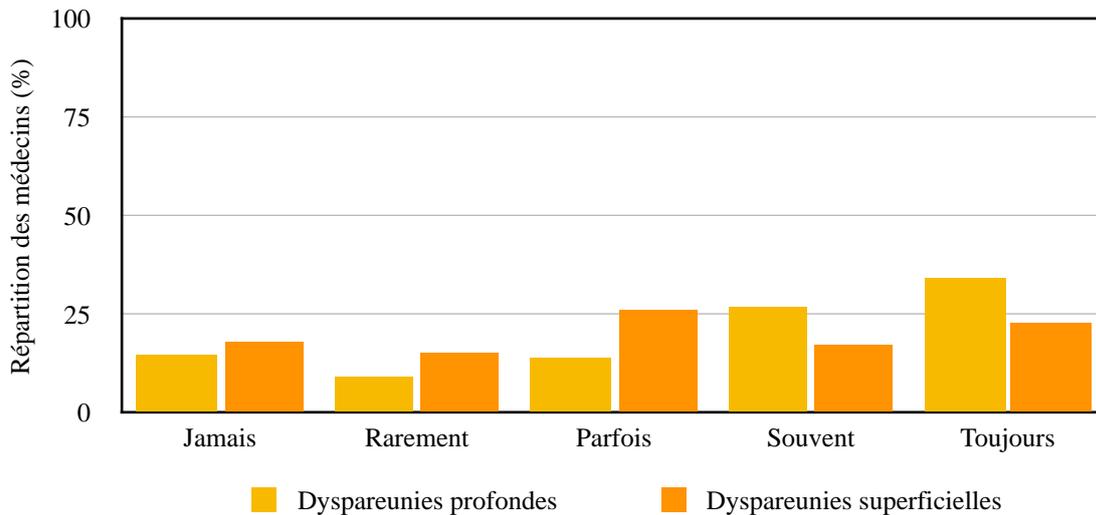
Graphique n°8 : Pratiques des médecins généralistes pour le toucher vaginal.



4. EXAMEN AU SPÉCULUM

34,3% des médecins généralistes réalisaient toujours un examen au spéculum dans les dyspareunies profondes, alors que seulement 23,1% le réalisaient systématiquement dans les dyspareunies superficielles.

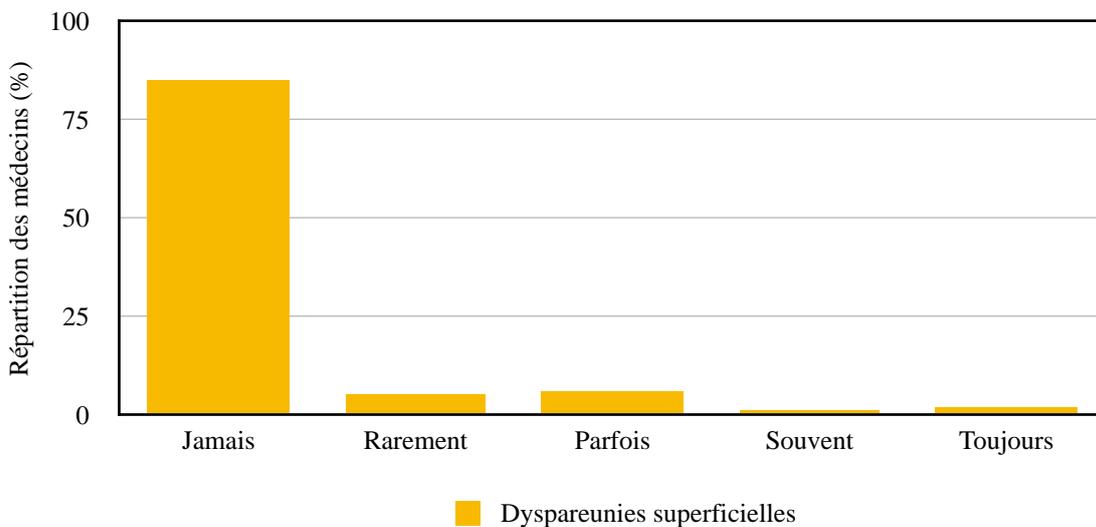
Graphique n°9 : Pratiques des médecins généralistes pour l'examen au spéculum.



5. TEST AU COTON-TIGE

Dans les dyspareunies superficielles, l'examen au coton-tige n'était **jamais réalisé par la quasi-totalité des médecins (85,1%)**.

Graphique n°10 : Pratiques des médecins généralistes pour l'examen au coton-tige.



6. EXAMEN CLINIQUE SELON LE SEXE DU MÉDECIN

Les **médecins de sexe féminin** réalisaient un **examen clinique plus complet que les hommes**, aussi bien pour les dyspareunies profondes (p-value < 0.005) que pour les dyspareunies superficielles (p-value < 0.005).

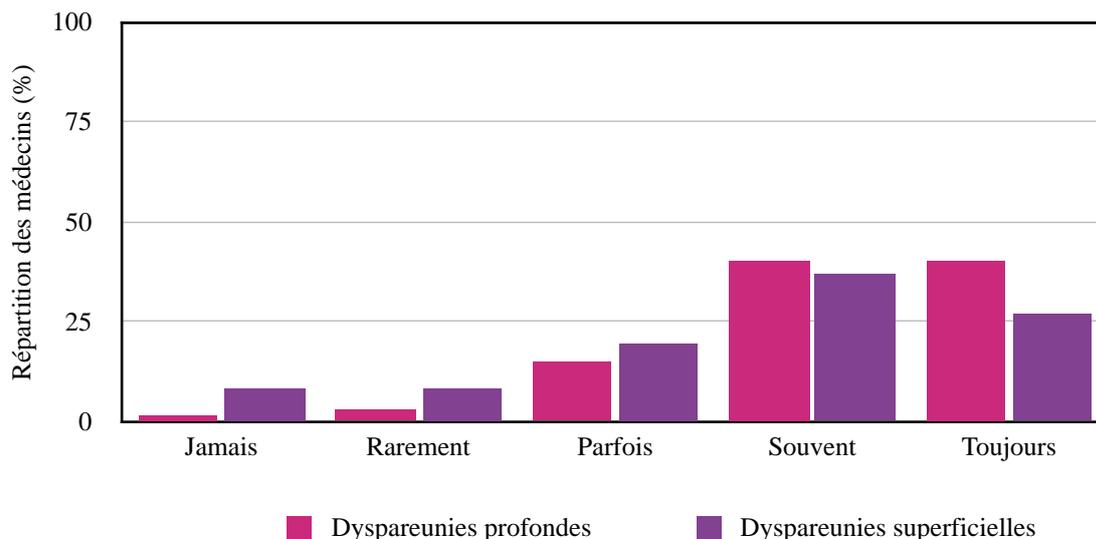
Tableau n°13 : Impact du sexe du médecin sur la qualité de l'examen clinique.			
		Examen clinique	
		<i>Dyspareunies profondes</i>	<i>Dyspareunies superficielles</i>
Sexe	<i>Homme</i>	p < 0.005	p < 0.005
	<i>Femme</i>	p < 0.005	p < 0.005
Formation	<i>Oui</i>	NS	NS
	<i>Non</i>	NS	NS
MSU	<i>Oui</i>	NS	NS
	<i>Non</i>	NS	NS
Stage gynécologie	<i>Oui</i>	NS	NS
	<i>Non</i>	NS	NS
Secteur géographique	<i>Rural</i>	NS	NS
	<i>Semi-rural</i>	NS	NS
	<i>Urbain</i>	NS	NS
Nombres de consultations	<i>0-1</i>	NS	NS
	<i>2-9</i>	NS	NS
	<i>10 +</i>	NS	NS
Légende		NS	Non significatif (p > 0.05)

IV. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

1. RECHERCHE DE CHLAMYDIA/GONOCOQUE PAR PCR

La recherche de Chlamydia/Gonocoque était **toujours réalisée par une grande partie des médecins répondants (40,3%) dans les dyspareunies profondes**, alors qu'elle n'était réalisée **systématiquement que par 26,9% des médecins dans les dyspareunies superficielles.**

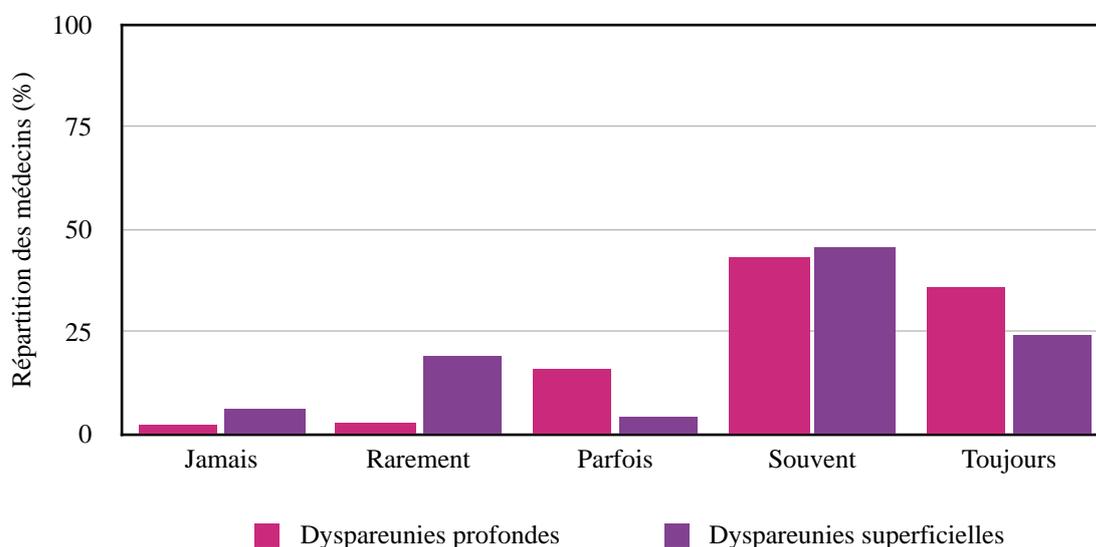
Graphique n°11 : Pratiques des médecins généralistes pour la recherche de Chlamydia/Gonocoque par PCR.



2. ANALYSE MYCOBACTÉRIOLOGIQUE SUR PRÉLÈVEMENT VAGINAL

L'analyse mycobactériologique à partir d'un prélèvement vaginal était **souvent réalisée par une majorité de médecins** (respectivement 43,3% et 45,5%) dans les dyspareunies profondes comme dans les dyspareunies superficielles.

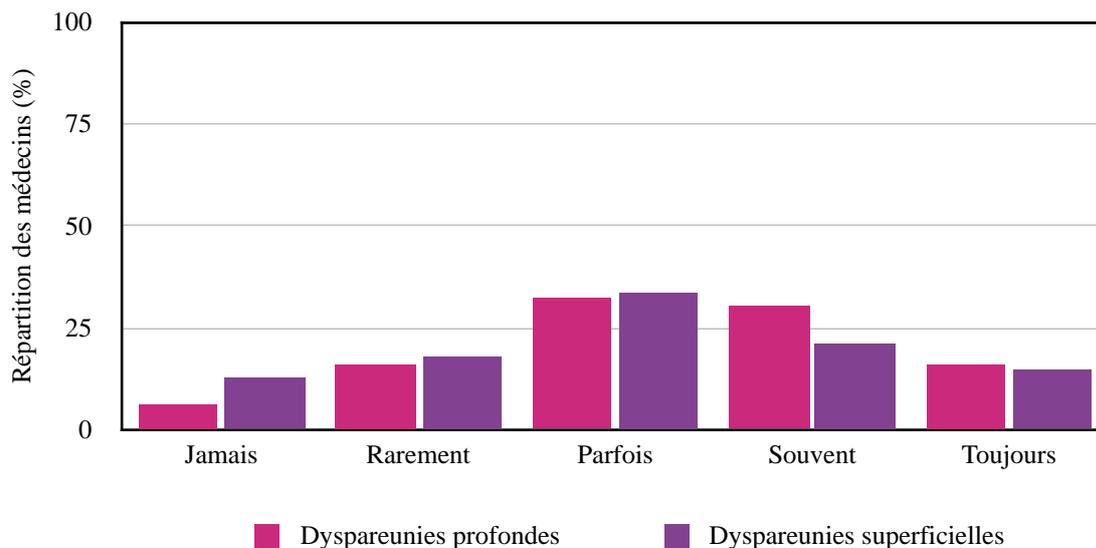
Graphique n°12 : Pratiques des médecins généralistes pour l'analyse mycobactériologique sur prélèvement vaginal.



3. ECBU

L'ECBU était **parfois prescrit par environ un tiers des médecins** (respectivement 32,1% et 33,6%) dans les dyspareunies profondes comme dans les dyspareunies superficielles.

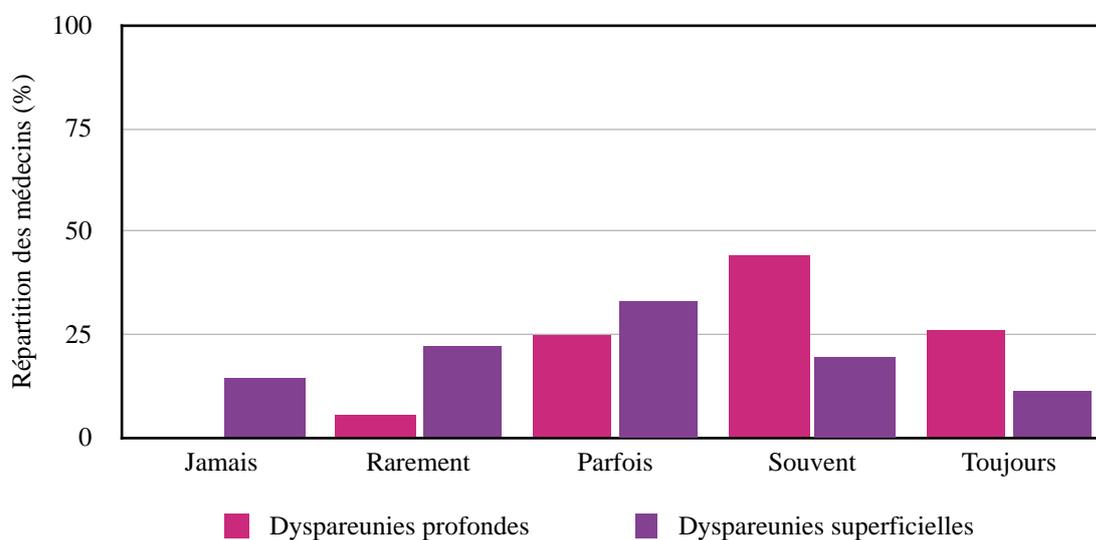
Graphique n°13 : Pratiques des médecins généralistes pour la prescription d'un ECBU.



4. ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE

Dans les dyspareunies profondes, 44% des médecins généralistes prescrivait souvent une échographie abdomino-pelvienne, alors qu'ils n'étaient **que 19,4% à souvent la prescrire dans les dyspareunies superficielles.**

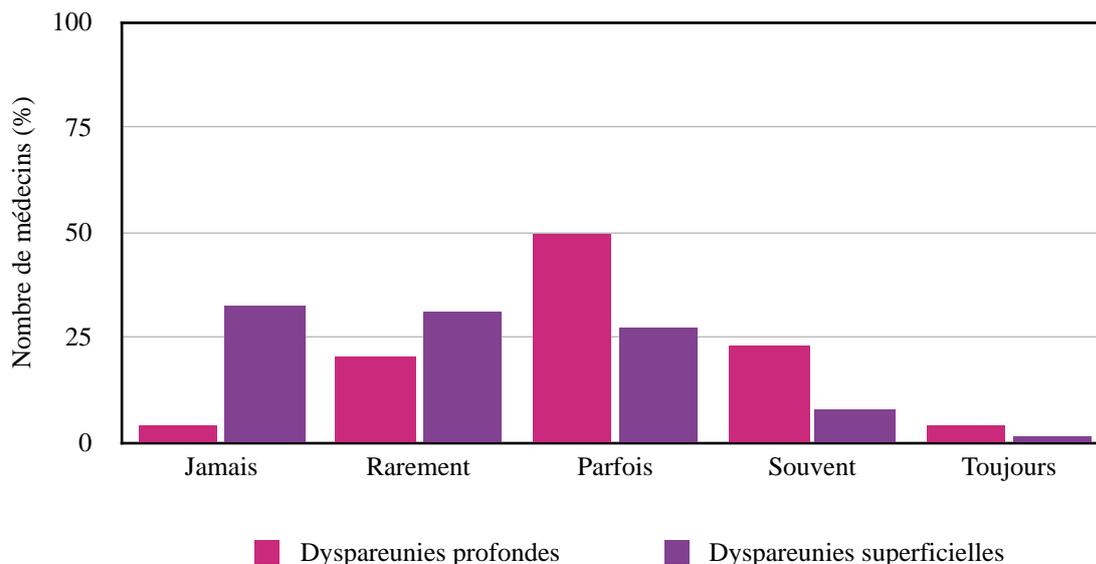
Graphique n°14 : Pratiques des médecins généralistes pour la prescription d'une échographie abdomino-pelvienne.



5. IRM PELVIENNE

Seuls 3,7% des médecins prescrivait toujours une IRM dans le cadre de dyspareunies profondes, et 1,5% pour des dyspareunies superficielles.

Graphique n°15 : Pratiques des médecins généralistes pour la prescription d'une IRM pelvienne.



V. TRAITEMENTS

1. CONTRACEPTION

La **grande majorité des médecins répondants (respectivement 84,3% et 97%) ne prescrivait pas de contraception**, dans un contexte de dyspareunies profondes comme de dyspareunies superficielles.

2. LUBRIFIANT

En revanche, **la quasi-totalité des médecins (respectivement 70,1% et 93,3%) conseillait l'utilisation d'un lubrifiant** dans un contexte de dyspareunies profondes comme de dyspareunies superficielles.

3. ANTALGIQUES

Dans les dyspareunies profondes comme dans les dyspareunies superficielles, **plus de la moitié des médecins ne prescrivait pas d'antalgiques** (respectivement 65,7% et 76,1%).

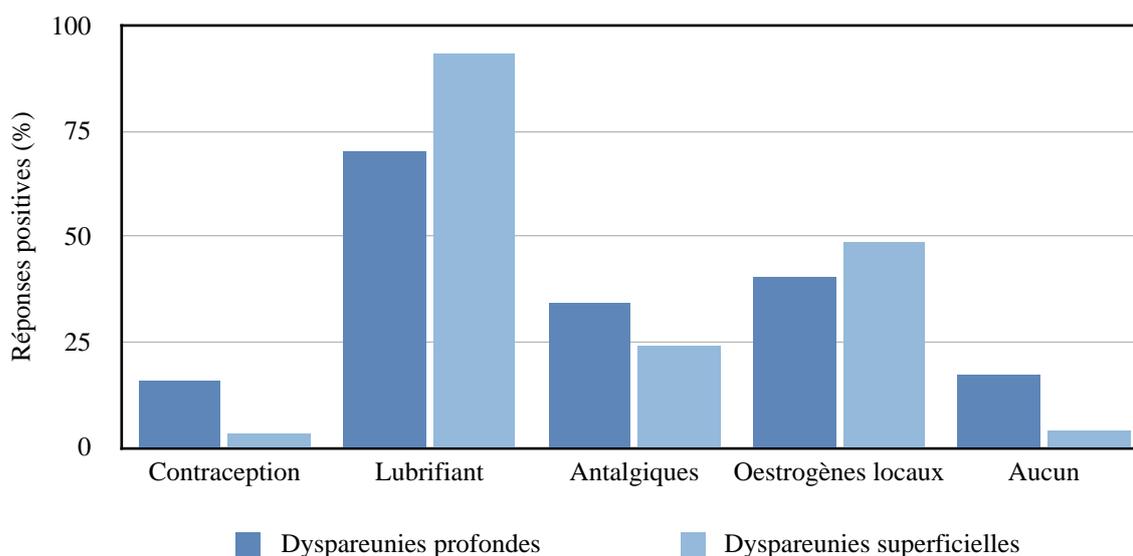
4. OESTROGÈNES LOCAUX

Dans les dyspareunies profondes comme dans les dyspareunies superficielles, **quasiment un médecin sur deux prescrivait des oestrogènes locaux** (respectivement 40,3% et 48,5%).

5. PAS DE PRESCRIPTION DE TRAITEMENT

Seuls 3,7% des médecins répondants ne prescrivait aucun traitement dans les dyspareunies superficielles, alors qu'ils étaient **17,2% à ne pas prescrire de traitement dans les dyspareunies profondes.**

Graphique n°16 : Pratiques des médecins généralistes pour la prescription de traitements.



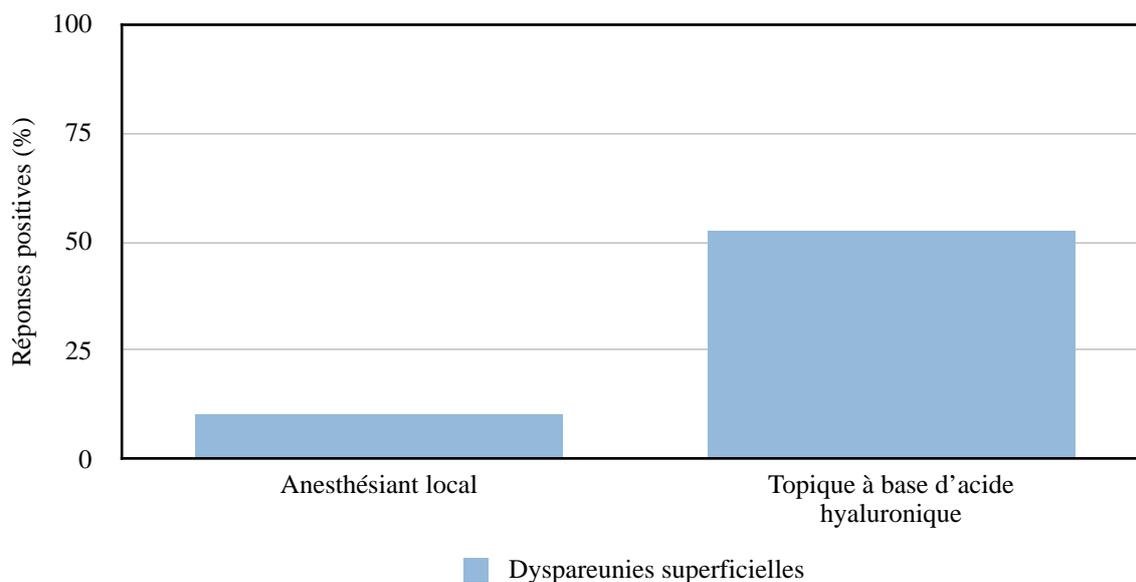
6. ANESTHÉSANT LOCAL

Dans les dyspareunies superficielles, **seuls 10,4% des médecins interrogés prescrivait un anesthésiant local.**

7. TOPIQUE À BASE D'ACIDE HYALURONIQUE

Dans les dyspareunies superficielles, environ **un médecin sur deux (52,2%) prescrivait un topique à base d'acide hyaluronique.**

Graphique n°17 : Pratiques des médecins généralistes pour la prescription d'anesthésiant local et d'acide hyaluronique dans les dyspareunies superficielles.



VI. ORIENTATION

1. VERS UN(E) GYNÉCOLOGUE

La grande majorité des médecins répondants (respectivement 87,3% et 67,9%) orientait les patientes vers un(e) gynécologue aussi bien pour des dyspareunies profondes que pour des dyspareunies superficielles.

		Effectif	% de réponses positives
Gynécologue	Dyspareunies profondes	117	87,3
	Dyspareunies superficielles	91	67,9

2. VERS UN(E) DERMATOLOGUE

Dans les dyspareunies superficielles, seuls 29,9% des médecins ont déclaré orienter les patientes vers un(e) dermatologue.

Tableau n°15 : Pratiques des médecins généralistes pour l'orientation vers un(e) dermatologue dans les dyspareunies superficielles.

		Effectif	% de réponses
Dermatologue	Oui	93	29,9
	Non	40	70,1

3. VERS UN(E) SEXOLOGUE

Les médecins **orientaient légèrement plus les patientes vers un sexologue pour les dyspareunies superficielles (58,2%) que pour les dyspareunies profondes (47%).**

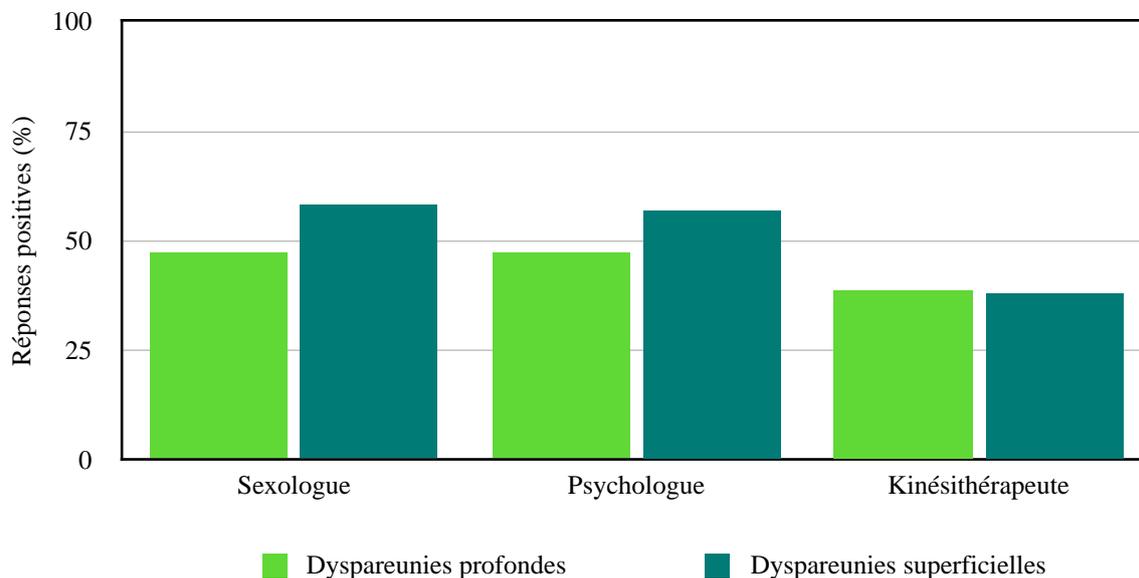
4. VERS UN(E) PSYCHOLOGUE

De la même manière, les médecins **orientaient légèrement plus les patientes vers un psychologue pour les dyspareunies superficielles (56,7%) que pour les dyspareunies profondes (47%).**

5. VERS UN(E) KINÉSITHÉRAPEUTE SPÉCIALISÉ(E) DANS LES TROUBLES PÉRINÉAUX

Globalement, plus de la moitié des médecins répondants (respectivement 61,2% et 61,9%) **n'orientait pas les patientes atteintes de dyspareunies profondes ou superficielles vers un(e) kinésithérapeute spécialisé(e) dans les troubles périnéaux.**

Graphique n°18 : Pratiques des médecins généralistes pour l'orientation vers des professionnels de santé non médicaux.



6. ORIENTATION SELON LA FORMATION, L'ACCUEIL D'INTERNES, LE SECTEUR GÉOGRAPHIQUE ET LE NOMBRE DE CONSULTATIONS

Nous rappelons qu'ici, nous considérons qu'une prise en charge est bonne si le médecin a orienté la patiente vers au moins un(e) kinésithérapeute et un(e) sexologue ou un(e) kinésithérapeute et un(e) psychologue. L'orientation vers un(e) gynécologue ou un(e) dermatologue n'est pas prise en compte dans cette analyse bivariée.

Dans les dyspareunies profondes, notre étude a relevé le fait que la réalisation d'une **formation complémentaire permettait une meilleure orientation des patientes ($p < 0.05$)**, alors que le fait ne pas avoir réalisé de formation complémentaire diminuait la qualité de l'orientation des patientes ($p < 0.05$).

Le fait d'être **MSU permettait également aux médecins de mieux orienter leurs patientes ($p < 0.05$)**, à contrario, les médecins n'accueillant pas d'internes orientaient moins bien les patientes ($p < 0.05$).

Le secteur géographique avait lui aussi une influence sur l'orientation des patientes. En effet, **les médecins exerçant dans un milieu urbain orientaient mieux les patientes ($p < 0.05$)** par rapport aux médecins installés en milieu semi-rural ($p < 0.05$) ou en milieu rural ($p < 0.05$).

Enfin, le nombre de consultations réalisées par les médecins jouait un rôle dans la qualité de leur orientation. Ce sont **les médecins réalisant dix consultations ou plus qui orientaient le mieux les patientes ($p < 0.01$)**. En revanche, les médecins ayant deux à neuf consultations orientaient moins bien les patientes ($p < 0.01$), tout comme les médecins réalisant entre zéro et une consultation ($p < 0.01$).

Concernant les dyspareunies superficielles, les MSU orientaient mieux les patientes ($p < 0.01$) que les médecins non MSU ($p < 0.01$).

Pour finir, le nombre de consultations réalisées par les médecins influençait également la qualité de leur orientation. Ce sont **les médecins réalisant dix consultations ou plus qui orientaient le mieux les patientes ($p < 0.05$)** par rapport aux médecins ayant deux à neuf consultations ($p < 0.05$), ou aux médecins réalisant entre zéro et une consultation ($p < 0.05$).

Tableau n°16 : Impact de la formation, de l'accueil d'internes, du secteur géographique et du nombre de consultations sur la qualité de l'orientation.

		Orientation	
		<i>Dyspareunies profondes</i>	<i>Dyspareunies superficielles</i>
Sexe	<i>Homme</i>	NS	NS
	<i>Femme</i>	NS	NS
Formation	<i>Oui</i>	p < 0.05	NS
	<i>Non</i>	p < 0.05	NS
MSU	<i>Oui</i>	p < 0.05	p < 0.01
	<i>Non</i>	p < 0.05	p < 0.01
Stage gynécologie	<i>Oui</i>	NS	NS
	<i>Non</i>	NS	NS
Secteur géographique	<i>Rural</i>	p < 0.05	NS
	<i>Semi-rural</i>	p < 0.05	NS
	<i>Urbain</i>	p < 0.05	NS
Nombres de consultations	<i>0-1</i>	p < 0.01	p < 0.05
	<i>2-9</i>	p < 0.01	p < 0.05
	<i>10 +</i>	p < 0.01	p < 0.05
Légende		NS	Non significatif (p > 0.05)

DISCUSSION

I. FORCES

Cette étude est, à notre connaissance, la première à s'intéresser aux pratiques médicales concernant le diagnostic et la prise en charge des dyspareunies, tant à l'échelle de l'Occitanie qu'au niveau national. Nos recherches bibliographiques en amont n'ont permis d'identifier aucun travail sur ce thème en dehors de travaux de sage-femmes. En outre, les travaux de mémoire de maïeutique concernaient principalement les dyspareunies du post-partum. Or, notre étude s'attache à évaluer le diagnostic et la prise en charge des dyspareunies dans leur ensemble. Cette étude est donc novatrice à deux niveaux.

Enfin, l'accès en ligne du questionnaire a permis un recueil facilité des données, et le caractère anonyme des réponses au questionnaire a pu limiter un éventuel biais de déclaration.

II. LIMITES

Toutefois, comme toutes les études, notre travail présente plusieurs limites, et compte-tenu de la présence de biais au sein de cette étude, nos résultats doivent donc être interprétés avec précaution.

1. REPRÉSENTATIVITÉ DE LA POPULATION

Le sex ratio de notre étude est de 0,24, alors qu'il est de 1,01 pour les médecins généralistes inscrits au conseil de l'ordre de la région Occitanie [61].

Concernant la moyenne d'âge, elle est de 39,5 ans pour les médecins de notre échantillon alors qu'elle est de 51,8 ans pour les médecins généralistes d'Occitanie. Dans notre population, la tranche des moins de 40 ans est sur-représentée avec 63,4% contre 21% pour les médecins généralistes d'Occitanie selon les données démographiques de l'INSEE de 2021 [62].

Enfin, en termes de milieu d'exercice, les médecins exerçants en rural (35,8%) et en semi-rural (45,5%) sont sur-représentés dans notre échantillon puisque selon l'INSEE, les médecins généralistes d'Occitanie ne sont que 31% à être installés en rural, et 38% en semi-rural. En revanche, les médecins installés en zone urbaine sont sous-représentés dans notre étude, puisqu'ils ne sont que 18,7% contre 31% en Occitanie [62].

Notre échantillon n'est donc pas représentatif de l'ensemble des médecins généralistes d'Occitanie. En conséquence, il n'est pas possible d'extrapoler les données de notre étude à l'ensemble de cette population.

2. BIAIS DE RECRUTEMENT

Les modes de diffusion du questionnaire souffrent chacun de leurs propres limites.

Nous avons démarré par une diffusion au sein de groupes Facebook, mais nous nous sommes rapidement aperçues qu'il n'existait pas de groupes pour l'ancienne région du Languedoc-Roussillon et que les taux de réponses étaient trop faibles dans la plupart des départements de l'ancien Midi-Pyrénées. Nous avons donc dû envisager de contacter les médecins de ces départements d'une autre manière.

Pour se faire, en utilisant l'annuaire des professionnels de santé AMELI, nous avons listé les cabinets de chacun des départements d'Occitanie, hors Haute-Garonne. Nous avons choisi de ne sélectionner que les cabinets où travaillaient plus de deux médecins généralistes pour une question d'efficience, et nous n'avons pas contacté les médecins de Haute-Garonne car ils étaient plus de 30 à nous avoir répondu via les groupes Facebook.

Ainsi, il existe un biais majeur de recrutement puisque de nombreux praticiens ont été omis.

De plus, notre échantillon n'ayant pas été tiré au sort, il est possible que seuls les médecins intéressés ou concernés par le sujet aient répondu; de ce fait, le profil des médecins non répondants est méconnu. Il n'est pas à exclure que les non-participants aient une pratique différente, ce qui constitue un biais de sélection.

Nous pouvons nous interroger sur les raisons pour lesquelles les professionnels n'ont pas souhaité participer à cette étude.

Par exemple, nous nous sommes demandé si les médecins de sexe masculin avaient moins répondu car ils se sentaient moins concernés ou pratiquaient moins la gynécologie que les médecins de sexe féminin, mais nous avons trouvé des résultats dans la littérature qui infirment cette hypothèse. En effet, dans une thèse sur la prise en charge des vulvovaginites par les médecins généralistes, 43,6% des répondants sont des hommes [63].

Au cours d'une autre thèse, concernant cette fois-ci les connaissances des médecins généralistes sur l'endométriose, 61% des médecins ayant répondu au questionnaire sont des hommes [64].

En définitive, on peut supposer que notre échantillon était mieux informé et plus sensibilisé que la population générale des médecins généralistes d'Occitanie.

3. BIAIS DE MESURE

Notre étude étant basée sur un questionnaire auto-déclaratif, il existe un biais de mesure important puisque les réponses des médecins sont susceptibles de ne pas représenter leurs pratiques réelles.

De plus, certaines propositions de réponses étaient différentes entre les dyspareunies profondes et les dyspareunies superficielles. Cela a pu influencer le choix de réponse du praticien.

4. CHOIX DE LA MÉTHODE

Il a été notifié par les participants, dans les réponses libres de la fin du questionnaire, des difficultés à répondre aux questions. En effet, certains médecins répondants ont signalé que leur prise en charge dépendait de l'interrogatoire, de l'examen clinique et des éventuels examens complémentaires et qu'il était difficile pour eux de répondre formellement au questionnaire qui ne contenait pas de situation clinique précise. Ce choix de méthode s'explique par l'absence d'étude préalable existante, et la nécessité d'avoir une vue globale sur les pratiques des médecins sans proposer de situation clinique précise.

5. TAILLE DE L'EFFECTIF

Même si la taille de notre échantillon est relativement importante ($n = 134$) comparée à celle d'enquêtes du même type, le taux de participation globale des médecins reste cependant faible (14,1%). Plusieurs sous-catégories de médecins répondants sont sous-représentées, ne permettant pas toujours un calcul de p-value.

Il est à noter que lors du calcul du taux de réponse, nous nous sommes rendus compte que les groupes Facebook pouvaient contenir des internes, des remplaçants non thésés, probablement des faux comptes ou des comptes non utilisés, et qu'il était possible pour une même personne de se trouver dans plusieurs groupes différents.

Le taux de réponse via les groupes Facebook n'est donc pas interprétable car l'effectif prenant connaissance du questionnaire est biaisé.

III. DISCUSSION DES RÉSULTATS

1. ABORD DE LA PROBLÉMATIQUE

Dans notre étude, on observe que **la plainte était plus souvent abordée par les patientes que par le médecin généraliste** (49,3% vs 35,1%). Ce résultat est cohérent avec celui retrouvé par Laurence Sonzini, dans sa thèse, où 94,2% des patients initient la discussion à propos de leur sexualité [65].

Toutefois, la littérature décrit un tabou à « double-sens » concernant l'évocation de la sexualité [66]. En effet, il existe des difficultés aussi bien du côté des patients que du côté des médecins.

Pour les médecins, il peut être gênant d'aborder le sujet de la sexualité avec leurs patients. Les principaux freins décrits par les médecins sont l'embarras, le manque de connaissances, la peur d'être intrusif, les projections personnelles ainsi que la peur de la réaction du patient. Pour certains, connaître le patient faciliterait la discussion, alors que pour d'autres, cela rendrait les choses plus difficiles [67].

Mais les patients peuvent eux aussi se sentir embarrassés à l'idée de discuter de leur sexualité avec le médecin généraliste. Les raisons de cette gêne peuvent être multiples.

Premièrement, de nombreux patients pensent que la sexualité n'est pas du ressort des professionnels de santé et encore moins du médecin généraliste [66;68]. Cela traduit un manque de connaissance vis à vis des compétences du médecin traitant, mais c'est également le témoin du manque de considération des patients de la sexualité comme étant un élément fondamental de leur santé.

Par ailleurs, cette gêne à évoquer la sexualité directement avec leur médecin peut amener les patients à cacher leur véritable interrogation sous un autre motif de consultation. C'est le cas de nombreuses femmes, qui peuvent présenter des dyspareunies ou des troubles de la réponse sexuelle, et dire au médecin qu'elles pensent avoir une mycose vulvaire [68]. L'enjeu de ce comportement sera, pour le médecin, de saisir l'opportunité d'aborder la sexualité de ses patientes. **Dans notre étude, 56,7% des médecins interrogés avaient répondu poser la question de l'existence des dyspareunies lors des motifs en lien avec des plaintes gynécologiques.**

Quelques facteurs influençant la décision des patients d'aborder leur sexualité avec leur médecin généraliste ont été mis en avant. Le facteur ayant le plus d'impact semble être la qualité de la relation entre le patient et le médecin, et notamment la confiance que le patient accorde à son médecin [66;67]. Il apparaît que pour la majorité des patients, il serait plus facile d'aborder leur vie sexuelle avec un médecin de sexe féminin, qu'ils jugeraient plus « compréhensif » et « bienveillant ». Cette notion serait valable pour les patientes mais aussi les patients. Ces derniers auraient un à priori sur le fait que les médecins de sexe masculin seraient moins à l'aise pour discuter sexualité [66]. Enfin, le temps accordé au patient par le médecin faciliterait grandement les discussions en lien avec la sexualité [66;67].

Malheureusement, fréquemment, lorsque le patient a osé aborder le sujet qui le préoccupait, son médecin ne porte pas de considération particulière à sa problématique, peut être par gêne ou par manque de connaissance, laissant le patient frustré et en défaut de prise en charge [66;68].

Enfin, concernant spécifiquement les dyspareunies, il est communément admis que les premières expériences sexuelles chez la femme sont douloureuses, notamment du fait de la perforation de l'hymen. Cette croyance très ancrée, en particulier chez les patientes, aboutit à consulter tardivement lorsque les douleurs persistent, car dans leur esprit, il n'y a rien d'anormal à souffrir au début de la vie sexuelle [68].

2. INTERROGATOIRE

- TYPE DE DYSPAREUNIE

Dans notre étude, **la majorité des médecins (66,4% et 68,7%) cherchait à identifier le type de dyspareunie en demandant si la douleur était présente à l'intromission ou à la pénétration profonde.** Nous avons pu constater qu'il existait un lien fort entre la caractérisation de la douleur et la formation complémentaire des médecins généralistes : ceux qui ont réalisé une **formation complémentaire avaient tendance à bien évaluer le type de dyspareunie présentée par la patiente, quand ceux qui n'en n'ont pas réalisé étaient moins systématiques (p-value < 0.01).** Ce résultat peut s'expliquer par la présence d'enseignements concernant les dyspareunies dans le DIU de sexologie [69;70], ou dans le DU « Approfondissement des connaissances en santé sexuelle » [71]. En revanche, dans le DIU de gynécologie pour les médecins généralistes, les programmes ne font pas état de

cours à propos des dyspareunies [72;73]. Nous n'avons pas non plus trouvé de FMC en lien avec ce sujet.

De même, **les médecins MSU interrogeaient plus leurs patientes sur les douleurs ressenties que ceux qui n'accueillaient pas d'internes (p-value < 0.05)**. Nous pouvons supposer que la présence d'un interne encourage le praticien à prendre plus de temps lors de l'interrogatoire afin de former l'interne, et permette ainsi le recueil de plus d'informations.

Nous avons trouvé dans la littérature plusieurs échelles pour aider les médecins à évaluer la fonction sexuelle féminine et notamment les douleurs et l'anxiété :

- Le Female Sexual Function Index (FSFI) : il permet une évaluation globale de la fonction sexuelle; les questions 17,18, et 19 permettent spécifiquement l'évaluation de la douleur lors des rapports (annexe n°8) [74].
- Le Vaginal Penetration Cognition Questionnaire (VPCQ) : il cible la cognition, et l'appréhension de la douleur au cours de la pénétration; il est surtout utile en cas de suspicion de vaginisme (annexe n°9) [75].
- La Female Sexual Distress Scale (FSDS) : elle apprécie l'anxiété de la patiente liée aux pratiques sexuelles (annexe n°10) [76].

Il aurait été intéressant de questionner les médecins généralistes à propos de leur connaissance de ces outils.

- RECHERCHE DES ANTÉCÉDENTS ET TRAITEMENTS

Face à une plainte de dyspareunie, la grande majorité des médecins sondés recherchait toujours les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux de la patiente ainsi que ses traitements. En revanche, dans notre étude, **les antécédents de violences, notamment sexuelles, étaient rarement recherchés** : seuls 30,6% des médecins questionnaient toujours les patientes à ce propos. Même si les études ne sont pas formelles quant à un lien de causalité entre la présence de dyspareunies et des antécédents d'abus sexuels [16;46;68], il semblerait malgré tout que les patientes atteintes de vaginisme aient plus d'antécédents de violences sexuelles dans l'enfance que les patientes ne souffrant pas de vaginisme [46]. Il a également été mis en évidence une plus grande

fréquence des troubles musculaires du plancher pelvien chez les patientes avec des antécédents d'agression sexuelle [77].

Cet élément anamnésique semble donc important à recueillir afin d'éventuellement conseiller aux patientes une TCC associée à de la pleine conscience, qui ont montré de bons résultats chez les patientes avec des dyspareunies et des antécédents d'abus sexuels [40;43].

- RECHERCHE DE L'IMPACT

Concernant l'évaluation de l'impact des dyspareunies sur les différents domaines de la vie de la patiente, les résultats sont hétérogènes. En effet, **les médecins ayant répondu à notre étude ont globalement recherché l'impact sur la vie sexuelle** (26,9% le recherchaient « souvent » et 41,8% le recherchaient « toujours ») **et sur la relation avec le partenaire de la patiente** (36,6% le recherchaient « souvent » et 35,1% le recherchaient « toujours »).

En revanche, **l'impact sur la santé mentale des patientes était moyennement évalué**. En effet, plus de 10% des médecins de notre étude ne le recherchaient « jamais », et seulement 28,4% le recherchaient « souvent ». **Il en va de même pour l'impact sur l'estime de la patiente**, où seulement 9% des médecins répondants l'évaluaient systématiquement, et 34,3% l'évaluaient « rarement ». Pourtant, les études mettent en avant l'impact significatif que peuvent avoir les dyspareunies sur la santé mentale, avec le développement de symptômes anxieux, voire dépressifs, une altération de l'image corporelle et une faible estime de soi [78;79].

L'impact sur la fertilité était moins évalué par les généralistes de notre étude, seuls 9,7% d'entre eux le recherchaient toujours. Toutefois, ce résultat peut s'expliquer par le fait que les difficultés de conception seront probablement abordées plus facilement et plus spontanément par les patientes. Ce sera alors au cours du bilan d'infertilité que l'on pourra mettre en évidence des dyspareunies.

- SIGNES ASSOCIÉS

Enfin, **la très grande majorité des médecins répondants de notre étude recherchait les signes associés aux dyspareunies**. Cet élément est donc bien utilisé par les médecins afin d'étayer leur diagnostic. L'obtention de cette information est d'autant plus importante dans

les dyspareunies suspectées d'être d'origine purement organique, comme dans l'endométriose. Dans la thèse d'Antoine Quibel en 2012 sur la prise en charge de l'endométriose des médecins généralistes de Seine Maritime [64], les signes uro-digestifs sont peu cités par les médecins comme symptômes d'endométriose (4%). Dans notre étude, les signes digestifs ont été recherchés par 77,6% des médecins et les signes urinaires par 88,8% des médecins répondants. Toutefois, en raison du design de notre étude, **nous ne pouvons pas avoir la certitude que ces signes étaient recherchés dans l'hypothèse d'une endométriose.**

3. EXAMEN CLINIQUE

Dans notre étude, les médecins **réalisaient globalement le même examen clinique**, que ce soit pour des dyspareunies superficielles ou des dyspareunies profondes.

La palpation abdominale et l'examen visuel de la vulve étaient très largement pratiqués par les médecins de notre échantillon.

En revanche, les praticiens répondants **ont moins systématiquement réalisé le toucher vaginal et l'examen au spéculum**. Le design de notre étude ne nous permet pas de savoir pourquoi les médecins pratiquent moins ces deux examens, mais nous pouvons imaginer que chez des patientes douloureuses, ils ne sont pas toujours réalisables.

Nous avons également pu observer que **les médecins femmes réalisaient un meilleur examen clinique que les médecins hommes aussi bien pour les dyspareunies profondes ($p < 0.005$) que pour les dyspareunies superficielles ($p < 0.005$)**. Cette différence peut être liée à un manque de connaissance des médecins hommes, mais on peut également supposer que ces derniers se sentent moins à l'aise pour réaliser un examen clinique gynécologique. En effet, dans la thèse de Mathilde Vanderstraeten, un des freins évoqués par les médecins généralistes masculins est la gêne vis-à-vis de la patiente [52]. Cette notion est également retrouvée dans la thèse de Julien Burnay, où les médecins interrogés rapportent que le fait d'être un homme est un frein en raison du rapport à l'intime de la pratique gynécologique et de la gêne que le rapport homme-femme peut engendrer [80].

Enfin, nous avons relevé que la **très grande majorité des médecins interrogés (85,1%) ne réalisait pas le test au coton-tige**. Cet examen peut-être utile au diagnostic des vulvodynies. Il est alors réalisé sur toute la région ano-génitale afin de rechercher des

zones douloureuses [81]. Nous pouvons émettre deux hypothèses quant à ce résultat : il est possible que l'intitulé de la proposition n'ait pas été compris, « test au coton-tige » n'étant pas forcément explicite et pouvant être confondu avec le prélèvement vaginal; il se peut également que ce test soit méconnu des médecins. Dans le dernier cas, il est probable que si les médecins ne connaissent pas le test diagnostique, ils soient également peu informés sur les vulvodynies, qui sont effectivement des pathologies souffrant d'un important retard de diagnostic notamment par manque de connaissance des professionnels de santé [49;59].

4. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Les pratiques des médecins généralistes interrogés dans notre étude sont similaires entre dyspareunies superficielles et profondes, **hormis pour l'échographie abdomino-pelvienne et pour l'IRM.**

Le prélèvement vaginal et la recherche de chlamydia/gonocoque ont souvent été réalisés mais peut-être pas assez systématiquement. En effet, **moins d'un médecin sur deux les réalisait toujours.**

L'ECBU était peu prescrit, pourtant c'est un argument qui peut être utile pour appuyer un diagnostic de cystite interstitielle pouvant être à l'origine de dyspareunies profondes [47].

L'échographie abdomino-pelvienne et l'IRM ont été **plus souvent réalisées dans les dyspareunies profondes** que dans les dyspareunies superficielles.

L'échographie a toujours été prescrite par **seulement 26,1% des médecins répondants dans les dyspareunies profondes**, pourtant, c'est l'examen d'imagerie principal pour explorer ce type de dyspareunies. Elle peut permettre la mise en évidence de fibromes, d'un utérus rétroversé, de kystes ovariens ou encore de nodules d'endométriose [41;82;83]. Cette pathologie a d'ailleurs beaucoup été évoquée dans les commentaires libres, suggérant que les praticiens y pensent fréquemment.

Ce résultat est donc assez surprenant, même si dans sa thèse sur la prise en charge de l'endométriose par les médecins de Seine-Maritime, Antoine Quibel a constaté que les médecins généralistes pensent majoritairement que l'IRM est l'examen d'imagerie de référence pour le diagnostic de l'endométriose [64].

Il est important de noter que les résultats de cette étude concernant les examens complémentaires sont toutefois à interpréter à travers le prisme de la démographie sanitaire actuelle. Effectivement, plusieurs médecins, via les commentaires libres du questionnaire, nous ont signalé leur difficulté à avoir accès aux examens d'imagerie tels que l'échographie ou l'IRM.

5. TRAITEMENTS

La prescription de traitements était très hétérogène dans notre étude.

Premièrement, on observe que **le lubrifiant était fréquemment prescrit**, aussi bien pour les dyspareunies profondes (70,1% des médecins) que pour les dyspareunies superficielles (93,3% des médecins). Le lubrifiant est un bon élément pour la gestion des dyspareunies, à condition d'être utilisé conjointement avec d'autres outils thérapeutiques tels que les dilateurs vaginaux pour le vaginisme [45] et les lichens [84].

Deuxièmement, les médecins de notre étude **ne prescrivait quasiment jamais de contraception** (84,3% des médecins n'en prescrivait pas dans les dyspareunies profondes et 97% dans les dyspareunies superficielles). La contraception, notamment progestative pure, peut permettre de bloquer le cycle menstruel et limiter l'aggravation des lésions dans l'endométriose [64]. Il semble cohérent de l'introduire une fois la preuve faite de l'existence d'endométriose. De ce fait, elle sera peut-être prescrite par un(e) gynécologue plutôt que par un(e) médecin généraliste; cela pourrait expliquer notre résultat.

Nous avons également observé qu'environ **un médecin sur deux prescrivait des oestrogènes locaux** (40,3% pour les dyspareunies superficielles et 48,5% pour les dyspareunies profondes) **ou un topique à base d'acide hyaluronique** (52,2% pour les dyspareunies superficielles). Le design de notre étude ne nous permet pas de savoir pour quelle étiologie de dyspareunie les médecins les prescrivait, mais ces traitements n'apportent une amélioration que dans les dyspareunies liées à une atrophie vulvo-vaginale liée à la ménopause [85;86].

Enfin, **peu de médecins ont prescrit un antalgique** (34,3% pour les dyspareunies profondes et 23,9% pour les dyspareunies superficielles), **quasiment aucun d'entre eux**

n'a prescrit d'anesthésiant local dans les dyspareunies superficielles (89,6%) et **17,2% des médecins ne prescrivait aucun traitement dans les dyspareunies profondes.**

Aussi, on observe que la gestion des thérapeutiques à visée antalgique semble difficile pour les médecins généralistes. Pourtant les AINS sont utiles pour les douleurs liées à l'endométriose [64], la gabapentine ou la prégabaline atténuent les dyspareunies causées par une névralgie pudendale ou une vulvodynie [59;87], et l'anesthésiant local permet de limiter la sensibilisation douloureuse dans les vulvodynies et le vaginisme [45;81].

Ce défaut de prescription antalgique peut s'expliquer par plusieurs facteurs : premièrement, il est possible que les médecins ne soient pas informés de l'efficacité de ces thérapeutiques pour ces pathologies. Ensuite, les études font état de biais de prise en charge concernant les douleurs de la femme; elles seraient fréquemment vues comme hystériques, exagérant leurs douleurs [14;88], et cela conduirait à une moindre prescription de traitements antalgiques, ou à plus d'anxiolytiques [88;89].

De plus, il existe un défaut de littérature scientifique concernant les pathologies féminines, aussi bien en termes de quantité que de qualité. En effet, les femmes sont moins représentées dans les études cliniques, leur participation n'ayant d'ailleurs pas été obligatoire pendant longtemps [90]. L'étude de la physiopathologie s'est donc faite selon le modèle masculin qui a été pris pour référence. Cela a eu pour conséquence une mauvaise connaissance de la physiologie féminine (longuement jugée comme complexe à cause des variations hormonales) et des pathologies touchant exclusivement les femmes [91].

Enfin, si les mécanismes de la dysfonction sexuelle masculine sont aujourd'hui bien élucidés, et les traitements nombreux, ce n'est absolument pas le cas de la dysfonction sexuelle féminine (et donc des dyspareunies) qui souffre du manque d'études scientifiques de qualité [14].

Il est à noter que dans les commentaires libres, un des médecins a suggéré l'utilisation des dermocorticoïdes pour le traitement du lichen vulvaire. Il aurait été intéressant de poser une question ouverte afin de mieux connaître les pratiques thérapeutiques des médecins. C'est une des limites du choix d'une méthode quantitative.

6. ORIENTATION

Concernant l'orientation des patientes, les médecins interrogés avaient globalement les mêmes pratiques, que ce soit pour les dyspareunies profondes ou les dyspareunies superficielles.

Ils étaient **nombreux à orienter les patientes vers un(e) gynécologue** (87,3% pour les dyspareunies profondes et 67,9% pour les dyspareunies superficielles). Il est possible que les médecins généralistes réfèrent les patientes au spécialiste dans les cas où une prise en charge spécifique est nécessaire, comme dans le cas de l'endométriose avec un éventuel acte chirurgical ou une prise en charge de l'infertilité par PMA. Le ou la gynécologue reste également l'interlocuteur de choix lorsque le médecin traitant ne sait pas comment prendre en charge la patiente ou lorsque les traitements essayés ont tous échoué.

Dans le cadre de dyspareunies superficielles, **seuls 29,9% des médecins interrogés adressaient les patientes à un dermatologue**. Ce résultat peut nous faire penser que les médecins généralistes ne sont pas forcément au fait de l'existence de dermatoses vulvaires ou qu'ils ne pensent pas au dermatologue comme un spécialiste pouvant prendre en charge des patientes souffrant de dyspareunies superficielles.

Environ **un médecin sur deux orientait ses patientes vers un(e) sexologue ou un(e) psychologue**, avec une légère prédominance dans les dyspareunies superficielles. On peut comprendre ce résultat comme la conscience des médecins généralistes de la place du psychisme dans la sexualité. Cette orientation est importante lorsque les dyspareunies évoluent depuis une longue période, qu'elles soient organiques ou psychosomatiques, afin de prendre en charge une potentielle altération de la cognition douloureuse, ou l'existence d'un catastrophisme de la douleur [43;44].

Enfin, **approximativement 40% des médecins participants ont adressé les patientes, qu'elles souffrent de dyspareunies profondes ou superficielles, vers un(e) kinésithérapeute spécialisé(e) en troubles périnéaux**. Au vu du nombre important de patientes présentant une dysfonction des muscles du plancher pelvien [92], ce résultat ne semble pas suffisant, car l'efficacité de la rééducation pelvienne dans les dyspareunies n'est plus à prouver [93]. Elle permet effectivement une amélioration du tonus musculaire, de la douleur pendant les rapports, et des fonctions sexuelles globales [94].

Notre étude a mis en évidence plusieurs facteurs influençant l'orientation des patientes par les médecins généralistes.

Il semble que la réalisation d'une **formation complémentaire permettait aux médecins de mieux adresser les patientes souffrant de dyspareunies profondes vers d'autres professionnels de santé par rapport aux médecins n'ayant pas réalisé de formation complémentaire (p-value < 0.05)**. Il est possible qu'au cours de ces formations, qu'elles soient universitaires ou non, les médecins apprennent qu'une prise en charge pluridisciplinaire (notamment kinésithérapie et sexologie ou psychologie) a une meilleure efficacité qu'une prise en charge unimodale dans les dyspareunies profondes. Ce résultat n'était toutefois pas significatif pour les dyspareunies superficielles dans notre étude.

De même, les **médecins MSU avaient tendance à plus orienter les patientes vers différents professionnels de santé en comparaison des médecins n'accueillant pas d'internes (p < 0.05 pour les dyspareunies profondes et p-value < 0.01 pour les dyspareunies superficielles)**. Ce résultat nous semble difficilement explicable, les MSU ne recevant pas de formation supplémentaire spécifique à la gynécologie par rapport médecins non MSU. Néanmoins, il est possible que les MSU aient un réseau de contacts plus étoffé que les médecins n'accueillant pas d'internes, notamment de par leurs liens avec les départements universitaires de médecine générale.

Nous avons relevé que les **médecins exerçant en zone urbaine orientaient mieux leurs patientes atteintes de dyspareunies profondes par rapport aux médecins exerçant en milieu semi-rural ou en milieu rural (p < 0.05)**. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les professionnels de santé sont plus nombreux et plus accessibles en territoire urbain.

Enfin, les **médecins réalisant dix consultations ou plus, ont obtenu de meilleurs résultats dans l'adressage des patientes que les médecins faisant deux à neuf consultations et que les médecins réalisant zéro à une consultation (p < 0.01 pour les dyspareunies profondes et p < 0.05 pour les dyspareunies superficielles)**. Il est très probable que les médecins effectuant de nombreuses consultations en lien avec la santé de la femme soient plus au fait de l'efficacité des prises en charge pluridisciplinaires, mais aussi qu'ils aient un réseau de professionnels plus développé et des interlocuteurs privilégiés à force d'orientation et de retours d'expérience de patientes.

Nous tenons toutefois à signaler que les résultats de cette étude concernant l'orientation vers d'autres professionnels de santé sont à interpréter à travers le prisme de la démographie sanitaire actuelle. En effet, de nombreux médecins nous ont fait part, par le biais des commentaires libres, de leur difficulté à avoir accès aux spécialistes ou autres professionnels de santé.

Nous terminerons sur un point qui est revenu plusieurs fois dans les commentaires libres : plusieurs médecins ont évoqué le fait qu'ils orientaient les patientes souffrant de dyspareunies vers les sage-femmes. Nous n'avons pas inséré cette proposition dans notre questionnaire, nous n'avons donc pas de statistiques précises sur le nombre de médecins qui orientent vers des sage-femmes, ni sur l'objectif de cette orientation.

Toutefois, selon le Code de Santé Publique, les sage-femmes ont un rôle dans la prévention et le suivi gynécologique des patientes, mais doivent « adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique » [95]. En revanche, l'article R4127-324 du Code de Santé Publique autorise les sage-femmes à participer, sous la direction d'un médecin, « au traitement de toute patiente présentant une affection gynécologique » [96].

Aussi, conformément à la loi, le médecin peut orienter les patientes atteintes de dyspareunies vers les sage-femmes dans un objectif de prise en charge spécifique, telle que la rééducation du plancher pelvien et non pas dans un but diagnostic.

7. ABSENCE DE LIEN STATISTIQUE

Lors de l'analyse de nos résultats, nous avons été surprises par l'absence de lien significatif entre la pratique des médecins généralistes et la réalisation d'un stage de gynécologie au cours de leur internat. En effet, nous nous attendions à observer une influence du stage de gynécologie sur les pratiques des médecins répondants. Il y a fort à parier que ce défaut de significativité à ce niveau soit en lien avec la non-représentativité de l'échantillon et à la nature auto-déclarative des réponses des médecins répondants.

Toutefois, dans la thèse de Julien Burnay [80], il a été mis en évidence que les médecins généralistes ayant réalisé un stage de gynécologie au cours de leur internat se sentent plus à l'aise avec la pratique de la gynécologie que les médecins n'ayant pas effectué de stage de gynécologie.

IV. PERSPECTIVES

1. SENSIBILISATION DES PATIENTES

Afin de les aider à consulter plus facilement, il pourrait être intéressant de sensibiliser les patientes à l'existence des dyspareunies et à la nécessité de leur prise en charge.

Cette sensibilisation pourrait passer par des affiches dans l'espace public ou dans la salle d'attente des praticiens susceptibles de recevoir des femmes en consultation, ainsi que dans les centres de santé en lien avec la sexualité (PMI, CDPEF, CEGIDD).

Il pourrait également être envisageable d'aborder cette problématique dans les établissements scolaires lors de l'éducation à la sexualité.

Enfin, comme les réseaux sociaux occupent actuellement une place majeure dans l'information des individus, des messages en lien avec la santé sexuelle permettraient d'alerter les jeunes femmes des différentes problématiques qu'elles pourraient rencontrer au cours de leur vie sexuelle.

2. SENSIBILISATION DES MÉDECINS

Il est évident que pour améliorer le diagnostic et la prise en charge des dyspareunies par les médecins généralistes, il est nécessaire de passer par un accroissement de leurs connaissances vis-à-vis de cette problématique. Cela peut se faire par plusieurs moyens complémentaires.

Nous avons vu que les médecins ayant bénéficié d'une formation complémentaire prenaient globalement mieux en charge les patientes que les médecins n'en n'ayant pas réalisé. Il pourrait être pertinent d'implémenter le DU de gynécologie à destination des médecins généralistes d'une partie sur la prise en charge des dysfonctions sexuelles féminines. La création de FMC sur les dysfonctionnements sexuels pourraient bénéficier à de nombreux praticiens qui n'ont pas forcément le temps ou l'envie de participer à une formation universitaire. Un séminaire de dermatologie à destination des médecins généralistes est organisé le 05 décembre 2023 à Paris, et il contiendra une présentation sur les pathologies vulvaires.

La formation initiale des médecins généralistes pourrait également être approfondie notamment au cours de l'externat. En effet, le manuel du Collège National des Enseignants de Gynécologie-Obstétrique, source principale de préparation aux EDN, aborde les

dyspareunies liées à l'endométriose, au vaginisme ou aux carences oestrogéniques, mais fait l'impasse sur l'existence des vulvodynies [97]. Ajouter un paragraphe sur cette pathologie complexe permettrait de sensibiliser les futurs médecins à leur existence.

Enfin, l'ajout d'une quatrième année à l'internat de médecine générale doit permettre à tous les internes de réaliser un stage en gynécologie. En effet, à l'heure actuelle, dans la plupart des subdivisions, il n'est pas possible de réaliser un stage de pédiatrie et un stage de gynécologie. Ce frein à la formation des médecins généralistes et à leur pratique future de la gynécologie est mis en évidence dans les thèses de Julien Burnay [80] et de Mathias Jules-Clément [98]. A cette formation pratique, il serait bénéfique d'ajouter une formation théorique, comme c'est déjà le cas dans la subdivision de Toulouse. En effet, les internes bénéficient d'un cours sur la santé sexuelle où les dysfonctions sexuelles féminines et leurs traitements sont abordés par des MSU ayant une pratique régulière de la gynécologie ainsi que par des sexologues.

3. PLURIDISCIPLINARITÉ ET TRAITEMENT MULTIMODAL

La pluridisciplinarité et la multimodalité des traitements sont indispensables pour une prise en charge efficace des patientes souffrant de dyspareunies.

Aussi, plus grand sera le nombre de professionnels formés au traitement de cette problématique, plus il sera aisé de proposer une prise en charge pluridisciplinaire aux patientes.

Si les internes en gynécologie médicale bénéficient d'une formation sur les dysfonctions sexuelles féminines et notamment les dyspareunies (dont les vulvodynies, le vaginisme et les pathologies vulvaires), ce n'est pas le cas des internes en gynécologie-obstétrique dont le programme ne fait pas mention des dyspareunies hormis celles causées par l'endométriose. Le fait est que, parmi ces internes de gynécologie-obstétrique, un certain nombre d'entre eux va s'installer en libéral et recevoir des patientes souffrant de dyspareunies. Il paraît pertinent que ces futurs professionnels de santé reçoivent eux aussi des cours concernant les dysfonctionnements sexuels féminins.

Il semblerait que la formation des sage-femmes en sexologie ait été complétée grâce à la réforme de 2011. Cette majoration des connaissances des maïeuticien(ne)s nouvellement formé(e)s font d'eux de bons acteurs en terme de prévention et de dépistage des dyspareunies, surtout dans le contexte du post-partum [99].

Au cours de nos recherches, nous avons également découvert que professionnels de santé non médecins (kinésithérapeute, sage-femme, psychologue, et infirmier(ère)) pouvaient réaliser un DU de sexologie clinique et de sexothérapie [100]. Connaître les professionnels de santé formés à la sexologie exerçant sur son territoire, pourrait permettre au médecin d'adresser ses patientes plus aisément. Toutefois, il est probable que le non-remboursement des consultations de psychologie ou de sexologie soit un frein pour les patientes.

Enfin, les cliniques dites « cliniques vulvaires » ainsi que les consultations spécialisées en pathologie vulvaire et en dysfonction sexuelle, pourraient faciliter la prise en charge pluridisciplinaire et multimodale des patientes.

Les pays d'Amérique du Nord, et notamment le Canada, ont été les pionniers dans la création de ces consultations pluridisciplinaires. A Montréal, par exemple, il existe une clinique ultraspécialisée, appelée clinique VUVA [101]. Les cliniques vulvaires sont nombreuses aux Etats-Unis : en Californie, au Tennessee, à New-York ou encore au Michigan [102].

Petit à petit, ces consultations spécialisées se sont développées dans les pays Européens, comme la Suisse qui a mis en place des consultations spécialisées en pathologies vulvaires et en douleurs sexuelles à Lausanne [103] ainsi qu'à Genève [104].

Ces consultations ont commencé à se déployer en France, avec pour le moment principalement des consultations couplées de gynécodermatologie. C'est par exemple le cas dans les CHU de Marseille [105], de Lyon [106] ou d'Angers [107].

Par ailleurs, le CHU de Bordeaux a créé un centre pluridisciplinaire pour la prise en charge des pathologies vulvaires et des dysfonctions sexuelles, incluant les dyspareunies [108].

Il est possible que ces centres se développent à l'avenir, car les patientes sont demandeuses de structures regroupant l'ensemble des modalités thérapeutiques (sexologue, psychologue, kinésithérapeute, etc...) [107;109].

Les patientes pourraient également bénéficier de l'accompagnement proposé par des associations telles que Les Clés de Vénus [110] qui accompagnent les femmes souffrant de douleurs sexuelles. Les Clés de Venus proposent, sur leur site Internet, un annuaire de professionnels formés à la prise en charge de ces douleurs, qui peut être utile à la fois aux patientes comme aux professionnels de santé.

CONCLUSION

Les dyspareunies font partie des dysfonctions sexuelles féminines et peuvent avoir des étiologies purement organiques ou comprendre une composante psychosomatique. Ce sont des douleurs qui peuvent être à l'origine de conséquences majeures sur la santé globale des patientes atteintes, et pourtant, elles restent mal connues des médecins, ce qui cause une errance diagnostique importante.

Notre étude avait pour objectif de décrire les pratiques concernant le diagnostic et la prise en charge des dyspareunies par les médecins généralistes d'Occitanie. Malgré la présence de biais, notre travail montre que si les médecins semblent être plus à l'aise avec les dyspareunies profondes, ils ne prennent pas en charge de manière optimale les patientes souffrant de dyspareunies superficielles.

En effet, l'examen clinique réalisé par les médecins interrogés était incomplet, la prescription de thérapeutiques n'était pas forcément suffisante et l'orientation vers des professionnels de santé ne se faisait pas de manière assez systématique.

Même si la prise en charge des dyspareunies profondes nous a parue être plus adaptée, le manque de réalisation d'examen d'imagerie pourrait être à l'origine de retard diagnostique.

Cette étude révèle que les pratiques des médecins généralistes sont influencées par différents facteurs tels que le sexe du praticien, la réalisation d'une formation complémentaire en gynécologie, l'accueil d'interne au sein de son cabinet, mais aussi son milieu d'exercice ainsi que le nombre de consultations en lien avec la santé de la femme qu'il réalise. Il est apparu, de manière surprenante, que la réalisation d'un stage de gynécologie au cours de l'internat n'avait pas d'effet sur les pratiques des médecins.

L'amélioration des pratiques des médecins généralistes peut passer par la réalisation de formations complémentaires, mais aussi par l'enrichissement du programme du deuxième cycle des études médicales concernant les douleurs sexuelles, ainsi que par la réalisation systématique d'un stage de gynécologie lors de l'internat. Les patientes gagneraient également à être plus sensibilisées à l'existence de ces douleurs et à leur caractère anormal afin de consulter plus rapidement. Enfin, la prise en charge pluridisciplinaire, dont l'importance doit être soulignée, se verra probablement améliorée dans les années à venir avec la création de consultations spécialisées proposant l'intervention groupée de professionnels de santé différents.

Une étude qualitative auprès des médecins généralistes au moyen d'entretiens semi-dirigés permettrait de collecter des données supplémentaires et d'approfondir les résultats issus de notre étude quantitative. Finalement, il pourrait être intéressant d'analyser plus précisément les connaissances des médecins généralistes et des gynécologues concernant les dyspareunies superficielles et les vulvodynies notamment.

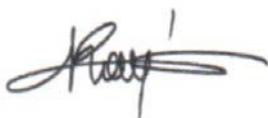
VU :

La Présidente du Jury

Professeure Marie-Eve ROUGÉ-BUGAT

Lu et Approuvé

Le 23 Août 2023



VU :

La Doyenne

Professeure Odile RAUZY

Toulouse, le 25/08/2023

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



BIBLIOGRAPHIE

1. Santé sexuelle [Internet]. [cité 23 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>
2. Rabii R, Heddat A. Physiologie sexuelle féminine. *J Maroc Urol*. 2010;18:5-9.
3. Yeung J, Pauls RN. Anatomy of the Vulva and the Female Sexual Response. *Obstet Gynecol Clin North Am*. mars 2016;43(1):27-44.
4. Salonia A, Giraldi A, Chivers ML, Georgiadis JR, Levin R, Maravilla KR, et al. Physiology of women's sexual function: basic knowledge and new findings. *J Sex Med*. août 2010;7(8):2637-60.
5. Redelman M. A general look at female orgasm and anorgasmia. *Sex Health*. sept 2006;3(3):143-53.
6. Jozkowski KN, Herbenick D, Schick V, Reece M, Sanders SA, Fortenberry JD. Women's perceptions about lubricant use and vaginal wetness during sexual activities. *J Sex Med*. févr 2013;10(2):484-92.
7. Suh DD, Yang CC, Cao Y, Heiman JR, Garland PA, Maravilla KR. MRI of female genital and pelvic organs during sexual arousal. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. juin 2004;25(2):153-62.
8. Sauty A, Prosper M. Le syndrome d'hyperventilation. *Rev Med Suisse*. 19 nov 2008;180(42):2500-5.
9. Passie T, Hartmann U, Schneider U, Emrich HM. On the function of groaning and hyperventilation during sexual intercourse: intensification of sexual experience by altering brain metabolism through hypocapnia. *Med Hypotheses*. mai 2003;60(5):660-3.
10. Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, Hull EM, Heiman JR. Women's orgasm. *Annu Rev Sex Res*. 2004;15:173-257.
11. Puppo V. Embryology and anatomy of the vulva: the female orgasm and women's sexual health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. janv 2011;154(1):3-8.
12. Buisson O, Jannini EA. Pilot echographic study of the differences in clitoral involvement following clitoral or vaginal sexual stimulation. *J Sex Med*. nov 2013;10(11):2734-40.
13. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. *Med Clin North Am*. juill 2019;103(4):681-98.
14. Merone L, Tsey K, Russell D, Nagle C. Sex Inequalities in Medical Research: A Systematic Scoping Review of the Literature. *Womens Health Rep (New Rochelle)*. 2022;3(1):49-59.
15. Parish SJ, Cottler-Casanova S, Clayton AH, McCabe MP, Coleman E, Reed GM. The Evolution of the Female Sexual Disorder/Dysfunction Definitions, Nomenclature, and Classifications: A Review of DSM, ICSM, ISSWSH, and ICD. *Sexual Medicine Reviews*. 1 janv 2021;9(1):36-56.
16. Heim LJ. Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia. *Am Fam Physician*. 15 avr 2001;63(8):1535-44.
17. Yong PJ, Sadownik L, Brotto LA. Concurrent deep-superficial dyspareunia: prevalence, associations, and outcomes in a multidisciplinary vulvodynia program. *J Sex Med*. janv 2015;12(1):219-27.
18. Lucena HM, Mukhopadhyay S, Morris E. Dyspareunia: a difficult symptom in gynaecological practice. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*. 1 avr 2015;25(4):97-101.
19. MacNeill C. Dyspareunia. *Obstet Gynecol Clin North Am*. déc 2006;33(4):565-77, viii.
20. Mitchell K, Geary R, Graham C, Datta J, Wellings K, Sonnenberg P, et al. Painful sex (dyspareunia) in women: prevalence and associated factors in a British population probability survey. *BJOG*. oct 2017;124(11):1689-97.
21. Seehusen DA, Baird DC, Bode DV. Dyspareunia in women. *Am Fam Physician*. 1 oct 2014;90(7):465-70.
22. Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet Gynecol*. janv 1996;87(1):55-8.

23. Leclerc B, Bergeron S, Binik YM, Khalifé S. History of sexual and physical abuse in women with dyspareunia: association with pain, psychosocial adjustment, and sexual functioning. *J Sex Med.* févr 2010;7(2 Pt 2):971-80.
24. Ayling K, Ussher JM. « If sex hurts, am I still a woman? » the subjective experience of vulvodynia in hetero-sexual women. *Arch Sex Behav.* avr 2008;37(2):294-304.
25. Boardman LA, Stockdale CK. Sexual pain. *Clin Obstet Gynecol.* déc 2009;52(4):682-90.
26. Farmer MA, Meston CM. Predictors of genital pain in young women. *Arch Sex Behav.* déc 2007;36(6):831-43.
27. Elran E, Bronner G, Uziel N, Eli I, Kitrey ND, Raviv G. The impact of vaginal penetration difficulties on the sexual functioning of women and their male partners. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* oct 2014;19(5):352-8.
28. Elmerstig E, Wijma B, Berterö C. Why do young women continue to have sexual intercourse despite pain? *J Adolesc Health.* oct 2008;43(4):357-63.
29. Privitera G, O'Brien K, Misajon R, Lin CY. Endometriosis Symptomatology, Dyspareunia, and Sexual Distress Are Related to Avoidance of Sex and Negative Impacts on the Sex Lives of Women with Endometriosis. *Int J Environ Res Public Health.* 14 févr 2023;20(4):3362
30. Lee NMW, Jakes AD, Lloyd J, Frodsham LCG. Dyspareunia. *BMJ.* 19 juin 2018;361:k2341.
31. Kumar K, Robertson D. Superficial dyspareunia. *CMAJ.* 19 juin 2017;189(24):E836.
32. Matthes A do CS, Zucca-Matthes G. Re: Painful sex (dyspareunia) in women: prevalence and associated factors in a British population probability survey: Dyspareunia is a global public health problem! *BJOG.* oct 2017;124(11):1789.
33. Phillips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *Am Fam Physician.* 1 juill 2000;62(1):127-36, 141-2.
34. Terzić M, Kocijancić D. [Pelvic inflammatory disease: contemporary diagnostic and therapeutic approach]. *Srp Arh Celok Lek.* 2010;138(9-10):658-63.
35. Gradison M. Pelvic inflammatory disease. *Am Fam Physician.* 15 avr 2012;85(8):791-6.
36. Brown CL, Rizer M, Alexander R, Sharpe EE, Rochon PJ. Pelvic Congestion Syndrome: Systematic Review of Treatment Success. *Semin Intervent Radiol.* mars 2018;35(1):35-40.
37. Durham JD, Machan L. Pelvic congestion syndrome. *Semin Intervent Radiol.* déc 2013;30(4):372-80.
38. Marcu I, Campian EC, Tu FF. Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. *Semin Reprod Med.* mars 2018;36(2):123-35.
39. Leusink P, van de Pasch S, Teunissen D, Laan ET, Lagro-Janssen AL. The Relationship Between Vulvovaginal Candidiasis and Provoked Vulvodynia: A Systematic Review. *J Sex Med.* sept 2018;15(9):1310-21.
40. Dunkley CR, Brotto LA. Psychological Treatments for Provoked Vestibulodynia: Integration of Mindfulness-Based and Cognitive Behavioral Therapies. *J Clin Psychol.* juill 2016;72(7):637-50.
41. Chapron C, Marcellin L, Borghese B, Santulli P. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. *Nat Rev Endocrinol.* nov 2019;15(11):666-82.
42. Eserdag S, Sevinc T, Tarlacı S. Do women with vaginismus have a lower threshold of pain? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* mars 2021;258:189-92.
43. Karp BI, Tandon H, Vigil D, Stratton P. Methodological approaches to botulinum toxin for the treatment of chronic pelvic pain, vaginismus, and vulvar pain disorders. *Int Urogynecol J.* juill 2019;30(7):1071-81.
44. Borg C, Peters ML, Schultz WW, de Jong PJ. Vaginismus: heightened harm avoidance and pain catastrophizing cognitions. *J Sex Med.* févr 2012;9(2):558-67.
45. Yaraghi M, Ghazizadeh S, Mohammadi F, Ashtiani EM, Bakhtiyari M, Mareshi SM, et al. Comparing the effectiveness of functional electrical stimulation via sexual cognitive/behavioral therapy of pelvic floor muscles versus local injection of botulinum toxin on the sexual functioning of patients with primary vaginismus: a randomized clinical trial. *Int Urogynecol J.* nov 2019;30(11):1821-8.

46. Pacik PT. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *Int Urogynecol J.* déc 2014;25(12):1613-20.
47. Giusto LL, Zahner PM, Shoskes DA. An evaluation of the pharmacotherapy for interstitial cystitis. *Expert Opin Pharmacother.* juill 2018;19(10):1097-108.
48. Henzell H, Berzins K. Localised provoked vestibulodynia (vulvodynia): assessment and management. *Aust Fam Physician.* juill 2015;44(7):460-6.
49. Morin M, Dumoulin C, Bergeron S, Mayrand MH, Khalifé S, Waddell G, et al. Randomized clinical trial of multimodal physiotherapy treatment compared to overnight lidocaine ointment in women with provoked vestibulodynia: Design and methods. *Contemp Clin Trials.* janv 2016;46:52-9.
50. Basson R. The recurrent pain and sexual sequelae of provoked vestibulodynia: a perpetuating cycle. *J Sex Med.* août 2012;9(8):2077-92.
51. Bardin MG, Giraldo PC, Lenzi J, Witkin SS, De Mira TAA, Morin M. Does the addition of electrical stimulation or kinesiotherapy improve outcomes of amitriptyline treatment for women with vulvodynia? A randomized clinical trial. *Int Urogynecol J.* juin 2023;34(6):1293-304
52. Vanderstraeten M. Analyse de la pratique gynécologique des médecins généralistes du département des Landes : une étude quantitative descriptive. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2022.
53. Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France. Démographie- Gynecologie. Disponible sur : <https://syngof.fr/wp-content/uploads/2015/10/2015- Demographie-Gynecologie.pdf>
54. Médecin d'Occitanie [Internet]. [cité 20 août 2023]. URPS médecin d'Occitanie. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/>
55. 1.4.1. Densité départementale des médecins généralistes et spécialistes [Internet]. [cité 21 juill 2023]. Disponible sur: <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/1-4-1-densite-departementale-des.html>
56. Attractivité & démographie médicale [Internet]. Médecin d'Occitanie. [cité 21 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/attractivite-medicale/>
57. Densité de médecins généralistes libéraux | L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 21 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/densite-de-medecins-generalistes-liberaux>
58. Annuaire santé d'ameli.fr : trouver un médecin, un hôpital... [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <http://annuaire.sante.ameli.fr/>
59. Rosen NO, Dawson SJ, Brooks M, Kellogg-Spadt S. Treatment of Vulvodynia: Pharmacological and Non-Pharmacological Approaches. *Drugs.* avr 2019;79(5):483-93.
60. Homma Y, Akiyama Y, Tomoe H, Furuta A, Ueda T, Maeda D, et al. Clinical guidelines for interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Int J Urol.* juill 2020;27(7):578-89.
61. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 15 août 2023]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
62. Diagnostic, évaluation, et enjeux de l'accès aux soins en Occitanie - URPS Médecin [Internet]. [cité 15 août 2023]. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2022/02/urps-rapport-acces-aux-soins-et-zonage-version-finale-10.02.22.pdf>
63. Duboille-Duquenne MA. Prise en charge des principales vulvovaginites en médecine générale: étude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes picards par auto-questionnaire. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2018.
64. Quibel A. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'endométriose par les médecins généralistes de Seine-Maritime [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2012.
65. Sonzini L. Le dépistage des dysfonctions sexuelles en médecine générale : enquête auprès de 200 patients et 122 médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lyon; 2004.
66. Traumer L, Jacobsen MH, Laursen BS. Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci.* mars 2019;33(1):57-66.

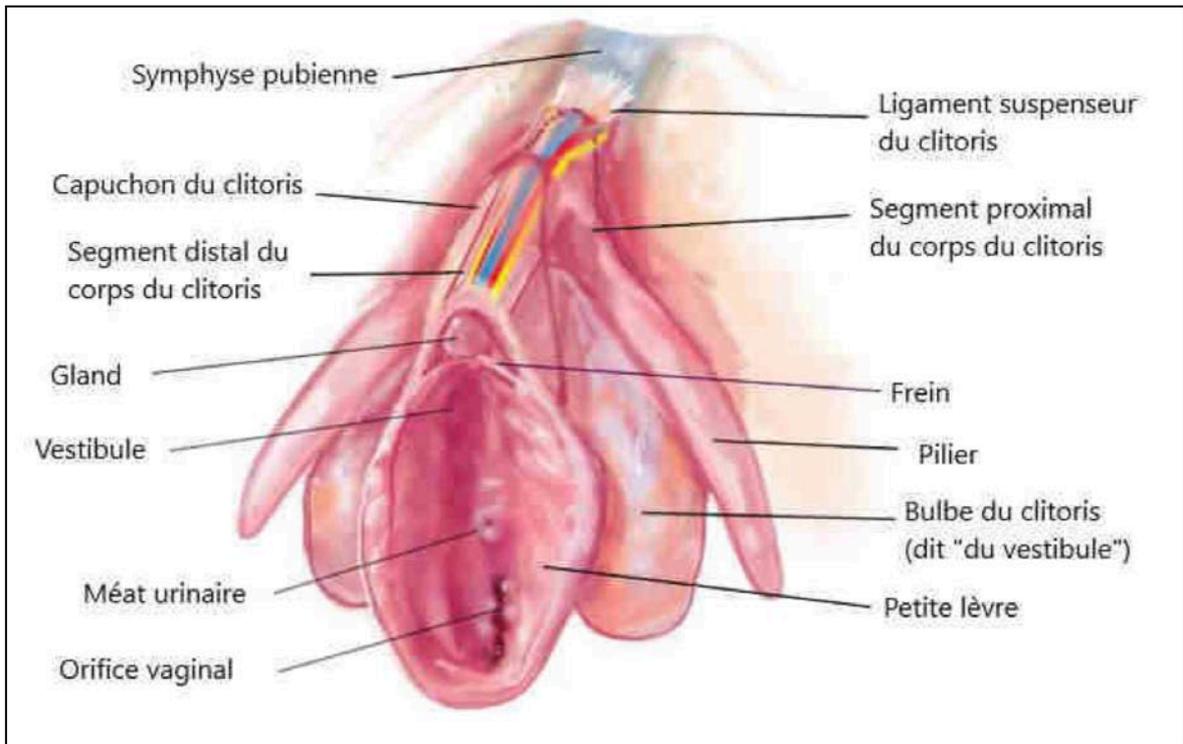
67. Dusz L. L'abord de la sexualité en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2017.
68. Donaldson RL, Meana M. Early dyspareunia experience in young women: confusion, consequences, and help-seeking barriers. *J Sex Med.* mars 2011;8(3):814-23.
69. Diplôme Inter Universitaire - Sexologie clinique - Université Côte d'Azur [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://univ-cotedazur.fr/formation/offre-de-formation/diplome-inter-universitaire-sexologie-clinique#programme>
70. Université Toulouse III - Paul Sabatier [Internet]. [cité 20 août 2023]. DIU Sexologie et médecine sexuelle. Disponible sur: <https://www.univ-tlse3.fr/diu-sexologie-et-medecine-sexuelle>
71. Diplôme d'Université Approfondissement des connaissances en santé sexuelle [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://formations.univ-grenoble-alpes.fr/fr/catalogue-2021/du-diplome-d-universite-DU/diplome-d-universite-approfondissement-des-connaissances-en-sante-sexuelle-IOLHWDVD.html>
72. Formation Continue Sorbonne Université [Internet]. [cité 20 août 2023]. DIU - formation complémentaire en gynécologie et obstétrique pour médecins généralistes. Disponible sur: <https://fc.sorbonne-universite.fr/nos-offres/diu-formation-complementaire-en-gynecologie-et-obstetrique-pour-medecins-generalistes/>
73. DEROUET D. UFR Médecine. Delphine DEROUET; [cité 20 août 2023]. DIU Formation complémentaire en gynécologie obstétrique pour le médecin généraliste. Disponible sur: <https://medecine.univ-nantes.fr/formation-continue/diu-formation-complementaire-en-gynecologie-obstetrique-pour-le-medecin-generaliste>
74. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(1):1-20.
75. Klaassen M, Ter Kuile MM. Development and initial validation of the vaginal penetration cognition questionnaire (VPCQ) in a sample of women with vaginismus and dyspareunia. *J Sex Med.* juin 2009;6(6):1617-27.
76. Derogatis LR, Revicki DA, Rosen RC, Jordan R, Lucas J, Spana C. Psychometric validation of the Female Sexual Distress Scale-Desire/Arousal/Orgasm. *Journal of Patient-Reported Outcomes.* 24 sept 2021;5(1):100.
77. McLean L, Brooks K. What Does Electromyography Tell Us About Dyspareunia? *Sex Med Rev.* juill 2017;5(3):282-94.
78. Tayyeb M, Gupta V. Dyspareunia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cité 15 août 2023]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562159/>
79. Aikens JE, Reed BD, Gorenflo DW, Haefner HK. Depressive symptoms among women with vulvar dysesthesia. *Am J Obstet Gynecol.* août 2003;189(2):462-6.
80. Burnay J. Facteurs influençant la pratique d'une activité gynécologique en médecine générale, étude qualitative auprès des médecins généralistes de la Somme. [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Amiens; 2017.
81. Goldstein AT, Spadt SK. Medical Management of Dyspareunia and Vulvovaginal Pain. In: *Textbook of Female Sexual Function and Dysfunction* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2018 [cité 4 août 2023]. p. 319-36. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781119266136.ch22>
82. Vilos GA, Allaire C, Laberge PY, Leyland N, SPECIAL CONTRIBUTORS. The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can.* févr 2015;37(2):157-78.
83. Fauconnier A, Dubuisson JB, Foulot H, Deyrolles C, Sarrot F, Laveyssière MN, et al. Mobile uterine retroversion is associated with dyspareunia and dysmenorrhea in an unselected population of women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* août 2006;127(2):252-6.
84. Moyal-Barracco M, Wendling J. Vulvar dermatosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* oct 2014;28(7):946-58.

85. Dos Santos CCM, Uggioni MLR, Colonetti T, Colonetti L, Grande AJ, Da Rosa MI. Hyaluronic Acid in Postmenopause Vaginal Atrophy: A Systematic Review. *J Sex Med.* janv 2021;18(1):156-66.
86. Buzzaccarini G, Marin L, Noventa M, Vitagliano A, Riva A, Dessole F, et al. Hyaluronic acid in vulvar and vaginal administration: evidence from a literature systematic review. *Climacteric.* déc 2021;24(6):560-71.
87. Aoun F, Alkassis M, Tayeh GA, Chebel JA, Semaan A, Sarkis J, et al. Sexual dysfunction due to pudendal neuralgia: a systematic review. *Transl Androl Urol.* juin 2021;10(6):2500-11.
88. Hoffmann DE, Tarzian AJ. The girl who cried pain: a bias against women in the treatment of pain. *J Law Med Ethics.* 2001;29(1):13-27.
89. Zhang L, Losin EAR, Ashar YK, Koban L, Wager TD. Gender Biases in Estimation of Others' Pain. *J Pain.* sept 2021;22(9):1048-59.
90. Studies I of M (US) C on the E and LIR to the I of W in C, Mastroianni AC, Faden R, Federman D. Health Consequences of Exclusion or Underrepresentation of Women in Clinical Studies (I). In: *Women and Health Research: Ethical and Legal Issues of Including Women in Clinical Studies: Volume 2: Workshop and Commissioned Papers* [Internet]. National Academies Press (US); 1999 [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK236583/>
91. Liu KA, Mager NAD. Women's involvement in clinical trials: historical perspective and future implications. *Pharm Pract (Granada).* 2016;14(1):708.
92. Padoa A, McLean L, Morin M, Vandyken C. « The Overactive Pelvic Floor (OPF) and Sexual Dysfunction » Part 1: Pathophysiology of OPF and Its Impact on the Sexual Response. *Sex Med Rev.* janv 2021;9(1):64-75.
93. Wallace SL, Miller LD, Mishra K. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Curr Opin Obstet Gynecol.* déc 2019;31(6):485-93.
94. van Reijn-Baggen DA, Han-Geurts IJM, Voorham-van der Zalm PJ, Pelger RCM, Hagens-van Miert CHAC, Laan ETM. Pelvic Floor Physical Therapy for Pelvic Floor Hypertonicity: A Systematic Review of Treatment Efficacy. *Sex Med Rev.* avr 2022;10(2):209-30.
95. Titre V : Profession de sage-femme (Articles L4151-1 à L4152-9) - Légifrance [Internet]. [cité 15 août 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155060/
96. Sous-section 1 : Devoirs généraux des sages-femmes. (Articles R4127-301 à R4127-324) - Légifrance [Internet]. [cité 15 août 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196420/#LEGISCTA000006196420
97. Gynécologie Obstétrique - CNGOF 2015 ; Collection (Les Référentiels des Collèges) ; Elsevier Masson [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/index.html>
98. Jules-Clément M. La formation gynécologique au cours du D.E.S. de médecine générale, étude sur la faculté Paris Diderot - Paris 7 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot; 2011.
99. Debuigny J. Dyspareunies du post-partum : prévention, dépistage et prise en charge par les sage-femmes libérales [Mémoire de fin d'étude]. [France]: Université de Rouen; 2019.
100. DIU Sexologie clinique et sexothérapie [Internet]. 2023 [cité 20 août 2023]. Disponible sur: https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-du-diu-1/sciences-technologies-sante-STS/diu-sexologie-clinique-et-sexotherapie-XUK4_101.html
101. Douleurs à la vulve, au périnée et au vagin [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://www.chumontreal.qc.ca/fiches-sante/douleurs-vulve-au-perinee-au-vagin>
102. Vulvar Clinics - The National Vulvodynia Association [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://www.nva.org/for-health-professionals/vulvar-clinics/>
103. CHUV [Internet]. [cité 20 août 2023]. Pathologies vulvaires. Disponible sur: <https://www.chuv.ch/fr/dfme/dfme-home/femme-mere/gynecologie/consultations/pathologies-vulvaires>
104. Dermatogynécologie [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/dermatologie-venereologie/dermatogynecologie>

105. Une nouvelle consultation au Centre de la Femme - Hôpital Saint Joseph [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://www.hopital-saint-joseph.fr/a/1170/une-nouvelle-consultation-au-centre-de-la-femme/>
106. Vestibulodynie | Fiche santé HCL [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://www.chu-lyon.fr/vestibulodynie>
107. Abnoun S. Etat des lieux d'une consultation spécialisée gynéco-dermatologie en pathologie vulvaire [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers 2016.
108. UNITE DE RESTAURATION VULVO VAGINALE AU CHU de BORDEAUX [Internet]. [cité 20 août 2023]. UNITE DE RESTAURATION VULVO VAGINALE AU CHU de BORDEAUX. Disponible sur: <https://www.chu-bordeaux.fr/>
109. LePage K, Selk A. What Do Patients Want? A Needs Assessment of Vulvodynia Patients Attending a Vulvar Diseases Clinic. *Sex Med.* déc 2016;4(4):e242-8.
110. Les Clés de Vénus [Internet]. [cité 20 août 2023]. Les clés de Vénus. Disponible sur: <https://www.lesclesdevenus.org/>

ANNEXES

ANNEXE N°1 : VUE FRONTALE DU CLITORIS, KELLING ET AL. 2020



ANNEXE N°2 : QUESTIONNAIRE DE THÈSE

Les dyspareunies de la femme vues par les médecins généralistes, du diagnostic à la prise en charge : étude des pratiques des médecins généralistes d'Occitanie :

Chère consœur, cher confrère,

Je vous sollicite dans le cadre de mon travail de thèse qui porte sur le **diagnostic et la prise en charge des dyspareunies de la femme par les médecins généralistes d'Occitanie**. Ce travail est réalisé sous la direction du Dr FRAY Isabelle, médecin généraliste à Roques (Haute-Garonne).

L'objectif est de dresser un état des lieux des pratiques actuelles et de soulever les problématiques propres à la médecine générale concernant le diagnostic et la prise en charge de ce symptôme, qui ne fait, pour l'instant, **pas l'objet de recommandations officielles**.

Votre temps est précieux, c'est pourquoi ce questionnaire a été réalisé afin d'être rempli en moins de 5 minutes. Toutes les réponses sont **anonymes**.

Merci d'avance pour votre participation.

Léa AUBINEAU (interne en 3ème année de médecine générale).

Rappels concernant les dyspareunies :

Les dyspareunies (= douleurs pendant les rapports sexuels) sont des symptômes que de nombreuses femmes expérimentent au cours de leur vie, de manière aiguë ou plus chronique. Les études épidémiologiques font état d'une prévalence estimée aux alentours de 26% (1), prévalence pouvant varier selon plusieurs facteurs (âge et niveau socio-économique notamment)(2).

Les étiologies des dyspareunies sont multiples et souvent intriquées, rendant nécessaire une prise en charge pluridisciplinaire (3).

Cependant, il est essentiel que ces douleurs et leurs étiologies soient sérieusement considérées car elles peuvent affecter significativement la qualité de la vie sexuelle et relationnelle des femmes qui en sont atteintes (1)(2).

Références :

1. MacNeill C. Dyspareunia. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. déc 2006;33(4):565-77.
2. Seehusen DA, Center EAM, Gordon F. Dyspareunia in Women. 2014;90(7).
3. Lee NMW, Jakes AD, Lloyd J, Frodsham LCG. Dyspareunia. *BMJ*. 19 juin 2018;361:k2341.

Questionnaire :

1. Vous êtes : *Une seule réponse possible*
 - Une femme
 - Un homme
2. Quel âge avez vous ? *Réponse libre chiffrée*
3. Dans quel département exercez vous ? *Une seule réponse possible*
 - Ariège
 - Aude
 - Aveyron
 - Gard
 - Haute-Garonne
 - Gers
 - Hérault
 - Lot
 - Lozère

- Hautes-Pyrénées
- Pyrénées-Orientales
- Tarn
- Tarn-et-Garonne

4. Dans quel milieu exercez-vous ? *Une seule réponse possible*

- Urbain
- Rural
- Semi-rural

5. En quelle année avez-vous passé votre thèse ? *Réponse libre chiffrée*

6. Quel est votre mode d'exercice principal ? *Plusieurs réponses possibles*

- Cabinet de médecine générale seul(e)
- Cabinet de médecine générale en groupe
- Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP)
- Autre : *Réponse libre*

7. Etes-vous Maître de Stage Universitaire ? *Plusieurs réponses possibles*

- Oui, je reçois des internes de premier niveau (PN1)
- Oui, je reçois des internes en santé de la femme et de l'enfant (SFE)
- Oui, je reçois des internes en autonomie supervisée (SASPAS)
- Non

8. Avez-vous réalisé un stage en gynécologie durant votre internat ? *Plusieurs réponses possibles*

- Oui, dans un service hospitalier de gynécologie
- Oui, auprès d'un gynécologue libéral
- Oui, auprès d'un médecin généraliste libéral avec une pratique de gynécologie
- Oui, dans un centre en lien avec la santé sexuelle (CEGIDD, CPDEF)
- Non

9. Depuis l'obtention de votre thèse, avez-vous participé à des formations universitaires complémentaires en gynécologie (DU/DIU)? *Une seule réponse possible*

- Oui
- Non

10. Depuis l'obtention de votre thèse, avez-vous participé à des formations complémentaires en gynécologie (FMC, congrès)? *Une seule réponse possible*

- Oui
- Non

11. En considérant une semaine habituelle, combien de consultations et/ou d'actes de gynécologie en moyenne réalisez-vous par semaine? *Réponse libre chiffrée*

Partie 2 : Généralités sur l'existence de dyspareunies :

12. Comment avez-vous connaissance de l'existence de dyspareunies chez vos patientes? *Plusieurs réponses possibles*

- Les patientes abordent spontanément cette plainte
- Vous posez systématiquement la question lors des consultations en lien avec la santé de la femme
- Vous posez la question lors de certains motifs de consultation

13. Si vous avez répondu "*Vous posez la question lors de certains motifs de consultation*" à la question précédente, veuillez préciser le type de motifs qui vous font poser la question de la présence de dyspareunie chez la patiente : *Réponse libre*

14. Une fois que vous avez connaissance de l'existence de dyspareunies, posez-vous les questions suivantes ? *Plusieurs réponses possibles*

- Les douleurs sont elles présentes lors de l'intromission?
- Les douleurs sont elles présentes plutôt à la pénétration profonde?

- De quel type sont les douleurs?
- Les douleurs sont elles présentes avec tous les partenaires ou seulement avec certains partenaires?

15. Vous recherchez : *Cases à cocher, une réponse obligatoire par ligne*

	Jamais	Rarement	Parfois	Rarement	Toujours
Les ATCD médicaux et chirurgicaux					
Les ATCD gynécologiques					
Les ATCD obstétricaux					
Les ATCD de violences, notamment sexuelles					
Les traitements en cours, notamment la					

16. Vous recherchez l'impact de la présence de dyspareunies sur : *Cases à cocher, une réponse obligatoire par ligne*

	Jamais	Rarement	Parfois	Rarement	Toujours
L'estime de soi de la patiente					
La santé mentale de la patiente, notamment des signes de syndrome dépressif					
La vie sexuelle de la patiente					
La relation de la patiente avec le ou la partenaire					
La fertilité de la patiente					

17. Vous recherchez des signes associés : *Plusieurs réponses possibles*

- Digestifs (ex : douleur à la défécation)
- Urinaires (ex : infections urinaires à répétition)
- Gynécologiques (ex : métrorragies, ménorragies, leucorrhées inhabituelles)
- Aucun

Partie 3 : Dyspareunie profonde :

Grâce à l'interrogatoire de votre patiente, vous déterminez qu'elle souffre de dyspareunies profondes

18. Vous réalisez le ou les examens cliniques suivants : *Cases à cocher, une réponse obligatoire par ligne*

	Jamais	Rarement	Parfois	Rarement	Toujours
Examen visuel du pelvis (vulve, zone péri-anales)					
Toucher vaginal					
Examen au spéculum					
Palpation abdominale					

19. Vous réalisez/prescrivez le ou les examens suivants : *Cases à cocher, une réponse obligatoire par ligne*

	Jamais	Rarement	Parfois	Rarement	Toujours
Prélèvement à la recherche de Gonocoque/ Chlamydia					
Prélèvement vaginal (analyse myco-bactériologique, analyse de la flore, recherche de trichomonas)					
ECBU					
Echographie abdominopelvienne					
IRM pelvienne					

20. Quel traitement proposez vous : *Plusieurs réponses possibles*

- Un lubrifiant
- Des oestrogènes locaux
- Des antalgiques
- Une contraception
- Aucun

21. Orientez-vous votre patiente vers un ou plusieurs autres professionnels de santé? *Cases à cocher, une réponse obligatoire par ligne*

	Oui	Non
Gynécologue		
Sexologue		
Psychologue		
Kinésithérapeute/sage-femme spécialisé des les troubles périnéaux		

Partie 4 : Dyspareunie superficielle :

Grâce à l'interrogatoire de votre patiente, vous déterminez qu'elle souffre de dyspareunies superficielles ou d'intromission.

22. Vous réalisez le ou les examens cliniques suivants : *Cases à cocher, une réponse obligatoire par ligne*

	Jamais	Rarement	Parfois	Rarement	Toujours
Examen visuel du pelvis (vulve, zone péri-anales)					
Toucher vaginal					
Examen au spéculum					
Palpation abdominale					
Test au coton-tige					

25. Vous réalisez/prescrivez le ou les examens suivants : *Cases à cocher, une réponse obligatoire par ligne*

	Jamais	Rarement	Parfois	Rarement	Toujours
Prélèvement à la recherche de Gonocoque/ Chlamydia					
Prélèvement vaginal (analyse myco- bactériologique, analyse de la flore, recherche de trichomonas)					
ECBU					
Echographie abdominopelvienne					
IRM pelvienne					

26. Quel(s) traitement(s) proposez vous : *Plusieurs réponses possibles*

- Un lubrifiant
- Des oestrogènes locaux
- Des topiques à base d'acide hyaluronique
- Des anesthésiants locaux
- Des antalgiques
- Une contraception
- Aucun

27. Orientez-vous votre patiente vers un ou plusieurs autres professionnels de santé? *Cases à cocher, une réponse obligatoire par ligne*

	Oui	Non
Gynécologue		
Sexologue		
Psychologue		
Kinésithérapeute/sage-femme spécialisé des les troubles périnéaux		
Dermatologue		

Merci de votre participation à cette étude. Si vous le souhaitez, au terme de l'étude il sera possible de recevoir une fiche synthétique de la prise en charge des dyspareunies en fonction de leurs étiologies.

Pour cela, n'hésitez pas à me laisser votre adresse-mail. N'hésitez pas non plus si vous avez un commentaire à faire sur cette étude ! :) Réponse libre

ANNEXE N°3 : AUTORISATION DE LA CNIL



Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

Mme AUBINEAU Léa

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 15/03/2023

sous le numéro : **2023AL35**

Fait à Toulouse, le 17/03/2023


Pr P. BOYER

ANNEXE N°4 : SEUIL POUR CHAQUE VARIABLE

	Valeur maximale	Seuil	% de l'effectif	Ratio seuil/ valeur
Antécédents	20	17	82,1	0,80
Traitements	5	5	80,6	0,80
Type	4	3	47,8	0,50
Signes associés	3	3	73,9	0,67
Impact	25	20	49,3	0,76
Examen clinique DP	20	17	50	0,80
Examens complémentaire DP	24	20	41,9	0,79
Traitement DP	4	3	17,9	0,50
Orientation DP				
Examen clinique DS	25	20	26,1	0,76
Examens complémentaire DS	23	18	37,2	0,74
Traitement DS	5	4	13,4	0,60
Orientation DS				

ANNEXE N°5 : EFFECTIFS DE L'ANALYSE BIVARIÉE

Interrogatoire											
Variables	Antécédents		Traitements		Types		Signes associés		Impact		
	Bon élève	Peu mieux faire	Bon élève	Peu mieux faire	Bon élève	Peu mieux faire	Bon élève	Peu mieux faire	Bon élève	Peu mieux faire	
Sexe	Femme	93	15	90	18	56	52	77	31	32	76
	Homme	17	9	18	8	8	18	22	4	6	20
Formation complémentaire	Oui	64	10	62	12	45	29	59	15	25	49
	Non	46	14	46	14	19	41	40	20	13	47
MSU	Oui	46	11	45	12	35	22	43	14	20	37
	Non	64	13	63	14	29	48	56	21	18	59
Stage en gynécologie	Oui	85	18	83	20	50	53	73	30	26	77
	Non	25	6	25	6	14	17	26	5	12	19
Secteur géographique	Rural	40	8	38	10	21	27	37	11	14	34
	Semi-rural	50	11	50	11	30	31	44	17	17	44
	Urbain	20	5	20	5	13	12	18	7	7	18
Nombre d'actes	0 à 1 consultations	23	8	19	12	10	21	25	6	8	23
	2 à 9 consultations	68	13	70	11	40	41	56	25	21	60
	10 ou plus consultations	19	3	19	3	14	8	18	4	9	13

Prise en charge dyspareunies profondes											
		Examen clinique			Examens complémentaires			Traitements		Adressage	
Variables		P_EXAM - Bon élève	P_EXAM - Peu mieux faire	P_PRESC - Bon élève	P_PRESC - Peu mieux faire	P_TRMT - Bon élève	P_TRMT - Peu mieux faire	P_ORIENT - Bon élève	P_ORIENT - Peu mieux faire		
Sexe	Femme	64	44	47	61	20	88	32	76		
	Homme	3	23	9	17	4	22	4	22		
Formation complémentaire	Oui	43	31	36	38	18	56	27	47		
	Non	24	36	20	40	6	54	9	51		
MSU	Oui	31	26	26	31	13	44	21	36		
	Non	36	41	30	47	11	66	15	62		
Stage en gynécologie	Oui	54	49	41	62	16	87	26	77		
	Non	13	18	15	16	8	23	10	21		
Secteur géographique	Rural	27	21	20	28	7	41	9	39		
	Semi-rural	29	32	25	36	9	52	15	46		
	Urbain	11	14	11	14	8	17	12	13		
Nombre d'actes	0 à 1 consultations	11	20	11	20	3	28	3	28		
	2 à 9 consultations	43	38	33	48	15	66	21	60		
	10 ou plus consultations	13	9	12	10	6	16	12	10		

Prise en charge dyspareunies superficielles											
		Examen clinique			Examens complémentaires			Traitements		Adressage	
Variables	S_EXAM - Bon élève	S_EXAM - Peu mieux faire	S_PRESC - Bon élève	S_PRESC - Peu mieux faire	S_TRMT - Bon élève	S_TRMT - Peu mieux faire	S_ORIENT - Bon élève	S_ORIENT - Peu mieux faire			
Sexe	Femme	33	75	41	67	16	92	40	68		
	Homme	2	24	9	17	2	24	5	21		
Formation complémentaire	Oui	24	50	31	43	14	60	29	45		
	Non	11	49	19	41	4	56	16	44		
	Oui	13	44	21	36	9	48	28	29		
MSU	Non	22	55	29	48	9	68	17	60		
	Oui	25	78	37	66	13	90	32	71		
Stage en gynécologie	Non	10	21	13	18	5	26	13	18		
	Rural	11	37	17	31	5	43	12	36		
	Semi-rural	16	45	22	39	6	55	21	40		
Secteur géographique	Urbain	8	17	11	14	7	18	12	13		
	0 à 1 consultations	6	25	13	18	2	29	4	27		
	2 à 9 consultations	21	60	29	52	8	73	30	51		
Nombre d'actes	10 ou plus consultations	8	14	8	14	8	14	11	11		

ANNEXE N°6 : RÉSULTATS DE L'ANALYSE BIVARIÉE

	Interrogatoire				Prise en charge dyspareunies profondes				Prise en charge dyspareunies superficielles				
	Antécédents	Traitements	Type	Signes associés	Impact	Examen clinique	Examens complémentaires	Traitements	Orientation	Examen clinique	Examens complémentaires	Traitements	Orientation
Sexe	Homme	NS	NS	NS	NS	***-	NS	WA	NS	***-	NS	WA	NS
	Femme	WA	NS	NS	NS	***+	NS	WA	NS	***+	NS	WA	NS
Formation	Oui	NS	WA	***+	NS	NS	NS	NS	***+	NS	NS	NS	NS
	Non	NS	WA	**-	NS	NS	NS	NS	*-	NS	NS	NS	NS
MISU	Oui	NS	WA	*+	NS	NS	NS	NS	*+	NS	NS	NS	**+
	Non	NS	WA	*-	NS	NS	NS	NS	*-	NS	NS	NS	**-
Stage gynécologie	Oui	NS	WA	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	WA	NS
	Non	NS	WA	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	WA	NS
Secteur géographique	Rural	WA	WA	NS	NS	NS	NS	WA	*	NS	NS	WA	NS
	Semi-rural	WA	WA	NS	NS	NS	NS	WA	*	NS	NS	WA	NS
	Urbain	WA	WA	NS	NS	NS	NS	WA	*+	NS	NS	WA	NS
Nombres de consultations	0-1	WA	WA	NS	NS	NS	NS	WA	**-	NS	NS	WA	*
	2-9	WA	WA	NS	NS	NS	NS	WA	**-	NS	NS	WA	*
	10 +	WA	WA	NS	NS	NS	NS	WA	**+	NS	NS	WA	*

Légende du tableau	
WA	Warning, la répartition du tableau et les effectifs de l'enquête empêchent de réaliser le test statistique
NS	Non significatif (p > 0.05)
*	p < 0.05
**	p < 0.01
***	p < 0.005
+	Améliore l'interrogatoire ou la prise en charge
-	Détérioré l'interrogatoire ou la prise en charge

ANNEXE N°7 : RÉPONSES AUX QUESTIONS LIBRES DU QUESTIONNAIRE

Réponses à la question 13 du questionnaire
IORS DE BILAN GYNECO, CONTRACEPTION, MENAUPOSE
Endométriose, ménopause
consultation annuelle de suivi gyénco , plainte gynéco
Suspicion d'endometriose
Fièvre, douleur abdominale ou pelvienne, perte gynécologique
Sphère gynéco
Sécheresse vaginale ménopause dysménorrhée
douleurs abdominales récurrentes, cystites à répétition, trouble de la statique pelvienne, dépistage IST, suspicion endométriose
En cas de tout autre plainte gynécologique spontanée, suspicion IST ou endométriose
Si infection urinaire , donc sécheresse vaginale possible et donc dyspareunie possible
Douleurs pelviennes
Leucorrhée, dépistage ist
Douleurs pelviennes , leucorrhées
Douleurs pelviennes, métrorragies ou ménorragies, leucorrhées inhabituelles
Atcd violences sexuelles/ chirurgie, Ménopause..
Douleurs pelviennes, grossesse, contraception, jeunes filles
Dlumeurs abdominales ou pelviennes, ménopause, troubles libido, contraception, troubles gynécologiques
SYMPTÔMES GYNECO : prurit, leucorrhées
Règles douloureuses
Douleurs pelviennes . Infections génitales . Métrorragies
réalisation d'un frottis
Lorsqu on parle de contraception, lors des frottis...
Presence d'autres signes fonctionnels gynécologiques, ménopause, contraception
pb de pilule, métrorragies
douleurs pelviennes , leucorrhées
douleur pelvienne/abdo, métroménorragie
prurit vaginal, pertes blanches anormales
Si viennent pour motif gynéco ou urinaire
Pb dermatologique, douleurs abdominales, signes urinaires
Suspicion Endométriose , dysménorrhée , métrorragie
Douleurs pelviennes/ constipation chronique/ suivi gynécologique
FROTTI
Cystites à répétitions, injections à répétition, suspicion d'endométriose
En cas de douleurs pelviennes, dysménorrhées, troubles de la libido, infections

Réponses à la question 13 du questionnaire (suite)
métrorragies; dysménorrhées
Douleurs abdominales . Consultation de prévention générale
Consultation gynécologique
Renouvellement contraception. Ménopause, dépression, troubles urinaires
Rarissimement
devant tout signe de stress ou malaise
infections génitales
Bilan de douleurs pelviennes, infections génitales, IST.
douleur abdominale, constipation, brûlures urinaires, inconfort vaginal
douleur abdo, consultation annuelle contraception
inconfort et infection urinaire ou gyneco
Prurit vulvaire, sécheresse vaginale, contraception, trouble libido, troubles fonctionnels de la ménopause,
Douleurs pelviennes . signes d'IST
Leucorrhées , dysménorrhée
renouv contraception, douleurs pelviennes, etc
troubles sexuels, infections récidivantes, douleurs pelviennes
pertes anormales, dysménorrhée, douleur pelvienne
Douleurs pelviennes
douleurs ou symptômes en lien avec la sphère génitale
Symptômes fonctionnels gynécologiques, ménopause
trouble de la sexualité, violence sexuelles
Suspicion endométriose
Frottis / cystites à répétition avec sécheresse
saignement/pertes/douleur gynéco
Evocation d'autres douleurs gynécologiques
suspicion endométriose sécheresse vaginale
perte vaginales , douleurs pelviennes
Douleurs pelviennes
Troubles dépressifs, douleurs abdominales +/-chroniques
Suspicion endométriose
Consultation gynécologique principalement, question endométriose/douleurs pelviennes
Difficultés de la patiente à évoquer les rapports, sécheresse vaginale / atrophie à l'examen
Suivi gyneco, cs pour problème gyneco...
dysménorrhée, première contraception
sécheresse vaginale ou plainte intime

Réponses à la question 13 du questionnaire (suite et fin)
Algies abdomino-pelviennes, Pb urinaires ...
dysménorrhée, première contraception
sécheresse vaginale ou plainte intime
Algies abdomino-pelviennes, Pb urinaires ...
Plainte gynéco
consultations à visée gynécologique
Douleur pelvienne
suspicion infection , premiers rapports , saignements lors des rapports ...
douleurs métrorragies ménorragies

Réponses à la remarque libre de la fin de questionnaire
« Je n'en vois pas très souvent malgré les suivis gynéco »
« Pas de sexologue sur le secteur ... Et les psychologues sont rares malheureusement »
« J'ai failli arrêter de le remplir. Les choix obligatoires contraignants sont trop fermés. J'aurai aimé ça dépend du l'examen ou je n'adresse pas systématiquement à un spécialiste »
« Confusion entre les 2 dernières questions »
« Sujet intéressant ! bonne these »
« J'ai trouvé les questions difficiles d'y répondre car pour les examens complémentaires et les orientations secondaires, cela va dépendre de ce qu'on observe à l'examen clinique. Je ne vais pas non plus faire un examen au spéculum si la patiente refuse ou qu'il n'est pas réalisable... »
« Sujet important, juste il y a une sage femme dans ma msp... c'est vers elle qu' j'adresse rapidement les patientes »
« Je prescris aussi des dermocorticoïdes dans les dyspareunies superficielles associées au lichen vulgaire. bon courage pour la thèse !! »
« Pas de prise en charge, j'oriente vers un spécialiste. Mais il faut prendre en compte la réalité du terrain : pas de sexologue, pas de dermato en campagne... accès à l'IRM et même à l'écho extrêmement »
« J'oriente souvent les patientes vers une sage femme de mon cabinet qui s'est formée spécifiquement à la prise en charge des dyspareunies. Pour les autres professionnels ça dépend du contexte et du retentissement pour la patiente. Idem pour la prise en charge proposée... »
« Google form n'a pas voulu prendre ma réponse concernant la participation à un stage de gyneco lors de mes études. Il me paraît difficile de répondre si on oriente la patiente et où car cela dépend énormément du contexte clinique et des hypothèses étiologiques que nous envisageons. bon courage! »
« Sujet qui est vraiment méconnu pour moi, je serais intéressée d'avoir le pdf de la thèse, merci »
« Pratique gynécologique rare à titre personnel (je ne pratique qu'en cas de plainte de la patiente. pour le suivi gynéco "classique", je me repose sur les gynéco et SF du secteur, voire ma consœur au cabinet qui pratique la gynéco en tant que MG) »
« Merci de remettre la question sur le devant. Peut être en fin de questionnaire comme ça se fait parfois j'aurais été curieuse de pouvoir trouver un recapitulatif/un lien vers des articles sur les dyspareunies »
« Étant un homme jeune, les femmes que je suis sont plus à l'aise avec leur sage femme ou leur gynéco. je débute donc une prise en charge de premier recours tant sur la thérapeutique que le traitement »

ANNEXE N°8 : FEMALE SEXUAL FONCTION INDEX (FSFI)

	Question	Response Options
1	Over the past 4 weeks, how often did you feel sexual desire or interest?	5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never
2	Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of sexual desire or interest?	5 = Very high 4 = High 3 = Moderate 2 = Low 1 = Very low or none at all
3	Over the past 4 weeks, how often did you feel sexually aroused ("turned on") during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never
4	Over the past 4 weeks, how would you rate your level of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Very high 4 = High 3 = Moderate 2 = Low 1 = Very low or none at all
5	Over the past 4 weeks, how confident were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Very high confidence 4 = High confidence 3 = Moderate confidence 2 = Low confidence 1 = Very low or no confidence
6	Over the past 4 weeks, how often have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never
7	Over the past 4 weeks, how often did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never
8	Over the past 4 weeks, how difficult was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 1 = Extremely difficult or impossible 2 = Very difficult 3 = Difficult 4 = Slightly difficult 5 = Not difficult
9	Over the past 4 weeks, how often did you maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never

10	Over the past 4 weeks, how difficult was it to maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 1 = Extremely difficult or impossible 2 = Very difficult 3 = Difficult 4 = Slightly difficult 5 = Not difficult
11	Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how often did you reach orgasm (climax)?	0 = No sexual activity 5 = Almost always or always 4 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 2 = A few times (less than half the time) 1 = Almost never or never
12	Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how difficult was it for you to reach orgasm (climax)?	0 = No sexual activity 1 = Extremely difficult or impossible 2 = Very difficult 3 = Difficult 4 = Slightly difficult 5 = Not difficult
13	Over the past 4 weeks, how satisfied were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?	0 = No sexual activity 5 = Very satisfied 4 = Moderately satisfied 3 = About equally satisfied and dissatisfied 2 = Moderately dissatisfied 1 = Very dissatisfied
14	Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?	0 = No sexual activity 5 = Very satisfied 4 = Moderately satisfied 3 = About equally satisfied and dissatisfied 2 = Moderately dissatisfied 1 = Very dissatisfied
15	Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with your sexual relationship with your partner?	5 = Very satisfied 4 = Moderately satisfied 3 = About equally satisfied and dissatisfied 2 = Moderately dissatisfied 1 = Very dissatisfied
16	Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with your overall sexual life?	5 = Very satisfied 4 = Moderately satisfied 3 = About equally satisfied and dissatisfied 2 = Moderately dissatisfied 1 = Very dissatisfied
17	Over the past 4 weeks, how often did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?	0 = Did not attempt intercourse 1 = Almost always or always 2 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 4 = A few times (less than half the time) 5 = Almost never or never
18	Over the past 4 weeks, how often did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?	0 = Did not attempt intercourse 1 = Almost always or always 2 = Most times (more than half the time) 3 = Sometimes (about half the time) 4 = A few times (less than half the time) 5 = Almost never or never
19	Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?	0 = Did not attempt intercourse 1 = Very high 2 = High 3 = Moderate 4 = Low 5 = Very low or none at all

Domain	Questions	Score Range	Factor	Minimum score	Maximum score	Score
Desire	1, 2	1–5	0.6	1.2	6.0	
Arousal	3, 4, 5, 6	0–5	0.3	0	6.0	
Lubrication	7,8,9,10	0–5	0.3	0	6.0	
Orgasm	11, 12, 13	0–5	0.4	0	6.0	
Satisfaction	14, 15, 16	0 (or 1) – 5	0.4	0.8	6.0	
Pain	17, 18, 19	0–5	0.4	0	6.0	
Full scale score range				2.0	36.0	
Un score ≤ 26.55 est considéré comme une dysfonction sexuelle.						

ANNEXE N°9 : VAGINAL PENETRATION COGNITION QUESTIONNAIRE (VPCQ)

Thought	Not at all applicable			Very strongly applicable			
	0	1	2	3	4	5	6
I am afraid that my vagina is too narrow for penetration	0	1	2	3	4	5	6
I am afraid that I will lose control over the situation during penetration	0	1	2	3	4	5	6
Penetration will feel good	0	1	2	3	4	5	6
Thinking about pain with penetration makes me very anxious	0	1	2	3	4	5	6
Penetration is a moment of intimacy with my partner	0	1	2	3	4	5	6
Penetration surely will not succeed	0	1	2	3	4	5	6
I think about everything that can go wrong and fail with penetration	0	1	2	3	4	5	6
I am afraid that I will panic during penetration	0	1	2	3	4	5	6
If I had no pain, penetration would be possible	0	1	2	3	4	5	6
I am afraid that penetration will become increasingly more difficult in the future	0	1	2	3	4	5	6
I am only a complete woman when penetration is successful	0	1	2	3	4	5	6
Penetration is a part of love	0	1	2	3	4	5	6
I am afraid that the penetration pain will get worse in the future	0	1	2	3	4	5	6
I feel "dirty" with penetration	0	1	2	3	4	5	6
I am a poor partner when penetration fails	0	1	2	3	4	5	6
Penetration surely won't succeed	0	1	2	3	4	5	6
I am afraid that the inside of my vagina will be damaged by penetration	0	1	2	3	4	5	6
I will become sexually aroused with penetration	0	1	2	3	4	5	6
Penetration gives me an unpleasant feeling in my vagina	0	1	2	3	4	5	6
I will be able to have a sex life that includes penetration in the future	0	1	2	3	4	5	6
Feeling my vagina with my own finger is scary	0	1	2	3	4	5	6
My partner's penis is too big for my vagina	0	1	2	3	4	5	6
I can easily let go of any unpleasant thoughts about penetration	0	1	2	3	4	5	6

ANNEXE N°10 : FEMALE SEXUAL DISTRESS SCALE (FSDS)

Never = 0, Rarely = 1, Occasionally = 2, Frequently = 3, Always = 4

Question	Response Options				
1. Distressed about your sex life	0	1	2	3	4
2. Unhappy about your sexual relationship	0	1	2	3	4
3. Guilty about sexual difficulties	0	1	2	3	4
4. Frustrated by your sexual problems	0	1	2	3	4
5. Stressed about sex	0	1	2	3	4
6. Inferior because of sexual problems	0	1	2	3	4
7. Worried about sex	0	1	2	3	4
8. Sexually inadequate	0	1	2	3	4
9. Regrets about your sexuality	0	1	2	3	4
10. Embarrassed about sexual problems	0	1	2	3	4
11. Dissatisfied with your sex life	0	1	2	3	4
12. Angry about your sex life	0	1	2	3	4
13. Bothered by low sexual desire	0	1	2	3	4

SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.
Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j’y manque.”

AUTEUR : Léa AUBINEAU

TITRE : Les dyspareunies de la femme vues par les médecins généralistes, du diagnostic à la prise en charge : étude des pratiques des médecins généralistes d'Occitanie

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Isabelle FRAY

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : 18 septembre 2023, faculté de Rangueil, Toulouse

Diagnostic et prise en charge des dyspareunies par les médecins généralistes d'Occitanie

Introduction : Les dyspareunies, superficielles ou profondes, sont fréquentes et malgré leurs possibles conséquences négatives sur la santé globale des patientes atteintes, elles restent mal connues des soignants. L'objectif de notre étude est donc de décrire les pratiques des médecins généralistes d'Occitanie concernant le diagnostic et la prise en charge des dyspareunies de la femme.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude quantitative descriptive à partir d'un questionnaire que nous avons envoyé aux médecins généralistes d'Occitanie. Il avait pour but d'analyser leurs pratiques concernant l'interrogatoire, l'examen clinique, les examens complémentaires, les traitements et les orientations face aux femmes souffrant de dyspareunies.

Résultats : Parmi les 134 réponses que nous avons obtenues, les médecins étaient peu à rechercher l'impact des dyspareunies sur l'estime des patientes, et les antécédents de violences. L'orientation vers les professionnels de santé non médicaux pourrait gagner à être plus systématique. La prise en charge était influencée par le sexe du médecin, la réalisation de formations complémentaires, par l'accueil ou non d'internes, le milieu d'exercice et le nombre de consultations de gynécologie par semaine. Nous n'avons pas mis en évidence de lien significatif entre la qualité de la prise en charge et la réalisation d'un stage de gynécologie.

Conclusion : Les médecins interrogés semblaient avoir plus de difficultés à prendre en charge les dyspareunies superficielles que les dyspareunies profondes. Il est important de continuer à améliorer la formation des (futurs) médecins de soins primaires concernant la problématique des dyspareunies.

Diagnosis and management of dyspareunia by general practitioners in Occitanie

Introduction : Dyspareunias, superficial or deep, are frequent and despite their possible negative consequences on the overall health of affected patients, they remain poorly understood by caregivers. The objective of our study is therefore to describe the practices of general practitioners in Occitanie concerning the diagnosis and management of dyspareunia in women.

Materials and methods : We carried out a descriptive quantitative study based on a questionnaire that we sent to general practitioners in Occitanie. Its aim was to analyze their practices concerning the interrogation, the clinical examination, the complementary examinations, the treatments and the orientations facing women suffering from dyspareunia.

Results : Among the 134 responses we obtained, few physicians researched the impact of dyspareunia on the patient's self-esteem, and the history of violence. Referral to non-medical health professionals could benefit from being more systematic. The management was influenced by the sex of the doctor, the realization of additional training, by the reception or not of interns, the environment of exercise and the number of gynecology consultations per week. We did not highlight any significant link between the quality of the management and the completion of a gynecology internship.

Conclusion : The physicians interviewed seemed to have more difficulty managing superficial dyspareunia than deep dyspareunia. It is important to continue to improve the training of (future) primary care physician on the issue of dyspareunia.

Mots-Clés : dyspareunies, médecine générale, médecin en soins primaires, endométriose, vulvodynie, vaginisme / dyspareunia, general practice, primary care physician, endometriosis, vulvodynia, vaginismus.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE
