



BIBLIOTHÈQUE

CÉGEP DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans [Depositum](#), site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous. L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre.

Warning

The library of the Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue and the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) obtained the permission of the author to use a copy of this document for nonprofit purposes in order to put it in the open archives [Depositum](#), which is free and accessible to all. The author retains ownership of the copyright on this document.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL PAR EXTENSION À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

LES EFFETS DE L'INTERVENTION INDIVIDUELLE AUPRÈS DE CINQ
FEMMES AYANT DES DOULEURS VULVOVAGINALES PERSISTANTES

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

MAITRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

LAURIE JULIEN

NOVEMBRE 2019

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mon directeur de maîtrise, monsieur Oscar Labra. J'ai beaucoup apprécié son soutien, son encouragement, sa diplomatie et son sens de l'organisation. J'aimerais aussi souligner la collaboration de madame Ina Motoi qui a pris le temps d'étudier mon dossier académique qui n'était pas initialement issu du travail social. Je suis heureuse d'avoir pu compter sur la collaboration de monsieur François Déry de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue qui a accepté de faire partie de mon comité d'évaluation. Un merci également au personnel de la clinique Rosemont à Montréal qui m'a ouvert ses portes afin d'effectuer mon stage d'intervention. Je pense particulièrement à madame Marie-Pierre Tanguay qui a mis un local à ma disposition et aux membres de l'équipe qui ont participé au recrutement des participantes et qui ont eu de bons mots d'encouragement à mon endroit.

Je tiens aussi à remercier mes employeurs qui ont favorisé ma réussite en m'offrant de la flexibilité au niveau de mes horaires. Je remercie aussi mes collègues qui m'ont encouragée à persévérer dans la poursuite de mes études de deuxième cycle. Je pense à Jacinthe, Dominique, Sébastien et Marie-Claude. Un merci bien particulier à toutes les femmes qui ont participé au programme d'intervention. Elles ont toutes été très assidues et je tiens à souligner le fait qu'il s'agit de femmes très persévérantes, curieuses et débrouillardes, ayant toutes à cœur l'amélioration de leur qualité de vie.

L'aide de madame Mylène Desrosiers du Laboratoire d'études sur la santé sexuelle de madame Sophie Bergeron fut grandement appréciée afin de faciliter le recrutement de participantes et le développement de contacts avec des professionnels de la santé. Merci au docteur Marc Steben, médecin, qui a participé au recrutement et qui m'a permis de faire de l'observation dans sa clinique auprès de femmes ayant différentes pathologies

au niveau de la vulve ou du vagin. Mesdames Marie-Josée Lord et Louise Perrin, toutes deux physiothérapeutes en rééducation pelvienne et périnéale ont également contribué au recrutement de participantes et je leur en suis reconnaissante.

Aussi, le soutien de ma sœur a fait en sorte de concrétiser le début de mes études au niveau de la maîtrise en travail social et je souhaite la remercier. Il en est de même pour mes parents qui m'ont offert un soutien inconditionnel et en particulier ma mère pour son aide au niveau de la relecture. Je tiens aussi à souligner l'aide à la mise en page apportée par Andrée. Merci à mes ami-es qui se sont informé-es fréquemment de l'avancement de mes études, qui ont eu l'intérêt d'en apprendre davantage sur les douleurs vulvovaginales et qui ont même participé au recrutement de participantes par du bouche-à-oreille dans leurs réseaux. Je salue également l'hospitalité de mon amie Isabelle qui m'a gentiment accueillie chez elle lors de mes séjours à Rouyn-Noranda. Je remercie Richer, mon amoureux, qui a su me soutenir lors de moments plus difficiles. Plus particulièrement grâce à son sens de l'écoute, de l'analyse, de la compréhension et de la sensibilité face aux difficultés qui peuvent être vécues par des femmes ayant des douleurs vulvovaginales persistantes. Je ne peux passer sous le silence les bienfaits de la *ronronthérapie* de Julia, qui a souvent été présente sur mes genoux lors de mes nombreux moments de rédaction et rencontres skype avec mon directeur. Enfin, je m'attribuerai quelques bons mots en me félicitant pour ma persévérance tout au long de ce projet personnel qui a représenté une très belle stimulation lors d'une période où j'en avais particulièrement besoin.

AVANT-PROPOS

Tout d'abord, nous souhaitons mentionner que l'objectif du projet de maîtrise est d'approfondir l'aspect des impacts psychosociaux causés par les douleurs vulvovaginales et d'y apporter des solutions afin que les femmes qui en souffrent vivent mieux avec cette réalité. Pour bien présenter le sujet aux lecteurs et pour augmenter et diversifier les connaissances de l'intervenante au niveau de la douleur physique et ainsi enrichir ses interventions, l'étiologie des douleurs vulvovaginales ainsi que leurs symptômes sont présentés dans ce document. Toutefois, il ne s'agit pas d'une recherche au niveau médical, mais plutôt d'une recension des écrits pour une mise en contexte. De plus, tout au long de cet écrit, lorsque le terme « douleurs vulvovaginales » est mentionné, nous faisons référence aux douleurs ou inconforts liés exclusivement à la vulvodynie, à la vestibulodynie et au vaginisme.

Une tenue de dossier qui s'apparente fortement à celle qui est exigée par l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) a été réalisée pour chacune des femmes ayant participé au programme d'intervention. Les notes furent utilisées lors de la rédaction de l'essai afin de présenter les hypothèses cliniques, les progrès des participantes, ainsi que leur appréciation des séances, grâce à des évaluations de l'atteinte des objectifs et du processus. D'ailleurs, nous avons reçu l'approbation écrite de chacune d'entre elles afin de pouvoir utiliser des témoignages suite à un enregistrement audio. À la lecture de ce document, les participantes pourront se reconnaître, puisque c'est à partir de leur situation que nous sommes intervenus afin de favoriser des changements vers un mieux-être. Leurs proches pourraient également les reconnaître si les femmes se sont confiées (nous le souhaitons) au sein de leur entourage. Cependant, les noms des participantes ont été modifiés et certains faits au

niveau des caractéristiques sociodémographiques ont été généralisés également par souci de confidentialité, par exemple, au niveau du domaine exact d'études, de la profession ainsi que du lieu de travail. De ce fait, elles ne peuvent pas être identifiées largement par les lecteurs.

Table des matières

AVANT-PROPOS	v
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xii
RÉSUMÉ	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I.....	3
1. La problématique	3
1.1. La recension des écrits	7
1.1.1 Vers une définition de la douleur chronique	7
1.1.2 La prévalence de la douleur chronique.....	8
1.1.3 Les douleurs vulvovaginales	10
1.1.4 La prévalence des douleurs vulvovaginales	12
1.1.5 Les difficultés vécues par les femmes souffrant de douleurs vulvaires	18
1.1.6 Approches d'intervention offertes aux femmes souffrant de douleurs vulvaires.....	26
1.1.7 Des compléments et alternatives possibles.....	30
CHAPITRE II	34
2. Les modalités de réalisation du stage.....	34
2.1 Le milieu de stage.....	34
2.1.1 Mission de l'organisme	35

2.1.2	Clientèle desservie par la clinique	35
2.1.3	Intervention offerte aux femmes ayant des douleurs vulvovaginales chroniques	35
2.2	Le calendrier de réalisation du stage	36
2.3	Exigences et encadrement.....	37
2.4	Le programme d'intervention	37
2.4.1	Approches d'intervention	37
2.4.2	L'approche systémique.....	38
2.4.3	L'approche cognitivo-comportementale.....	40
2.4.4	La pertinence des approches utilisées.....	41
2.5	Méthodes d'intervention	41
2.5.1	L'intervention planifiée à court terme de l'approche systémique	42
2.5.2	La résolution de problèmes de l'approche cognitivo-comportementale	43
2.5.3	La fixation d'objectifs de l'approche cognitivo-comportementale	45
2.6	Critères d'inclusion des participantes	46
2.7	Le but et les objectifs visés par l'intervention	47
2.7.1	Les objectifs d'apprentissage du programme	48
2.7.2	Pertinence du programme d'intervention	53
CHAPITRE III		55
3. LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS D'INTERVENTION.....		55
3.1	Bianka	55
3.2	Béatrice	65
3.3	Caroline.....	74
3.4	Delphine.....	85
3.5	Françoise.....	100
3.6	Christine.....	114

CHAPITRE IV	118
Discussion	118
4.1 Liens avec les écrits scientifiques.....	118
4.2 Les forces du programme	123
4.2.1 Le processus	123
4.2.2 Approches et techniques d'intervention ainsi que les activités réalisées .	125
4.3 Les limites du programme	126
4.4 Suggestion pour l'intervention et la recherche	127
CONCLUSION	130
RÉFÉRENCES.....	132
ANNEXE A - Programmes existants en intervention auprès des femmes souffrant de douleurs vulvovaginales.....	144
ANNEXE B – Lettre d'appui du directeur de maîtrise et certificat d'assurance	148
ANNEXE C – Affiche de recrutement des participantes.....	151
ANNEXE D – Lettre de confirmation de stage	152
ANNEXE E – Grille de recrutement des participantes.....	154
ANNEXE F - Entente de participation au programme	156
ANNEXE G – Grille d'analyse du fonctionnement social	158
ANNEXE H - Notes évolutives	160
ANNEXE I - Modèle d'évaluation de l'atteinte des objectifs	161
ANNEXE J - Évaluation de la satisfaction des participantes	165

ANNEXE K - Consentement à l'enregistrement de l'évaluation finale (atteinte des objectifs).....	167
ANNEXE L – Liste de ressources professionnelles, lectures et sites internet d'intérêt	169
ANNEXE M - Échelle de mesure (impact des douleurs sur la qualité de vie)	172
ANNEXE N - Bianka.....	173
ANNEXE O – Béatrice	179
ANNEXE P – Caroline	186
ANNEXE Q – Delphine.....	193
ANNEXE R – Françoise	201
ANNEXE S – Christine	209

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
1	Résumé des principaux déterminants de la vulvodynie et de la vestibulodynie	15
2	Prévision d'un calendrier de stage	36
3	Les objectifs d'apprentissage du programme	48

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

IASP : International Association for the study of pain

APS : American Psychiatric Association

DSM (IV-TR) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel
diagnostique et statistique des troubles mentaux)

ISSVD : International Society of Vulvovaginal Disease

OMS : Organisation mondiale de la santé

ACT: Acceptance and commitment therapy (thérapie d'acceptation avec engagement)

RÉSUMÉ

Cet essai vise à accompagner des femmes ayant des douleurs vulvovaginales à entreprendre des changements afin de réduire l'impact des douleurs sur leur qualité de vie. L'intervention individuelle en travail social fut expérimentée auprès de cinq femmes vivant avec ce type de douleurs grâce à des méthodes d'intervention et des activités issues de l'approche systémique et cognitivo-comportementale. Plus précisément, l'intervention planifiée court terme, aussi appelée intervention centrée sur la tâche, la thérapie d'acceptation avec engagement (ACT), la pleine conscience, la cohérence cardiaque, le processus de résolution de problèmes ainsi que des activités de sensibilisation aux normes sexuelles. Lors des séances d'évaluation de l'atteinte des objectifs, nous avons pu constater que le programme d'intervention a permis une amélioration *moyenne à élevée* de l'amélioration de la qualité de vie des femmes qui y ont participé. Les commentaires recueillis lors de la mesure de la satisfaction au niveau du processus furent tous jugés *bons* ou *très bons*. Nous avons pu identifier deux limites à ce programme, soit le malaise d'une des participantes à réaliser des évaluations de progression au niveau des objectifs ainsi qu'au niveau de la présence d'un diagnostic de lichen scléreux et de difficultés psychosociales associées, qui n'étaient pas à l'étude. Notre principale suggestion consiste à ce que l'intervention individuelle soit davantage utilisée chez les femmes ayant des douleurs vulvovaginales persistantes afin que leur bien-être général soit considéré avant le fonctionnement psychosexuel. Nous suggérons aussi que plus de soins de physiothérapie en rééducation pelvienne et périnéale, ainsi que des services psychosociaux soient offerts au sein du réseau public québécois de santé et de services sociaux.

Mots clés : femmes, douleurs vulvovaginales, douleurs chroniques, douleurs persistantes, intervention individuelle, changement, qualité de vie.

ABSTRACT

This study trial aims to support women with vulvovaginal pain to undertake changes to reduce the impact of this pain on their quality of life. Personal intervention by a social worker was experienced by five women living with this type of pain, using intervention methods and activities from a systemic and cognitive behavioral approach. More specifically, task centred approach, acceptance and commitment therapy (ACT), mindfulness, cardiac coherence, problem-solving process, and awareness-raising activities about sexual norms. During evaluation sessions on objectives attainment, we noted that the intervention program resulted in “*medium to high*” quality of life improvement for the women who participated. Comments received when satisfaction with the process was measured were all “*good*” or “*very good*.” We were able to identify two limitations to this program: the discomfort experienced by one of the participants when completing progress evaluations for objectives, and a diagnosis of lichen sclerosus (LS) and associated psycho-social difficulties, which were not under study. Our main recommendation is that personal intervention be used more for women with persistent vulvovaginal pain so that their general well-being can be considered before psycho-sexual function. We also recommend that more physiotherapy services for pelvic and perineal retraining, and more psycho-social services be offered in Quebec’s public health and social services network.

Key words: women, vulvovaginal pain, chronic pain, persistent pain, personal intervention, change, quality of life.

INTRODUCTION

Vivre une difficulté au niveau de la santé physique peut parfois perturber très considérablement le fonctionnement social des individus. Les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales peuvent avoir à accompagner ces individus qui sont souvent en perte de repères sociaux et qui vivent des enjeux au niveau de leur identité. La problématique nous concernant ici est celle de la douleur chronique, plus particulièrement chez les femmes ayant des douleurs vulvovaginales persistantes qui affectent leur qualité de vie. Bien que peu abordées en société, entre autres de par leur caractère « tabou », les douleurs vulvovaginales sont fréquentes et causent un lot de difficultés chez les femmes qui en souffrent, principalement au niveau de leur féminité et de leur vie sexuelle. Elles peuvent avoir des conséquences au niveau de la relation de couple, de la vie familiale, professionnelle et ludique et peuvent créer des enjeux avec l'équipe soignante. La détresse émotionnelle, l'anxiété et la dépression font parfois partie de cette expérience de douleur. L'objectif d'intervention consiste donc à accompagner des femmes ayant des douleurs vulvovaginales à entreprendre des changements afin de diminuer l'impact de celles-ci sur leur qualité de vie. En effet, les difficultés vécues peuvent nuire au fonctionnement social de ces femmes et c'est pourquoi le travail social consiste en un apport auprès de cette clientèle. L'accompagnement et le soutien offerts aux femmes qui participent au programme d'intervention offert se feront suivant des lignes de pensées visant l'empowerment, et le développement d'une pensée critique face aux normes sociales dominantes au niveau sexuel, de la santé et des rôles sociaux *genrés*. En effet, ces impératifs peuvent influencer la perception de la féminité chez les femmes ayant des douleurs vulvovaginales et ajoutent au défi considérable de gestion de la douleur sensorielle. Le

programme vise l'identification des besoins de la clientèle et un transfert d'outils visant une amélioration de la qualité sa vie, et ce, au-delà de la période de participation.

Cet essai s'articule, dans un premier temps, sur la mise en contexte de la problématique tout en mettant l'accent sur l'ampleur des douleurs vulvovaginales chez les femmes. Le deuxième chapitre aborde les différentes modalités de stage, que ce soit une présentation du milieu de stage, la clientèle desservie par l'organisme, les interventions offertes, un calendrier de réalisation de stage ainsi que les exigences. Ensuite, on y présente des informations spécifiques au programme d'intervention offert, dont les choix dans l'utilisation des approches et techniques d'intervention. Les critères d'inclusion, le but et les objectifs visés par le programme, ainsi que les objectifs d'apprentissage du stage sont également exposés, tout comme la pertinence de l'intervention. Lors du troisième chapitre, des informations sont apportées au niveau des résultats par participante suite à des évaluations d'atteinte des objectifs et de mesure de la satisfaction. On y aborde également les principaux apprentissages réalisés et les changements observés chez les femmes participantes. Enfin, l'essai se termine par une discussion portant sur des comparaisons entre les écrits scientifiques et la pratique lors du stage. Sont aussi présentées les forces et les limites du programme ainsi que des suggestions pour l'intervention.

CHAPITRE I

LA PROBLÉMATIQUE ET LA RECENSION DES ÉCRITS

Dans les lignes qui suivront sera présentée la problématique, soit celle de la douleur chronique et plus spécifiquement des douleurs vulvovaginales qui persistent chez des femmes et comment cela affecte leur qualité de vie.

1. LA PROBLÉMATIQUE

Moulin, et al. (2007) ont rapporté que 15% à 29% des Canadiens souffriraient de douleur chronique. Pour leur part, Schopflocher *et al.* (2011) arrivent à des résultats somme toute assez similaires grâce à la réalisation d'une étude où 18,9% de leurs répondants, tous âgés de 18 et plus, en majorité des Québécois et des Ontariens, souffraient de douleur chronique. Selon ces auteurs, on peut donc constater qu'environ 20% des Canadiens souffriraient de douleurs chroniques. Ce qui s'avère problématique lorsque l'on constate que la médecine conventionnelle ne réussit pas à bien traiter la douleur chronique, comme elle sait le faire efficacement pour le traitement de la douleur aiguë (Serrie et al., 2014). Dans plusieurs cas, aucune lésion ni problème apparent n'est détecté lors d'examens médicaux ayant pour but d'identifier les causes de la douleur chronique. Guex-Joris (2009) ainsi que Rentsch *et al.* (2009) parlent de douleurs somatoformes ou de douleurs non médicalement expliquées. Dans certains cas, des bénéficiaires de soins de santé se font répondre par leur équipe soignante qu'on

ne peut plus rien faire pour eux (Upshur *et al.*, 2010). Malheureusement, selon Denizeau (2012) la chronicisation de la douleur amène des défis, dont un bouleversement identitaire fragilisant ainsi l'existence du sujet et influençant le vécu de son expérience de douleur. Pour ce même auteur, la douleur chronique est plus difficilement relativisable puisqu'elle n'a pas de fin particulière, contrairement à la douleur aiguë qui en possède une.

Selon Javier et Perrot (2010), les femmes auraient une potentialité un peu plus grande que les hommes de souffrir de pathologies génératrices de douleurs et croient que le cycle menstruel et les hormones sexuelles féminines pourraient être en cause. Les douleurs pelviennes et vulvovaginales sont identifiées au niveau des écrits scientifiques (Bornstein *et al.*, 2015; Harlow et Stewart, 2002; Harlow *et al.*, 2001; Lahaie *et al.*, 2010; Reed, Barbara Diane *et al.*, 2012). La prévalence de ces troubles causant des douleurs, particulièrement lors des rapports sexuels, mais pas exclusivement, tel que le vaginisme, la vulvodynie et la vestibulodynie est à considérer. Lahaie *et al.* (2010) rapportent que des études cliniques aux États-Unis auraient permis de chiffrer la prévalence du vaginisme de 5-17%, alors que d'autres auteurs, tels que Harlow et Stewart (2002) parlent de chiffres allant de 3 à 16 % aux États-Unis au niveau de la prévalence de la vulvodynie. De plus, selon certains écrits (Harlow et Stewart, 2002; Reed, Barbara Diane *et al.*, 2012), la prévalence des douleurs vulvaires pourrait être sous-estimée par le fait qu'il peut y avoir un aspect tabou à les aborder avec son médecin (Cantin-Drouin *et al.*, 2008; Collier *et al.*, 2016; Wallace, 2007). Il peut d'ailleurs s'agir d'une bonne occasion de réfléchir à l'hégémonie du coït (pénétration du vagin par le pénis) dans les rapports sexuels hétérosexuels (Du Plessis, 2015). De plus, la plupart des femmes qui vivent avec des douleurs vulvaires recevraient un mauvais diagnostic, limitant ainsi les possibilités d'être bien soignées (Reed, Barbara Diane *et al.*, 2012). Plusieurs auteurs considèrent les douleurs génitales comme difficiles à traiter, puisqu'elles peuvent nécessiter l'expertise de plusieurs professionnels, tels que gynécologue, dermatologue, physiothérapeute, psychologue et

sexologue (Collier *et al.*, 2016; Lahaie *et al.*, 2010; Reed, Barbara D, 2006). Effectivement, l'aide d'un psychologue et sexologue s'avère très pertinente puisque les femmes souffrant de douleurs vulvaires qui persistent vivent des difficultés psychologiques et sexuelles.

En fait, l'une des difficultés vécues serait l'embarras pour les femmes d'aborder leurs douleurs socialement. En ce sens, les douleurs vulvaires peuvent représenter un sujet difficile à aborder. Plusieurs femmes peuvent alors souffrir sans en faire part à leur médecin ou à leurs proches (Bergeron *et al.*, 2014; Harlow et Stewart, 2002). De ce fait, un sentiment d'isolement peut se faire ressentir (Harlow et Stewart, 2002; Lahaie *et al.*, 2010). L'isolement peut être relié au fait que les activités sociales peuvent être moins fréquentes, entre autres parce que les douleurs vulvaires pourraient être causées ou augmentées par la pratique de certains sports, par la position assise (Reed, Barbara D, 2006) et par la consommation de certains aliments et boissons (Moldwin, 2000; Rosamilia et Dwyer, 2007).

Une autre des difficultés vécues est un bouleversement identitaire et une remise en question de la féminité, et ce, en très grande partie dus aux complications sexuelles causées par la vulvodynie. Le fait d'avoir beaucoup de misère à s'adonner à des rapports sexuels avec pénétration cause de la détresse chez les femmes (Ayling et Ussher (2008). Elles peuvent même en venir à se demander si elles sont toujours « des femmes » (Kaler, 2006). Ce qui peut démontrer que le coït est une norme de société prédominante et peut évidemment représenter un impact avec le conjoint.

En effet, les problèmes au niveau du couple s'avèrent une difficulté très importante lorsqu'une femme souffre de douleurs vulvaires, car souvent la sexualité ou le fonctionnement psychosexuel est perturbé. Non seulement les femmes vivent de nombreuses émotions négatives face à cette réalité qu'est la douleur, mais leurs conjoints peuvent également en subir les conséquences. La douleur est effectivement

en cause, mais une communication déficiente et le manque d'adaptation sont aussi des facteurs à considérer.

Les douleurs vulvaires sont très souvent accompagnées d'un état anxieux ou dépressif, et ce, qu'il s'agisse d'une cause ou d'une répercussion. Plusieurs femmes seraient pessimistes face à l'avenir à cause des symptômes douloureux récurrents et d'une qualité de vie diminuée. Cette détresse émotionnelle est aussi attribuable au fait que leur relation de couple est affectée, tout comme la fonction sexuelle (Ayling et Ussher, 2008; Masheb, R. M. *et al.*, 2009), qui se veut un rapprochement dans le couple, mais également le moyen de concevoir un enfant. Effectivement, l'aspect de la procréation et le désir de fonder une famille peut être influencée par la présence de douleurs vulvaires puisqu'elle peut mener à la diminution des rapports sexuels avec pénétration. Certaines femmes peuvent se sentir déprimées face à ce constat et être plongées dans un bouleversement identitaire, non seulement au niveau de leur féminité, mais aussi au niveau du rôle de mère (Johnson *et al.*, 2015; Shallcross *et al.*, 2017).

Ce sont pour ces raisons qu'il s'avère pertinent d'intervenir auprès des femmes souffrant de douleurs vulvaires afin d'améliorer leur qualité de vie au niveau personnel, conjugal, familial, professionnel et social.

1.1. LA RECENSION DES ÉCRITS

Cette partie présente ce qu'est la douleur chronique et qu'elle est sa prévalence au Québec et au Canada. Ensuite, on y aborde les principales douleurs vulvovaginales, les symptômes associés ainsi que des déterminants. Les difficultés les plus souvent vécues pour les femmes qui en souffrent ainsi que les approches d'intervention offertes au niveau des soins et services traditionnels et alternatifs seront présentées.

1.1.1 Vers une définition de la douleur chronique

L'International Association for the study of pain (IASP) définit la douleur aiguë comme étant : “ *An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage* ”. Cette définition illustre le caractère physiologique et psychologique de la douleur. Par ailleurs, Denizeau (2012) amène une réflexion anthropologique intéressante pour tenter de compléter la définition de la douleur. En fait, bien que celui-ci se base également sur la définition de l'IASP, il mentionne que les représentations de la douleur pourraient aussi être considérées et que la douleur est un concept construit socialement et culturellement. En ce sens, qu'il s'agisse d'une douleur aiguë ou d'une douleur chronique, la réaction du sujet face à l'une d'entre elles peut se voir tout à fait différente, ce qui peut s'avérer très important du point de vue de l'intervention.

À ce jour, l'IASP fait référence à Bonica qui a proposé *The management of pain* en 1953, pour définir ou du moins caractériser la douleur chronique comme étant une douleur qui persiste au-delà de la durée normalement observée ou nécessaire pour son traitement. Cependant, certains syndromes seraient qualifiés de chroniques alors qu'il n'y a jamais eu de traitement ou guérison réelle. D'après Stinson et Montgomery (2017), la douleur chronique n'a pas de raison valable d'exister puisqu'elle est ressentie à un moment où il n'y a plus de réel danger pour le corps. L'IASP ajoute que c'est en effet

l'enjeu de la durée de la douleur ressentie qui caractérise si la douleur est chronique ou non. De plus, pour que la douleur soit considérée comme chronique, celle-ci doit revenir au moins trois fois en trois mois. Tous types de douleurs pourraient donc être qualifiés de chroniques si elles persistent au-delà de **3 ou 6** mois et si elles se manifestent au moins trois fois en trois mois. Néanmoins, l'IASP les a classifiées en deux catégories principales, soit la douleur neuropathique, causée par une lésion ou une maladie du système nerveux somatosensoriel central et la douleur nociceptive, ressentie en réponse à des dommages à des tissus irrités ou endommagés, comme c'est aussi le cas lors de la douleur aiguë.

Certains auteurs parlent de douleurs somatoformes plutôt que de douleurs psychogènes (Guex-Joris, 2009; Rentsch *et al.*, 2009). Ces douleurs ne seraient pas médicalement expliquées puisqu'aucune lésion ou problème apparent ne seraient identifiés lors des examens médicaux et seraient par le fait même plus difficiles à traiter que les douleurs aiguës (Serrie *et al.*, 2014). Ce qui peut amener les bénéficiaires des soins de santé à se faire dire par leur équipe soignante qu'on ne peut plus rien faire pour eux (Upshur *et al.*, 2010).

1.1.2 La prévalence de la douleur chronique

Il n'est pas aisé de connaître la prévalence actuelle de la douleur chronique au Canada. En fait, des rapports et des enquêtes sont disponibles sur la santé des collectivités, mais ils ne sont pas exclusifs à la douleur chronique. De plus, ils datent de quelques années (2008 ou moins). En effet, selon Moulin *et al.* (2007), plusieurs facteurs peuvent expliquer la difficulté à obtenir des résultats fixes en termes de prévalence de la douleur chronique au Canada. Entre autres puisque différentes méthodes de collecte de données peuvent être utilisées, menant ainsi à des variations de résultats d'une étude ou d'une enquête à l'autre. Des choix faits au niveau des répondants à cibler et du moment où ceux-ci sont sondés peuvent être des facteurs contribuant à une variation, tout comme

l'intention ou non que les répondants soient sondés à nouveau, leur âge, etc., ou encore s'il s'agit d'une enquête aléatoire qui poursuit d'autres objectifs. Toujours selon Moulin et al. (2007) et Schopflocher *et al.* (2011), le fait qu'il n'y ait pas qu'une seule définition de la douleur chronique et que celle-ci laisse place à interprétation, s'avère un facteur ajoutant à la difficulté à connaître la prévalence de la douleur chronique au Canada. Néanmoins, en se basant sur le travail de Moulin et al. (2002, 2007), de Boulanger *et al.* (2007) et sur celui de Van Den Kerkhof *et al.* (2003), 15% à 29% des Canadiens souffriraient de douleur chronique. Si l'on compare avec l'étude de Schopflocher *et al.* (2011), **18,9%** de leurs répondants, tous âgés de 18 et plus, en majorité des Québécois et des Ontariens, mais vivant aussi au sein des autres provinces, souffraient de douleur chronique.

En ce qui a trait au Québec plus spécifiquement, plusieurs chercheurs et intervenants dans le domaine de la douleur chronique (Fréchette et Bouchard, 2012; Rivard et Gingras, 2012) parlent d'une prévalence d'environ 20 %, en utilisant les données canadiennes. Ceux-ci mentionnent d'ailleurs que la prévalence est sensiblement la même d'un pays industrialisé à un autre. Les rapports et les portraits sur la santé au Québec concernent souvent les adultes âgés de 65 ans et plus, mais beaucoup moins de données sont présentées pour les autres tranches d'âge. Cela est fort probablement dû au fait que la prévalence est élevée chez ce groupe d'âge (Bernèche *et al.*, 2010). Selon ces auteurs, le vieillissement de la population est un enjeu à considérer. C'est également ce qu'affirment d'autres auteurs dans leurs écrits sur la douleur chronique chez les personnes âgées (Hadjistavropoulos *et al.*, 2011). De plus, la littérature au sujet de la prévalence de la douleur chronique au Québec porte souvent sur des données canadiennes et non québécoises sur les maladies chroniques et non sur la douleur comme telle. Il s'avère donc important de définir le terme maladie chronique dans le cadre de ce travail. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) la définit comme un type d'affection qui seraient de longue durée et qui évolue lentement. Selon Ronksley

et al. (2014), un Canadien sur trois serait aux prises avec au moins une maladie chronique.

Il faut sans doute être prudent avant de dire qu'il s'agit de la même problématique et des mêmes enjeux, dont le type de soins offerts et les effets psychosociaux, lorsqu'on parle de douleur et de maladie chronique. En effet, certaines personnes vivant de la douleur depuis plus de trois ou six mois n'ont pas forcément un diagnostic de maladie chronique et les personnes ayant une maladie chronique ne vivent pas toujours avec la douleur. De leur côté, Roberts *et al.* (2015) ont réalisé une étude qui leur a permis de constater qu'en 2011-2012, 12,9 % des adultes canadiens âgés de plus de vingt ans avaient deux maladies chroniques ou plus, et 3,9 % en avaient trois ou plus.

Javier et Perrot (2010) relatent que les femmes sont plus sujettes à souffrir de pathologies qui peuvent causer des douleurs. Comme mentionné ci-dessus, ces mêmes auteurs affirment aussi que le cycle menstruel et les hormones sexuelles féminines pourraient être en cause. Au niveau de la littérature portant sur la santé des femmes et sur la douleur chronique, les douleurs pelviennes et vulvovaginales sont identifiées (Bergeron *et al.*, 2015; Bois *et al.*, 2016; Lahaie *et al.*, 2010). Les principales douleurs vulvovaginales non expliquées par la présence de lésions apparentes lors d'examens médicaux sont le vaginisme, la dyspareunie, la vulvodynie et la vestibulodynie.

1.1.3 Les douleurs vulvovaginales

Dans cette section seront présentées quelques définitions concernant les douleurs vulvovaginales, telles que : le vaginisme, la dyspareunie, la vulvodynie ainsi que la vestibulodynie.

1.1.3.1 Le vaginisme

On constate dans la littérature que des définitions du vaginisme sont différentes selon les écoles de pensées et que plusieurs de celles-ci se sont modifiées avec le temps. Celle de l'American Psychiatric Association (APS) (2000) définit le vaginisme comme un spasme involontaire du muscle vaginal qui interfère avec les rapports sexuels. L'aspect de la difficulté à avoir un rapport sexuel est prédominant dans la définition précédente, si bien que le vaginisme est considéré comme un trouble sexuel dans le DSM-IV-TR.

1.1.3.2 La dyspareunie

En ce qui a trait à la dyspareunie, elle est définie par l'APS comme étant une douleur de type génitale récurrente qui est associée à des rapports sexuels. À la différence du vaginisme, le concept de la douleur est présent dans la définition. D'après celle-ci, peuvent donc être englobées différentes douleurs vulvovaginales. Les principales douleurs vulvaires documentées sont : les troubles de la vulve et du vagin, dont la vulvite et la vestibulodynie (Engman, 2007; Lahaie *et al.*, 2010; Payne, 2006) ainsi que la vulvodynie (Arnold *et al.*, 2006; Harlow *et al.*, 2001; Pukall *et al.*, 2016).

1.1.3.3 La vulvodynie et la vestibulodynie

Le *Consensus vulvar pain terminology committee* a proposé la définition suivante de la vulvodynie : “Vulvar pain of at least 3 months duration, without clear identifiable cause, which may have potential associated factors” (Bornstein *et al.*, 2015, p. 1). Ces facteurs seront expliqués dans la section portant sur les symptômes et l'étiologie, tout comme l'aspect de la douleur généralisée ou provoquée. En ce qui a trait à la vestibulodynie, la douleur est concentrée au niveau du vestibule et les symptômes sont similaires à ceux de la vulvodynie (Lahaie *et al.*, 2010).

En résumé, on retrouve dans la définition du vaginisme, une prédominance de l'aspect de la difficulté sexuelle, sans que la douleur soit nécessairement abordée. Du côté de la dyspareunie, ce terme serait utilisé lors de plusieurs contextes où il y a une douleur lors d'un rapport sexuel avec pénétration. Et au niveau des douleurs vulvaires telles que la vulvodynie et la vestibulodynie, ce serait l'aspect de la douleur qui primerait dans la définition, sans que l'on parle de rapports sexuels. Ce constat peut mener à s'interroger au niveau de la prédominance du coït au détriment de la douleur, et inversement de seulement considérer la douleur en abordant peu les complications sexuelles qui peuvent mener à une potentielle détresse et impacts psychosociaux négatifs (Cantin-Drouin *et al.*, 2008). Cela pourrait donc être perçu de part et d'autre comme un manque d'analyse globale de la situation des femmes qui vivent des douleurs vulvovaginales.

1.1.4 La prévalence des douleurs vulvovaginales

Lahaie *et al.* (2010) font référence à Spector et Carey (1990) qui rapportent que des études cliniques aux États-Unis auraient permis de chiffrer la prévalence du vaginisme de 5-17%. Selon Lahaie *et al.* (2010), le fait que des femmes se sentent mal à l'aise d'aborder les douleurs à la vulve ou au vagin avec leur médecin et craignent les douleurs qui pourraient être causées par l'examen gynécologique, peut effectivement nuire au calcul de la prévalence.

D'après Harlow *et al.* (2001), ce serait la vulvodynie incluant la vestibulodynie qui serait le trouble le plus sévère au niveau des douleurs vulvovaginales et qui pourrait être considérée parmi la dyspareunie. Précisons que la vulvodynie est définie comme : " A vulvar pain of at least 3 months duration, without clear identifiable cause, which may have potential associated factors" (Bornstein *et al.*, 2015, p. 1).

Pour Harlow et Stewart (2002), la prévalence de la vulvodynie s'estimerait de 7-8 % parmi la population générale des femmes en âge de procréer et ce serait la forme de dyspareunie la plus fréquente dans la population générale. D'autres auteurs se référant à Harlow et Stewart (2002) parlent de chiffres allant de 3 à 16 % aux États-Unis (Cantin-Drouin *et al.*, 2008; Lequeux, 2007; Ponte *et al.*, 2009; Reed, Barbara Diane *et al.*, 2012).

1.1.4.1 Les symptômes associés à la vulvodynie et à la vestibulodynie

D'après l'encyclopédie médicale MedlinePlus (2017), la vulvodynie cause des douleurs importantes au niveau de la vulve, telles que des brûlures ou des picotements. L'International Society of Vulvovaginal Disease (ISSVD) (2013), les symptômes s'apparentent à une sensation de brûlures, de palpitation ou de gonflement et une impression d'irritation ou que la peau est à vif et ce, que ce soit au niveau de la vulve en entier, ou localisés à une zone circonscrite. Certaines femmes présenteraient des douleurs presque constantes alors que chez d'autres les douleurs peuvent être passagères et disparaissent en termes d'heures ou de semaines. Pour certaines, l'inconfort peut nuire à la sexualité, mais d'autres ne notent pas que la douleur a eu une influence marquée sur celle-ci. Lahaie *et al.* (2010), rapportent des propos très similaires en mentionnant que les symptômes de la vestibulodynie sont une vive douleur et une impression de brûlure lors du toucher du vestibule ou encore lorsqu'il y a une tentative d'insertion ou de pénétration dans celui-ci. On constate alors que les symptômes de la vulvodynie et de la vestibulodynie sont similaires.

1.1.4.2 Les déterminants de la vulvodynie et de la vestibulodynie

Selon la ISSVD (2013), les déterminants de la vulvodynie ne seraient pas encore très bien connus, mis à part le fait qu'il pourrait s'agir d'un problème neurologique

impliquant entre autres les nerfs de la vulve et le cerveau. Toutefois, les changements hormonaux pourraient également avoir une certaine influence sur la douleur. Selon Bornstein *et al.* (2015), ces changements pourraient être dus à la prise de médicaments synthétiques. Toujours selon Bornstein *et al.* (2015), l'inflammation et des facteurs musculosquelettiques au niveau des muscles pelviens, des points gâchettes ainsi que des anomalies au niveau structural pourraient être en cause dans la vulvodynie. De plus, l'utilisation du tampon, le port de vêtements serrés, les promenades en vélo, les irritants tels que les savons parfumés, les sous-vêtements de nylon coloré et la position assise de manière prolongée peuvent causer des douleurs au vestibule vulvaire ou à la vulve (Edwards, 2003; Reed, Barbara D, 2006; Reed, Barbara Diane *et al.*, 2012). Pour certains auteurs l'infection à levure (*Candida albicans*), surtout à répétition, serait un déterminant de la vulvodynie ou autre douleur à la vulve (Arnold *et al.*, 2006; Ehrström *et al.*, 2009; Farmer *et al.*, 2011; Ponte *et al.*, 2009).

D'après Khandker *et al.* (2011) le DSM-V a en quelque sorte psychiatrisé les douleurs vulvaires, spécifiquement la vulvodynie, en mentionnant qu'elles peuvent être influencées par la dépression, les troubles de l'humeur et l'anxiété. Dans ce sens, Ponte *et al.* (2009) indiquent que les femmes souffrant de vulvodynie auraient un plus grand historique de troubles anxieux que celles qui n'en souffrent pas. Collier *et al.* (2016), ajoutent que la dépression est un déterminant de la vulvodynie. D'autres auteurs ont aussi réfléchi à l'impact que peut causer le stress sur la douleur physique, dont la vulvodynie. En effet, le stress est un bon exemple de facteur nuisant au fonctionnement du système nerveux central qui joue un grand rôle au niveau de la perception de la douleur (Ehrström *et al.*, 2009; Khandker *et al.*, 2011).

Pour leur part, Iglesias-Rios *et al.* (2015) ainsi que Ehrström *et al.* (2009) mentionnent que le stress et le stress chronique peuvent être des facteurs pouvant causer des douleurs vulvaires. Selon Iglesias-Rios *et al.* (2015), le syndrome du choc post-traumatique (SCPT) s'avère un facteur d'incidence de la vulvodynie. Pour ces derniers auteurs, les

femmes souffrant ou ayant souffert du SCPT auraient deux fois plus de risques de souffrir de vulvodynie que celles qui n'en souffrent pas. Reed et al. (2000) ont étudié la possibilité que des antécédents d'abus sexuels puissent être en cause dans la vulvodynie, mais sans résultats concluants. Toujours en ce qui a trait à la sexualité, une récente étude de Du Plessis (2015) illustre l'hégémonie du pénis et du coït dans les rapports sexuels hétérosexuels, alors que dans certains cas, des femmes souffrant de vulvodynie peuvent avoir peur de la pénétration (Monforte *et al.*, 2013).

Les traits de caractère pourraient aussi influencer les douleurs vulvovaginales, spécifiquement la vulvodynie. Ainsi, les femmes souffrant de vulvodynie seraient perfectionnistes, attentionnées, vigilantes, de nature anxieuse et pessimiste (Nylanderlundqvist et Bergdahl, 2003). Toutefois, il faut probablement demeurer prudent face à ce constat, principalement par rapport à la vigilance, à l'insécurité et au pessimisme puisqu'il s'agit peut-être de répercussions plutôt que de causes de la vulvodynie. De plus, Bornstein *et al.* (2015) mentionnent que des facteurs psychosociaux tels que l'humeur et la capacité d'adaptation peuvent également être associées à la vulvodynie et aux autres douleurs à la vulve. Des études plus récentes mentionnent que celle-ci touche des femmes de tous âges et de toutes origines culturelles, et ce, indépendamment du statut socio-économique (Khandker *et al.*, 2014; Reed, B. *et al.*, 2013).

Voici sous forme de tableau un résumé des principaux déterminants de la vulvodynie et de la vestibulodynie, identifiés dans la littérature :

Tableau 1.1.3.5.1 Résumé des principaux déterminants de la vulvodynie et de la vestibulodynie

Déterminants	Auteurs
Dépression, trouble de l'humeur et anxiété	Khandker <i>et al.</i> (2011); Ponte <i>et al.</i> (2009); Collier <i>et al.</i> (2016)
Humeur et capacité d'adaptation	Bornstein <i>et al.</i> (2015)

Stress et stress chronique	Ehrström <i>et al.</i> (2009); Khandker <i>et al.</i> (2011)
Syndrome du choc post-traumatique	Iglesias-Rios <i>et al.</i> (2015)
Peur de la pénétration	Monforte <i>et al.</i> (2013)
Traits de caractère	Ehrström <i>et al.</i> (2009); Nylanderlundqvist et Bergdahl (2003); Collier <i>et al.</i> (2016)
Origine ethnique	Harlow <i>et al.</i> (2001); Khandker <i>et al.</i> (2011)
Age	Harlow <i>et al.</i> (2001); Khandker <i>et al.</i> (2011)
Situation économique	Reed <i>et al.</i> (2012)

1.1.4.3 L'ampleur du problème

Bien qu'il y ait des déterminants ou causes étiologiques communes chez les femmes qui souffrent de douleurs vulvaires, il y a également encore beaucoup de variables inconnues, de possibilités de mauvais diagnostics et de facteurs et situations hétéroclites qui peuvent amener beaucoup de défis au niveau thérapeutique (Arnold *et al.*, 2006; Lequeux, 2007; Nguyen *et al.*, 2013). En effet, la vestibulodynie et les autres douleurs vulvaires sont plutôt méconnues, l'aspect thérapeutique n'est pas simple et requiert un ensemble de spécialistes. Collier *et al.* (2016) abondent également en ce sens en mentionnant qu'il s'agit d'un travail multidisciplinaire qui peut s'avérer long et fastidieux et ils avancent même qu'aucune approche thérapeutique n'a eu d'effet satisfaisant, menant à éliminer complètement les douleurs. D'ailleurs, Cantin-Drouin *et al.* (2008) font référence à Buchan *et al.* (2007), pour dire que plus le diagnostic est long à poser, plus les symptômes sont exacerbés. Pour leur part, Reed *et al.* (2012) mentionnent également que la plupart des femmes qui ont des douleurs vulvaires reçoivent un mauvais diagnostic et donc un mauvais traitement. Collier *et al.* (2016), ajouteraient même que les gynécologues et les dermatologues n'ont pas vraiment appris à bien examiner la vulve.

Il importe aussi de considérer au niveau de l'analyse des répercussions causées par ce type de douleurs que la prévalence est fort probablement sous-estimée. En effet, selon certains écrits, celle-ci serait sous-estimée étant donné la difficulté à poser le diagnostic

et par le fait qu'il peut y avoir un aspect tabou aux douleurs génitales (Cantin-Drouin *et al.*, 2008; Collier *et al.*, 2016; Wallace, 2007). Pour leur part, Nguyen *et al.* (2013) mentionnent même que certaines femmes ne consultent pas de peur d'être jugées par les médecins. Celles-ci sont alors exclues des statistiques, bien qu'elles soient dans le besoin. Elles appréhenderaient le fait que les médecins croient qu'elles amplifient leurs douleurs et qu'elles les utiliseraient comme un prétexte pour ne pas avoir de rapports sexuels. Cette constatation démontre bien comment des femmes peuvent ressentir une pression face à la sexualité et comment elles perçoivent son importance au sein de la société. Cela rejoint bien l'idée de Cantin-Drouin *et al.*, (2008) comme quoi les femmes sentent qu'elles doivent accomplir certains rôles, tels qu'amante, mère et femme en général. En ce sens, Nguyen *et al.* (2013) s'interrogent sur l'impact qu'a la vulvodynie sur l'aspect de la reproduction et des naissances. Cependant, peu d'écrits abordent cette question dans la littérature.

Grâce à la recherche sur le sujet, nous savons que les douleurs vulvaires peuvent affecter sévèrement la qualité de vie des femmes qui en souffrent (Arnold *et al.*, 2006; Bois, 2014; Cantin-Drouin *et al.*, 2008; Collier *et al.*, 2016; Lequeux, 2007; Ponte *et al.*, 2009; Shallcross *et al.*, 2017). D'après ces auteurs, les effets les plus souvent identifiés sont : la dépression, les troubles anxieux, le stress, la fatigue, les difficultés sexuelles et un sentiment d'impuissance et de culpabilité dont des difficultés d'ordre identitaire qui sont liées aux normes de sexualité et de féminité. Ajoutons à cela des défis communicationnels au niveau du couple, une baisse de l'estime et du contrôle de soi, un isolement social et une modification des loisirs ou des activités courantes. Enfin, une baisse de productivité au travail ou encore des absences du milieu professionnel sont également notées.

Bref, nous constatons donc que la vulvodynie et la vestibulodynie causent des problèmes qui touchent l'ensemble des différentes dimensions de la vie des femmes qui en souffrent, soit au niveau personnel, de couple, familial, professionnel et social.

En effet, il s'agit de deux troubles qui causent beaucoup de détresse et pour lesquels la prévalence est élevée. Il s'avère donc pertinent d'intervenir auprès de ces femmes afin de réduire l'impact des difficultés engendrées par ce type de douleurs.

1.1.5 Les difficultés vécues par les femmes souffrant de douleurs vulvaires

Dans les prochaines pages, il sera question des difficultés vécues par les femmes souffrant de douleurs vulvaires en traitant des thèmes tels que l'embarras à aborder les douleurs en société, le bouleversement identitaire et la remise en question de la féminité. Seront également traités les impacts au niveau de la relation de couple, la détresse émotionnelle, l'anxiété et la dépression. Pour conclure, nous aborderons les impacts sur la vie familiale, professionnelle et ludique, tels que les loisirs et l'activité physique.

1.1.5.1 Une douleur embarrassante à aborder socialement : retrait et isolement

Selon Bergeron *et al.* (2014), certaines femmes ayant de la difficulté à se faire aider et à obtenir un diagnostic cessent de chercher des soins et continuent à souffrir. Par le fait même, des femmes peuvent se sentir isolées et stigmatisées et peuvent croire qu'elles sont les seules à vivre ce genre de douleurs (Nguyen *et al.*, 2012, 2013). De plus, Harlow *et al.* (2001) mentionnent que puisque les troubles génitaux représentent une question délicate ou embarrassante, les femmes n'ont pas tendance à demander un avis médical et tentent des solutions offertes en vente libre. Collier *et al.* (2016) avancent même que la plupart des femmes n'ont pas une bonne connaissance de leur vulve, ce qui amène sans contredit un obstacle de plus dans la demande de soins et de traitements de la vulvodynie. Celles qui cherchent des soins sont souvent mécontentes puisqu'elles ont de la difficulté à recevoir un diagnostic et un traitement efficace et cela peut entraîner un besoin pour ces femmes de faire appel à plusieurs professionnels de la santé différents. En effet, Lahaie *et al.* (2010) et Harlow *et al.* (2001) mentionnent qu'il y a des obstacles qui empêchent un calcul fiable de la prévalence du vaginisme et de la

vulvodynie, et que des femmes en souffrent en silence, présentant une potentielle détresse, le repli sur soi et l'isolement.

1.1.5.2 Une détresse identitaire

Selon Cantin-Drouin *et al.* (2008), des femmes souffrant de vulvodynie tentent de trouver un sens à leur douleur. Ces auteurs affirment également qu'il importe de considérer les croyances des femmes au sujet de leur vécu de douleur puisque leur bien-être psychologique pourrait se voir tributaire du sens accordé à celle-ci et à leur corps, ainsi qu'à leur identité. Ces propos concordent très bien avec ceux de Denizeau (2012), présentés ci-dessus et rejoignent l'idée que la douleur est une construction sociale et qu'elle est symbolique pour la personne qui la vit. C'est-à-dire qu'elle peut être perçue et interprétée de manière différente, que ce soit inconsciemment ou rationnellement.

Ayling et Ussher (2008) ont réalisé une étude qui leur a permis de mieux comprendre les effets de la vulvodynie sur l'identité des femmes qui en souffrent. Selon ces auteurs, ce serait principalement la difficulté à avoir des rapports sexuels avec pénétration qui causerait de la détresse identitaire. Effectivement, le coït est une norme hétérosexuelle dominante et le fait de ne pas pouvoir y répondre peut amener les femmes à douter d'elles-mêmes, au niveau de leur sexualité et de leur féminité (Ayling et Ussher, 2008; Cantin-Drouin *et al.*, 2008; Du Plessis, 2015; McPhillips *et al.*, 2001). Elles ont aussi la préoccupation de combler les désirs et besoins sexuels de leurs conjoints, en considérant peu les leurs (Shallcross *et al.*, 2017). Toujours selon l'étude de Ayling et Ussher (2008), une seule participante sur sept dit se sentir adéquate comme conjointe. En revanche, les six autres se sentent inadéquates et entretiennent envers elles-mêmes des propos dévalorisants, tels que le fait d'être : sans utilité, brisée, non fonctionnelle, etc. De plus, selon Shallcross *et al.* (2017), presque la totalité des études qui décrivent l'impératif du coït lors d'un rapport sexuel avancent que les femmes participantes le considèrent en effet comme un acte normal, voire nécessaire.

D'après Buchan *et al.* (2007), les médias seraient en partie responsables des stéréotypes véhiculés au sujet de la sexualité et comment celle-ci devrait être vécue. Pour sa part, Kaler (2006) s'est intéressée à la construction sociale de l'hétérosexualité et avance que les rapports sexuels, tels que ceux avec pénétration, peuvent être générateurs de sens et créer une identité significative pour celles qui les pratiquent, mais qu'ils peuvent aussi créer des conséquences néfastes sur celles qui ne peuvent s'y adonner. De plus, des participantes de l'étude de Kaler (2006) souffrant de vulvodynie mentionnent qu'elles ne font pas partie de la « catégorie des femmes », mais plutôt d'une autre catégorie, qui n'existe pas. La sexualité au niveau génital et de la pénétration vaginale serait donc une dimension intégrante de la féminité.

1.1.5.3 Les impacts sur la vie de couple

Plusieurs études ont démontré que les douleurs à la vulve ont un impact sur le fonctionnement psychosexuel des femmes qui en souffrent (Awada *et al.*, 2014; Bois *et al.*, 2016; Pazmany *et al.*, 2014; Smith et Pukall, 2014; Sutton *et al.*, 2009). D'après l'analyse des réponses des participantes de l'étude d'Ayling et Ussher (2008), plusieurs femmes disent se sentir inadéquates comme femmes, mais aussi comme partenaires. La douleur ressentie lors de la pénétration ferait en sorte de diminuer leur confiance en leur capacité à satisfaire les besoins de leur partenaire, ce qui causerait des sentiments de honte et de culpabilité et une diminution de l'intérêt pour les contacts sexuels. Toujours selon Ayling et Ussher (2008), les femmes souffrant de vulvodynie ayant participé à leur recherche avaient peur de perdre leur conjoint ou de s'éloigner émotionnellement de celui-ci. Bien que les femmes ressentent de nombreux sentiments et émotions négatives, le conjoint est également touché (Pazmany *et al.*, 2014), entraînant ainsi des répercussions sur la relation de couple. Smith et Pukall (2014) se sont aussi intéressés aux impacts des douleurs vulvaires sur les conjoints des femmes qui en souffrent, et selon leur étude, une très forte majorité d'entre eux mentionnent avoir une mauvaise communication sexuelle, des difficultés érectiles et une faible

satisfaction sexuelle. De plus, ils indiquent que certains hommes mentionnent également avoir moins d'affection au sein de leur couple comparativement aux autres participants de l'étude qui ne sont pas touchés par les douleurs de leur conjointe.

Au plan de la communication au sein du couple, Bois (2014) affirme que l'empathie de part et d'autre, soit de la femme ayant des douleurs, ou de son conjoint, seraient associées au niveau de détresse et d'insatisfaction sexuelle. Selon l'étude, moins la communication et l'empathie sont élevées, plus la détresse et l'insatisfaction sexuelles sont présentes. En effet, d'après l'étude d'Awada *et al.* (2014), les couples où les deux partenaires n'ont pas tendance à exprimer leurs émotions présenteraient plus de difficultés au niveau de leur satisfaction et fonctionnement sexuel, que ceux qui expriment leurs émotions plus librement. Cet aspect communicationnel fait entre autres partie de ce que plusieurs auteurs nomment : ajustement de la dyade / ajustement de la relation (Awada *et al.*, 2014; Jodoin *et al.*, 2008; Pazmany *et al.*, 2014; Smith et Pukall, 2014). D'ailleurs, selon Jodoin *et al.* (2008), les hommes qui ont la perception que la douleur vécue par leur conjointe leur est attribuable et qui considèrent que cette douleur a un effet important sur leur vie seraient moins enclins à une adaptation psychosexuelle. De plus, selon l'étude d'Ayling et Ussher (2008), certaines femmes poursuivent les rapports sexuels avec pénétration, même si elles ont mal. Difficile de savoir s'il s'agit d'une adaptation, mais certaines d'entre elles réfléchissent au fait qu'elles n'auraient pas autant de souci si elles n'étaient pas en couple et se disent que les rapports sexuels entre femmes lesbiennes sont fort probablement moins compliqués. D'autres reconnaissent que leur partenaire ne leur met pas de pression pour qu'il y ait pénétration à tout prix, ce qui peut permettre à ces femmes d'accorder moins d'importance au coût.

D'après Maseroli *et al.* (2016), des dysfonctionnements sexuels féminins pourraient être causés par la perception que la femme a du faible désir sexuel de son conjoint. Bien qu'il s'agisse initialement d'une perception des femmes et non nécessairement d'un fait confirmé de la part de leur conjoint, il importe de considérer également la

santé psychosexuelle des partenaires afin de mieux comprendre les répercussions sur les femmes ainsi que sur la relation de couple. Cela pourrait aussi permettre de moins faire porter aux femmes la responsabilité de l'échec de certains rapports sexuels, que celle-ci soit perçue ou réelle, influencée ou non par des normes de société. Ce constat peut être considéré comme de la détresse sexuelle, telle qu'abordée par Bois et al., (2016).

1.1.5.4 Détresse émotionnelle, anxiété et dépression

Des auteurs tels que O'Reilly (2011), rapportent le fait qu'une très forte majorité des douloureux chroniques peuvent vivre des difficultés sociales et peuvent être confrontés à de la détresse émotionnelle tel qu'un état d'anxiété ou de dépression. La littérature au sujet de l'anxiété et de la dépression liées aux douleurs vulvaires chroniques chez les femmes, telles que la vulvodynie et la vestibulodynie est plutôt abondante. Selon Granot et Lavee (2005), il y aurait une évidence entre les facteurs psychologiques, tels que l'anxiété, dans le processus de plusieurs syndromes douloureux, incluant celui de la vestibulodynie. Pour leur part, Khandker *et al.* (2011) abordent la corrélation possible entre la dépression et l'anxiété et les risques de souffrir de vulvodynie. Selon eux, les femmes ayant un diagnostic de vulvodynie auraient eu un passé présentant des épisodes anxieux et des troubles de l'humeur. Une étude de Masheb et al. (2005) présente des résultats similaires alors qu'une forte majorité des participantes disent avoir vécu des épisodes dépressifs avant de recevoir leur diagnostic de vulvodynie.

D'autres auteurs émettent l'hypothèse que la dépression et l'anxiété sont plutôt le résultat de difficultés vécues à cause des douleurs (Aikens *et al.*, 2003; Jodoin *et al.*, 2008; Nylanderlundqvist et Bergdahl, 2003). Dans l'étude de Nylanderlundqvist et Bergdahl (2003), une majorité des répondantes présentent des signes pouvant les mener à recevoir un diagnostic de dépression, parfois sévère. De plus, en réponse à des questions spécifiques au sujet de leur qualité de vie, des participantes ont répondu que leur relation avec leur conjoint est affectée et qu'elles sont pessimistes face à l'avenir

à cause des symptômes vécus. Les auteurs de cette étude concluent aussi que l'anxiété est plus présente chez les femmes qui souffrent de la vestibulodynie, que chez celles qui n'en souffrent pas. Selon Ponte *et al.* (2009), il y a une forte corrélation entre une faible qualité de vie et la dépression. Aussi, la dépression pourrait avoir un impact sur la vulvodynie et le fonctionnement émotionnel. Aikens *et al.* (2003) avancent également qu'il y a un fort lien entre la vulvodynie et les symptômes dépressifs. Ces auteurs mentionnent que ces symptômes seraient en partie causés par le désintérêt sexuel ainsi que le type de douleur et son intensité. Ils réfutent l'hypothèse du trouble somatique et ajoutent que les femmes qui souffrent de douleurs vulvaires n'étaient pas plus sujettes à présenter des symptômes dépressifs avant de souffrir au niveau de la vulve. Masheb *et al.* (2009) rapportent également que l'aspect de la fonction sexuelle pourrait être la source de symptômes dépressifs.

En fait, que la douleur et l'anxiété soient des déterminants des douleurs vulvaires ou plutôt une conséquence, les études dont il a été question ci-dessus montrent que les symptômes dépressifs et anxieux sont bel et bien présents chez plusieurs femmes qui souffrent de vulvodynie ou de vestibulodynie. De plus, chez les femmes qui avaient tendance à présenter des signes dépressifs avant même le diagnostic, les douleurs peuvent favoriser l'augmentation de la dépression ou encore une rechute (Iglesias-Rios *et al.*, 2015; Khandker *et al.*, 2011; Masheb *et al.*, 2005). D'autant plus que les difficultés psychosociales causées par les douleurs vulvaires sont nombreuses, tel que nous avons pu le constater jusqu'à présent. L'inquiétude face au désir d'avoir des enfants s'ajoute aussi aux difficultés et peut s'avérer un facteur qui tend à augmenter la déprime des femmes qui vivent aux prises avec ce type de douleurs (Kaler, 2006).

1.1.5.5 Les impacts sur la procréation et la vie familiale

Selon Johnson *et al.* (2015), malgré les douleurs qui peuvent être vécues lors de la pénétration, plusieurs femmes continuent à la pratiquer puisqu'elles désirent concevoir et fonder une famille. L'aspect de la conception d'un enfant est également une

dimension que des femmes souffrant de vulvodynie considèrent au niveau de leur identité et qui fait partie de leurs repères sociaux (Shallcross *et al.*, 2017). En effet, on attend de la femme qu'elle exerce certains rôles, dont celle de reproductrice et de mère (Favier, 2014). Cela pourrait donc faire en sorte que des stéréotypes se perpétuent, voulant que la femme ait un rôle prédéfini au niveau biologique et au niveau social. Qu'il s'agisse d'un impératif social ou d'un désir réel non influencé par des normes dominantes, une participante de l'étude de Kaler (2006) a mentionné se sentir très déprimée puisqu'elle avait la conviction que ses douleurs vulvaires l'empêcheraient d'avoir des enfants.

Pour leur part, Johnson *et al.* (2015) ont voulu savoir quels impacts la vulvodynie avait sur la prise de décision des femmes face à l'idée d'avoir un enfant ou non. Certaines femmes ont mentionné que la vulvodynie compliquait la sexualité et que puisque les rapports sexuels avec pénétration étaient douloureux, ils devenaient moins fréquents, mais essentiels pour la procréation. Toujours selon la même étude, il semblerait que les femmes aient besoin d'atteindre un certain niveau d'acceptation et de contrôle de la douleur avant de faire le choix définitif de concevoir un enfant. Bien que ce ne fût pas sans vivre de l'anxiété, la plupart des femmes avaient encore des douleurs au moment où elles sont tombées enceintes et celles-ci cherchaient des moyens, dont la césarienne (Nguyen *et al.*, 2012), de limiter la douleur lors de l'accouchement et après celui-ci.

On constate alors que des difficultés au niveau de la vie familiale et plus particulièrement au niveau de la procréation sont vécues chez les femmes qui souffrent de douleurs vulvaires. Des répercussions peuvent également être observées au niveau de la vie professionnelle, du niveau d'activité physique effectué, ainsi que sur les loisirs et la vie sociale.

1.1.5.6 Les impacts sur la vie professionnelle, sportive et sociale

Il y a peu d'écrits dans la littérature au sujet des impacts des douleurs vulvaires sur la vie professionnelle. Cependant, Cantin-Drouin *et al.* (2008) ont fait référence à l'étude de Mathias (1996), qui fait état qu'environ 15 % des femmes vivant des douleurs pelviennes chroniques se seraient absentes de leur travail à cause de leurs douleurs et presque la moitié ont dit être moins productives professionnellement.

En ce qui a trait à l'activité physique, Reddy et Laufer (2010) parlent du fait qu'une hypertonie au niveau des petites lèvres de la vulve pourrait nuire à la pratique de certains sports, tels que : la course, le vélo, la natation et les promenades à cheval. Toujours selon ces auteurs, l'insertion d'un tampon peut s'avérer douloureuse, voire impossible pour des femmes souffrant de vestibulodynie. Il n'est pas mentionné dans la littérature que cela représente un frein, mais on peut penser que ce fait rend la pratique du sport moins agréable et peut-être la fait diminuer ou la cesser. Effectivement, la femme peut sentir davantage son flux menstruel avec le port d'une serviette hygiénique qu'avec celui du tampon et pourrait aussi être moins confortable et se sentir moins confiante.

L'activité physique et le sport peuvent être pratiqués de manière personnelle, mais plusieurs personnes aiment les pratiquer avec d'autres. Ce qui peut constituer un facteur d'inclusion sociale (Bailey, 2005). Le fait de devoir décliner une invitation pour cause de douleur difficile à évoquer, certaines femmes en faisant un tabou, pourrait mener à un isolement.

Haefner *et al.* (2005) mentionnent que les femmes qui ont diminué leur consommation d'alcool avaient minimisé leurs douleurs. Ferchaud et Deval (2006) se sont principalement intéressés à la cystite interstitielle, mais ont fait des liens entre celle-ci et la vulvodynie, et le fait d'arrêter de consommer certaines boissons, mais aussi

certains aliments. En effet, ils ont cité Rosamilia et Dwyer (2007) et Moldwin (2002) pour démontrer que la prise de boissons alcoolisées et acides et les aliments épicés pouvaient être nuisibles. Turner (2013), mentionne qu'une alimentation riche en glucides de toutes sortes (incluant les fruits frais et secs) peut favoriser les levures, tel que le candida albicans et créer des problèmes au niveau de la vulve et du vagin. De plus, bien que cela ne fasse pas consensus au sein des écrits scientifiques, les aliments riches en oxalates pourraient aussi s'avérer néfastes au niveau des douleurs génito-pelviennes (Eppsteiner et al., 2014; Ferchaud et Deval, 2006; Reed, Barbara, 2006). Les femmes pour qui l'alcool et certains aliments riches en glucides déclenchent ou augmentent leur malaise pourraient se sentir limitées au niveau de certaines sorties (voire activités sociales) où l'alcool et la nourriture sont centrales. Elles s'exposent également au fait de devoir expliquer pour quelles raisons elles ont des restrictions aux personnes avec qui elles s'adonnent à des activités sociales. On peut penser que cela pourrait s'avérer problématique pour certaines femmes et qu'il pourrait y avoir un malaise et un isolement de leur part. D'autant plus que le partage de festivités, tels que la prise de repas ou la consommation d'alcool se font normalement en position assise et de manière prolongée, ce qui peut générer ou amplifier les douleurs vulvaires (Reed, 2006; Reed et al., 2012). On constate que les femmes souffrant de douleurs vulvaires peuvent alors se voir limitées non seulement au niveau professionnel et sportif, mais également au niveau de leurs loisirs ou de leur « vie sociale ».

Dans la section suivante, il sera question des soins et services offerts pour améliorer la qualité de vie des femmes qui souffrent de ce type de douleurs.

1.1.6 Approches d'intervention offertes aux femmes souffrant de douleurs vulvaires

Tel que mentionné ci-dessus, plusieurs auteurs ayant écrit sur les douleurs vulvaires s'entendent pour dire que son traitement est difficile et doit être réalisé de manière

multidisciplinaire (Arnold et al., 2006; Lequeux, 2007; Nguyen et al., 2013). Pour leur part, Collier *et al.* (2016) avancent qu'aucune approche thérapeutique n'a eu d'effet satisfaisant pour éliminer complètement les douleurs vulvaires, telles que celles causées par la vulvodynie. Néanmoins, la littérature a identifié certaines approches pouvant réduire les douleurs, soient : la pharmacologie, la chirurgie, la physiothérapie, la psychothérapie et la sexologie.

1.1.6.1 La pharmacologie et les traitements médicaux

Bergeron *et al.* (2015), ont fait état de plusieurs traitements pharmacologiques tels que les médicaments oraux, topiques et injectables, qui peuvent être utilisés pour soulager la vulvodynie. Parmi les médicaments oraux, les antidépresseurs tricycliques, tel que l'amitriptyline sont couramment utilisés pour soulager les douleurs liées à la vulvodynie, mais ils ne sont pas sans effets indésirables (Reed, 2006). Eppsteiner *et al.* (2014) abordent également le fait que les antidépresseurs tricycliques sont ceux qui présentent généralement le plus d'effets indésirables, mais qu'il s'agit de ceux qui ont été le plus à l'étude pour les douleurs vulvaires, entre autres de par l'étiologique potentiellement neuropathique. Pour sa part, Leo (2013), n'arrive pas à des résultats permettant de recommander les antidépresseurs tricycliques pour le traitement de la vulvodynie. Selon Moyal-Barracco et Labat (2010) et Reed (2006), les antalgiques et les anti-inflammatoires sont jugés comme inefficaces pour soulager les douleurs vulvaires. Au niveau des traitements topiques, le plus souvent utilisé est la lidocaïne 5 % et qui selon (Zolnoun *et al.*, 2003) serait efficace. Cependant, les effets de ce gel sont remis en question, entre autres par Foster *et al.* (2010). En ce qui a trait au vaginisme, Lahaie *et al.* (2010) ont parlé d'une amélioration des rapports sexuels grâce à l'injection de la toxine botulique. Ces auteurs avancent ceci en se basant sur les travaux de Jankovic et Brin (1997) et El-Sibai (2000).

Quant aux traitements médicaux, la chirurgie peut être proposée aux femmes qui souffrent de vestibulodynie et consisterait en une vestibulectomie (Bergeron *et al.*, 2015), c'est-à-dire, une intervention qui vise à retirer la muqueuse douloureuse du vestibule. Bergeron *et al.* (2008) avancent que cette chirurgie présente un succès allant de 60 à 90 % et Landry *et al.* (2008) mentionnent qu'elle réduirait la douleur. Cependant, selon ces mêmes auteurs, le soulagement peut être de courte durée, soit d'environ 2,5 ans. Enfin, Moyal-Barracco et Labat (2010), mentionnent que des spécialistes ont recours à cette opération seulement lorsque la médication a échoué.

1.1.6.2 La physiothérapie

Bergeron *et al.* (2001); Bergeron *et al.* (2002) et Ventegodt *et al.* (2004), Moyal-Barracco et Labat (2010), affirment que des massages des muscles périnéaux et des exercices de *biofeedback* par électrothérapie, souvent pratiqués en physiothérapie du plancher pelvien, peuvent aider à réduire la dyspareunie. Rosenbaum, Talli Yehuda (2005); Rosenbaum, Talli Y (2008) parlent aussi de respiration et relaxation, d'une désensibilisation du tissu douloureux et de dilatation du vagin grâce à des thérapies physiques. Selon Bergeron *et al.* (2015), la thérapie physique au niveau du plancher pelvien est une pratique courante pour venir en aide aux femmes qui souffrent de douleurs dites sexuelles. En fait, ces mêmes auteurs avancent qu'il y a un certain consensus au sein de ceux qui ont écrit sur les thérapies dites « manuelles » visant à améliorer les dysfonctions des muscles pelviens, comme quoi il s'agirait d'une méthode qui a rapporté des résultats concluants.

Pour leur part, Lahaie *et al.* (2010) mentionnent que seulement l'étude de Barnes *et al.* (1984) et Seo *et al.* (2005) visant le *biofeedback*, la psychothérapie, l'utilisation de dilateurs ainsi qu'une thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement du vaginisme, peuvent être jugées efficaces à 100 %. On peut penser que les résultats observés sont dus à la combinaison de plusieurs thérapies, ce qui rejoint l'idée de

plusieurs auteurs cités précédemment qui mentionnent que les douleurs vulvo-vaginales doivent être traitées de manière multidisciplinaire. Toujours selon Lahaie *et al.* (2010) le faible échantillon, ainsi que l'absence de suivi des résultats auprès des participantes au-delà de six mois, représentent une faiblesse au niveau de la fiabilité des thérapies telles que la physiothérapie pour venir en aide aux femmes qui souffrent de vaginisme.

1.1.6.3 La psychothérapie et la sexologie

Moyal-Barracco et Labat (2010), mentionnent que la psychothérapie peut être très utile pour aider les femmes souffrant de douleurs vulvaires, mais à condition qu'elles soient d'accord pour avoir recours à ce service. Un des facteurs de réussite de la psychothérapie serait de diminuer la souffrance psychologique et l'anxiété de la personne qui demande de l'aide et non uniquement de vouloir régler l'aspect de la douleur physique. En fait, c'est également ce qu'avancent Bergeron *et al.* (2015) alors que ceux-ci affirment qu'il n'y a pas seulement l'aspect de la douleur à considérer, mais aussi les nombreuses conséquences qu'elle provoque, au niveau psychologique, sexuel et relationnel.

D'après la littérature, les thérapies de type cognitivo comportementales seraient recommandées pour les femmes souffrant de douleurs pelviennes et vulvo-vaginales (Bergeron *et al.*, 2001; Bergeron *et al.*, 2015; Bergeron *et al.*, 2008; Reissing *et al.*, 2014), aussi bien pour l'aspect psychologique que pour l'aspect sexuel. Masheb et al. (2009) ainsi que Moyal-Barracco et Labat (2010), ajoutent que les thérapies de type cognitivo- comportementales seraient plus efficaces que les thérapies moins directives. Selon Bergeron *et al.* (2015), des méthodes d'acceptation peuvent s'avérer utiles pour intervenir au niveau de la détresse liée à la douleur.

Par ailleurs, Corsini-Munt et al. (2014) proposent aux couples de suivre une thérapie cognitivo-comportementale sur plusieurs semaines, incluant des techniques de gestion de la douleur et de communication. De plus, des discussions peuvent être animées afin d'explorer les plaisirs qui ne sont pas liés à la pénétration (Brotto *et al.*, 2013). Moyal-Barracco et Labat (2010) mentionnent que les douleurs vulvaires, telles que la vulvodynie, peuvent parfois prendre naissance à cause de difficultés conjugales et que de ce fait, la thérapie de couple est d'autant plus importante.

Mises à part les thérapies mentionnées ci-dessus, des compléments ou des alternatives thérapeutiques plutôt issues de la médecine orientale peuvent être considérés par les femmes souffrant de douleurs vulvovaginales. Les lignes qui suivront feront état des thérapies du corps et de l'esprit, telles que le yoga et la relaxation, ainsi que l'acupuncture, pouvant aider les femmes au niveau des douleurs génito-pelviennes.

1.1.7 Des compléments et alternatives possibles

1.1.7.1 Yoga et relaxation

Quelques écrits permettent de démontrer que des formes de yoga peuvent être bénéfiques pour les personnes souffrant de problèmes dits urologiques ou de désordres sexuels, y compris les douleurs pelviennes, le vaginisme, la vulvodynie et la vestibulodynie (Brotto *et al.*, 2009; Ripoll et Mahowald, 2002). Tel que le mentionnent Ripoll et Mahowald (2002), le yoga aiderait la personne qui souffre à se renforcer au niveau physiologique et psychologique. De plus, toujours selon les mêmes auteurs, le yoga serait facilement adaptable à différentes réalités médicales.

Ripoll et Mahowald (2002), avancent qu'une hypertonie au niveau du plancher pelvien peut causer des problèmes de vulvodynie qui peuvent être améliorés par la pratique du

hatha yoga. Brotto *et al.* (2009), mentionnent que le yoga aurait plusieurs effets bénéfiques sur le plaisir sexuel, tels que : la modération de l'attention et de la respiration, la diminution du stress et de l'anxiété, et finalement que le yoga modulerait l'activité du système nerveux parasympathique et cardiaque.

1.1.7.2 L'acupuncture

On retrouve dans la littérature des écrits qui abordent l'acupuncture comme étant un traitement à envisager par les femmes qui souffrent de douleurs vulvaires. Effectivement, depuis déjà plusieurs années, Danielsson *et al.* (2001) se sont intéressés aux bénéfices que peut avoir l'acupuncture sur les douleurs causées par la vulvodynie et la vestibulodynie. La majorité des participantes de l'étude de Danielsson *et al.* (2001) ont mentionné avoir une meilleure qualité de vie après la série de traitements reçus en acupuncture. Ces auteurs ont préféré s'attarder aux facteurs nuisant à la qualité de vie des femmes souffrant de douleurs vulvaires plutôt qu'uniquement en terme de diminution de la douleur, puisqu'en se basant sur Ezzo *et al.* (2000), les résultats de l'acupuncture sont controversés en termes de traitement de la douleur chronique. Pour leur part, Schlaeger *et al.* (2015) affirment sans équivoque que l'acupuncture est efficace pour diminuer les douleurs et inconforts liés à la vulvodynie et à la dyspareunie. Ces auteurs indiquent qu'une différence significative est observée au niveau de la douleur sensorielle et de la fonction sexuelle, incluant moins de douleurs lors des rapports sexuels, chez les femmes souffrant de douleurs vulvaires ayant eu plusieurs traitements d'acupuncture que chez celles qui n'en ont pas bénéficié. De plus, les traitements d'acupuncture sont généralement bien tolérés, même chez les femmes qui n'aiment pas les aiguilles et très peu d'effets indésirables sont ressentis, mis à part une possible irritation de la peau au site où les aiguilles ont été insérées (Danielsson *et al.*, 2001; Schlaeger *et al.*, 2015).

1.1.7.3 L'homéopathie et l'alimentation

Une étude menée par Trutnovsky *et al.* (2001) auprès de 26 femmes souffrant de vulvodynie montre que 77 % des participantes ont utilisé des produits de santé complémentaires, tels que des crèmes et des produits pour la peau, des remèdes homéopathiques et issus de la médecine chinoise. De plus, 88 % d'entre elles ont fait l'essai de thérapies complémentaires telles que : la réduction de l'alcool et de la cigarette, des exercices de relaxation, l'essai d'une diète générale ou spécifique, la pratique d'une activité physique, etc. Cependant, cette étude ne permet pas de démontrer l'efficacité des thérapies alternatives et des produits de santé complémentaires, mais plutôt de montrer que des femmes souffrant de vulvodynie sont désireuses d'élargir leurs possibilités de traitement et d'être plus proactives dans la gestion de leurs douleurs/conditions.

En terme d'alimentation, certains aliments seraient à proscrire puisqu'ils peuvent causer ou amplifier les douleurs vulvaires, ce sont entre autres les boissons alcoolisées et acides, ainsi que les aliments épicés (Moldwin, 2000; Rosamilia et Dwyer, 2007). Comme l'infection à levures (*candida albicans*) à répétition peut être un déterminant de la vulvodynie ou autre douleur à la vulve (Arnold *et al.*, 2006; Ehrström *et al.*, 2009; Farmer *et al.*, 2011; Ponte *et al.*, 2009). Turner (2013) recommande d'éviter une alimentation riche en glucides, puisque celle-ci peut favoriser la prolifération du *candida albicans*. De plus, elle suggère des suppléments, tels que des oméga-3 afin de diminuer l'inflammation (s'il y a) et des probiotiques afin de renforcer le système immunitaire. Par ailleurs, elle recommande aussi l'ail et trois plantes ayant des effets antifongiques : la Pau d'arco, la feuille d'olive, ainsi que l'huile d'origan.

En résumé, nous avons pu constater que les douleurs vulvovaginales représentent un défi au niveau thérapeutique puisque des femmes peuvent recevoir un mauvais

diagnostic et aussi parce que leur traitement nécessite l'implication d'une équipe multidisciplinaire. Il est aisé de constater au sein des écrits scientifiques que les douleurs vulvovaginales causent un lot de difficultés chez les femmes qui en souffrent. En effet, le caractère tabou de ces douleurs crée un malaise à communiquer ce qu'elles vivent et cela peut mener à un retrait ou à isolement social. De plus, l'hégémonie du coït versus la difficulté à s'adonner à des rapports sexuels avec pénétration apporte souvent chez la femme une remise en question de sa féminité. De ce fait, des enjeux au niveau de la vie de couple peuvent être vécus de par une fragilisation du fonctionnement sexuel et de la communication ainsi que du désir de procréation. La détresse émotionnelle, l'anxiété ou la dépression peuvent souvent être présentes chez les femmes ayant des douleurs vulvovaginales qui persistent. Enfin, certaines femmes pourraient vivre des difficultés au niveau de leur vie professionnelle ou sociale, entre autres par le fait que les douleurs peuvent être amplifiées à la suite d'une position assise prolongée, lors de la pratique de certains sports ou loisirs ou encore à la consommation de certains aliments et boissons.

Des approches thérapeutiques sont offertes aux femmes ayant des douleurs vulvovaginales. Que ce soit des méthodes traditionnelles, telles que la pharmacologie, la médecine et la chirurgie, la physiothérapie, la psychologie ou la sexologie, ou de méthodes alternatives telles que le yoga et la relaxation, l'acupuncture ainsi que l'homéopathie et l'alimentation.

CHAPITRE II

LES MODALITÉS DE RÉALISATION DU STAGE ET LE PROGRAMME D'INTERVENTION

2. LES MODALITÉS DE RÉALISATION DU STAGE

Il sera question dans les lignes qui suivent de décrire le milieu où le stage a eu lieu, ainsi que sa mission, sa clientèle ainsi que le type d'intervention offert.

2.1 Le milieu de stage

La Clinique Rosemont est une clinique privée située dans le quartier Rosemont de l'arrondissement Rosemont-La Petite-Patrie à Montréal et elle offre des soins de santé et des services sociaux payants, très majoritairement en Français. Près de 140 000 citoyens habitent au sein de cet arrondissement qui couvre une superficie d'environ 15 kilomètres (Montréal, 2018). La plupart des personnes qui fréquentent la clinique habitent à proximité, mais certaines proviennent d'autres quartiers montréalais, ainsi que de la rive sud et nord, selon les références.

Une vingtaine de professionnels issus de neuf disciplines différentes exercent leurs compétences à la Clinique Rosemont. La clientèle peut bénéficier des services de sexologues-psychothérapeutes, de psychologues, de physiothérapeutes en rééducation pelvienne et périnéale, d'ostéopathes, d'une acupunctrice, d'une nutritionniste, d'une d'éducatrice spécialisée, d'une spécialiste en accompagnement périnatal et familial,

ainsi que d'une conseillère en orientation. Il arrive que des ateliers soient offerts par des professionnels de la clinique, que ce soit au niveau des problèmes de dysfonction du plancher pelvien, la satiété au niveau de l'alimentation, etc., mais celles-ci n'ont pas lieu dans les locaux de la clinique, mais souvent dans les locaux d'organismes ou commerces partenaires.

2.1.1 Mission de l'organisme

La Clinique Rosemont a pour objectif d'offrir un ensemble de services favorisant le respect, le bien-être et l'équilibre à sa clientèle. Elle vise également un environnement sain, chaleureux et de collaboration, aussi bien pour la clientèle que pour les professionnels qui y œuvrent.

2.1.2 Clientèle desservie par la clinique

La clientèle de la Clinique Rosemont s'avère aussi variée que les services offerts. Effectivement, les personnes accompagnées dans un processus de relation d'aide peuvent être des tout-petits (0 à 5 ans), des enfants, des adolescents, des adultes, des couples et des familles, ainsi que des aînés, et ce, selon différentes problématiques qui peuvent être vécues et améliorées grâce à des soins de santé et services sociaux. Tel que mentionné ci-dessus, une grande partie de la clientèle est locale, mais pas uniquement.

2.1.3 Intervention offerte aux femmes ayant des douleurs vulvovaginales chroniques

Sur cinq psychologues-psychothérapeutes, quatre reçoivent des femmes ayant des douleurs vulvovaginales persistantes. Il n'y a pas de statistiques formelles disponibles, mais une des sexologues mentionnent que lors d'une semaine, sur 10 clientes, environ

3 auraient des douleurs vulvovaginales, mais il ne s'agirait pas de leur seule raison de consultation.

Trois physiothérapeutes en rééducation pelvienne et périnéale offrent également des services à des femmes présentant des douleurs pelviennes et génitales. La majorité de leurs clientes actuelles consultent pour des fuites urinaires, pour de l'aide à la préparation d'un accouchement ou pour des suivis post-grossesse.

2.2 Le calendrier de réalisation du stage

Tableau 2.2.1 Prévision du calendrier de stage

Date (souhaitées)	Étapes de réalisation	Activités
Novembre et décembre 2018 ainsi que janvier et février 2019	Recruter de participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation du programme à des professionnels de la santé • Identification de lieux pour affichage de la publicité de recrutement • Présentation du programme à des participantes potentielles • Entrevues avec participantes potentielles
Entre le 22 janvier et le 30 juin 2019	Réaliser les séances 1 à 8 (possibilité d'une séance supplémentaire)	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation des interventions psychosociales • Tenue de dossier des participantes : analyse du fonctionnement social, rédaction des notes évolutives, et rédaction de notes de fin de dossier • Préparation au maintien des acquis
Entre le 9 mars et le 30 juin 2019	Réaliser des évaluations	<ul style="list-style-type: none"> • Séances d'évaluation de l'atteinte des objectifs et deux évaluations du processus avec chacune des participantes

2.3 Exigences et encadrement

Des activités de recrutement et des entrevues avec les participantes potentielles ont eu lieu à partir de la mi-novembre 2018. Le stage a débuté à compter du mois de janvier 2019 et s'est échelonné sur une période d'environ cinq mois, soit jusqu'au mois de juin 2019, afin de rencontrer les participantes de huit à dix fois à deux semaines d'intervalle. De huit à douze heures par semaine ont été consacrées à mettre en place le programme d'intervention et à participer à certaines activités d'observation et de perfectionnement au sein du milieu de stage. Ce qui a représenté environ 240 heures. Le milieu de stage a participé au recrutement des participantes en permettant l'accès à des babillards pour annoncer le programme et en facilitant les liens avec les professionnels qui sont en contact avec des femmes souffrant de douleurs vulvovaginales et la stagiaire. De plus, la location d'un local à la stagiaire afin d'y tenir plusieurs rencontres individuelles s'est effectuée. Finalement, l'étudiante a eu l'occasion à quelques reprises et ce, de manière informelle de discuter de certains cas avec des membres de l'équipe œuvrant au niveau de l'aide psychosociale.

2.4 Le programme d'intervention

Lors des lignes qui suivent, les approches et les méthodes d'intervention utilisées seront présentées. Il sera également question des critères d'inclusion des participantes, du but et des objectifs visés par l'intervention, des objectifs d'apprentissage du programme ainsi que de sa pertinence.

2.4.1 Approches d'intervention

Les principales approches qui ont été utilisées dans le cadre de ce projet d'intervention auprès de femmes ayant des douleurs vulvovaginales chroniques sont l'approche systémique et cognitivo-comportementale.

2.4.2 L'approche systémique

L'approche systémique en sciences sociales peut être utilisée pour analyser les difficultés vécues par des individus, comme ce sera le cas dans le cadre de ce stage, mais aussi auprès de familles, groupes ou collectivités. Elle se veut inclusive en étudiant divers phénomènes vécus dans un système donné, et ce, en lien avec son environnement (Massa, 2002 in Carignan 2011). Selon Carignan (2011), l'approche systémique vise à analyser les problèmes vécus du système donné comme étant la résultante de dysfonctionnements interactionnels et communicationnels, que ce soit au niveau des rôles ou des fonctions à effectuer, ou encore une difficulté d'adaptation au contexte social. C'est pourquoi cette approche a pour objectif d'inclure dans l'analyse des difficultés vécues, les éléments qui forment un système afin de favoriser un mieux-être de la ou des personnes concernées.

Selon Absil *et al.* (2012) qui se sont intéressés à la théorie du développement humain de Bronfenbrenner (1979), le plus petit système serait l'ontosystème. C'est-à-dire une personne ayant des caractéristiques propres, dans le cadre de ce projet, la femme souffrant de douleurs vulvovaginales persistantes, qui est en interaction avec son environnement et donc avec d'autres systèmes. Quant à lui, le microsystème serait un ensemble de facteurs, de rôles et d'interactions avec autrui, menant la personne initialement concernée à se développer dans le cadre de différentes situations. Toujours selon Absil *et al.* (2012) qui se réfèrent à Bronfenbrenner, le mésosystème est un ensemble de microsystèmes liés entre eux, particulièrement basés sur des échanges et des communications. L'exosystème se veut un système qui n'est pas ou pas nécessairement lié aux microsystèmes, mais qui peut tout de même influencer l'ontosystème. Enfin, le macrosystème représente la vie en société, influencée entre autres par le système politique et économique.

Tel que mentionné dans la recension des écrits au niveau des difficultés vécues, les systèmes influençant la femme ayant des douleurs vulvovaginales chroniques peuvent être les dynamiques vécues au sein du couple et le réseau de proches, avec l'équipe soignante, mais aussi à un niveau plus large, soit la société, par les normes et attentes véhiculées, principalement au niveau sexuel et des rôles à accomplir. En ce sens, les interventions qui seront expérimentées lors de ce stage d'intervention visent à ce que les participantes puissent apporter des changements aux microsystèmes et aux mésosystèmes ainsi qu'à se familiariser avec les dynamiques néfastes qui peuvent être véhiculées au sein de l'ontosystème et du macrosystème, dans le but d'améliorer leur qualité de vie.

Par rapport aux difficultés vécues par les femmes ayant des douleurs vulvovaginales chroniques, telles que la difficulté à aborder socialement leurs douleurs (Harlow *et al.*, 2001), la détresse identitaire, particulièrement la remise en question de leur féminité (Ayling et Ussher, 2008; Cantin-Drouin *et al.*, 2008), et les impacts négatifs sur la vie de couple (Pazmany *et al.*, 2014), nous croyons que l'approche systémique est pertinente à expérimenter. D'abord, puisqu'elle permettra d'explorer la sexualité de manières diverses chez les femmes participantes par l'utilisation de techniques visant la conscientisation aux normes sexuelles et de santé dominantes, ainsi qu'au niveau des rôles sociaux *genrés*. Des activités d'affirmation de soi visant à réduire l'inégalité entre les hommes et les femmes et la tendance à l'instrumentalisation de la femme par rapport à ce qui est attendu d'elle socialement au niveau des pratiques sexuelles et de la procréation (Kaler, 2006), seront réalisées. De par l'utilisation de l'approche systémique, nous souhaitons la réduction de la détresse liée à l'idée de la santé parfaite exempte de douleur. Nous insisterons plutôt sur l'état de bien-être général et sur la possibilité d'augmenter la satisfaction sexuelle des femmes grâce à différentes adaptations en fonction de sa propre représentation de la sexualité et non sur des

pratiques sexuelles largement valorisées, mais qui ne répondent pas aux besoins et capacités de tous.

2.4.3 L'approche cognitivo-comportementale

L'approche cognitivo-comportementale vise une intégration de l'environnement, des pensées, des émotions et des comportements (Chapelle *et al.*, 2014) et les méthodes employées en référence à celle-ci se basent sur les théories de l'apprentissage et les processus de conditionnement (Guérenne, 2013). Dans le cadre de ce programme d'intervention en travail social, davantage d'importance sera accordée aux techniques de thérapies comportementales qu'à celles visant surtout l'aspect cognitif. En effet, comme le mentionne Guérenne (2013), l'apport de la travailleuse sociale au niveau de son accompagnement dans la modification d'un comportement est de faire l'usage de renforçateurs positifs.

Selon Drolet (2013), cette approche peut être utilisée pour analyser les difficultés vécues par des individus, des groupes, des couples et des familles et elle s'intéresse quant à elle aux perceptions erronées ou inadéquates, ainsi qu'aux comportements qui pourraient être modifiés afin de favoriser une adaptation sociale et un bien-être. Cottraux (2006) mentionne que les thérapies issues de l'approche cognitivo-comportementale visent à ce que les personnes qui en bénéficient soient en mesure de s'observer et de s'autoévaluer grâce à l'utilisation de différentes méthodes. De plus, Chapelle *et al.* (2014) indiquent qu'en pratique, le court terme est privilégié et que l'emphase est mise sur un nombre limité de comportements.

Les femmes qui ont des douleurs vulvovaginales chroniques vivent des difficultés qui peuvent influencer leur manière de percevoir des situations et de se comporter. Il s'agira donc dans le cadre de ce projet d'identifier les pensées et les comportements qui posent le plus problème. D'après les auteurs qui ont étudié la question, les idées,

les blocages ou les comportements les plus fréquents sont : le malaise à aborder socialement la douleur, le fait de remettre sa féminité en cause, le vécu de sentiments de détresse émotionnelle, d'anxiété et de dépression, la crainte de communiquer avec son partenaire et le fait de se sentir inadéquate comme conjointe, ainsi que la tendance à réduire les loisirs et l'activité physique (Ayling et Ussher, 2008; Bois, 2014; Harlow *et al.*, 2001; Khandker *et al.*, 2011; Monforte *et al.*, 2013; Reddy et Laufer, 2010).

2.4.4 La pertinence des approches utilisées

Les approches et les techniques utilisées permettront de favoriser la responsabilisation, le changement grâce à l'action (la tâche), tout en procurant aux femmes ayant des douleurs vulvovaginales un soutien et de l'accompagnement. Aussi, le fait de donner des outils aux femmes afin qu'elles soient en mesure de résoudre des problèmes et de se fixer des objectifs s'avère pertinent. Effectivement, l'appropriation des outils peut mener à un bien-être sur du long terme et non seulement lors de la période de participation au programme. Enfin, des techniques visant la conscientisation aux normes sexuelles et de santé dominantes, ainsi qu'au niveau des rôles sociaux *genrés* pourra avoir comme effet bénéfique une augmentation de l'affirmation de soi chez les femmes participantes.

2.5 Méthodes d'intervention

Plusieurs méthodes d'intervention issues des approches mentionnées ci-dessus pourront être expérimentées, dont l'intervention planifiée à court terme, la résolution de problèmes et la fixation d'objectifs. Elles seront présentées en détails dans les pages suivantes.

2.5.1 L'intervention planifiée à court terme de l'approche systémique

L'intervention planifiée à court terme, aussi appelée intervention centrée sur la tâche ou « *task centred approach* » est issue à notre avis d'un amalgame de l'approche fonctionnelle, de la modification du comportement et de l'approche systémique. D'après la littérature, Reid et Epstein (1972) sont ceux qui ont étudié et pratiqué cette intervention dans le domaine du travail social. Selon Robitaille et Côté (1994), cette méthode ayant comme principale façon de faire la prescription et la réalisation de tâches aurait eu de bons résultats au niveau de l'atteinte des objectifs de plusieurs personnes aidées, et ce, vivant diverses problématiques. En effet, ceux-ci ajoutent qu'avec la collaboration de l'intervenant social, elle vise essentiellement une mobilisation du système-client vers un changement, tel est l'objectif général du stage, grâce à l'accomplissement de tâches d'observation, de réflexion et d'action afin de résoudre une situation problème. Le but étant que la personne en demande d'aide puisse être dans un état d'équilibre et reprenne confiance en sa capacité à se mettre en action et à cheminer vers la réalisation d'un objectif. Tolson *et al.* (2003) définissent l'intervention planifiée à court terme comme étant un traitement devant être suivi de manière structurée en employant des moyens spécifiques. Ils ajoutent que l'intervention se déroule dans une période de temps précise et se concentre sur des problèmes actuels, perçus par le client.

Pour sa part, Du Ranquet (1981) mentionne que l'intervention planifiée court terme peut être utilisée dans bon nombre de contextes, dont plusieurs vécus par les femmes ayant des douleurs vulvovaginales chroniques. Par exemple : des problèmes interpersonnels, particulièrement avec le conjoint et de l'insatisfaction dans les relations sociales. De plus, des difficultés dans l'accomplissement d'un rôle, dont celui de femme ou de (future) mère, des réactions émotionnelles d'anxiété et des conflits avec des organismes officiels peuvent être vécus. En effet, les institutions offrant des soins de santé et des services sociaux peuvent être offerts dans le cadre de structures

dominantes et oppressives. Ceci justifie l'apport du travailleur social de par sa fonction à favoriser l'empowerment de sa clientèle dans le but qu'elle vive plus positivement son expérience de douleur.

Voici de manière résumée les principales techniques qui peuvent être utilisées, à partir des travaux de Carey-Bélangier (1974) et de Du Ranquet (1981) :

- **La direction et le contrôle**, dont l'exploration, la confrontation, la mise en relief du lien entre action et réaction et le choix des tâches. Cette étape vise le renforcement de l'engagement personnel.
- **La compréhension**, dont la ventilation, la mise en relief du lien, la clarification incluant la rationalisation, la discussion logique et l'information.
- **L'encouragement**, dont le support, l'action de rassurer, l'universalisation, le renforcement, la modification des idées et la persuasion.
- **La réflexion**, dont comme possibilités la rédaction de listes, le reflet, ainsi que la réflexion sur les tâches.
- **L'action**, dont la définition des tâches par le travailleur social et la personne qui demande de l'aide, ainsi que la structuration des tâches.
- **L'évaluation**, dont la révision des tâches accomplies et la prévision pour le futur.

2.5.2 La résolution de problèmes de l'approche cognitivo-comportementale

Selon Cole *et al.* (2008) et Kerns *et al.* (2002), le processus de résolution de problèmes s'avère utile pour surmonter la douleur chronique au quotidien puisqu'il permet de trouver des manières adaptées pour solutionner des problèmes, en différentes étapes. De plus, selon Cottraux (2006) la résolution de problèmes peut être utilisée avec des personnes qui subissent des difficultés relationnelles causées entre autres par un *stress social* et qui peut mener à un repli, comme par exemple chez les femmes vivant avec des douleurs vulvovaginales chroniques. Effectivement, cette démarche peut être bénéfique de par sa fonction d'amener les femmes à diminuer leur sentiment

d'impuissance ou d'incompétence face à leurs problèmes et à adopter progressivement de nouvelles aptitudes pour réduire l'impact sur leur qualité de vie. Il peut également s'agir d'une bonne démarche au niveau de la planification et de la réalisation d'objectifs concrets, pouvant avoir pour répercussion une meilleure maîtrise sur le cours des événements et d'évaluer dans quelle mesure on peut y exercer un contrôle (Cole *et al.*, 2008). D'autres auteurs tels que Mirabel-Sarron et Docteur (2013) ainsi que Chapelle *et al.* (2014) ayant écrit sur les thérapies cognitives et comportementales pour le traitement des dépressions abordent aussi la résolution de problème comme étant bénéfique.

Voici de manière résumée les principales étapes de la résolution de problèmes, selon Cole *et al.* (2008), Mirabel-Sarron et Docteur (2013), Cottraux (2006) ainsi que Chapelle *et al.* (2014):

- 1) Définir et préciser le problème à résoudre
- 2) Énumérer des solutions ou rechercher toutes les solutions possibles (même les farfelues ou non conventionnelles)
- 3) Identifier les avantages et les inconvénients de chacune des solutions et les hiérarchiser (à court et à long terme ainsi que les avantages et conséquences sur soi et sur les autres)
- 4) Choisir une solution et la mettre en œuvre (l'idée étant de ne pas se mettre en échec et d'opter pour la solution qui a le plus de chance d'être réussie)
- 5) Faire le point sur les progrès et choisir la seconde solution au besoin

Mirabel-Sarron et Docteur (2013) ainsi que Cottraux (2006) mentionnent qu'il faut répéter l'exercice régulièrement, surtout l'étape 1 et 2, par écrit pour se familiariser avec le processus. Pour leur part, Chapelle *et al.* (2014) abordent également ces étapes pour résoudre un problème, mais parlent aussi de l'attitude ou de la motivation, par exemple des sentiments positifs qui aident à faciliter le processus, ou des sentiments négatifs, tels que des craintes, qui peuvent rendre la résolution du problème plus

difficile. De ce fait, il sera primordial dans le cas de ce programme d'intervention, de bien saisir les obstacles à la résolution des problèmes, afin d'expérimenter au besoin d'autres techniques complémentaires, telle la gestion du stress qui s'apparente très fortement à la résolution de problèmes. Certains auteurs tels que Cottraux (2006) la considèrent comme une technique ayant inspirée celle de la résolution de problèmes, la capacité d'adaptation ou le *pacing* (Cole *et al.*, 2008), ainsi que la pleine conscience ou *mindfulness* et la thérapie d'acceptation et d'engagement ou ACT, pour *acceptance and commitment therapy* (Chapelle *et al.*, 2014; Dionne, 2014).

La technique de la résolution de problèmes pourra bien s'intégrer à l'intervention planifiée court terme, principalement, mais pas exclusivement, lors des trois premières phases, c'est-à-dire pendant la direction et le contrôle, la compréhension et l'encouragement. Il apparaît également pertinent qu'un rappel de cette technique soit fait lors des dernières séances afin que les femmes se familiarisent avec ce processus qui continuera de leur être utile après leur participation à l'intervention, et ce, non seulement au niveau de leurs douleurs chroniques, mais pour faire face à diverses situations problématiques. C'est d'ailleurs ce que mentionne (Cottraux, 2006) alors qu'il avance que les méthodes utilisées en thérapies cognitives et comportementales peuvent être utiles par rapport au contexte de demande d'aide initiale, mais aussi pour d'autres problématiques qui pourraient survenir.

2.5.3 La fixation d'objectifs de l'approche cognitivo-comportementale

La fixation d'objectifs peut être utilisée aussi bien comme une technique de l'approche systémique, mais également comme une technique de l'approche cognitivo-comportementale. Elle peut mener à une valorisation et à une amélioration de la confiance en soi (Cole *et al.*, 2008), ayant comme valeurs centrales la persistance et la persévérance (Dionne, 2014). Ce qui peut être grandement utile, considérant le fait que

des femmes souffrant de douleurs vulvovaginales chroniques peuvent se sentir pessimistes face à l'avenir (Nylanderlundqvist et Bergdahl, 2003).

Selon Dionne (2014), le fait de se fixer des objectifs clairs et précis serait très pertinent pour mieux vivre avec la douleur chronique et les répercussions qu'elle engendre. Ford (2008) ainsi que Chapelle *et al.* (2014), croient également que les thérapies visant le comportement peuvent s'avérer utiles pour surmonter des problèmes sexuels, faisant partie des difficultés vécues par les femmes ayant des douleurs vulvovaginales chroniques. Effectivement, la douleur ressentie lors de la pénétration vaginale ferait en sorte de diminuer la confiance en leur capacité à satisfaire les besoins de leur partenaire. En ce sens, le constat d'une progression grâce à l'amélioration d'une difficulté vécue, qu'elle soit sexuelle ou autre, par la fixation d'un objectif peut contribuer à faire prendre conscience aux femmes qu'un ou des changements peuvent être possibles, et ce, malgré la présence de douleurs (Cole *et al.*, 2008).

Tout comme pour la résolution de problèmes, la fixation d'objectifs peut avoir lieu à tout moment au cours de l'intervention individuelle et peut être dynamique. Elle peut elle aussi être très facilement intégrée à l'intervention planifiée à court terme, particulièrement lors de la réflexion, de l'action et de l'évaluation. La fixation d'objectifs pourra aussi être revue spécifiquement lors des dernières rencontres individuelles afin que les participantes la maîtrisent bien et puissent la réutiliser ultérieurement lors de moments difficiles causés par la douleur chronique et lorsque leur participation au projet d'intervention sera terminée.

2.6 Critères d'inclusion des participantes

- Être une femme
- Avoir eu un diagnostic de vulvodynie, de vestibulodynie ou de vaginisme durant les cinq dernières années, causant des douleurs chroniques lors des

rapports sexuels ou non.

- Vivre l'une ou plusieurs situations suivantes : un sentiment de découragement et d'impuissance face au présent ou à l'avenir, un sentiment d'isolement social, des difficultés à gérer la douleur et des difficultés au niveau communicationnel ou sexuel.
- Être idéalement âgée de 25 à 39 ans
- Être disponible à participer à huit rencontres individuelles

2.7 Le but et les objectifs visés par l'intervention

Le but de l'intervention est d'outiller les femmes ayant des douleurs vulvovaginales afin qu'elles entreprennent des changements pour diminuer les impacts négatifs des douleurs sur leur qualité de vie.

Voici les objectifs spécifiques qui mèneront au but :

- Identifier avec les femmes les difficultés qu'elles vivent en lien avec leurs douleurs vulvovaginales chroniques
- Identifier avec les femmes leurs forces qui sont mises à profit en termes de gestion de la douleur
- Favoriser le développement d'habiletés à résoudre des problèmes au niveau de la gestion de la douleur, de la communication et au niveau sexuel
- Sensibiliser les femmes afin qu'elles minimisent l'isolement social
- Sensibiliser les femmes aux normes sexuelles et de santé et aux rôles sociaux pouvant créer une détresse identitaire

2.7.1 Les objectifs d'apprentissage du programme

Tableau 2.7.1.1 Les objectifs d'apprentissage du programme

<i>Objectifs et déroulement des interventions</i>	Objectifs spécifiques	Moyens	Indicateurs de mesure	Échéancier
1. Développer des habiletés pour promouvoir un programme d'intervention individuelle auprès de femmes ayant des douleurs vulvovaginales chroniques	1.1 Être intégrée au milieu de stage afin d'inspirer la confiance des participantes potentielles	- Faire des recherches sur le milieu de stage et sur le sujet d'intervention -Tenir compte des conseils de l'équipe d'intervention et du directeur de maîtrise	Tenue du journal de bord Nombre de rencontres Être plus à l'aise dans le milieu Nombre de participantes recrutées	Dans les deux ou trois premières semaines de stage
	1.2 Développer des techniques/stratégies pour recruter des participantes	-Démontrer de l'ouverture et de la motivation	Professeur	
2. Développer des compétences en intervention individuelle auprès de la clientèle visée	2.1 Être reconnue par les participantes et développer un lien de confiance	- Faire preuve d'écoute et d'empathie -Maîtriser le sujet d'intervention et les difficultés potentiellement vécues	Déroulement des rencontres Évaluation des rencontres individuelles par les participantes	De la première à la dernière semaine de stage

	2.2 Expérimenter les modèles et méthodes d'intervention prévus lors de la planification du programme	<ul style="list-style-type: none"> -Être en mesure de bien identifier les difficultés vécues par les participantes, puis de bien définir les tâches pour mieux y faire face -Faire en sorte que les participantes s'approprient le processus de résolution de problèmes et de fixations d'objectifs -Tenue des dossiers 	<p>Amélioration de la situation des participantes (données recueillies lors des rencontres d'évaluation)</p> <p>Plan d'intervention des participants</p> <p>Notes évolutives</p> <p>Professeur</p>	De la première semaine de stage, puis jusqu'à un mois après la fin de l'intervention
	2.3 Adapter les interventions (méthodes) en fonction de la réponse des participantes	<ul style="list-style-type: none"> - Montrer de l'ouverture et une connaissance d'autres techniques d'intervention - Faire des lectures et bénéficier au besoin de formations -Rencontrer des professionnels travaillant avec une clientèle en 	<p>Rencontres d'évaluation avec les femmes participantes</p> <p>Tenue du journal de bord</p> <p>Documentation de nouveaux apprentissages et discussion avec le directeur de maîtrise</p>	<p>Tout au long du stage (si besoin)</p> <p>1 mois avant le début du stage et par la suite après chaque série de trois rencontres</p>

		<p>douleur chronique, dont des douleurs typiquement féminines (au sein de mon milieu de stage ou hors milieu de stage)</p> <p>- Faire preuve d'authenticité et d'humilité</p>	<p>Évaluation des rencontres individuelles par les participantes</p> <p>Nombre des rencontres</p>	
	2.4 Agir selon le code de déontologie du milieu de la profession et de stage	- Effectuer la tenue de dossiers	Documentation et explication les éléments présents dans les dossiers	Dès le début des rencontres individuelles avec les participantes et possiblement lors du recrutement avec celles-ci
3. Développer la capacité d'évaluer l'implantation du programme d'intervention	3.1 Acquérir des connaissances en évaluation de programme	<p>-Faire des recherches sur l'évaluation de programme en travail social</p> <p>- Analyse des notes évolutives et du journal de bord.</p> <p>-Rencontres avec le professeur</p>	<p>Discussions et comptes rendus avec mon directeur de maîtrise (professeur)</p> <p>Résultats des questionnaires d'appréciation des interventions auprès des participantes.</p> <p>Nombre des rencontres</p>	1 mois avant le début du stage jusqu'à un mois après la fin du stage

		-Lire les lectures proposées par le directeur de maîtrise		
	3.2 Vérifier au fur et à mesure la pertinence des méthodes d'évaluation employées	<ul style="list-style-type: none"> - Constaté le progrès des participantes - Confronter avec de nouvelles lectures ou observation d'autres programmes d'intervention - Être en mesure de faire d'autres propositions 	<p>Discussion avec les femmes</p> <p>Discussion avec mon directeur de maîtrise</p> <p>Documentation de nouvelles techniques d'intervention pour la clientèle visée</p> <p>Formulaire d'évaluation des interventions</p>	Après chaque série de 3 rencontres, maximalement
	3.3 M'autoévaluer à titre d'intervenante	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier mes forces et faiblesses à partir de situations vécues - Identifier les solutions entreprises pour m'adapter ou gérer des difficultés 	<p>Tenue du journal de bord</p> <p>Formulaire d'évaluation des interventions et de l'intervenante</p>	De la première semaine de stage et jusqu'à un 1 mois après

		- Demander l'avis aux participantes	Accueil des commentaires de mon directeur et des participantes de façon constructive	
	3.4 Porter un regard critique sur le programme d'intervention	- Documenter les points forts/à améliorer ainsi que les limites du programme d'intervention : lors de la pré-intervention, pendant l'intervention et après l'intervention (l'après stage)	Tenue du journal de bord et notes évolutives. Résultats des questionnaires d'appréciation des interventions remplis par les participants.	Un mois avant le début du recrutement, jusqu'à un mois après la fin du stage
	3.5 Faire des propositions d'améliorations ou recommandations	- Rédiger un guide de suggestions	Remise du guide à mon directeur	De la première semaine du stage, jusqu'à deux mois après le stage

2.7.2 Pertinence du programme d'intervention

Comme démontré ci-dessus au niveau de la problématique et de la recension des écrits, les douleurs vulvovaginales qui persistent causent de multiples difficultés psychosociales chez les femmes qui en souffrent. Il s'avère donc essentiel qu'un accompagnement leur soit offert afin qu'elles puissent mieux vivre le quotidien malgré la présence de celles-ci. En effet, il est identifié au niveau de la littérature que les femmes peuvent vivre une perte de repères au niveau de leur identité, particulièrement au niveau de leur féminité, une tendance au repli sur soi, des difficultés communicationnelles avec un partenaire sexuel ou avec des professionnels de la santé, de l'anxiété ou de la dépression ainsi que des défis au niveau de leur vie sociale, sportive ou ludique (Awada *et al.*, 2014; Ayling et Ussher, 2008; Bois *et al.*, 2016; Cantin-Drouin *et al.*, 2008; Johnson *et al.*, 2015; Khandker *et al.*, 2011; Masheb, R. *et al.*, 2005; Nguyen *et al.*, 2013; Turner, 2013). La participation des femmes à ce stage vise une meilleure connaissance des difficultés qu'elles vivent afin qu'elles aient plus de facilité à les solutionner. Il est aussi souhaité qu'elles puissent revendiquer des soins/services qui s'attardent à leur bien-être général et non seulement au fonctionnement psychosexuel avec le partenaire ainsi qu'à la reproduction et à la natalité. On peut penser que l'aspect de la santé physique et du bien-être général de la femme est négligé au détriment de l'importance de deux normes sociales dominantes, soient : l'unité de couple (homme-femme) ayant des rapports sexuels fréquents et sans douleur et un certain impératif de procréation, impliquant le coït vaginal par le pénis.

C'est à partir de ces constats que l'intervention individuelle nous a paru fort pertinente à expérimenter et qu'une attention particulière à l'influence des sous-systèmes qui composent l'environnement de ces femmes fut accordée. En effet, la sensibilisation aux normes sexuelles dominantes peut être plus aisée à faire en individuel, surtout lorsqu'un diagnostic vient tout juste d'être émis et que la femme est très ébranlée. Cela peut éviter que le conjoint se sente coupable ou révise d'emblée son désir de pénétration

vaginale par solidarité pour sa partenaire voyant que celle-ci est source d'inquiétude. L'inverse est aussi vrai, c'est-à-dire que le coût pourrait être renforcé par le fait qu'il constitue une norme à laquelle la femme peut avoir de la difficulté à répondre et cela peut augmenter sa détresse.

De plus, ce programme pourrait servir à des travailleuses sociales ou autres professionnels en relation d'aide auprès de femmes ayant des douleurs vulvovaginales qui persistent.

CHAPITRE III

3. LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS D'INTERVENTION

Les noms des participantes ont été modifiés afin qu'elles ne puissent pas être reconnues et certains faits au niveau des caractéristiques sociodémographiques ont été généralisés également en ce sens, par exemple, au niveau du domaine exact d'études, de la profession ainsi que du lieu de travail.

Des outils ont été créés et utilisés afin de recueillir des données, pour la tenue des dossiers, pour faire l'évaluation de l'atteinte des objectifs et du processus et bien sûr pour obtenir le consentement à enregistrer l'évaluation de fin de participation. Ces outils sont disponibles à l'annexe G jusqu'à K. Enfin, il est aussi possible de consulter une liste de ressources professionnelles et de lectures suggérées et site internet d'intérêt, remise aux participantes lors de la dernière séance à l'annexe L.

3.1 Bianka

Demande de service et référence

C'est grâce à du bouche à oreille dans le réseau de contacts de l'intervenante que Bianka a entendu parler du programme d'intervention auprès de femmes ayant des douleurs vulvovaginales persistantes. Après un entretien téléphonique et une rencontre d'environ 30 minutes, elle a décidé d'y participer.

Caractéristiques sociodémographiques

Bianka est une jeune femme de 29 ans, née au Québec et ayant vécu depuis toujours dans la province. Actuellement, elle évolue personnellement et professionnellement à Montréal et en banlieue de cette ville. À la suite de l'obtention d'un diplôme universitaire de 1^{er} cycle dans le domaine des arts et de la culture, elle travaille comme enseignante et aussi au niveau de l'administration et de la logistique dans une école à vocation artistique. De plus, elle danse pour elle-même, participe à des compétitions et parfait ses connaissances en expérimentant des chorégraphies et en participant à des formations. Il s'agit d'une femme très bien entourée socialement. En effet, elle entretient de bons liens avec ses parents et sa sœur, de même qu'avec plusieurs ami(e)s, collègues et même parents de ses élèves. Bianka a aussi un conjoint depuis environ cinq ans avec qui elle vit des hauts et des bas.

Situation présentée par la participante

Madame désire participer au programme puisqu'elle a un diagnostic de vaginisme et présente donc de la douleur lors de la pénétration vaginale, ce qui complique sa vie sexuelle avec son conjoint. Elle aimerait augmenter ses aptitudes en communication avec son conjoint afin qu'ils soient tous les deux plus heureux dans leur sexualité. Par ailleurs, Bianka dit avoir un médecin de famille depuis peu, mais qu'il n'est pas au courant pour son vaginisme. En effet, elle a eu son diagnostic en 2010 dans une autre clinique que celle de son médecin, sans avoir de conseils particuliers ou de suivi. Elle a déjà fait appel aux services d'une sexologue pour avoir davantage d'outils au niveau sexuel, mais elle dit ne pas avoir persévéré puisque les exercices recommandés ne lui convenaient pas. Bianka a un horaire du temps très chargé avec son emploi et elle mentionne que cela lui laisse peu de temps pour des rendez-vous en physiothérapie, pour un soutien psychosocial et même pour avoir du temps de qualité avec son conjoint.

Elle ajoute que son horaire n'est pas toujours aussi chargé, mais que son travail qu'elle aime beaucoup occupe une grande partie de son temps.

Hypothèses cliniques

L'avis est que :

- Bianka gagnerait à se recentrer sur elle-même en accordant plus d'importance à ses désirs grâce à des exercices de réflexion sur ce que représente la sexualité pour elle et comment elle souhaite la vivre. Sachant ce qu'elle recherche et aime, elle pourra plus facilement en faire part à son conjoint et cela pourrait avoir un impact positif sur ses capacités communicationnelles et sur sa satisfaction sexuelle.
- La participante a mentionné qu'elle avait tendance à beaucoup donner et qu'elle s'oubliait parfois, et ce, dans différentes sphères de sa vie, surtout avec son conjoint. Il sera donc primordial de faire des exercices de verbalisation de ses défis ou limites au niveau sexuel, mais aussi au niveau de ses insatisfactions dans sa vie de couple en général.
- Enfin, Bianka gagnerait à développer des outils afin de diminuer son niveau de stress avant un rapport sexuel avec pénétration. Bien qu'un travail sera fait en ce sens lors des séances, la participante doit bénéficier d'un suivi au niveau médical et/ou de la physiothérapie en rééducation pelvienne et périnéale afin de recevoir un soutien au niveau de la gestion de la douleur sensorielle. En effet, madame mentionne avoir de la difficulté à bien identifier le lieu de ses douleurs ainsi que leurs causes. Un suivi multidisciplinaire pourrait lui permettre d'avoir plus de connaissances sur le vaginisme et cela pourrait l'aider à gérer plus facilement ses douleurs, à réduire ses appréhensions/peurs face à la pénétration vaginale et aussi de réfléchir à des alternatives au coït.

Plan d'intervention et objectifs

Un plan d'intervention a été rédigé (annexe N) et approuvé par Bianka à partir des éléments identifiés lors de la rencontre préparatoire et de la rencontre d'analyse. Voici donc quels étaient les objectifs poursuivis :

- J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes
- J'identifie ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre
- J'augmente mes capacités communicationnelles en contexte sexuel avec mon conjoint, particulièrement mon affirmation
- Je développe de nouveaux outils pour réduire le stress avant un rapport sexuel avec pénétration.

Résumé des activités réalisées

Bianka a participé à huit (8) rencontres d'intervention individuelle allant d'une durée de 60 jusqu'à 75 minutes. La moyenne des rencontres fût de 60 minutes et elles ont eu lieu du 11 février au 17 juin 2019. Un tableau détaillé des différentes activités et des objectifs poursuivis est disponible à l'annexe N.

Comme dans toute relation d'aide en travail social, les difficultés vécues et les forces de la cliente ont été identifiées. De plus, des tâches ont été déléguées à Bianka dès la première séance, et ce jusqu'à la dernière. Un retour sur la manière dont les tâches s'étaient déroulées et quelle utilité elles ont eue a été fait. Voici de manière résumée quelles activités ont été réalisées :

- Identification des difficultés vécues en lien avec les douleurs vulvovaginales
- Invitation à consulter en médecine générale et en physiothérapie pelvienne et périnéale afin de mieux comprendre les aspects sensoriels de la douleur

- Identification des blocages à la communication sexuelle, identification des bénéfices à communiquer et discussion au sujet de sa représentation sexuelle et de ce qui est souhaité
- Expérimentation de la communication en contexte sexuel grâce à des exercices de verbalisation et de rédaction d'une lettre
- Identification de facteurs qui pourraient diminuer le stress avant un rapport sexuel avec pénétration
- Collectivisation des douleurs vulvovaginales en abordant la prévalence et les difficultés vécues par les femmes qui en souffrent
- Exploration d'une perspective davantage féministe du vaginisme, c'est-à-dire que la femme n'est pas la seule responsable du succès d'un rapport sexuel et qu'il s'agit d'une responsabilité partagée avec le conjoint ou partenaire sexuel
- Réalisation de deux évaluations sur l'atteinte des objectifs et sur l'appréciation du processus au cours des huit séances.

Atteinte des objectifs

Lors de l'évaluation de fin de participation, Bianka a mentionné que les douleurs influençaient moins sa qualité de vie qu'au début de sa participation au programme. En effet, à la première séance, elle avait mentionné que ses douleurs vulvovaginales impactaient sa qualité de vie (surtout amoureuse et sexuelle) à 10 sur 10, où 1 signifie que la douleur ne régent pas du tout sa vie et 10 signifie que la douleur régent complètement sa vie (annexe M). Lors de la dernière rencontre, madame a mentionné qu'elle était désormais à 7 sur 10. Il est important de dire que la participante a vécu une rupture amoureuse au cours des séances et qu'elle attribue la diminution de ses difficultés un peu au fait qu'elle est moins active sexuellement et pas seulement grâce à l'intervention. Cependant, la participante mentionne que les rencontres ont eu un effet bénéfique sur elle, entre autres que le fait d'avoir réfléchi à sa représentation de la sexualité au cours des séances est un bel acquis au niveau de son bien-être :

Je suis moins stressée qu'au début [de sa participation au programme]. Au début ça prenait toute la place, je pensais juste à ça, je n'étais pas capable de relaxer et maintenant je crois que je serais capable. Je ne savais plus ce

que j'aimais sexuellement, donc c'est sûr qu'à ce niveau-là il y a un progrès et je pense que ça pourrait m'aider plus tard si je rencontre quelqu'un. (Participante 1, évaluation de fin de participation)

Concernant son objectif qui était **d'identifier les difficultés qu'elle vit en lien avec ses douleurs vulvovaginales persistantes**, Bianka a mentionné dès l'évaluation de mi-parcours que le fait d'avoir pu mettre des mots sur ce qu'elle vivait a été très aidant. Effectivement, elle considère cet objectif atteint à 5 sur une échelle de 5, où 1 signifie que l'objectif n'est pas du tout atteint et 5 signifie qu'il est complètement atteint (voir annexe I). La participante éprouvait des sentiments à la fois clairs et confus au début des séances et elle présentait une certaine fébrilité. Bien que ce ne fût pas facile de mettre des mots sur ce qu'elle ressentait, ses difficultés sont devenues de plus en plus évidentes : « j'étais perdue dans tout cela, maintenant c'est assez clair. C'est pour le futur que ça aide, je vais être capable de l'identifier clairement, dans ma tête être moins stressée, ça peut juste être pour le mieux si je rencontre quelqu'un » (Participante 1, évaluation de fin de participation). Mentionnons aussi que lors de l'évaluation de fin de participation, Bianka a fait part qu'au début de sa participation au programme, elle ne se donnait pas plus que 1 sur 5 au niveau de cet objectif.

Au cours de nos séances, madame devait aussi **identifier sa représentation de la sexualité et comment elle désire la vivre**. Cet objectif fût tout à fait atteint grâce à l'intervention, et ce, dès la mi-parcours, sans qu'il n'y ait de régression ou de remise en question au cours de sa participation. Ce qui suit est évocateur des bénéfices qu'elle a constatés et marque la grande différence entre la note actuelle de 5 sur 5, contrairement à la note qu'elle s'était donnée au tout début, soit 1 sur 5. En effet, l'intervention et les tâches réalisées entre les séances lui ont offert un espace de réflexion au niveau de sa sexualité :

De prendre le temps de réfléchir à tout cela m'a permis d'ouvrir les yeux. Quand tu m'as demandé ce que j'aimais sexuellement au début je n'étais même pas capable de te répondre. Je pensais juste à lui, au fait qu'il n'était

pas satisfait. Je me concentrais juste sur lui et moi là-dedans je me suis oubliée. Quand tu m'as posé la question, je me suis dit : « ouf! » Donc maintenant c'est le jour et la nuit! (Participante 1, évaluation de mi-parcours)

Bianka a aussi fait part que maintenant, elle sait ce qu'elle aime, ce qu'elle n'aime pas, ce qu'elle veut faire ou ne veut pas faire et ce qui lui fait mal et ce qui ne lui fait pas mal. Ce constat permet de penser qu'elle pourra se sentir davantage elle-même avec un futur partenaire, ce qu'elle a eu de la difficulté à ressentir lors de sa dernière relation.

L'objectif visant à **augmenter ses capacités communicationnelles en contexte sexuel avec son conjoint, particulièrement son affirmation**, fût un défi pour Bianka et d'ailleurs sa plus grande raison de consultation : « ça s'est amélioré, mais il y a encore du travail à faire. Je suis fâchée contre moi-même, parce que j'ai de la difficulté et je reçois mal certains commentaires de mon partenaire » (Participante 1, évaluation de mi-parcours).

Ceci étant dit, elle a quand même atteint partiellement son objectif, mais il a été difficile de constater une différence entre l'évaluation de mi-parcours et celle de fin de participation puisque madame s'est séparée entre la séance 5 et 6. Nous pouvons cependant faire la différence entre le tout début de sa participation où elle se considérait à 1 sur 5, contrairement à 3 sur 5 à la mi et fin de participation. En fait, Bianka mentionne qu'il y a certains facteurs comme la peur du jugement qui ne viendra plus autant mettre de blocage à la communication avec un futur partenaire sexuel, tel que vécu dans sa relation qui vient de se terminer où des habitudes de communication étaient plus ardues :

C'était difficile pour moi de lui dire ce que j'aimais, je ne sais pas pourquoi, c'est comme si j'étais gênée. Sur certaines choses j'ai fait des progrès et comme là je repars à 0, et si ça ne plait pas à la prochaine personne, tant pis! Je ne veux plus m'oublier pour quelqu'un et le fait de prendre conscience de ce que j'ai besoin, ce que j'aime, juste d'avoir pris

conscience de ça, ça change ma vision. Je serai plus capable de dire si j'ai besoin de quelque chose, il n'y aura plus personne qui va m'empêcher d'exprimer quelque chose. (Participante 1, évaluation de fin de participation)

Il y a eu un changement marqué entre la première et la dernière séance au niveau de la façon de communiquer de Bianka. Son discours était beaucoup plus centré sur son bien-être que sur celui d'un partenaire sexuel. En cours de route, lors des rencontres, la participante s'est aperçue que l'écriture était un moyen de communication dans lequel elle se sentait à l'aise. En effet, elle a expérimenté la rédaction d'une lettre pour mettre des mots sur ce qu'elle ressentait par rapport à la sexualité avec son conjoint. Bien que son processus ait été interrompu par sa rupture, elle reconnaît que ce fût un bon exercice pour elle et qu'elle pourrait l'utiliser à nouveau lors de difficultés communicationnelles : « c'est vrai que ça m'avait beaucoup aidée, juste de prendre le temps d'écrire, de ré-analyser, d'ajouter des affaires, d'enlever des affaires, ça met les idées en place » (Participante 1, évaluation de fin de participation).

Enfin, Bianka poursuivait également l'objectif **de développer de nouveaux outils pour réduire le stress avant un rapport sexuel avec pénétration**. L'évaluation de cet objectif n'a pas été faite lors de l'évaluation lors de la mi-parcours, puisque nous n'avions tout simplement pas eu l'occasion de l'aborder. En revanche, lors de l'évaluation de fin de participation, nous avons pu constater un progrès. En effet, madame a mentionné qu'elle était à 4 sur 5 alors qu'elle a jugé être à 1 sur 5 avant le début de sa participation au programme. Elle a pu identifier ce qui devait absolument y avoir pour qu'un rapport sexuel avec pénétration vaginale ait lieu, et ce, que ce soit au niveau de la préparation physique ou au niveau du contexte : « j'ai vraiment besoin d'avoir des préliminaires, j'ai besoin d'un avant! Un moment donné j'avais un devoir avec lui, il m'a fait un massage et ça m'avait aidée » (Participante 1, évaluation de fin de participation).

La participante a confié au cours des séances que sa dynamique générale de couple influençait beaucoup son désir d'avoir des rapports sexuels et elle a pu identifier au fil du temps ce qui pouvait augmenter son désir ou son excitation sexuelle : « parfois je parlais de mes passions et ça n'avait pas l'air de l'intéresser. J'ai besoin de quelqu'un qui s'intéresse à qui je suis. J'ai besoin de sentir que je vaudrais la peine, que j'ai une valeur! (Participante 1, évaluation de fin de participation) ». En effet, madame reconnaît que désormais, plus son partenaire lui porte attention et lui démontrera de l'intérêt de manière générale et pas seulement au niveau des rapprochements physiques, plus elle ressentira du bien-être lors d'un rapport sexuel.

Bilan et appréciation

Comme dernière tâche, il a été demandé à Bianka d'identifier si elle avait fait des découvertes sur elle lors de sa participation au programme, quels apprentissages elle avait faits et si des changements étaient observables. Ses réponses furent très similaires et convergeaient toutes vers la connaissance et l'affirmation de soi. En effet, les propos lors de l'évaluation de fin de participation furent teintés d'un désir d'une plus grande émancipation communicationnelle et la manière dont madame a fait part de sa principale découverte fût sans équivoque :

J'ai découvert que je ne me rendais pas compte à quel point j'avais de la difficulté à communiquer, je pense vraiment que je me bloquais. Je veux penser à moi, je ne veux pas perdre mon côté empathique, mais je veux vraiment penser à moi et plus mettre mon pied à terre. (Participante 1, évaluation de fin de participation)

Au niveau des apprentissages, ses réponses n'ont pas beaucoup différé. Ce qui confirme les hypothèses cliniques de départ, à l'effet qu'il était primordial qu'elle acquière plus de confiance au niveau de l'affirmation et de la communication et qu'elle puisse se réapproprier sa sexualité : « mon plus grand apprentissage fût une meilleure

connaissance de moi-même, surtout au niveau sexuel et de la communication » (Participante 1, évaluation de fin de participation).

Lorsqu'il lui a été demandé si des changements étaient observables, elle a répondu que c'était difficile de constater parce qu'elle n'avait pas pu mettre tout en action à cause de sa rupture, mais qu'elle se sentait davantage en confiance et que cela l'aiderait dans le futur. Effectivement, comme ses douleurs et son stress ne sont présents que lorsqu'il y a un rapport sexuel avec pénétration, Bianka a eu peu de chances d'expérimenter de nouveaux acquis vu le contexte de rupture. La communication sexuelle et la gestion de stress avant un rapport sexuel avec pénétration demeurent pour elle des objectifs pour lesquels il aurait été intéressant de suivre le cheminement afin de pouvoir constater l'apport du programme d'intervention.

Lors des évaluations du processus de mi-parcours et de fin de participation, madame a fait part qu'elle s'était sentie comprise et écoutée et que l'intervention répondait tout à fait à ses besoins. Elle a aussi laissé savoir qu'elle avait aimé la manière dont les séances se déroulaient, principalement le fait qu'il y ait eu de l'adaptation par rapport à sa personnalité afin de l'accompagner dans l'atteinte de ses objectifs : « j'apprécie le fait qu'on trouve des solutions à mon image et qui me permettent de ne pas me sentir *fake* » (Participante 1, évaluation de mi-parcours). Elle a aussi ajouté : « j'ai beaucoup aimé le fait que ma situation change, de s'adapter à celle-ci et de trouver des trucs pour le futur. J'ai beaucoup appris sur moi-même et je sens que je pourrais aller de l'avant » (Participante 1, évaluation de fin de participation).

En résumé, nous pouvons constater que l'intervention fût pertinente pour madame. En effet, Bianka a fait des progrès au niveau de ses objectifs et cela a eu pour effet de diminuer l'impact des douleurs sur sa qualité de vie. Comme ses plus grandes raisons de participer au programme ont évolué dans le temps à cause de sa rupture amoureuse, l'atteinte d'un de ses objectifs est plus difficile à mesurer. En effet, le fait d'être moins

exposée à la sexualité avec un partenaire contribue certes à vivre moins de détresse face à la communication sexuelle, mais ne l'expose pas à faire des essais de verbalisation. Ceci étant dit, cette pause de sexualité semble avoir été pour la participante une manière de se recentrer sur elle et d'améliorer son sentiment de confiance et de diminuer certaines peurs face à la pénétration vaginale. Aussi, la manière dont sa personnalité a été considérée et son sentiment de pouvoir s'exprimer sans jugement ont favorisé des confidences sur des sujets très intimes. Cela a permis les échanges et aussi de mieux cibler des exercices visant à améliorer son bien-être.

3.2 Béatrice

Demande de service et référence

Béatrice a été référée par son ergothérapeute avec qui elle avait eu plusieurs rencontres dans sa ville natale, et ce, pour des troubles alimentaires et trouble de la personnalité. Cette professionnelle de la santé a pu constater l'existence du programme d'intervention auprès de femmes ayant des douleurs vulvovaginales persistantes grâce à Facebook.

Caractéristiques sociodémographiques

Béatrice est une jeune femme de 26 ans, née au Québec et elle vit dans cette province depuis toujours. Elle est mariée et elle essaie de concevoir un enfant avec son mari. Madame travaille à temps partiel et elle est également étudiante au 2^e cycle dans une université montréalaise. Elle se dit chrétienne pratiquante et plusieurs de ses ami(e)s assistent aux mêmes activités religieuses qu'elle.

Situation présentée par la participante

Béatrice désire participer au programme puisqu'elle présente des douleurs vulvovaginales persistantes et ce, que ses parties génitales soient sollicitées ou non. En effet, elle souffre de vestibulodynie depuis environ trois ans et malgré le fait qu'elle ait eu une vestibulectomie, des douleurs sont encore présentes, quoi que beaucoup moins intenses, selon ses dires. Ses principales difficultés causées par ses douleurs sont la tendance à la catastrophisation avec des sentiments d'anxiété, ainsi qu'une tendance à se mettre des limites au niveau de l'activité physique et parfois au niveau de ses relations sociales. Béatrice a aussi mentionné que du stress pouvait être fréquemment vécu et que cela pouvait lui nuire à sa gestion de la douleur. La participante bénéficie de différents services, traditionnels et alternatifs pour l'aider à mieux vivre ses douleurs vulvovaginales et ses difficultés au niveau de sa digestion. Elle a eu plusieurs suivis dans le passé avec une nutritionniste pour ses troubles alimentaires et avec une psychologue pour son trouble de la personnalité. Béatrice y avait déjà abordé ses douleurs vulvovaginales, mais celles-ci n'ont pas été priorisées.

Hypothèses cliniques

L'avis est que :

- Béatrice est expérimentée au niveau de la gestion de la douleur, surtout en termes de demande de soins et d'identification de services qui peuvent diminuer l'intensité de la douleur. Elle a également fait un cheminement d'adaptation et d'acceptation de sa condition douloureuse et il sera primordial que ses acquis soient identifiés et mis en valeur. Ceci étant dit, madame a des scénarios catastrophes, comme lorsqu'elle mentionne que son corps est son ennemi. Ceux-ci peuvent augmenter son niveau de stress et de détresse et consistent en un défi pour elle.
- Madame est aussi influencée par des idées de performance au niveau de la santé et du corps et elle ressent de ce fait un sentiment de culpabilité qui peut nuire à sa

mise en action. Faire découvrir à la participante de nouveaux outils tels que : des exercices de cohérence cardiaque, de pleine conscience, d'initiation au processus de résolution de problème et la fixation d'objectifs pourraient augmenter son sentiment de contrôle sur sa situation.

- Toujours afin d'augmenter son sentiment de contrôle et de confiance, la mise en lumière des forces de la participante est incontournable puisque celle-ci a tendance à douter d'elle-même et de ses capacités.

Plan d'intervention et objectifs

Un plan d'intervention a été rédigé (annexe O) et approuvé par Béatrice à partir des éléments identifiés lors de la rencontre préparatoire et de la rencontre d'analyse. Voici donc quels étaient les objectifs poursuivis :

- J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes
- J'identifie les forces qui peuvent être transposées dans un contexte de gestion de la douleur
- J'identifie et je maintiens les pratiques qui fonctionnent bien pour moi en terme de gestion de la douleur
- J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes
- J'identifie des normes sociales liées au corps et à la santé, à la sexualité et aux rôles de genre et qui peuvent m'influencer.

Résumé des activités réalisées

Béatrice a participé à sept (7) rencontres d'intervention individuelle allant d'une durée de 60 jusqu'à 90 minutes. La moyenne des rencontres fût de 75 minutes et elles ont eu lieu du 9 mars au 11 juin 2019. Un tableau détaillé des différentes activités et des objectifs poursuivis est disponible à l'annexe O.

Comme dans toute relation d'aide en travail social, les difficultés vécues et les forces de la cliente ont été identifiées. De plus, des tâches ont été déléguées à Béatrice dès la première séance, et ce jusqu'à la dernière, puis un retour sur la manière dont elles se sont déroulées et quelle utilité elles ont eue a été fait. Voici de manière résumée quelles activités ont été réalisées :

- Initiation à la cohérence cardiaque, au processus de résolution de problèmes et à la fixation d'objectifs
- Identification des soins de santé lui étant bénéfiques
- Différenciation faites entre la santé et le bien-être général
- Introduction à l'ACT et à la pleine conscience et encouragement auprès de la participante afin qu'elle les explorent par elle-même entre les séances
- Collectivisation des douleurs vulvovaginales en abordant la prévalence et les difficultés vécues par les femmes qui en souffrent
- Réalisation de deux évaluations sur l'atteinte des objectifs et sur l'appréciation du processus portant sur les sept séances
- Réalisation d'exercices de maintien des acquis par des mises en situation.

Atteinte des objectifs

De manière générale, Béatrice a amélioré sa qualité de vie en participant au programme. À la première séance, elle avait mentionné que ses douleurs vulvovaginales impactaient sa qualité de vie entre 5 et 7 sur une 10, où 1 signifie que la douleur ne régent pas du tout sa vie et 10 signifie que la douleur régente complètement sa vie (annexe M). Lors de l'évaluation de fin de participation, celle-ci a mentionné que les douleurs régentaient moins sa vie, soit à 3 sur 10. En effet, la mise en action de Béatrice est plus facile et naturelle, surtout dans un contexte où l'activité qu'elle réalise répond à ses intérêts. On constate donc une plus grande cohérence avec ses valeurs, une meilleure capacité d'adaptation et un cheminement d'acceptation et d'engagement :

C'est comme si c'était moins grave, ça prend moins de place dans ma tête. J'ai moins les espèces de pensées envahissantes de peur d'avoir mal au quotidien. Dans ma tête c'est vraiment moins pire (...) j'aurais maintenant plus tendance à accepter des invitations de mes amies, j'arriverais à me raisonner et puis si j'ai mal ben c'est pas la fin du monde (...) et je pèserais, si je veux vraiment faire l'activité, je la ferais. (Participante 2, évaluation de fin de participation)

Au niveau de ses objectifs spécifiques, la participante a mentionné qu'ils ont tous été partiellement atteints, soient à 4 sur 5 sur une échelle de 5 (annexe I) ou encore tous atteints ou maintenus. Il est important de faire une nuance quant à la participation de Béatrice, puisque pour certains objectifs, tels **que l'identification de difficultés vécues en lien avec ses douleurs**, ainsi que **l'identification de normes sociales pouvant influencer négativement son expérience de douleur**, ils étaient déjà partiellement atteints grâce à ses propres expérimentations, au temps qui a passé depuis son diagnostic et aussi grâce à des services de psychologie, d'ergothérapie et de nutrition. La participante a cependant mentionné que le fait de réfléchir à nouveau sur ses difficultés a été aidant et qu'elle a pu identifier des changements entre la première et la dernière séance. Le fait que Béatrice ait pu verbaliser très spécifiquement ses douleurs a eu pour effet de concrétiser son besoin face à celles-ci, soit de réfléchir à des ressources ou outils supplémentaires et de développer une perspective qui tend à amoindrir sa perception de la douleur : « ça m'a donné un cadre et une plage horaire pour aborder que ça. C'est plus précis dans ma tête et moins dans le 18^e arrière-plan. Si mes problématiques sont plus précises, c'est plus facile de les adresser et de trouver des solutions » (Participante 2, évaluation de mi-parcours). Elle a aussi ajouté en ce sens : « ça m'a permis aussi de fragmenter le problème et de ne pas le voir juste comme une grosse montagne insurmontable » (Participante 2, évaluation de fin de participation).

Tel que mentionné ci-dessus, madame avait déjà une bonne connaissance des normes sociales pouvant l'influencer et elle a fait part que cette thématique était tout de même pertinente à aborder dans son contexte :

Par rapport aux normes sociales, j'ai appris des choses, mais j'étais déjà relativement au fait puisque cela [lien avec le corps] avait déjà été abordé avec ma nutritionniste. Ce fût une manière d'y repenser. Si je n'avais pas consulté avant et fait autant de lectures, j'aurais beaucoup appris sur cela ici. Ça été quand même un bon rappel. (Participante 2, évaluation de fin de participation)

Afin de vérifier s'il s'agissait bien d'un acquis, nous avons abordé à nouveau ce sujet lors de notre dernière séance pour enfin constater qu'elle demeurerait susceptible d'être influencée par les normes sociales, spécifiquement celles au niveau du corps (historique de troubles alimentaires) et de la santé, mais que ses nouvelles connaissances au niveau de l'ACT et de la pleine conscience lui seraient utiles.

Il y a eu un progrès au niveau de l'objectif **visant à identifier lesquelles de ses forces pouvaient être transposées dans son contexte de gestion de la douleur**. En effet, elle était initialement à 2 sur 5 au début du processus, à 3 sur 5 lors de l'évaluation de mi-parcours et enfin à 4 sur 5 au moment de l'évaluation finale. La participante croyait en sa capacité à bien comprendre des concepts pratiques et théoriques, à être proactive et persévérante, mais a eu une certaine difficulté à identifier d'autres forces et même à croire en celles qu'elle avait mentionnées. Béatrice a fait part que l'intervention avait été aidante et le rôle de l'intervenante significatif, sans quoi, elle seule y serait plus difficilement arrivée. C'est dans ces propos qu'elle s'exprime : « je n'aurais pas autant progressé. Dans le quotidien, ça peut m'aider à diminuer la détresse, je me sens un peu moins démunie » (Participante 2, évaluation de mi-parcours). Lors de l'évaluation de fin de participation, madame a été interrogée afin de savoir si elle avait des perspectives différentes quant à ses forces depuis l'évaluation de mi-parcours et de bien saisir quelle importance elle accorde à cet objectif et à l'utilité qu'il pourrait avoir pour elle dans le

futur. Celle-ci a répondu qu'elle avait des forces déjà acquises qui lui ont permis d'avoir une meilleure connaissance de ce qu'elle ressentait au niveau du corps. Elle a aussi mentionné qu'elle pouvait faire appel à son sens de l'engagement afin d'éviter d'être en inaction ou de remettre en question de manière constante ce qu'elle sait qui fonctionne au niveau de son bien-être (ex.; soins).

Le constat est similaire en termes de progression au niveau de **l'augmentation d'aptitudes en résolution de problèmes visant principalement à réduire le nombre de scénarios catastrophes**, qui était la raison principale de consultation de la participante. En effet, la participante possédait déjà quelques acquis qui lui permettaient de mieux vivre avec ses douleurs, mais maintenant, elle possède plus d'outils, suite à des exercices réalisés lors des rencontres. En effet, elle a expérimenté le processus de résolution de problèmes et de fixation d'objectifs, a eu une initiation sur les techniques de respiration 365 et elle avait aussi des tâches à réaliser entre les séances, à partir d'ouvrages qui lui ont été prêtés : « ce qui m'aide le plus concrètement avec la gestion de stress, c'est la cohérence cardiaque. Ça m'aide aussi à partager plus tôt que tard ce que je vis dans certaines situations » (Participante 2, évaluation de mi-parcours). Voici d'autres propos qui évoquent l'utilité des exercices et des tâches :

J'ai une modification de posture par rapport à mes pensées et j'ai un peu moins de scénarios catastrophes. Certains éléments dans ma lecture du livre de Frédérick Dionne [ACT et pleine conscience] sont aidants, surtout le chapitre sur comment recevoir ses pensées. Être spectatrice d'un film et pas être le personnage principal. Ça défait le cercle vicieux de la douleur et je suis moins paralysée. (Participante 2, évaluation de fin de participation)

Enfin, la participante avait comme objectif **d'identifier ce qu'elle faisait déjà et qui est aidant au niveau de sa gestion de la douleur**. Ce fût plutôt facile pour Béatrice d'identifier les soins que lui faisait du bien et de réaliser qu'ils peuvent être maintenus puisqu'ils contribuent à sa qualité de vie. Il s'agit principalement de l'acupuncture, de

l'alimentation, de l'ostéopathie et de la rare utilisation d'une crème pharmaceutique. Sans compter la prise de bains et les cours d'étirement qui visent à gérer son stress et se détendre, de même que quelques activités ludiques. Les discussions portant sur ces soins ou techniques de gestion de la douleur ont permis à madame de se valoriser puisqu'elle a réalisé qu'elle avait une force pour faire appel à des ressources ou pour pratiquer l'auto-gestion de la douleur. Avant ces discussions, elle était plutôt dans l'auto-jugement en entretenant l'idée qu'elle faisait une obsession au niveau de la consommation de soins, et qu'elle était dans la lutte et non dans l'acceptation :

Ça m'a confirmé que ce que je faisais était correct. Oui, c'est du maintien, mais c'est nouveau pour moi de considérer ça comme des stratégies. J'ai identifié ce qui fonctionnait comme continuer à aller à mes rendez-vous, mais aussi d'ajouter des choses qui ne sont pas des soins, comme la vie sociale et le sommeil. Cela m'empêche de tergiverser dans ma tête à savoir si je fais les bonnes choses. La question est réglée. (Participant 2, évaluation de mi-parcours)

Bilan et appréciation

Comme dernière tâche, il a été demandé à Béatrice d'identifier si elle avait fait des découvertes sur elle lors de sa participation au programme, quels apprentissages elle avait faits et si des changements étaient observables. Ses réponses furent plutôt interreliées, c'est-à-dire que nous pouvons comprendre qu'il s'agit d'un tout, par exemple que ses découvertes et ses apprentissages ont permis une mise en action qui a favorisé le changement. La participante a mentionné qu'elle avait découvert que lorsqu'elle se mettait en action plus rapidement, elle pouvait plus facilement réduire ses difficultés. Elle a dit que ce constat est pour elle un nouvel acquis aidant et qu'elle souhaitait le maintenir :

Par rapport à l'idée de partager plus tôt mes inquiétudes, ça représente une mise en action plus rapide, ça été une grande révélation si on veut. Ça diminue presque de moitié mes problèmes. Pis ça me permet de faire

plein de parallèles avec d'autres choses dans ma vie, pas juste la douleur.
(Participante 2, évaluation de fin de participation)

Au niveau des apprentissages, Béatrice a identifié la pleine conscience, particulièrement le fait de recevoir ses pensées comme étant égales l'une à l'autre et de les observer de l'extérieur. Elle a abordé à nouveau le constat de la puissance de la mise en action en contexte de douleur, ainsi que les bienfaits de la cohérence cardiaque. D'ailleurs, Béatrice mentionne qu'elle a observé un changement, soit l'intégration de la cohérence cardiaque à son quotidien. En effet, elle a précisé que c'est quelque chose qu'elle n'aurait jamais fait avant : « Je suis désormais capable de m'arrêter dans une situation de stress intense ou de pensées envahissantes et de pratiquer des exercices de cohérence cardiaque » (Participante 2, évaluation de fin de participation).

Lors de l'évaluation du processus de mi-parcours, madame a fait part qu'elle s'était sentie acceptée telle qu'elle était et que sa situation était prise au sérieux par l'intervenante. Béatrice a aussi laissé savoir qu'elle avait aimé le climat d'écoute et qu'elle était satisfaite de la manière dont l'intervention se déroulait. Cependant, elle n'était pas certaine que l'intervention répondait complètement à ses besoins. En revanche, lors de l'évaluation du processus de fin de participation, elle a fait part que l'ajout de l'ACT et de la pleine conscience lors des discussions et propositions de lectures entre les séances, était venue en grande partie compléter ses besoins. Enfin, Béatrice a réitéré satisfaction face à sa participation au programme et les propos suivants en sont évocateurs : « ces exercices que tu as rédigés étaient vraiment *on point* et prouvent que tu m'écoutais vraiment, jusque dans les détails. C'est touchant! Tu m'as beaucoup aidée, merci! » (Participante 2, évaluation de fin de participation).

En résumé, nous pouvons constater que l'intervention fût pertinente pour la participante. En effet, Béatrice a fait des progrès au niveau de ses objectifs et elle a maintenu ceux pour lesquels elle avait déjà un cheminement d'amorcé. Cela a eu pour effet de diminuer l'impact des douleurs sur sa qualité de vie. Son appréciation du

processus a probablement aussi contribué à son mieux-être puisque sans confiance établie avec l'intervenante et le sentiment de non-jugement dont elle a fait part avoir ressenti, le climat n'aurait pas autant favorisé l'authenticité dans les échanges. En effet, cela a permis de bien identifier les objectifs à poursuivre, de les nuancer au besoin et de s'adapter de manière générale en cours de route afin que l'intervention réponde au besoin de la participante.

3.3 Caroline

Demande de service et référence

C'est grâce à une physiothérapeute en rééducation pelvienne et périnéale pratiquant à Montréal que Caroline a entendu parler du programme d'intervention auprès de femmes ayant des douleurs vulvovaginales persistantes. Après un entretien téléphonique de 50 minutes, elle a décidé d'y participer.

Caractéristiques sociodémographiques

Caroline est une femme de 43 ans et elle travaille comme commis administratif dans une compagnie de télécommunication. Elle possède également un permis pour conduire des autobus et c'est ce qu'elle aimerait le plus faire professionnellement. Madame affirme avoir très peu d'ami(e)s, que ses deux parents sont décédés et qu'elle n'a plus de lien avec sa sœur. Caroline mentionne tout de même qu'elle a deux amies auxquelles elle ne juge pas pouvoir se confier, mais avec qui elle aime partager des activités telles que la marche et le chant. En effet, elle est membre de deux chorales et excelle à titre de soliste pour l'une d'entre elles. De plus, elle a un petit chien avec qui elle adore passer du temps. Le fait d'aller le promener lui permet de maintenir un niveau d'activité physique.

Situation présentée par la participante

Caroline désire participer au programme puisqu'elle a des douleurs liées au vaginisme et à des cicatrices laissées par une vestibulectomie. Madame est aussi atteinte de lichen scléreux et présente de vives douleurs au niveau de l'anus et du rectum. Ses douleurs vulvovaginales nuisent fortement à ses activités physiques et à sa vie sexuelle. Elle évoque aussi la difficulté à aborder socialement ses douleurs, y compris avec le personnel soignant. Caroline mentionne d'ailleurs avoir eu des commentaires qu'elle a jugé décourageants de la part d'anciens médecins ou d'une nutritionniste qui l'a récemment aidée au niveau de son diabète. Enfin, la participante fait part que mise à part l'automasturbation du clitoris, elle n'est pas active sexuellement depuis environ 15 ans et elle ne croit pas qu'une sexualité avec un homme soit possible à cause de très fortes douleurs et à des complexes par rapport à l'apparence de ses organes génitaux. En effet, selon ses dires, le lichen scléreux a fortement modifié l'apparence de sa vulve. Cela l'attriste et la bloque à vouloir expérimenter de nouvelles expériences sexuelles. Ce qu'elle recherche particulièrement au niveau de sa participation au programme, c'est de pouvoir se confier, ventiler et faire part de sa colère et de ses frustrations par rapport à ses douleurs et de se sentir comprise. Bien qu'elle soit très sceptique par rapport à une amélioration possible au niveau de sa vie sexuelle, elle souhaite aussi mieux identifier ce qu'elle recherche sexuellement. Enfin, elle ajoute qu'elle bénéficie de séances de physiothérapie en rééducation pelvienne et périnéale et qu'elle a déjà consulté en psychologie, mais que ce n'est actuellement plus le cas.

Hypothèses cliniques

L'avis est que :

- La priorité pour Caroline serait de savoir s'entourer de personnes à qui elle peut se confier. Certaines personnes viennent vers elle, mais madame peut-

être très critique envers son entourage et peut émettre de forts jugements. Elle gagnerait sans doute à laisser la chance aux coureurs et à miser davantage sur les forces des gens, plutôt que sur leurs *travers*. De ce fait, elle réduirait l'isolement social en augmentant son nombre de loisirs et d'activités ludiques. Les douleurs pourraient alors devenir moins centrales dans sa vie.

- Il serait aussi pertinent pour Caroline de développer de nouvelles aptitudes au niveau de la communication avec le personnel soignant afin de réduire ses sentiments négatifs, entre autres causés par le manque d'encouragement de la part de celui-ci. La valorisation de la participante visant à augmenter le sentiment de confiance et de contrôle sera donc essentielle lors des séances, entre autres via l'identification de ses forces. Cela pourrait l'aider à mieux identifier ce qu'elle recherche chez un professionnel de la santé, de nuancer ses propos et nommer ses besoins lors de ses rencontres et aussi de consolider les relations qui se déroulent bien et qui sont aidantes pour elle.
- Caroline est aussi très préoccupée par ses douleurs anales qui peuvent influencer ses douleurs au niveau de la vulve et du vagin et pour lesquelles elle juge ne jamais avoir eu l'aide appropriée. Il s'agira donc de l'encourager ainsi que de l'aider à trouver de nouvelles ressources médicales afin de diminuer ses douleurs.
- Enfin, madame est très influencée par les normes sexuelles dominantes, principalement l'hégémonie du coït vaginal par le pénis. Il sera donc pertinent d'explorer des perspectives davantage féministes, des douleurs vulvovaginales, c'est-à-dire que la responsabilité du succès des rapports sexuels n'incombe pas seulement à la femme et de miser sur le fait qu'elle doit identifier quel type de sexualité elle souhaite.

Plan d'intervention et objectifs

Un plan d'intervention a été rédigé (annexe P) et approuvé par Caroline à partir des éléments identifiés lors de la rencontre préparatoire et de la rencontre d'analyse. L'un

des objectifs proposés par l'intervenante n'a pas été accepté par la participante et a même suscité une forte réaction, même si cela lui semblait pertinent lors de la rencontre d'analyse. Il s'agissait **d'explorer des manières de communiquer sereinement ses douleurs à son entourage et à son équipe soignante**. Bien que cet objectif n'ait pas été bien reçu lors de la séance 2 et 3, nous y sommes revenues spontanément lors de la séance 6 et 7. Autrement, voici quels étaient les objectifs poursuivis :

- J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes
- J'identifie mes forces qui peuvent être transposées dans un contexte de gestion de la douleur
- J'identifie ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre
- J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes et je maintiens ce que je fais déjà et qui fonctionne bien
- J'augmente le nombre d'activités ludiques/de détente entre ami(e-s).

Résumé des activités réalisées

Caroline a participé à neuf (9) rencontres d'intervention individuelle allant d'une durée de 60 jusqu'à 90 minutes. La moyenne des rencontres fût de 75 minutes et elles ont eu lieu du 3 mars au 29 juin 2019. Un tableau détaillé des différentes activités et des objectifs poursuivis est disponible à l'annexe P.

Comme dans toute relation d'aide en travail social, les difficultés vécues et les forces de la cliente ont été identifiées. De plus, des tâches ont été déléguées à Caroline dès la première séance, et ce jusqu'à la dernière, puis un retour sur la manière dont elles s'étaient déroulées et quelle utilité elles ont eue a été fait. Voici de manière résumée quelles activités ont été réalisées :

- Identification des difficultés vécues en lien avec les douleurs vulvovaginales
- Identification des forces qui peuvent être transposées en contexte de gestion de la douleur
- Identification des bénéfiques à communiquer ses douleurs et discussion de sa représentation sexuelle et de ce qui est souhaité
- Expérimentation de la communication en contexte sexuel grâce à des exercices de verbalisation
- Identification de facteurs qui pourraient diminuer le stress avant un rapport sexuel
- Collectivisation des douleurs vulvovaginales en abordant la prévalence et les difficultés vécues par les femmes qui en souffrent
- Exploration d'une perspective davantage féministe du vaginisme, c'est-à-dire que la femme n'est pas la seule responsable du succès d'un rapport sexuel et qu'il s'agit d'une responsabilité partagée avec le conjoint ou partenaire sexuel
- Identification des bénéfiques à augmenter le nombre de rapports sociaux et à se confier
- Identification de ce qui est souhaité dans une relation avec un professionnel de la santé
- Réalisation de deux évaluations sur l'atteinte des objectifs et sur l'appréciation du processus portant sur les neuf séances.

Atteinte des objectifs

Lors de la première séance d'intervention, il a été demandé à Caroline à combien sur une échelle de 1 à 10 ses douleurs vulvovaginales régissent sa vie, où 1 signifie que la douleur ne la régente pas du tout et 10 signifie que la douleur régente complètement sa vie (annexe M). Elle a répondu à 5 sur 10 lors d'activité physique et à 2 sur 10 au repos. Lorsque cette même question lui a été posée en fin d'intervention, elle s'est surtout prononcée au niveau de ses douleurs à l'anus et au rectum, mentionnant que celle-ci étaient beaucoup plus prenantes dans le quotidien. Elle considérait une amélioration, soit à 6 ou 7 sur 10 contrairement à 9 sur 10 en début de participation. Madame a ajouté que ce changement était fort probablement attribuable à son autogestion de la douleur :

« physiquement ça va mieux! Je pense que c'est l'alimentation, le fait de manger moins de sucres » (Participante 3, évaluation de fin de participation).

Elle a ajouté que les douleurs à la vulve et au vagin, surtout lors de la pénétration seraient insupportables si elle était active sexuellement, mais qu'elle réussit quand même à prendre des marches et être en mesure de gérer la douleur à son retour en utilisant un ventilateur qui vise à réduire l'humidité de cette zone, selon elle créée par un surplus de poids. Voici la manière dont elle explique la situation : « avant je ne pouvais pas prendre une marche sans avoir le vagin bourgogne et que ça fasse super mal, là ben, ça va beaucoup mieux, ça ne fait presque plus ça » (Participante 3, évaluation de fin de participation).

En ce qui a trait à son objectif qui était **d'identifier les difficultés vécues en lien avec ses douleurs vulvovaginales persistantes**, la participante a mentionné lors de l'évaluation de mi-parcours et celle de fin de participation qu'elle les connaissait déjà, qu'il s'agissait d'un objectif tout à fait atteint, mais que cela n'avait pas nécessairement de lien avec l'intervention. Cependant, elle a fait part que cela avait été bénéfique d'avoir pu partager son vécu avec l'intervenante : « j'ai pu m'exprimer, être écoutée. J'ai vraiment moins mal à l'anus, je ne sais pas si c'est le fait d'avoir été écoutée ou non. Je n'ai pas vu comme telles des différences au niveau de la vulve. Je me demande si je n'ai pas moins de colère », « je les connaissais déjà mes difficultés, il n'y a pas vraiment de changement, « d'en parler, ça m'a permis de ne pas rester prise avec ça » (Participante 3, évaluation de fin de participation).

Le fait de pouvoir ventiler et d'être écoutée était d'ailleurs la raison principale de la participation de Caroline au programme. Cet objectif était donc plus central que les autres. D'une séance à l'autre, madame avait besoin de revenir sur ses difficultés et cela se manifestait souvent par du découragement et de la colère. En revanche, certains de ses défis, dont la gestion de la douleur semblait mieux contrôlée.

Caroline avait aussi comme objectif **d'identifier ses forces qui peuvent être transposées en contexte de gestion de la douleur**. Madame a fait part lors de l'évaluation de fin de participation que cet objectif était tout à fait atteint, soit à 5 sur 5 (annexe I), alors qu'elle se jugeait à 4,5 à l'évaluation de mi-parcours. Elle a aussi mentionné qu'avant même les séances d'intervention, elle avait une bonne idée de quelles étaient ses principales forces :

J'étais consciente de mes forces, mais pas autant, mais en les exprimant ici c'est mieux. J'ai eu un devoir qui portait sur cela donc ça m'a fait réfléchir à d'autres forces. Sinon, j'aurais peut-être tendance à m'apitoyer sur mon sort et ne pas faire d'activités. Je trouve des solutions, je bouge pareil, je vais marcher, même si ma peau fend. Je ne m'empêcherai pas de faire mes choses sinon je ferais rien. (Participant 3, évaluation de mi-parcours)

L'intervention dans le cadre du programme a donc été une source de motivation à persévérer en fonction de la situation vécue et une bonne source de valorisation pour Caroline. Ce qui suit fait effectivement état d'une reprise de pouvoir par la participante : « J'ai la force de continuer quand même, je ne m'arrête pas, je me mets en action et je demeure active. Il y a toujours une solution. Je connaissais mes forces, mais je ne savais pas que ça pouvait aider au niveau des douleurs », « je suis capable grâce à mes forces d'outrepasser mes peurs, donc l'ouverture d'esprit identifié m'a permis d'être plus confiante à l'idée de rencontrer un homme » (Participant 3, évaluation de fin de participation).

Un autre objectif à poursuivre pour la participante était **d'augmenter ses aptitudes en résolution de problèmes afin de mieux vivre avec ses douleurs**. Un progrès a pu être constaté entre le moment où elle ne participait pas au programme, lors de l'évaluation de mi-parcours et de fin de participation, soit 2 sur 5, 3 sur 5 et 4 sur 5. Caroline a fait part qu'elle avait déjà un bon travail d'effectué en ce qui a trait aux moyens employés pour réduire l'intensité de ses douleurs. Elle a d'ailleurs été ravie de recevoir deux

références professionnelles supplémentaires afin de réduire ses douleurs au niveau de l'anus et du rectum et de ses inconforts au niveau de sa digestion. De plus, certaines expérimentations telle qu'une initiation au processus de résolution de problèmes lors des séances et des exercices de verbalisation de ses douleurs à un homme, ont permis à madame d'élargir ses façons de faire afin de solutionner ses difficultés et de réduire le nombre de scénarios catastrophes :

[En parlant du processus de résolution de problème] *Ça, sérieux, ça m'a aidée, ensemble de faire un processus de résolution de problème avec toi. Je ne les connaissais pas les cinq étapes. Tu m'as fait penser à des choses que je n'aurais pas pensées. J'ai toujours trouvé des solutions quand même. Quand je ne peux pas exprimer mes choses, je pourrais revenir sur le processus de résolution de problèmes. Ça arrive quand même souvent que je ne sais pas quoi faire.* (Participante 3, évaluation de mi-parcours)

En effet, le processus de résolution visant à démontrer à la personne qui l'utilise que diverses solutions sont souvent possibles pour la gestion d'un problème (pas tous) a été particulièrement aidant pour Caroline puisqu'elle y a fait référence lors de l'évaluation de mi-parcours et aussi à celle de fin de participation. Il s'agit pour elle d'un nouvel outil dont elle pourrait se servir dans l'avenir : « [en parlant du processus de résolution de problème] ça m'a montré une façon de fragmenter des choses pour mieux analyser un problème. C'est à utiliser dans un moment où j'ai besoin de voir une situation dans son ensemble » (Participante 3, évaluation de mi-parcours).

De plus, **l'augmentation du nombre de rapports sociaux** était un objectif auquel madame désirait se consacrer. Il s'agissait d'un grand désir de sa part d'entretenir plus d'amitiés et faire plus d'activités ludiques. Lors de l'évaluation de la mi-parcours, elle a fait part d'un progrès, c'est-à-dire à 3,5 sur 5 contrairement au début de sa participation au programme où elle se donnait 2 sur 5. Cependant, Caroline a fait part du fait que le progrès n'était pas forcément lié aux séances d'intervention, mais plutôt grâce à sa mise en action étape par étape, tel que sa participation à des soupers

rencontres, ou à une soirée de karaoké : « je m'ouvre à rencontrer d'autres personnes (...) je prends ce que je peux pour me changer les idées. (Participante 3, évaluation de mi-parcours).

À la suite de l'évaluation de mi-parcours, elle était fière de constater qu'elle était moins isolée et qu'elle continuerait à poser des actions afin d'augmenter son nombre de rapports sociaux. D'ailleurs, lors de l'évaluation de fin de participation, Caroline a fait part de bénéfices constatés : « je suis moins toute seule là, j'ai plus de fréquentations qu'avant. Je suis plus accompagnée. Avant, j'étais toute seule dans mes affaires » (Participante 3, évaluation de fin de participation). De plus, bien que la participante ait été encouragée à se confier au sujet de ses douleurs vulvovaginales au sein de son entourage, elle était plutôt fermée à l'idée de le faire. Cependant, des personnes de son entourage ont eu vent de son diabète et cela lui a permis d'obtenir de nouvelles pistes d'amélioration de sa santé physique. Madame a ainsi réalisé que les confidences pouvaient être bénéfiques, et ce peu, peu importe le type de difficulté vécue : « ben, c'est qu'il y a des gens qui peuvent m'aider! (...) Et avoir plus de monde dans ma vie » (Participante 3, évaluation de fin de participation). En effet, lors de l'évaluation de fin de participation elle a fait part qu'elle avait un peu progressé depuis la mi-étape en jugeant désormais l'atteinte de cet objectif à 4 sur 5.

Au niveau de l'objectif qui était **d'identifier ce que représente la sexualité pour elle et comment elle souhaite la vivre**, un progrès a été constaté. En effet, Caroline a mentionné qu'avant l'intervention, elle se jugeait à 1 sur 5, contrairement à 2 sur 5 à l'évaluation de mi-parcours et à 3,5 à celle de fin de participation. Elle explique cette différence entre autres par le fait que sa situation ait été normalisée lors des séances : « Tu m'as dit qu'il y avait des filles qui ont des douleurs et qui ont des chums quand même (...) il y a quand même des gars qui peuvent les aimer pareil » (Participante 3, évaluation de fin de participation). Cette collectivisation des douleurs vulvovaginales a été aidante pour la participante et lui a permis de modifier ses perspectives face à une

éventuelle relation amoureuse. En effet, elle mentionne être un peu moins craintive face à l'idée de rencontrer un homme, bien qu'elle ait ajouté que ce n'est pas elle qui provoquera les rencontres : « ben, j'ai plus d'ouverture, je suis moins... je vois ça moins pire que je voyais ça. J'ai plus d'ouverture peut-être que je pourrais rencontrer quelqu'un, je suis encore bloquée, mais moins bloquée », « j'ai plus d'ouverture, t'sais, je vais peut-être être moins bloquée aux gars, je vais peut-être voir la possibilité que ça peut arriver, plus qu'avant où je ne le voyais pas du tout » (Participante 3, évaluation de fin de participation). Lors de l'évaluation de mi-parcours, elle avait fait part qu'elle était intéressée à avoir à nouveau des réflexions par rapport à sa sexualité, mais que cela l'inquiétait et qu'elle ne se sentait pas prête à l'aborder : « il faudrait vraiment que je débloque à ce niveau-là, mais en même temps, quand un gars me trouve de son goût je perds tous mes moyens » (Participante 3, évaluation de mi-parcours). Plus le processus d'intervention avançait, plus le sujet de la sexualité a été abordé et cela a permis à la participante de rouvrir le dialogue avec elle-même, d'effectuer un progrès et d'expliquer qu'est-ce qui expliquait ce progrès, tel que mentionné ci-dessus.

Bien qu'il n'y avait pas d'objectif initialement fixé au niveau de la communication sexuelle, des exercices de jeux de rôles ont été faits afin que la participante puisse à nouveau se projeter dans un contexte de dialogue sexuel avec un homme. Cela a suscité beaucoup de sentiments chez Caroline et malgré cela, elle a souhaité persévérer avec d'autres exercices visant à décrire ses douleurs vulvovaginales à un homme et à faire des propositions d'alternatives afin que les deux partenaires puissent ressentir du bien-être lors d'un rapport sexuel.

Bilan et appréciation

Lors de l'avant-dernière séance, il a été demandé à la participante d'identifier si elle avait fait des découvertes sur elle lors de sa participation au programme, quels apprentissages elle avait faits et si des changements étaient observables. Elle a fait part

qu'elle avait découvert que l'exercice d'identification de ses forces lui avait permis de se percevoir différemment : « Je suis une meilleure personne que j'étais, en identifiant mes forces » (Participante 3, évaluation de fin de participation). Caroline a aussi fait part d'une grande fierté qu'elle avait, soit celle d'être demeurée active sexuellement via la masturbation :

Moi j'ai quand même été capable, malgré des troubles là [vulve et vagin] de... même si j'ai pas de chum dans ma vie je suis capable d'avoir du plaisir pareil. Ça, c'est positif! [rires] Dans le sens que je ne nie pas tout cet aspect-là de moi-même si je n'ai pas de chum. (Participante 3, évaluation de fin de participation)

En ce qui a trait aux apprentissages réalisés, la participante a à nouveau abordé la prévalence des douleurs vulvovaginales, qu'elle croyait beaucoup moins élevée et que cela l'avait fait réfléchir différemment à l'aspect sexuel et relationnel :

Je pourrais peut-être avoir un chum, laisser entrer quelqu'un dans ma vie malgré ça [ses douleurs à la vulve et au vagin]. C'est surtout quand tu m'as dit qu'il y a des filles qui ont des douleurs et qui ont des chums pareil. Finalement il y a peut-être des gars qui peuvent accepter ça (Participante 3, évaluation de fin de participation).

Ce fût un peu plus difficile d'identifier des changements suite aux interventions. Madame a fait part qu'elle était moins influencée par les normes sexuelles, mais lorsqu'il lui a été demandé de quelle manière cela se traduisait, elle a fait part qu'elle ne l'avait pas appliqué encore. La poursuite de ses démarches au plan de son alimentation constitue donc le plus grand changement observable au niveau de l'autogestion de sa douleur.

Lors des évaluations du processus de mi-parcours et de fin de participation, la participante a fait part qu'elle sentait que sa situation avait été prise au sérieux par l'intervenante et que ce qu'elle avait le plus apprécié, c'était l'écoute empathique et

d'en découvrir davantage sur l'anatomie du clitoris grâce à une lecture proposée. Cependant, les activités d'évaluation et de bilans ne furent pas très appréciées par Caroline. Madame a fait part que les questions posées étaient compliquées et malgré plusieurs types de formulations, elle ne se sentait pas très à l'aise de développer sur le pourquoi de ses stagnations ou de ses progrès. Elle a d'ailleurs mentionné dans son bilan d'appréciation qu'elle ne jugeait pas l'évaluation de mi-parcours pertinente puisqu'il y avait peu de chances que des changements puissent être constatés.

Enfin, ce qui intéressait Caroline au niveau de sa participation au programme, c'était la possibilité d'avoir une écoute et de pouvoir ventiler au sujet de ses douleurs vulvovaginales et de ses autres défis au niveau de sa santé physique. Ceci aurait pu être suffisant pour elle. En effet, la fixation d'objectifs n'était pas quelque chose qui l'intéressait particulièrement et il a fallu recadrer à certains moments. Cependant, si l'on se fie aux réponses qu'elle a données lors des deux processus d'évaluation des objectifs, on constate que des progrès ont tout de même été réalisés et que madame a développé de nouvelles perspectives. Nous pouvons donc penser qu'une mise en action est plus probable par l'utilisation de l'intervention planifiée court terme que par la seule utilisation de techniques d'intervention visant l'écoute active et ne visant pas d'autres objectifs particuliers. Elle sait dorénavant que les douleurs vulvovaginales sont fréquentes. Cette collectivisation lui a permis en quelque sorte de réduire son isolement et de regagner de l'espoir, plus d'intérêt à vouloir rencontrer un homme et d'avoir une relation amoureuse avec sexualité. De plus, le fait que Caroline ait demandé à avoir une séance supplémentaire au nombre prévu dans le programme est évocateur des bénéfices qu'elle retirait de l'intervention, ou du moins, de son sentiment de confiance et de bien-être envers l'intervenante.

3.4 Delphine

Demande de service et référence

C'est grâce à physiothérapeute en rééducation pelvienne et périnéale pratiquant à Montréal et dans l'Ouest de Montréal que Delphine a entendu parler du programme d'intervention auprès de femmes ayant des douleurs vulvovaginales persistantes. Après un entretien téléphonique d'environ 45 minutes, elle a décidé d'y participer.

Caractéristiques sociodémographiques

Delphine est une femme de 35 ans, née au Québec et elle y habite toujours. Elle possède des études de 2^e cycle dans le domaine de la santé et celle-ci effectue plusieurs emplois à temps partiel, dont certaines activités comme travailleuse autonome et d'autres auprès d'institutions d'enseignement collégiales à titre de chargée de cours ou tutrice. Elle est aussi assistante de recherche pour des universités montréalaises. Delphine est en couple depuis environ 2 ans et demi.

Situation présentée par la participante

Delphine a eu un diagnostic de vulvodynie et de vaginisme depuis quelques mois seulement. Elle désire participer au programme afin de comprendre et démystifier la vulvodynie, surtout dans l'objectif de mieux vivre sa sexualité. La participante se dit très insatisfaite sexuellement avec son conjoint. Elle ajoute avoir l'impression d'être déconnectée de son corps et de ne plus savoir ce qu'elle apprécie sexuellement et cela la rend très émotive. Le fait qu'elle est âgée de dix ans de plus que son conjoint est quelque chose qui la préoccupe au niveau des expériences antérieures vécues et des buts poursuivis individuellement et en couple. Delphine aimerait aussi développer de nouvelles perspectives face à son diagnostic afin de diminuer les scénarios catastrophes, telle que la peur que les douleurs perdurent et son niveau de stress. Elle ajoute qu'elle ne veut pas prendre de médicaments puisqu'elle est craintive à l'idée que la médication (ex. : crème anesthésiante) pourrait faire en sorte qu'elle ne sente pas ses douleurs et sans s'en apercevoir, se blesser au niveau cutané. Par ailleurs, Delphine a confié avoir

eu des troubles alimentaires dans le passé, mais qu'il s'agit d'une difficulté résolue pour laquelle elle juge avoir eu les services appropriés.

Hypothèses cliniques

L'avis est que :

- La forte tendance à Delphine à se surcharger professionnellement peut causer chez elle un niveau élevé de stress et de fatigue. Le fait d'augmenter le nombre d'activités ludiques pourrait augmenter les moments de plaisir et de détente chez la participante et cela pourrait contrebalancer cette dynamique de surcharge d'obligations. Ce changement pourrait faire en sorte qu'elle tolère mieux la douleur.
- La différence d'âge et la personnalité aventurière de Delphine font en sorte qu'elle possède plus d'expérience de rapports sexuels variés que son conjoint, moins âgé qu'elle et qui selon les dires de la participante, mise principalement sur la pénétration du vagin par le pénis lors des rapports sexuels. Cela cause chez madame de la détresse et de la frustration puisque cette pratique lui fait mal. Des activités d'identification de ce qu'elle souhaite sexuellement seront réalisées avec elle, par exemple : des rapports sexuels appréciés et non douloureux ainsi que des rapports sexuels appréciés et douloureux, mais pour lesquels elle aurait de suggestions d'adaptation.
- Le fait que Delphine puisse augmenter ses capacités communicationnelles en devenant peu à peu une guide bienveillante pour son conjoint pourrait augmenter sa satisfaction sexuelle. La notion d'empathie mutuelle pourrait aussi être aidante afin que le conjoint de madame comprenne ce qui est important pour elle sexuellement, mais également que la participante sache ce que son conjoint désire et de quelle manière celui-ci vit la dynamique des douleurs. La compréhension de part et d'autre des difficultés vécues en lien avec la sexualité douloureuse pourrait faire place à une nouvelle dynamique où les jugements et les critiques seraient amoindris afin de faire place à des échanges sains, tendres et constructifs.

Plan d'intervention et objectifs

Un plan d'intervention a été rédigé (annexe Q) et approuvé par Delphine à partir des éléments identifiés lors de la rencontre préparatoire et de la rencontre d'analyse. Voici donc quels étaient les objectifs poursuivis :

- J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes
- J'identifie mes forces qui peuvent être transposées dans un contexte de gestion de la douleur
- J'identifie ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre
- J'augmente mes capacités communicationnelles en contexte sexuel avec mon conjoint
- J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes
- J'augmente le nombre d'activités ludiques/de détente, seule ou entre ami(e-s).

Résumé des activités réalisées

Delphine a participé à neuf (9) rencontres d'intervention individuelle allant d'une durée de 60 jusqu'à 90 minutes. La moyenne des rencontres fût de 75 minutes et elles ont eu lieu du 8 mars au 29 juin 2019. Un tableau détaillé des différentes activités et des objectifs poursuivis est disponible à l'annexe Q.

Comme dans toute relation d'aide en travail social, les difficultés vécues et les forces de la cliente ont été identifiées. De plus, des tâches ont été déléguées à Delphine dès la première séance, et ce jusqu'à la dernière, puis un retour sur la manière dont elles s'étaient déroulées et quelle utilité elles ont eue a été fait. Voici de manière résumée quelles activités ont été réalisées :

- Identification des difficultés vécues en lien avec les douleurs vulvovaginales

- Identification des blocages à la communication sexuelle, identification des bénéfices à communiquer et discussion de sa représentation sexuelle ainsi que ce qui est souhaité
- Sensibilisation aux normes sociales de sexualité et les influences qu'elles peuvent avoir sur les femmes, mais également sur les hommes
- Identification des difficultés relationnelles et sexuelles vécues avec le conjoint
- Initiation à la cohérence cardiaque
- Initiation au processus de résolution de problèmes et à celui de la fixation d'objectifs
- Sensibilisation au fait de répondre quotidiennement à ses besoins en terme d'alimentation, de sommeil et de détente, ainsi que de loisirs
- Introduction à l'ACT et à la pleine conscience et encouragement auprès de la participante afin qu'elle les explore par elle-même entre les séances grâce à des lectures
- Réalisation d'exercices de maintien des acquis grâce à des mises en situation.
- Réalisation de deux évaluations sur l'atteinte des objectifs et sur l'appréciation du processus au cours des neuf séances.

Atteinte des objectifs

Delphine est heureuse de mentionner en séance de travail que sa participation au programme a augmenté son bien-être général et qu'elle n'aurait pas cru que des changements auraient pu être observables aussi rapidement. À la première séance, elle avait mentionné que ses douleurs vulvovaginales impactaient sa qualité de vie entre 6 et 8 sur 10 lors des rapports sexuels et à 2 sur 10 sans rapports sexuels, où 1 signifie que la douleur ne régente pas du tout sa vie et 10 signifie que la douleur régente complètement sa vie (annexe M). Lors de l'évaluation de fin de participation, celle-ci a mentionné que les douleurs influençaient beaucoup moins sa qualité de vie, soit à 1 sur 10, que ce soit lors des rapports sexuels ou non. En effet, grâce à sa participation au programme ainsi que les soins reçus et exercices en rééducation pelvienne et périnéale, Delphine a pu observer une amélioration de sa qualité de vie. Son

engagement et le maintien de ses acquis dans le futur seront deux facteurs clés de son bien-être, tel que le mentionne la participante :

Les interventions ont permis d'accélérer le processus de rétablissement en me donnant des outils pour gérer au quotidien la problématique liée à la vulvodynie. En cinq mois de traitement avec la physiothérapeute périnéale et ici [sa participation au programme], la vulvodynie est presque complètement résolue, même si je sais que cela peut revenir si je ne prends pas soin de réduire l'anxiété, le stress, la surcharge de travail et les obligations que je peux me créer par moi-même en général.
(Participante 4, évaluation de fin de participation)

De plus, lors des deux premières séances, madame avait fait part qu'elle croyait que c'était la fin de sa relation avec son conjoint et cela la rendait très émotive. Elle adopte désormais une perspective différente et elle a abordé les propos suivants avec légèreté : « je n'ai plus envie de laisser mon chum [rires]. Avant je pensais le quitter parce que je me suis dit que je ne pourrais jamais avoir de relation, pis là ça va bien avec lui! » (Participante 4, évaluation de mi-parcours).

Concernant son objectif qui était **d'identifier les difficultés qu'elle vit en lien avec ses douleurs vulvovaginales persistantes**, Delphine a mentionné dès l'évaluation de mi-parcours qu'elle considérait cet objectif atteint à 5 sur une échelle de 5, où 1 signifie que l'objectif n'est pas du tout atteint et 5 signifie qu'il est complètement atteint (annexe I). Elle a répondu ce qui suit lorsqu'il lui a été demandé quels éléments avaient permis l'identification de ses difficultés et comment cela l'a aidée au niveau de sa qualité de vie : « c'est vraiment le non-jugement, l'approche neutre, de poser de bonnes questions ouvertes, de faire de bonnes reformulations et synthèses et réflexion à travers l'action. Je peux me confier beaucoup plus qu'avec mes amies, qui peuvent connaître mon chum » (Participante 4, évaluation de mi-parcours), « Pour moi parler c'est un peu dangereux, je m'expose. Ici je n'ai pas eu peur de quoi que ce soit » (Participante 4, évaluation de fin de participation).

Au cours des séances 6 à 8, Delphine a fait part qu'elle avait constaté qu'elle était de nature anxieuse, qu'elle l'avait toujours su, mais qu'elle avait réalisé seulement au cours de nos séances que cela pouvait jouer négativement au niveau de ses douleurs. Elle a même précisé que c'était sa plus grande difficulté. Delphine dit aussi : « quand je suis anxieuse, ça contracte là [zone pelvienne et parties génitales]! Et je trouve que ça a un impact sur tout! L'anxiété m'amène à la fuir en travaillant trop, m'amène à avoir de la vulvodynie, problèmes de couple! », « je sais maintenant que c'est l'anxiété que je dois traiter pour que le reste suive bien » (Participante 4, évaluation de fin de participation). Mentionnons aussi que lors de l'évaluation de fin de participation, Delphine a fait part qu'au début de sa participation au programme, elle se donnait 1 sur 5 pour cet objectif. Ceci évoque bien à quel point elle vivait des sentiments négatifs et qu'elle n'avait pas eu le soutien nécessaire pour ventiler :

Au début, j'étais juste en détresse! J'avais beaucoup d'émotions liées au fait que je me demandais pourquoi j'avais enduré autant. J'avais fait le choix d'endurer pour avoir un chum. Aujourd'hui je ferais le choix de ne pas en avoir. J'ai été fâchée contre ma médecin de famille et gynécologue qui me donnaient des antifongiques. Et j'ai eu mal pendant environ 19 ans! (Participante 4, évaluation de fin de participation)

Bien que madame ait été ébranlée par l'annonce de son diagnostic, elle sait désormais plus concrètement ce qui se passe au niveau physique dans son corps et elle peut bénéficier de soins et services appropriés. De plus, le fait d'avoir identifié les difficultés vécues en lien avec ses douleurs vulvovaginales au cours des séances lui a permis de réduire ses craintes face à l'avenir que ce soit à savoir si les douleurs perdureront et comment cela se produira au niveau de sa vie amoureuse et sexuelle.

En ce qui a trait à son objectif visant à **identifier lesquelles de ses forces pouvaient être transposées dans son contexte de gestion de la douleur**, un progrès est notable si l'on compare ses propos lors des deux évaluations qui se sont déroulées. En effet, Delphine a mentionné qu'au début de sa participation au programme elle était à 1,5 sur

5, à 3,5 sur 5 à la mi-étape ainsi qu'à 4,5 sur 5 lors de la dernière séance au niveau de l'atteinte de son objectif. Celle-ci explique de quelle manière l'intervention fût utile pour elle et comment elle peut faire appel à ses ressources intérieures afin d'améliorer sa condition :

Ben c'est qu'il y a un moment où tu as fait, comment on appelle ça, de l'empowerment, tu m'as redonné du pouvoir en me félicitant et en me montrant que j'avais du pouvoir sur la situation... Tu m'as rappelé que j'étais quelqu'un de persévérant, en général quand je veux quelque chose je vais l'avoir, il n'y a rien qui peut m'enlever du chemin, ce qui peut être bon et moins bon par moment, mais en gestion de douleur si je décide de passer par-dessus quelque chose, tsé [...] je lâche pas! (Participante 4, évaluation de fin de participation)

Les propos ci-dessus évoquent bien que madame a repris confiance en ses capacités et cela ne peut que lui être utile afin d'évoluer en termes d'adaptation et d'acceptation de ses douleurs. En effet, elle a aussi ajouté lors de l'évaluation de fin de participation que nos discussions par rapport à ses forces lui ont envoyé un miroir positif et que cela l'incite à ne pas lâcher et de continuer à se mettre en action. De plus, lorsque nous avons fait des exercices de maintien des acquis, elle a été capable aisément de faire part de ses forces et d'indiquer que cela lui permettrait d'y faire appel dans des contextes plus difficiles afin de se créer un « filet de sécurité », pour reprendre ses mots.

Delphine avait aussi comme objectif **d'identifier sa représentation de la sexualité et comment elle désire la vivre**. La participante a jugé cet objectif partiellement atteint lors de l'évaluation de mi-parcours, c'est-à-dire à 3,5 sur 5, contrairement à 1,5 lors de la première séance. En fait, celle-ci a fait part que cette réflexion sur sa sexualité était pertinente et cet exercice lui a permis d'être sensibilisée aux normes sociales pouvant influencer sa sexualité : « Je trouve que c'est une thématique importante. On oublie ce que c'est pour nous la sexualité. Avec le travail social, on voit les impératifs de la société » (Participante 5, évaluation de mi-parcours). Madame a aussi identifié le fait que son conjoint pouvait aussi être influencé par des normes sexuelles dominantes et

que cela pouvait mieux l'aider à comprendre sa tendance au phallocentrisme. Elle affirme que le fait de mieux identifier ce qu'elle souhaite sexuellement la mène à avoir plus d'outils au niveau de la communication : « Une fois que moi j'ai identifié ce que je veux ou ce que j'aimerais ben c'est plus facile de le communiquer. Parce que c'est plus difficile de communiquer quand on a pas de mots pour dire ce qu'on veut » (Participante 4, évaluation de mi-parcours).

En fait, bien qu'elle soit en couple avec un homme, Delphine a confié lors de plusieurs séances avoir une attirance pour les femmes, mais qu'elle n'osait pas aborder cette attirance de manière assumée, de peur du jugement de l'entourage. Cependant, lors de l'évaluation de fin de participation, elle a mentionné que l'intervention lui avait permis d'ouvrir un dialogue avec son conjoint au sujet de son attirance pour les femmes et aussi de lui faire part qu'elle pourrait être intéressée à expérimenter un contexte poly amoureux avec lui et une femme :

Ça paraît un peu égoïste, mais pour moi il y a quelque chose de limitant en couple à deux alors que j'ai toujours eu une attirance pour les femmes (...) et lui il n'était pas fermé à l'idée d'être un couple à trois à un moment donné (...) pas des expériences sexuelles à trois, un couple à trois, mais avec un lien profond. (Participante 4, évaluation de fin de participation)

Ce gain en connaissance de soi et en affirmation au niveau sexuel est la raison pour laquelle un progrès a été constaté et qu'elle juge dorénavant l'atteinte de cet objectif à 4 sur 5. En effet, lors de séances, il était parfois difficile pour Delphine de verbaliser ce qu'elle désirait sexuellement, comme si elle se censurait et ajoutait que son conjoint n'a pas les mêmes goûts qu'elle. C'est pourquoi l'intervenante lui a confié plusieurs tâches entre les séances qui visaient à réfléchir à ses désirs en faisant fi des normes. Par exemple, identifier ce qu'elle va chercher dans la sexualité, ce dont elle a besoin lors d'un rapport ainsi que des gestes et positions appréciés. Ces exercices lui ont permis d'identifier des rapports souhaités, qu'ils soient conformes à ce qu'elle croit que son

conjoint aime ou non et aussi qu'ils impliquent des femmes ou non : « ça me fait me rendre compte que je ne serai pas restreinte dans une sexualité genre monosyllabique [monogame] avec un seul homme, ah my god! [soupirs de soulagement] » (Participante 4, évaluation de fin de participation). L'exercice a aussi permis à madame de constater qu'il était bénéfique de verbaliser ses désirs et de ne pas prendre pour acquis qu'elle connaît parfaitement ceux de son partenaire. Effectivement, celui-ci a répondu de manière favorable à plusieurs de ses propositions sexuelles.

L'objectif visant à **augmenter ses capacités communicationnelles en contexte sexuel avec son conjoint** fût atteint lors de l'évaluation de fin de participation. Elle a ajouté qu'avant sa participation au programme, elle jugeait sa capacité à s'exprimer dans un contexte sexuel douloureux à presque nulle. Madame a fait part que c'est beaucoup en ayant identifié ce qu'elle souhaite au niveau sexuel qu'elle a pu regagner en contrôle en augmentant la discussion et en cessant de subir une sexualité qui ne lui plaisait pas : « il y a eu une amélioration fulgurante en peu de temps. Avant, ma communication sexuelle était à -10 et maintenant elle est à +40 » (Participante 4, évaluation de mi-parcours), « je suis arrivée un peu en panique, car je pensais que mon couple était en péril en lien avec ma problématique. Et maintenant, je vois qu'il est possible d'inclure mon conjoint dans le processus de rétablissement en améliorant la communication. Cela vaut de l'or » (Participante 4, évaluation de fin de participation).

De plus, il est intéressant de constater que la participante n'a pas seulement misé sur la communication verbale, mais aussi sur la communication non verbale. La possibilité d'utiliser plus de gestes, tels que des avances sexuelles, avait été discutée lors des séances puisque madame avait fait part que son conjoint n'était pas porté aux discussions. Delphine s'est rapidement mise en action à ce niveau et elle a vécu des succès lors de ses rapports sexuels, entre autres en agissant comme une guide pour son partenaire. Elle mentionne que c'est cela qui fonctionne le plus et que son partenaire y répond bien : « comme exemple, quand je porte un g-string, c'est que oui, je suis

disposée, c'est de la communication non verbale! » (Participante 4, évaluation de fin de participation).

Aussi, le fait qu'elle sache plus ce dont elle a besoin lors d'un rapport sexuel et qu'elle soit davantage capable de poser des limites est également des facteurs qui contribuent à sa satisfaction sexuelle :

Avant la communication il n'y en avait pas trop parce que j'avais mal, il savait des fois que j'avais mal après, mais on ne parlait pas de ces choses-là puis là ben je vais lui dire ok non là je suis un peu tendue ou je vais lui dire eille je suis tu tendue là je ne sais plus et il est capable de me dire si je suis tendue ou non. Pis il a changé ce qu'il fait (...) il a changé vraiment plusieurs choses dans l'approche, je pense qu'il a appris (...) hier soir il est arrivé et il était tard, j'étais fatiguée, je lui ai dit non, je lui ai vraiment dit non, laisse-moi dormir (...) parce que je savais que je n'étais pas disposée à ça, j'étais fatiguée et là je me serais retrouvée à avoir mal. Fack je lui ai dit non! (Participante 4, évaluation de fin de participation)

Madame est effectivement capable d'identifier des contextes qui facilitent les rapports sexuels non douloureux et elle est en mesure d'en fait part à son conjoint et de favoriser un travail d'équipe en partageant la responsabilité avec celui-ci. D'ailleurs, il a été abordé lors des séances qu'il était important que le conjoint ait un certain pouvoir dans la dynamique de douleurs pour que lui aussi puisse réaliser ses désirs. Voyant que celui-ci n'aimait pas ses sous-vêtements, Delphine lui a suggéré d'aller en choisir pour elle à la lingerie. Ce qui démontre une très belle ouverture de la part de la participante face à son partenaire et une bonne capacité d'adaptation au sein du couple afin d'améliorer la satisfaction sexuelle. De plus, lorsqu'il lui est demandé si sa satisfaction sexuelle est meilleure elle répond sans hésiter que les rapports sont plus fréquents.

Delphine avait également comme objectif **d'augmenter ses aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios**

catastrophes. Cet objectif n'avait pas été évalué lors de mi-parcours puisqu'il avait peu été traité en séances, mise à part l'idée de réduire sa charge de travail et d'augmenter le nombre d'activités de détente. Lors de l'évaluation de fin de participation, madame a noté avoir atteint partiellement son objectif, soit à 4 sur 5, contrairement à 1 sur 4 au début de sa participation au programme. En effet, elle juge avoir acquis plusieurs nouveaux outils afin de mieux vivre avec ses douleurs et que cela se traduit concrètement par une réduction de ses inquiétudes face au présent ou à l'avenir grâce à l'acceptation avec engagement :

Tu ne peux pas avoir un scénario catastrophe quand tu as abordé la chose, dans le sens que si tu as un scénario catastrophe, oui, il est là, tu es consciente qu'il est là, mais à la place de rien faire pour, mettons ton couple, n'importe, ben non non, je vais communiquer donc c'est une action. Pis à ça tu ajoutes la cohérence cardiaque, tu ajoutes les activités ludiques et tu enlèves le verbe devoir.
(Participante 4, évaluation de fin de participation)

En ce qui a trait à la cohérence cardiaque, elle a mentionné qu'elle en avait déjà entendu parler, mais que c'est grâce à l'intervention qu'elle l'a expérimentée et qu'elle a eu le goût d'en connaître toujours plus sur ce sujet. Le processus de résolution de problèmes abordé dans les séances fût également mentionné par Delphine comme ayant été un outil facilitant :

Je te dirais que la résolution de problèmes a été aidante surtout quand j'avais besoin de réconfort (...) je me suis fait aussi un objectif et j'ai pu aller chercher le réconfort avec ma famille. La mise en application du processus de résolution de problèmes, ça m'a évité de dire à mon chum « t'es pas là, nian nian nian » (...). (Participante 4, évaluation de fin de participation)

L'extrait ci-dessus montre bien que la participante ajoute des cordes à son arc en gestion de la douleur, cette fois-ci au niveau de la communication et cela lui permet de constater qu'il y a souvent plusieurs solutions pour réduire l'impact d'une difficulté sur

la qualité de vie. Cela peut aussi avoir pour effet d'augmenter sa confiance en ses capacités et de réduire le nombre de scénarios catastrophes. De plus, dans le cas mentionné ci-dessus, le processus lui a permis d'opter pour une stratégie qui n'emploie pas le blâme.

La participante avait un dernier objectif à poursuivre, celui-ci visait à **augmenter le nombre d'activités ludiques/de détente, seule ou entre ami(e-s)** et à tout à fait en lien avec l'objectif précédent visant à augmenter ses outils afin de résoudre plus facilement ses difficultés liées à la douleur. Lors de l'évaluation de mi-parcours, elle a dit être à 3,5 sur 5 et que le fait d'avoir identifié dans son calepin des activités qu'elle trouve plaisantes fût un bon pas en direction de l'atteinte de son objectif. Néanmoins, cela a été un bon défi pour elle puisqu'elle était habituée depuis de nombreuses années à être surchargée professionnellement, mais elle y parvient peu à peu : « si je dis non à des emplois, ça me laisse plus de temps pour gérer l'anxiété, faire des activités ludiques, qui elles, vont avoir indirectement comme impact de réduire la douleur » (Participante 5, évaluation de fin de participation). Elle a aussi ajouté ce qui suit :

Les petits devoirs, par exemple le 15 min par jour pour soi, ont été bénéfiques. En fait, il m'était parfois difficile de le prendre et en soi il s'agit d'une prise de conscience importante de réaliser ce fait. C'est un point de départ pour me motiver à changer pour le mieux en prenant davantage soin de moi.

En effet, Delphine a été rigoureuse au niveau des tâches qu'elle avait à réaliser entre les séances et son progrès en est tributaire en grande partie. Lors de l'évaluation de fin de participation, elle a noté être désormais à 4,1 sur 5. Elle mentionne qu'elle décline davantage de demandes afin de se reposer et de se détendre : « comme tu vois, oui je devrais peut-être aller chez mes parents cet après-midi [sa mère a récemment eu une opération], mais à la place ma sœur va y aller pis moi je vais au spa avec mon chum » (Participante 4, évaluation de fin de participation). En fait, bien que la participante ait mentionné avoir pris le temps d'aller au spa, de faire un peu de jardinage et de regarder

des séries sur Netflix, elle a surtout répondu à l'objectif en diminuant sa charge professionnelle. De ce fait, elle prend plus le temps de se reposer et de bien manger, ce qu'elle juge prioritaire avant d'entreprendre de nouveaux loisirs et de redévelopper sa vie sociale. La détente est pour l'instant ce qui lui fait du bien et la motive et dans un deuxième temps elle observera si elle a de l'intérêt à améliorer sa vie sociale.

Bilan et appréciation

La dernière tâche que Delphine devait réaliser était d'identifier si elle avait fait des découvertes sur elle lors de sa participation au programme, quels apprentissages elle avait faits et si des changements étaient observables. Ses réponses furent plutôt variées, tout comme ses objectifs l'étaient. À commencer par sa principale découverte qui a trait à l'identification de ses difficultés vécues en lien avec ses douleurs vulvovaginales et qui fût en quelque sorte une révélation pour la participante : « J'ai conscientisé [pris conscience] que l'anxiété était au centre de tout, qui m'a *drivé* des années, c'est horrible! ». Elle a aussi ajouté ceci :

J'ai découvert que j'étais capable de dire non [à la surcharge professionnelle]! Parce que ça fait des années que j'essaye de changer ! Je te dirais que de vouloir des relations sexuelles sans douleur est un bon motivateur (...). La motivation ici est donc « est-ce que je vais passer le reste de ma vie à avoir des relations sexuelles douloureuses ou juste me séparer et être célibataire le reste de mes jours pour éviter ça? » (...) je trouvais ça un peu extrême de tout jeter ça à la poubelle parce que je ne voulais pas faire face à ça [sa tendance à être anxieuse]. (Participante 4, évaluation de fin de participation)

En ce qui a trait à ses apprentissages, elle a donné plusieurs réponses. À commencer par l'importance de mieux répartir ses activités dans une journée afin de ne pas ressentir trop de fatigue en fin de journée, être davantage à l'écoute de son corps et d'être en mesure de faire part de ses limites au niveau professionnel et sexuel. Delphine a aussi parlé de ses apprentissages face à sa redéfinition de sa sexualité. Ses principaux

changements observés sont effectivement liés à la sexualité, au caractère tabou que peuvent avoir les douleurs vulvovaginales en société, à une meilleure acceptation de ses douleurs et à sa capacité à solutionner ses difficultés. Madame a eu de la facilité à énumérer ce qui suit :

Je prends plus de temps pour moi, je trouve des solutions plus facilement, je mets en place de choses, comme prévoir des week-end avec mon chum, je déjeune le matin et mon énergie est meilleure et mon sommeil j'en prends soin encore.

Je pense aussi avoir une meilleure acceptation parce que j'en parle plus facilement [ses douleurs] dans mon entourage (...) moi j'en avais jamais parlé avant, c'était honteux et là j'en parle ouvertement et je me suis rendue compte que j'avais une amie qui en avait souffert à l'adolescence.

(Participante 4, évaluation de fin de participation)

Delphine a aussi fait part que son conjoint était ravi qu'elle ait participé au programme puisqu'il constatait des bénéfices au niveau de leur couple. Madame a aussi dit que des changements étaient observables chez son partenaire. Elle mentionne entre autres que celui-ci s'adapte bien à sa « princesse », en parlant de sa vulve, qu'il était plus ouvert à la discussion et qu'il essayait de nouvelles choses lors des rapports sexuels.

Lorsque qu'il lui a été demandé de faire part de son appréciation du processus lors de mi-parcours et de la fin de participation, Delphine a fait part qu'elle avait apprécié que l'intervention soit orientée vers ses besoins spécifiques, que cela avait été concret pour elle et que son rythme avait été respecté. La participante a aussi parlé du fait qu'elle avait aimé le nombre de séances, c'est-à-dire, neuf, puisque cela avait permis d'aller en profondeur.

Enfin, le constat est que Delphine a amélioré sa qualité de vie en participant au programme. Comme elle a atteint partiellement ou totalement chacun de ses six

objectifs, nous constatons que ses gains sont divers. En effet, il y a un écart important entre la manière dont madame se sentait au début et à la fin de sa participation. L'identification précise de ses difficultés en lien avec ses douleurs vulvovaginales a permis à madame de ventiler et prendre du temps pour elle. Aussi, les exercices d'identification de ses forces et de représentation de sa sexualité ont été pertinents et ont permis de cheminer davantage au niveau de l'objectif visant à développer ses capacités à gérer la douleur et à communiquer en contexte sexuel. D'ailleurs, il est intéressant de remarquer certains changements positifs au niveau des comportements sexuels de son partenaire, tel que le fait de varier les positions, d'en essayer de nouvelles et de constater que le couple travaille en équipe afin d'améliorer leur satisfaction sexuelle.

3.5 Françoise

Demande de service et référence

C'est grâce à un médecin que Françoise a entendu parler du programme d'intervention auprès de femmes ayant des douleurs vulvovaginales persistantes. Après un entretien téléphonique de 35 minutes, elle a décidé d'y participer.

Caractéristiques sociodémographiques

Françoise est âgée de 30 ans et elle travaille en relation d'aide après avoir complété des études de 3^e cycle. Elle œuvre surtout en pratique privée en banlieue de Montréal et elle enseigne à l'occasion. Madame affirme être bien entourée socialement et avoir des contacts ou discussions fréquentes au téléphone avec sa meilleure amie à qui elle peut se confier au niveau de ses douleurs vulvovaginales. Françoise fréquente un homme depuis plusieurs mois, mais celui-ci n'est au courant que du minimum des douleurs que sa compagne ressent.

Situation présentée par la participante

Françoise a eu un diagnostic de vaginisme il y a de cela environ huit ans et plus récemment, soit environ deux ans, un diagnostic de vulvodynie. Ces principales raisons de vouloir participer au programme sont qu'elle vit des enjeux au niveau de la communication avec son partenaire lors des rapports sexuels, bien que rares sont ceux avec pénétration. Elle ressent aussi des sentiments d'impuissance et de découragement face au présent et à l'avenir. Par exemple : elle aimerait avoir un conjoint stable, mais elle trouve que ses douleurs sont un obstacle, tout comme pour une grossesse et accouchement éventuels. De plus, bien qu'elle ait confiance en son équipe soignante, elle commence à se sentir fatiguée et découragée, voire même non fonctionnelle à 100%. La participante a ajouté qu'elle aimerait que son corps soit comme avant et qu'il fonctionne bien au niveau de la pénétration vaginale. Elle vient tout juste de commencer un traitement d'amitriptyline afin de réduire l'intensité de ses douleurs et elle est aussi suivie en physiothérapie pelvienne et périnéale en recevant des traitements de laser froid et enfin, elle reçoit des séances de psychothérapie. Ses attentes face au programme sont d'avoir plus de trucs et d'astuces au niveau de la gestion de la douleur dans le *day-to-day*. Madame est aussi intéressée par la littérature au niveau des douleurs vulvovaginales. Françoise fait part qu'elle est préoccupée par sa santé physique, puisqu'elle a aussi des difficultés au niveau de la muqueuse de ses yeux. Enfin, bien qu'elle éprouve plusieurs sentiments pour l'homme qu'elle fréquente, à raison d'environ une fois par semaine, elle ne le considère pas comme étant son amoureux, entre autres parce que celui-ci n'est pas fervent des relations d'engagement. Contrairement à lui, Françoise s'épanouit dans des relations durables avec engagement et elle souhaiterait fonder une famille.

Hypothèses cliniques

L'avis est que :

- L'aspect de la fonctionnalité au niveau du corps et de la sexualité revêt une grande importance pour la participante. Sensibiliser au niveau des normes sociales, au niveau de la santé physique, de la sexualité ainsi qu'au niveau des rôles sociaux *genrés*, serait pertinent. En effet, cela pourrait lui permettre de développer de nouveaux points de vue au sujet de sa féminité et d'identifier comment elle souhaite réellement vivre sa sexualité.
- La méditation pleine conscience ainsi que l'ACT (thérapie d'acceptation avec engagement) pourraient être expérimentées lors des séances et entre celles-ci. Cela pourrait avoir pour conséquence positive chez la participante d'augmenter son nombre d'outils pour mieux vivre ses douleurs, spécifiquement en accordant moins d'importance à ses craintes et scénarios catastrophes. Plus Françoise aura des outils pour s'adapter et pour se mettre en action malgré ses douleurs, plus agréable sera son quotidien et moins les douleurs seront centrales dans sa vie.
- Il apparaît essentiel que la participante identifie quel type de relation intime elle souhaite afin d'être en confiance et de pouvoir aborder plus facilement ses douleurs vulvovaginales et les soucis qu'elle vit à cause de celles-ci, exemple, la culpabilisation. De ce fait, elle pourrait avoir davantage de soutien et d'empathie de la part de son partenaire. Françoise a mentionné apprécier les relations d'engagement avec confiance. C'est peut-être ce sur quoi elle devra miser.
- Enfin, en ce qui a trait à ses craintes de concevoir et d'accoucher d'un enfant, le processus de résolution de problèmes et de fixation d'objectifs pourraient être pertinents. Cependant, l'idée serait qu'elle regagne davantage confiance en ses capacités sexuelles et qu'elle soit en mesure de solutionner ses difficultés grâce à ses deux processus avant de concevoir un enfant. L'emphase sera d'abord de miser sur l'importance d'entamer des actions qui pourront lui faire vivre des succès et réduire son nombre de scénarios catastrophes et non de focaliser sur son désir d'avoir un enfant, puisque celui-ci n'est pas encore d'actualité.

Plan d'intervention et objectifs

Un plan d'intervention a été rédigé (annexe R) et approuvé par Françoise à partir des éléments identifiés lors de la rencontre préparatoire et de la rencontre d'analyse. Voici quels étaient les objectifs poursuivis :

- J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes
- J'identifie ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre
- Je suis en mesure d'identifier des normes liées : au corps et à la santé, à la sexualité et aux rôles sociaux
- J'augmente mes capacités communicationnelles avec mon partenaire en contexte sexuel
- Je développe de nouvelles habiletés en gestion de la douleur afin de réduire les scénarios catastrophes.

Résumé des activités réalisées

Françoise a participé à huit (8) rencontres d'intervention individuelle allant de 75 jusqu'à 120 minutes. La moyenne des rencontres fût de 90 minutes et elles ont eu lieu du 10 mars au 30 juin 2019. Un tableau détaillé des différentes activités et des objectifs poursuivis est disponible à l'annexe R.

Comme dans toute relation d'aide en travail social, les difficultés vécues et les forces de la cliente ont été identifiées. De plus, des tâches ont été déléguées à Françoise dès la première séance, et ce jusqu'à la dernière, puis un retour sur la manière dont elles s'étaient déroulées et quelle utilité elles ont eue a été fait. Voici de manière résumée quelles activités ont été réalisées :

- Identification des difficultés vécues en lien avec les douleurs vulvovaginales
- Identification des bénéfices à communiquer ses douleurs et discussion au sujet de sa représentation sexuelle et de ce qui est souhaité
- Initiation au processus de fixation d'objectifs;
- Identification des soins de santé lui étant bénéfiques
- Proposition d'une lecture sur le clitoris et discussion suite à celle-ci
- Collectivisation des douleurs vulvovaginales en abordant la prévalence et les difficultés vécues par les femmes qui en souffrent
- Introduction à l'ACT et à la pleine conscience et encouragement auprès de la participante afin qu'elle les explore par elle-même entre les séances
- Différenciation faite entre la santé et le bien-être général
- Exploration d'une perspective davantage féministe du vaginisme, c'est-à-dire que la femme n'est pas la seule responsable du succès d'un rapport sexuel et qu'il s'agit d'une responsabilité partagée avec le conjoint ou partenaire sexuel
- Réalisation de deux évaluations sur l'atteinte des objectifs et sur l'appréciation du processus portant sur les neuf séances.

Atteinte des objectifs

Lors de la première rencontre de participation au programme, Françoise a mentionné que ses douleurs impactaient négativement sa qualité de vie à 7,5 sur 10, où 1 signifie que la douleur ne régent pas du tout sa vie et 10 signifie que la douleur régent complètement sa vie (annexe M). Elle constate lors de l'évaluation de fin de participation que les douleurs impactent moins sa qualité de vie, c'est-à-dire à 5 sur 10. Madame relate qu'elle croit que les rencontres ont été bénéfiques, et ce, en complément avec d'autres services tels que la physiothérapie et la psychothérapie. Elle ajoute aussi que son partenaire ne montre pas de signes d'impatience vis-à-vis la difficulté à avoir des rapports sexuels avec pénétration :

Je me sens moins prise émotionnellement, dans le sens où c'est comme si j'ai un peu moins de cette souffrance-là chaque jour, tu sais à me demander quand je vais guérir, comment, je ne suis pas chanceuse et tout, on dirait que je suis plus dans d'autres choses, dans mes occupations, on dirait qu'il y a plusieurs facteurs ensemble qui ont influencé là-dessus (...). Puis on dirait que j'ai comme fait le tour de la problématique. Puis il y a aussi ma relation avec le gars que je fréquente, le fait qu'il ne me manifeste aucun signe que je doive me presser ou guérir. (Participante 5, évaluation de fin de participation)

De manière plus concrète, Françoise a identifié que ce fût surtout les discussions au niveau de la sexualité et de l'hégémonie du coït vaginal par le pénis lors des séances d'intervention qui ont pu lui permettre d'avoir une perspective différente et de ressentir moins d'impacts négatifs au niveau de sa qualité de vie. De plus, la participante a ajouté qu'elle réalisait qu'elle avait encore le temps de concevoir un enfant, l'un de ses principaux objectifs de vie. Elle a dit que ce constat réduisait une potentielle détresse liée à une grossesse qui ne pourrait pas avoir lieu à cause de son âge, de ses douleurs, ou puisqu'elle n'a pas encore rencontré la bonne personne : « cela fait en sorte que moi ça me relaxe un peu à me mettre de la pression, alors je me dis ok, j'ai du temps devant moi, je suis dans la jeune trentaine » (Participante 5, évaluation de fin de participation).

En ce qui a trait à son objectif **d'identifier les difficultés vécues en lien avec ses douleurs vulvovaginales persistantes**, madame a fait part lors de l'évaluation de mi-parcours et lors de celle de fin de participation qu'il était tout à fait atteint, soit à 5 sur 5 (annexe I). Françoise a mentionné qu'avant nos rencontres, elle était environ à 3,5 sur 5. Nous pouvons donc constater un progrès qui se manifeste par le fait que la participante est en mesure de mieux évaluer ce que la problématique des douleurs vulvovaginales persistantes peut causer chez elle et comment elle peut y réagir : « ben moi au départ ça faisait déjà longtemps [qu'elle avait un diagnostic], j'avais déjà eu des services professionnels, j'avais déjà pu identifier des difficultés. Au téléphone j'avais pu faire un bon préambule et au fur et à mesure lors des rencontres ça se développe et

se précise », « (...) on a abordé [lors de sa participation au programme] le même problème sous plusieurs sphères : aspect relationnel, image de moi, représentation de la sexualité en couple. C'est aidant au niveau de la réflexion au sujet des difficultés vécues, ça nourrit vraiment ma réflexion. (Participante 5, évaluation de mi-parcours) Aussi, le fait d'identifier les difficultés vécues a été pour madame un exercice incontournable et bénéfique au niveau de sa mise en action vers un mieux-être :

Au début, on a un symptôme, mais on ne sait pas tout ce qui est relié à ça, comment ça se manifeste et tout, puis on dirait que là, je viens qu'à plus connaître les paramètres, jusqu'où ça m'affecte, dans quelle sphère de la vie, qu'est-ce qui marche, qu'est-ce qui ne marche pas, qu'est-ce qui m'aide, qu'est-ce qui me nuit, tu sais, où je suis rendue dans mon processus, ce qui est normal. Cette réflexion-là, d'en parler du problème, de tout ce que ça implique, pour moi c'est la base, la base pertinente (...) à cheminer là-dessus, à améliorer les choses, développer l'adaptation (...). Le fait d'en parler peut amener une canalisation, une réflexion à deux et une remise en perspective. (Participante 5, évaluation de fin de participation)

Le second objectif de la participante était **d'identifier ce que représente la sexualité pour elle et comment elle souhaite la vivre**. Au moment de l'évaluation de mi-parcours, madame a mentionné être à 2,5 sur 5, contrairement à 2 sur 5 avant sa participation au programme. Lors de la dernière rencontre, elle a noté un progrès en se considérant désormais à 4,5 sur 5. Elle attribue ce progrès entre autres au fait d'avoir élargi sa représentation de la sexualité à quelque chose qui va au-delà du coït vaginal par le pénis : « en définissant cela ici, je me suis rendue compte que la pénétration faisait partie de mes objectifs à atteindre, mais qui fait partie d'un éventail de choses et non la seule façon d'avoir une sexualité saine » (Participante 5, évaluation de fin de participation).

Françoise ajoute également que l'identification de ce qu'elle souhaite sexuellement fût aidante et que cela ramène à rabaisser l'écart entre ce qu'elle fait actuellement au niveau sexuel et ce qu'elle voudrait faire. C'est une manière de définir quel est mon

idéal, mon type de sexualité et je m'aperçois que je vis à peu près ça. La participante considère avoir tout à fait atteint son objectif, mais elle reconnaît avoir encore des fragilités au niveau des idées qu'elle entretient face à la sexualité et sa mise en action vers celle-ci. Voici de quelle manière elle a nuancé ce qu'elle juge être sa perception d'elle-même :

Puis mon sentiment par rapport à ma sexualité, je dirais que je suis rendue peut-être à 2,5 sur 5 parce que je sens que je n'ai pas atteint encore cette branche-là de l'éventail qui en fait partie, la pénétration là, mais par contre, j'ai la moitié des points sur 5 parce que j'obtiens beaucoup de choses de ce que j'aime, tu sais on parlait des modalités sensorielles comme les massages, jouer dans les cheveux, se coller, embrasser, fuck ça, ça fait partie de mes choses importantes et puis je l'ai! Donc il me manque une corde, parce que je me sens encore dysfonctionnelle, je ne peux pas le faire (...). (Participante 5, évaluation de fin de participation)

La notion de fonctionnalité a été abordée dès la première rencontre par madame, comme étant une importante préoccupation et elle le demeure encore aujourd'hui. Cependant, elle affirme être en mesure de se mettre moins de pression à l'idée d'une performance sexuelle qui serait liée à la pénétration. Elle ajoute que les discussions lors de l'intervention visant la dédramatisation de cet impératif de coït et de ses répercussions, tel un sentiment de culpabilité ou de remise en question des capacités du corps ont été bénéfiques. Enfin, Françoise a ajouté sereinement que les hommes qui accordent une trop grande importance à la pénétration ne peuvent ou ne pourront probablement pas représenter de bons amants pour elle. Elle vise plutôt un laisser-aller où les deux partenaires visent à se faire du bien mutuellement, sans impératif.

Le troisième objectif de la participante est complémentaire à son deuxième. En effet, il s'agit **d'augmenter ses capacités communicationnelles avec son partenaire principalement en contexte sexuel**. Lors de l'évaluation de fin de participation, Françoise était ravie de mentionner qu'elle avait progressé depuis sa participation au

programme et lors de l'évaluation de mi-parcours. En effet, elle juge avoir été à 3,5 sur 5, puis à 4 sur 5 et maintenant à 4,5 sur 5 au niveau de l'atteinte de l'objectif. Elle a pu d'emblée donner rapidement un exemple très concret pour expliquer ce progrès :

Je trouve que les derniers temps avec lui [partenaire sexuel], j'étais beaucoup plus directe avec lui, je ne m'en faisais pas par rapport à ce qu'il allait penser, moins en tout cas qu'avant. Tu sais comme mettons s'il arrivait dans une zone plus sensible, comme en bas, qui voulait toucher, je lui disais non ne touche pas là, reste en haut, puis il disait pourquoi pas en bas, ben je lui disais parce que ça fait mal [rires]. Tu sais avant je lui aurais dit, ah, je ne suis pas prête, je me sens sensible, j'étais moins directe. Je sens qu'il est beaucoup plus au courant qu'au début sur les vraies choses, ou est-ce que je suis rendue, et il est au courant que c'est long. Je me sens mieux avec ça. (Participante 5, évaluation de fin de participation)

Ces propos sont évocateurs d'une plus grande affirmation communicationnelle et aussi d'un plus grand désir de la participante à vouloir apprécier les rapports et considérer son propre bien-être sexuel. On constate aussi que les deux partenaires travaillent davantage en équipe en ce sens et que madame partage mieux la responsabilité du succès des rapports. Elle ajoute que le fait d'être plus affirmative peut fort probablement aider son partenaire à mieux se situer et à ne pas considérer la douleur comme quelque chose d'insurmontable sur laquelle elle n'a pas le contrôle.

Lors de l'évaluation de mi-parcours, Françoise avait fait part du fait qu'elle avait de la facilité à communiquer et qu'il s'agissait d'une de ses forces, mais qu'elle vivait néanmoins des enjeux à ce niveau, principalement en appréhendant des insatisfactions chez son partenaire :

(...) nous avons parlé ensemble de mes perceptions de ce que lui [partenaire] pense, j'ouvre maintenant l'option dans ma tête qu'il ne trouve peut-être pas cela aussi problématique que moi. Je sais que je communique facilement ce que j'aime, et moins ce que je n'aime pas, nous en avons parlé. Mais je réussis à lui en dire de plus en plus.

Je m'aventure. Mon partenaire n'a pas l'air de trouver ça trop problématique. (Participante 5, évaluation de mi-parcours)

Le fait que Françoise ait pu vérifier ses hypothèses auprès de son partenaire lui a permis de réduire ses inquiétudes, bien que certaines soient encore présentes. Elle a aussi décidé de lui parler davantage de ses rendez-vous médicaux, et comme monsieur ne se montre pas inquiet, cela facilite les confidences de la participante à son endroit et favorise des rapprochements.

Le quatrième objectif de Françoise était lui aussi complémentaire avec ses objectifs précédents, c'est-à-dire, **d'être en mesure d'identifier des normes liées au corps, à la santé et aux rôles sociaux genrés**. Lors de l'évaluation de fin de participation, madame a fait part qu'elle avait progressé et il en fut de même à l'évaluation de mi-parcours. En effet, elle juge avoir été à 3,5 sur 5, puis à 4 sur 5 et maintenant à 4,5 sur 5 au niveau de l'atteinte de l'objectif. Françoise fait part que les nombreuses discussions par rapport à la pénétration vaginale fût aidante puisqu'il s'agit d'une norme dominante. Elle a aussi mentionné que la lecture proposée au sujet de la démystification du clitoris a été utile pour elle :

Ben ils ont fait la perspective historique sur les théoriciens qui ont parlé de la sexualité de la femme, premièrement c'est beaucoup des hommes [rires], dont Freud, et plein d'hommes gynécologues qui finalement ont dit, dans les normes qui étaient avancées que l'orgasme vaginal était plus mature, plus avancé, meilleur. Pis toute cette norme-là qui est véhiculée sur la sexualité, la pénétration étant le principal objectif à atteindre, qui selon des théoriciens qui mettent en valeur ce plaisir-là, obtenu de cette façon-là. Moi je trouve ça intéressant de revoir ces normes-là après à partir des récentes études sur le clitoris, qui est étendu grâce à des ramifications, avec un orgasme vaginal, ben tu sais, ils venaient qu'à différencier est-ce que la source était parce qu'il y eut une pénétration que les gens appellent ça un orgasme vaginal, alors que c'est le même organe qui est stimulé jusqu'en haut ou si c'est directement le gland du clitoris qui est stimulé. Ben tout ça, la femme, le plaisir de la femme, ça m'a beaucoup renseignée, aidée. (Participante 5, évaluation de fin de participation)

En effet, un des modes d'apprentissage privilégié par Françoise est par la théorisation de concepts et lorsqu'il y avait des références à des éléments identifiés au niveau de la littérature. Ce fût d'ailleurs une de ses attentes en participant au programme d'intervention. De plus, ses nouvelles connaissances sur l'anatomie du clitoris lui permettent d'être moins influencée par les normes sexuelles dominantes et d'adopter une posture différente face à celles-ci : « Juste de savoir ça, on se sent un peu moins en échec de ne pas pouvoir le faire [coït vaginal par le pénis] » (Participante 5, évaluation de fin de participation). Elle a mentionné savoir comment atteindre un plaisir autrement et accessible sans douleur et lors de l'évaluation de mi-parcours, elle avait déjà entamé de nouvelles réflexions au niveau de sa sexualité et des normes. Ce qui porte à croire que ses inquiétudes face à l'idée de répondre à l'impératif de la pénétration vaginale s'amointrissent puisque madame en fait état lors de tous ses objectifs liés à la sexualité :

L'idée de la pénétration vient d'emblée, c'est bien de le garder en tête. Ça permet de représenter ma relation actuelle comme un éventail de possibilités au niveau de la sexualité, dont les caresses et les massages, l'aspect sensoriel. La pénétration vaginale n'est pas la sexualité ultime. (Participante 5, évaluation de fin de participation)

En ce qui a trait aux normes véhiculées au niveau du corps et de la santé physique, Françoise fait part de nouvelles réflexions suite aux discussions en abordant la notion de subjectivité dans les façons de percevoir ce qu'est une bonne santé, souvent exempte de douleur et s'exprime vers sa définition de la santé ou de son bien-être :

Se sentir bien physiquement et mentalement et pour se sentir bien mentalement il y a toute la notion d'acceptation là-dedans finalement. « Est-ce que parce que j'ai ça, je ne suis pas en santé ou bien le reste de ma santé va bien, sauf cette partie-là ? », ça permet de compartimenter et de ne pas avoir une vision trop nuisible de moi-même. (Participante 5, évaluation de fin de participation)

Le dernier objectif poursuivi visait à **développer de nouvelles habiletés en gestion de la douleur, dont la diminution des scénarios catastrophes**. Cet objectif n'avait pas

été évalué lors de l'évaluation de mi-parcours puisqu'il avait très peu été abordé. Lorsqu'il lui a été demandé si elle cheminait au niveau de son objectif, madame a mentionné qu'elle se jugeait à 4 sur 5, contrairement à 3 sur 5 avant sa participation au programme. Françoise a fait part que l'expérimentation du processus de fixation d'objectifs a été pertinente pour elle, surtout afin de se préparer à un rapport sexuel avec pénétration et d'entrevoir le tout à nouveau possible. Elle a d'ailleurs fait part qu'elle pourrait réutiliser ce processus dans le futur afin de sentir qu'elle progresse :

Ça donne des idées aussi sur comment procéder dans mes étapes pour quand je vais avoir une relation sexuelle, pour quand je vais retenter le coup, si je guéris un peu là, ben comment je vais pouvoir le faire en petites étapes, dans cet objectif-là d'essayer de regagner ça pour mon prochain rapport sexuel, on l'avait déjà par mini étapes. (Participante 5, évaluation de fin de participation)

De plus, la participante entrevoit davantage le fait de faire participer son partenaire au niveau de la préparation au rapport sexuel grâce à une dilatation du vagin en utilisant des dilataateurs, chose pour laquelle elle ne se sentait pas prête lors des premières rencontres. Des manières de solutionner ses difficultés émergent de plus en plus, en fonction de son rythme et de sa personnalité. Françoise a ajouté avoir fait des essais par elle-même, dont le changement de savon à lessive et le fait d'y aller lentement et progressivement lors de ses exercices de dilatation et d'y ajouter par la suite du froid au site endolori. Il s'agit de nouvelles actions entreprises par la participante afin d'ajouter des actions au niveau de l'auto-gestion de sa douleur. Elle explique également son progrès grâce à son cheminement vers une meilleure acceptation de ses douleurs :

Peut-être en lien un peu avec l'acceptation, quand je fais mes exercices, j'ai un certain niveau de douleur, des fois je vais me sentir moins découragée ou en souffrance par rapport à cela, je m'attends à ce que ça fasse mal. Quand ça fait mal, tu sais, je suis moins dans... pas la panique, mais dans le « ahh, ça fait encore mal », non. Je m'y attends que ce soit là, puis c'est comme de la tolérer, peut-être que c'est mieux. (Participante 5, évaluation de fin de participation)

Toujours lors de l'évaluation de fin de participation, madame a également mentionné ceci : « je m'en sens peut-être moins un peu submergée (...) ce serait plus « ah j'ai mal, mais je le sais », je ne sais pas comment expliquer ça, c'est pas la panique, mettons! ». Françoise fait part qu'elle ressent moins de culpabilité et de pression. Les scénarios catastrophes sont encore présents, mais ses inquiétudes sont moins soutenues, entre autres grâce à son engagement qui améliore sa qualité de vie. Elle demeure néanmoins très craintive à l'idée de se blesser au niveau cutané lors d'un rapport sexuel avec pénétration. Enfin, elle a fait part que des activités de pleine conscience telle que le fait d'agir comme une observatrice sage face à sa douleur s'avère un nouvel acquis.

Bilan et appréciation

Lors de l'avant-dernière rencontre, il a été demandé à Françoise sous forme de tâche d'identifier si elle avait fait des découvertes sur elle lors de sa participation au programme, quels apprentissages elle avait faits et si des changements étaient observables. La participante a eu de la facilité à faire part de sa découverte, soit le fait qu'elle se considère persévérante :

C'est une découverte, mais en même temps c'est quelque chose qui s'est confirmée, on dirait du fait que moi je suis persévérante dans la vie, c'est une caractéristique que je savais un petit peu déjà, mais juste en observant faire ces démarches-là, faire ce travail-là ici, pas lâcher tout ce que je dois faire, mes soins, mes exercices, tu sais malgré les petites pauses, je me sens persévérante à travers ça. (Participante 5, évaluation de fin de participation)

Françoise mentionne qu'elle se trouve pro-active et qu'elle n'est pas certaine que d'autres personnes agiraient en ce sens, si elles étaient face à la même problématique de douleur. Elle ajoute que ce constat est un facteur de motivation pour elle :

C'est une belle découverte de me voir en action, ça me fait sentir comme un peu de pouvoir personnel. Ce pouvoir-là personnel ben justement tu

sais quand on veut changer les choses on peut, ça veut dire que peut-être, ça veut pas dire à 100 % que je vais guérir, c'est pas sûr, mais au moins je peux changer quelque chose et essayer, pouvoir améliorer.
(Participante 5, évaluation de fin de participation)

En ce qui a trait aux apprentissages et aux changements, Françoise a décidé de les amalgamer, mentionnant le fait qu'il s'agissait pour elle d'un tout. Globalement, elle fait part qu'elle se sent beaucoup moins envahie par ses douleurs et que ceci ne peut être facile mesurable, mais qu'il y a une différence au niveau de son ressenti :

Mon plus grand apprentissage, c'est le cheminement émotionnel que je sens avoir fait, cette espèce de détachement là de la problématique. Tu sais je ne me sens pas encore parfaite ou détachée, mais je me sens moins souffrante quand même qu'il y a quelques mois, ou un an ou un an et demi. Là c'était « mon dieu ! » Ça me tournait toujours dans la tête, tout ne marchait pas (...). On dirait que là ben je sens plus le détachement émotionnel, je sens une moins grande détresse par rapport à ça.
(Participante 5, évaluation de fin de participation)

Françoise a aussi fait part que son sentiment de confiance face à un partenaire sexuel n'est plus le même : « j'ai moins peur aussi d'être rejetée par rapport à cela [douleurs], ce n'est pas éliminé complètement, mais on veut plaire et bien fonctionner, mais c'est de moins en moins un enjeu majeur » (Participante 5, évaluation de fin de participation). Elle a en effet mentionné qu'elle était plus affirmative au niveau de la communication sexuelle et qu'elle croyait désormais que cela pouvait être plus aidant auprès de son partenaire, que nuisible.

Au niveau de son appréciation du processus lors de mi-parcours et de sa fin de participation, Françoise s'est dite très satisfaite. En effet, elle a fait part qu'elle avait pu bénéficier d'une intervention professionnelle et sensible, qu'elle s'était sentie écoutée et comprise. Madame a aussi mentionné que les discussions ont eu pour effet d'alimenter ses réflexions et qu'il y avait eu de la place pour aborder des thèmes importants en profondeur et de faire des liens tant avec des expériences personnelles,

des lectures ou film. Françoise a apprécié le lien de confiance dans la relation d'aide qui selon elle s'est très bien établi au départ, et s'est maintenu tout au long du processus. Elle a aussi trouvé les lectures proposées très pertinentes et aidantes.

Enfin, bien que Françoise avait déjà des cordes à son arc en termes de gestion de sa douleur, entre autres par le fait qu'elle vivait cette situation depuis plus d'un an et demi, sa participation au programme fût aidante et complémentaire à ses suivis en médecine, psychothérapie et physiothérapie. En effet, elle avait cinq objectifs dans lesquels elle devait cheminer afin de mieux vivre avec ses douleurs vulvovaginales. Du progrès a été constaté pour chacun d'entre eux et bien qu'il peut parfois sembler subtil au niveau des notes attribuées de 1 à 5, la participante a fait part qu'elle était satisfaite des progrès faits et qu'elle les considérait plutôt importants vu le temps et le nombre de séances réalisées. Ce qui est le plus marquant au niveau de la participation de Françoise, c'est entre autres son positionnement face à l'aspect de la fonctionnalité sexuelle. Bien que la pénétration vaginale par le pénis demeure un de ses objectifs, elle ne considère pas cet acte comme la sexualité ultime absolument nécessairement à son bien-être. Un autre fait marquant est le fait que madame ait mentionné se sentir beaucoup moins submergée par ses douleurs, pour utiliser ses mots, elle juge avoir fait un cheminement émotionnel. Enfin, Françoise a également mentionné lors de l'évaluation du processus de mi-parcours et de fin de participation qu'elle avait beaucoup apprécié la manière dont les choses s'étaient déroulées et que de réfléchir à deux au sujet de ses difficultés pouvait favoriser l'émergence de solutions et de nouvelles pistes de réflexion. On peut donc constater que sa participation au programme fût bénéfique.

3.6 Christine

Demande de service et référence

C'est grâce à la consultation d'une affiche de recrutement visible dans la salle d'attente de la clinique Rosemont (milieu de stage) que Christine a entendu parler du programme d'intervention auprès de femmes ayant des douleurs vulvovaginales persistantes. Après un court entretien téléphonique, une rencontre d'environ 30 minutes, madame a décidé d'y participer.

Caractéristiques sociodémographiques

Christine est une jeune femme de 26 ans et elle détient un diplôme de 1^{er} cycle dans le domaine de la santé. Bien qu'elle ne soit pas native de cette ville, elle vit et travaille dans son champ d'expertise à Montréal. Madame est présentement célibataire, mais elle a déjà fréquenté des hommes.

Situation présentée par la participante

Christine désire participer au programme puisqu'elle a un diagnostic de vaginisme et que cela l'amène à ressentir un sentiment de découragement face à l'avenir, une impression d'isolement social, des difficultés à gérer la douleur et des défis au niveau de la communication en contexte sexuel. De plus, elle ajoute être curieuse de constater quel apport peut avoir le travail social par rapport à ses difficultés vécues. Madame ne spécifie pas avoir d'attentes particulière face au programme, ne serait-ce que d'être intéressée par la démarche de l'intervenante qui se spécialise au niveau de l'aspect social des douleurs vulvovaginales. La participante fait part qu'elle est suivie en physiothérapie périnéale et pelvienne et qu'elle bénéficie de séances en sexologie depuis environ un an.

Hypothèses cliniques

L'avis est que :

- Christine ne se confie pas facilement et émet quelques jugements et analyses sur elle-même. Il n'est pas aisé de bien saisir l'impact que les douleurs ont sur elle. Il s'agira donc de la mettre en confiance afin qu'elle se sente à l'aise de parler d'elle, et ce, au-delà des douleurs. Cela pourra favoriser des confidences au niveau de ses difficultés vécues, spécifiquement au niveau sexuel.
- Madame a de la difficulté à identifier ce qu'elle recherche au niveau de la sexualité, mise à part la pénétration vaginale. Cela fait en sorte que lorsque la douleur est vécue, elle a peu d'alternatives à proposer à un partenaire sexuel. Cela peut amener une certaine fermeture de la part de l'homme et une impression chez madame de ne pas être comprise. Le fait de faire des exercices sur comment elle désire vivre sa sexualité ainsi que des activités de verbalisation en contexte sexuel pourraient être bénéfiques afin d'augmenter sa satisfaction et celle d'un partenaire. Ce gain au niveau de la résolution de problèmes en gestion de la douleur pourra la faire gagner en confiance et amoindrir l'idée qu'elle est limitée sexuellement.
- Bien que Christine ait deux bons amis, le nombre de rapports sociaux limités peuvent contribuer à un certain isolement. Celle-ci mentionne qu'elle se sent confortable avec cette réalité. Il lui sera tout de même suggéré de maintenir un nombre minimal de rapports mensuels et de se permettre de se confier et de faire part de ses difficultés à ses amis et aussi à sa famille. Cela pourrait renverser la tendance actuelle où elle est plutôt dans le rôle de confidente et minimiser l'isolement.

Plan d'intervention et objectifs

Un plan d'intervention a été rédigé (annexe S) et approuvé par Christine à partir des éléments identifiés lors de la rencontre préparatoire et de la rencontre d'analyse. Voici donc quels étaient les objectifs poursuivis :

- J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes
- J'identifie les forces qui peuvent être transposées dans un contexte de gestion de la douleur

- J'identifie ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre
- J'augmente mes capacités communicationnelles en contexte sexuel
- J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes
- J'augmente le nombre d'activités ludiques/de détente entre ami(e-s)

Résumé des activités réalisées

Christine a participé à trois (3) rencontres d'intervention individuelle allant d'une durée de 60 à 75 minutes. La moyenne des rencontres fut de 60 minutes et elles ont eu lieu du 22 janvier au 9 mars 2019. Un tableau détaillé des différentes activités et des objectifs poursuivis est disponible à l'annexe S. Pour des raisons de santé, madame a dû mettre un terme à sa participation après trois séances. Voici tout de même un résumé des activités qui se sont déroulées lors de sa participation :

- Identification des difficultés vécues en lien avec les douleurs vulvovaginales
- Exercices d'identification des forces et mise en valeur de celles-ci
- Identification des blocages à la communication sexuelle et des bénéfices à communiquer
- Identification des loisirs appréciés et invitation à en pratiquer un avec une amie de manière régulière.

Atteinte des objectifs

Comme madame a dû mettre fin à sa participation après trois séances, il ne peut y avoir de descriptif sur l'atteinte des objectifs, ni de mesure de la satisfaction quant au processus. En effet, le temps dont nous avons disposé a été très limité et aussi puisque la première évaluation devait avoir lieu lors de la quatrième séance.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Dans les lignes qui suivent, il sera d'abord question de la discussion entre ce qui a été identifié au niveau de la littérature et ce qui a pu être observé lors du stage avec des femmes ayant des douleurs vulvovaginales. Ensuite, nous ferons état de ce que nous jugeons être les forces et les limites du programme, pour ensuite faire quelques recommandations au niveau de l'intervention suite aux expérimentations faites.

4.1 Liens avec les écrits scientifiques

Plusieurs constats mentionnés dans la littérature ont pu être observés lors des rencontres d'intervention individuelle durant le stage. La discussion sera faite autour des principaux constats découlant de la pratique d'intervention de l'étudiante.

Dans un premier temps, nous avons repéré une forme d'isolement chez certaines participantes au programme d'intervention. En effet, le retrait et l'isolement social causés par le caractère tabou des douleurs vulvovaginales fut identifié au niveau des écrits scientifiques (Nguyen et al., 2012; Nguyen et al., 2013). Ceci s'est avéré vrai pour deux participantes sur cinq lors du stage. En effet, deux d'entre elles dont une ayant un diagnostic depuis peu de temps et une ayant un diagnostic depuis plus de dix ans, n'osaient pas aborder leurs douleurs avec leurs proches. Dans le cas des trois autres participantes, ce fût aussi le cas pour une d'entre elles lorsqu'elle en était à sa première année de douleur.

En ce qui a trait à la demande d'une aide médicale, trois participantes sur cinq ont relaté avoir eu de la difficulté à recevoir une bonne prise en charge, surtout parce que les médecins à qui elles s'adressaient banalisaient leurs douleurs. Elles ont souffert longtemps, soit une pendant plus de dix ans. Elles ont dû expérimenter des solutions par elles-mêmes, par exemple des produits pharmaceutiques ou des médecines alternatives. Ce constat avait effectivement été mentionné par Harlow et al. (2001) et Trutnovsky *et al.* (2001) chez les femmes ayant des douleurs à la vulve. Enfin, une participante sur cinq avait de la difficulté à bien saisir le lieu de ses douleurs au niveau de sa vulve et de son vagin. En effet, il a été identifié dans les écrits scientifiques par Collier *et al.* (2016) que la mauvaise connaissance de l'anatomie de la vulve pouvait être un enjeu et faire en sorte que des femmes taisent certains symptômes, ce qui rendait la demande de soin difficile.

Un autre constat, celle de la détresse identitaire, principalement identifiée par une remise en question de la féminité (Ayling et Ussher, 2008; Cantin-Drouin *et al.*, 2008; Du Plessis, 2015; McPhillips *et al.*, 2001) a été observée chez trois participantes sur cinq. Deux d'entre elles avaient beaucoup de réflexions à l'effet qu'elles n'étaient pas « fonctionnelles », qu'elles étaient « défectueuses » ou encore que son « corps était son ennemi ». Une autre vivait un sentiment de culpabilité très fort face au fait qu'elle n'était pas capable d'avoir de rapports sexuels avec pénétration vaginale. Elle avait la très forte idée qu'aucun homme ne pouvait souhaiter être en relation avec une femme ne pouvant pas s'adonner au coït. Enfin, la dernière participante était très en réaction devant le phallocentrisme (Kaler, 2006), et revendiquait des rapports plus variés avec son conjoint et pas seulement génitaux et que cela était très important afin de combler une femme et elle en particulier.

L'impact sur la vie de couple a aussi été un élément observé chez certaines participantes. Les difficultés vécues au sein du couple étaient présentes chez trois femmes sur cinq

ayant participé au programme d'intervention. Il était en effet indiqué dans la littérature que les enjeux communicationnels et ceux reliés à la satisfaction sexuelle au sein du couple où la femme a des douleurs vulvovaginales étaient fréquents (Awada *et al.*, 2014; Bois *et al.*, 2016; Pazmany *et al.*, 2014; Smith et Pukall, 2014; Sutton *et al.*, 2009). Tel que mentionné ci-dessus, un sentiment de culpabilité se faisait ressentir devant le fait d'avoir de la difficulté à être pénétrée vaginalement ou de recevoir des touchers au niveau de la vulve. Ceci étant dit, deux des participantes étaient satisfaites du type de communication qu'elles entretenaient avec leur conjoint ou partenaire sexuel. Ce qui était moins identifié au niveau de la littérature et qui a pu être observé au niveau de la pratique, ce fût des inquiétudes marquées chez les femmes qui n'étaient pas ou pas sérieusement en couple, à l'idée d'être actives sexuellement ou à l'idée de fréquenter des hommes occasionnellement. En effet, les participantes appréhendaient des difficultés avant même qu'une relation ne soit établie et cela pouvait représenter un frein à concrétiser un désir d'être en couple. Cela pouvait causer de la détresse émotionnelle, y compris chez celles pour qui ce n'était pas une priorité d'être en couple.

Aussi, tel que l'ont avancé plusieurs auteurs, la qualité de la relation et de la communication au sein du couple, tel que l'écoute et l'empathie mutuelles peuvent être des facteurs de satisfaction sexuelle (Awada *et al.*, 2014; Jodoin *et al.*, 2008; Pazmany *et al.*, 2014; Smith et Pukall, 2014). Ceci a pu être observé chez trois des femmes participantes au programme alors qu'elles ont mentionné avoir besoin que leur relation toute entière se déroule bien, que la communication soit bonne en général dans leur couple ou encore d'avoir besoin de sentir qu'elle a de la valeur pour son conjoint pour que le désir soit maintenu et qu'elle soit satisfaite sexuellement.

Les constats identifiés au niveau de la littérature voulant que les femmes ayant des douleurs vulvovaginales (Khandker *et al.* (2011) puissent éprouver de la détresse émotionnelle, de l'anxiété ou de la dépression, ont pu être observés au niveau du stage. Ce fut surtout la présence de scénarios catastrophes face au présent ou à l'avenir qui

furent généralisés chez la totalité des participantes, mais à différents niveaux. Une avait très peur que sa relation se termine avec son conjoint et elle était très émotive lors des trois premières séances. L'idée de ne jamais guérir ou de ressentir à vie leurs douleurs était présente chez quatre femmes sur cinq ayant participé au programme d'intervention et enfin une se posait beaucoup de questions sur sa valeur en tant que conjointe et tenait à « régler ça une fois pour toute », en parlant de ses douleurs.

Enfin, une participante a fait part de beaucoup de colère face à certains soins médicaux qu'elle avait reçus dans le passé et qui l'ont beaucoup découragée. Il s'agissait de commentaires de la part d'un médecin qui lui avait fait savoir qu'il ne comprenait pas comment elle pouvait encore fonctionner malgré ses douleurs à la vulve, au vagin et à l'anus et de la part d'une nutritionniste qui a laissé présager qu'elle ne serait pas capable de faire une diète particulière puisque c'était exigeant. Le manque d'encouragement a été un facteur de tristesse chez cette participante et de méfiance envers certains professionnels de la santé. Cette même participante était très préoccupée par l'idée qu'un homme ne voudrait pas d'elle à cause de ses douleurs et c'était très difficile et anxiogène pour elle d'aborder la question de la sexualité.

Par ailleurs, une nuance qui était mentionnée au niveau de la littérature était de savoir si la dépression ou l'anxiété pouvaient être les causes de douleurs vulvovaginales (Khandker *et al.* (2011); Masheb, *et al.*, 2005) ou si c'était plutôt la condition douloureuse qui pouvait les amener (Aikens *et al.*, 2003; Jodoin *et al.*, 2008; Nylanderlundqvist et Bergdahl, 2003). Comme le but du programme d'intervention n'était pas de traiter en profondeur la dépression ou l'anxiété, il est difficile de faire des comparaisons à ce niveau-ci entre la littérature et l'intervention. Cependant, deux participantes mentionnent être de nature stressée ou anxieuse, aimer bien faire les choses en général, faire des excès au niveau du travail ou des études, avoir le souci de la performance et d'entretenir de bonnes relations avec autrui. Une des participantes ressentait beaucoup d'inquiétudes dans sa vie amoureuse, mais lorsqu'elle a décidé de

mettre fin à sa relation, elle s'est aperçue que les douleurs avaient été un facteur de difficulté, mais que ce n'était pas la seule. Chez la participante qui a abandonné le programme pour des causes de santé, celle-ci a fait part que ses douleurs vulvovaginales n'avaient certes pas aidé au niveau de son diagnostic de dépression, mais qu'elle ne croyait pas qu'elles en représentaient la cause.

En ce qui a trait à l'idée de vouloir tomber enceinte et de mettre au monde un enfant, trois participantes ont évoqué des craintes, spécifiquement par rapport à l'accouchement. Les douleurs anticipées pouvaient donc avoir un impact sur le désir de procréation. Ceci confirme ce qui était identifié au niveau de la littérature par Kaler (2006), Johnson *et al.* (2015) et (Nguyen et al., 2012). En fait, ces auteurs ont aussi mentionné que les craintes étaient présentes, mais que les femmes qui désirent avoir des enfants maintiendraient leurs activités sexuelles afin de pouvoir procréer. Ce fut le cas pour une des participantes qui essayait, au moment de sa participation au programme, de devenir enceinte. Chez les deux autres femmes concernées par cette question, elles cherchaient d'abord à avoir plus d'outils afin de mieux vivre avec les douleurs, tout comme l'ont mentionné Johnson *et al.* (2015) avant de prendre la décision de procréer. Il a été jugé avec les participantes que les objectifs actuels étaient plus prioritaires. D'autant plus que l'une d'entre elles n'avait pas de partenaire stable et souhaitait d'abord rencontrer la bonne personne.

Au niveau de la littérature, des difficultés nuisant à la vie professionnelle, sportive et sociale des femmes ayant des douleurs vulvovaginales, furent identifiées (Cantin-Drouin *et al.*, 2008; Edwards, 2003; Ferchaud et Deval, 2006; Haefner *et al.*, 2005; Mathias, 1996; Reddy et Laufer, 2010; Reed, Barbara D, 2006; Reed, Barbara Diane *et al.*, 2012; Turner, 2013). Ces auteurs ont abordé : la consommation d'aliments ou de boissons, la pratique de certains sports, la position assise pendant de longues périodes, le port de vêtements serrés, l'insertion d'un tampon et le fait d'utiliser des produits ou des savons parfumés. En effet, quatre des participantes ont relaté vivre ou avoir vécu

des enjeux au niveau de leur alimentation et que cela pouvait influencer certaines douleurs au niveau de la vulve ou de l'anus, principalement dues à une pression au niveau de l'intestin. La plupart ont aussi évoqué qu'elles doivent être très vigilantes par rapport aux vêtements qu'elles portent, tout comme au niveau de l'utilisation de détergent à lessive ou savon servant à nettoyer la vulve. La position assise a aussi été mentionnée à deux reprises comme pouvant être problématique et bien que peu identifiée au niveau de la littérature, la marche pouvait créer des douleurs chez deux des femmes ayant participé au programme. Enfin, le stress a joué négativement sur la condition des femmes alors que celles-ci ont dit avoir plus de tensions au niveau du plancher pelvien en sa présence et que cela impactait au niveau des douleurs à la vulve ou au vagin. Ce lien a également été fait au niveau des écrits scientifiques (Ehrström *et al.*, 2009; Iglesias-Rios *et al.*, 2015; Pierce et Christianson, 2015).

En résumé, les difficultés identifiées au niveau de la littérature étaient présentes chez les femmes ayant participé au programme d'intervention individuelle. D'ailleurs, cela a consisté en une force au niveau du programme puisque les approches et techniques d'intervention avaient été pensées à la lueur de ce qui avait été identifié au niveau des écrits scientifiques.

4.2 Les forces du programme

4.2.1 Le processus

Une des premières forces au niveau du processus a été **l'attitude d'écoute et de confidentialité de l'intervenante** envers les participantes. De plus, les séances ont eu lieu dans une clinique offrant des services de santé, telle que de la physiothérapie en rééducation pelvienne et périnéale, et des services de psychologie et de sexologie. Cela a permis d'ajouter de la crédibilité au programme et de permettre des références vers d'autres services complémentaires au besoin.

Aussi, **le nombre de séances effectuées par les femmes participantes** (entre sept et neuf) a permis la réalisation de progrès considérables et une motivation à continuer leurs progrès par une poursuite de leur mise en action chez la totalité d'entre elles. Effectivement, la très grande assiduité dans la participation des femmes au programme constitue une force puisque cela évoque bien qu'elles avaient un intérêt marqué et donc des gains à poursuivre le programme afin d'améliorer leur situation. Une seule aurait aimé bénéficier de plus de neuf rencontres et bien que les autres vivaient encore des difficultés, elles se sont dites bien outillées pour l'avenir et que les douleurs prenaient une place moins centrale dans leur vie.

Un autre aspect positif est qu'un **local a été mis à la disposition de l'intervenante et plusieurs plages horaires ont été proposées** aux participantes du programme, soit deux matinées lors de la semaine et les deux journées de fin de semaine en entier. De plus, le local était disponible de manière générale pour une durée de 60 à 150 minutes. Il était donc possible de faire, au besoin, de longues séances avec les participantes, ce qui pouvait avoir pour effet de ne pas interrompre des discussions qui étaient bénéfiques. Lorsque les femmes vivaient un moment particulièrement difficile le fait d'avoir offert des rencontres d'en moyenne 80 minutes a pu contribuer à une progression de l'atteinte au niveau des objectifs fixés par les participantes, à créer un lien de confiance et à montrer aux femmes que leur situation était considérée.

En ce qui a trait à l'évaluation, la plupart des participantes semblaient très à l'aise de s'exprimer et de mentionner si elles avaient progressé ou non et si le programme répondait à leurs attentes. Le **fort lien de confiance** avec l'intervenante a probablement joué en ce sens afin qu'elles répondent le plus honnêtement possible. Autrement, les discussions portant sur la réalisation des objectifs et même du processus, auraient pu biaiser les résultats si elles s'étaient senties obligées de mentionner que des progrès étaient réalisés alors que ce n'était pas le cas, de peur de froisser l'intervenante.

4.2.2 Approches et techniques d'intervention ainsi que les activités réalisées

Le fait que les **difficultés psychosociales vécues par les femmes ayant des douleurs vulvovaginales aient été bien identifiées au niveau de la littérature** a permis de faire de bons choix d'activités qui peuvent être réalisées au sein du programme. Au cours du processus, il a été constaté qu'en effet les difficultés vécues les participantes étaient très sensiblement les mêmes que celles identifiées au niveau des écrits scientifiques. Cette collectivisation des impacts négatifs sur la qualité de vie fut donc aisée à faire par l'intervenante et cela a pu ajouter beaucoup de crédibilité à la démarche et a permis aux participantes de réduire le sentiment d'isolement ainsi qu'à dédramatiser.

De plus, le traitement d'un **seul thème principal**, soit les douleurs vulvovaginales persistantes a permis une amélioration de la qualité de vie des participantes. Néanmoins, il fallait tout de même considérer d'autres éléments de la vie quotidienne qui pouvait perturber l'équilibre des participantes et faire en sorte que leurs douleurs paraissent plus difficiles à surmonter. En effet, **l'adaptation des activités et techniques en fonction des besoins** fut donc un autre point fort du programme et ceci a été mentionné à plusieurs reprises (cinq participantes sur cinq) dans les évaluations du processus réalisé par les femmes. Les exercices d'ACT et de pleine conscience ont été fort utiles en ce sens et mis à part le concept de défusion cognitive, le reste des techniques pouvaient être utilisées. Lorsque l'intervenante jugeait que l'initiation à la défusion cognitive était pertinente, elle a été en mesure d'expliquer aux participantes de quoi il s'agissait. Bien qu'elle ne fût pas autorisée à la pratiquer, elle su les orienter au niveau des lectures à faire entre les séances. Pour deux participantes sur cinq, cela a eu un impact majeur. En effet, cela a pu leur donner de nouvelles perspectives quant à des idées ou pensées qui bien que légitimes, n'étaient pas aidantes pour elles.

Toujours au niveau des techniques d'intervention utilisées, **l'utilisation de**

l'intervention planifiée à court terme fut très facilitante de par son caractère visant une grande implication des participantes via l'établissement d'objectifs spécifiques précis. En effet, elle a permis aux femmes d'avoir un contrôle sur leur situation, grâce à la réalisation d'exercices et des compléments d'information par des lectures, et ce, sans que des achats soient à faire par les participantes. Plus les femmes s'impliquaient au niveau des tâches, plus elles ont fait part d'un progrès, à l'inverse, lorsque les tâches n'étaient pas réalisées en entier ou que la participante avait plus de difficulté à faire des liens, on remarquait une plus grande stagnation. Ce fut le cas pour une participante sur cinq, bien qu'elle ait quand même noté des progrès. Pour la plupart, les tâches à réaliser étaient plutôt faciles, mais elles portaient sur des thèmes auxquels elles n'avaient pas réfléchi depuis longtemps ou pour lesquels elles ne se laissaient pas le temps d'y penser ou encore parce qu'elles faisaient passer les besoins de leurs partenaires ou d'un futur partenaire, avant elles (trois participantes sur cinq).

4.3 Les limites du programme

Une première limite qui a pu être constatée est celle de l'évaluation de l'atteinte des objectifs d'une des participantes. En fait, celle-ci n'était pas à l'aise avec cette activité qui a eu lieu à la mi-parcours ainsi qu'à la fin de sa participation. De fait, il était difficile de dire si les réponses qu'elle a données lors des évaluations étaient complètement véridiques car elle semblait sentir une pression à mentionner qu'elle avait fait des progrès. Peut-être aussi par crainte de décevoir l'intervenante ou encore parce que cela pouvait la placer devant le fait qu'elle n'avait pas fait beaucoup de progrès, ce qui pouvait lui faire éprouver un sentiment de découragement. Elle a d'ailleurs mentionné lors d'une des évaluations du processus qu'il n'aurait pas dû y avoir une évaluation des objectifs de mi-parcours puisqu'il y avait peu de chance que des changements soient constatés. Bien que ce commentaire ait été mentionné seulement par une participante, il permet une réflexion sur le mode d'évaluation.

En plus de vivre des difficultés liées au vaginisme et à des douleurs suite à une vestibulodynie, une participante était atteinte de lichen scléreux. Cette maladie lui causait une modification importante de l'apparence de ses organes génitaux, dont une disparition progressive de son clitoris. Comme ce type de problématique n'était pas à l'étude, l'intervenante a eu moins de facilité à saisir l'ampleur de la détresse de la participante qui était surtout liée à la crainte d'avoir à nouveau des rapports sexuels, surtout avec pénétration. Cependant, après avoir identifié que ce n'était pas une priorité et un souhait soutenu chez la participante, des discussions visant à faire de la sensibilisation au niveau des normes sexuelles sociales dominantes furent bénéfiques.

4.4 Suggestion pour l'intervention et la recherche

Après avoir expérimenté ce programme d'intervention individuelle auprès de cinq femmes ayant des douleurs vulvovaginales persistantes, nous nous permettons d'émettre quelques suggestions sur ce qui pourrait être pertinent au niveau de l'intervention et de la recherche.

D'abord, nous considérons que l'intervention individuelle auprès des femmes ayant des douleurs vulvovaginales chroniques devrait être davantage valorisée, et ce, idéalement avant l'intervention de couple ou de groupe. Voici plus concrètement pourquoi et ce qui peut être envisagé :

- Considérer en premier lieu la condition de la femme avant même de considérer les impacts des douleurs sur le couple, dont les difficultés sexuelles. Effectivement, ce ne sont pas toutes les femmes vivant avec des douleurs qui sont en couple. Qu'elles le soient ou non, il importe de mettre l'accent sur leur santé physique et plus largement sur le bien-être général.
- Être au fait des inquiétudes à être active sexuellement avec un ou une partenaire et à quel point ses inquiétudes nuisent au désir d'être en couple.

Si le désir n'y est pas, s'assurer de ne pas créer un écart entre ce qui est réellement souhaité et ce qui est véhiculé au niveau des normes sociales.

- Cerner le désir de la femme à concevoir un enfant et de ne pas prendre pour acquis que c'est le cas. De fait, cela aura pour effet de ne pas *genrer* le rôle de la femme comme devant être une mère à tout prix.

Deuxièmement, nous considérons en effet que le travail social est tout à fait approprié pour intervenir auprès des femmes qui ont des douleurs vulvovaginales. Néanmoins, certaines règles devenues réservées aux psychothérapeutes, peut limiter un processus d'intervention avec la clientèle qui était ciblée. Nous croyons pertinemment que l'apport du travail social auprès de cette clientèle réside dans l'utilisation de l'approche systémique. En effet, la conscientisation aux normes sexuelles et de santé permet le développement de nouvelles perspectives face à la féminité. De plus, l'utilisation de l'intervention planifiée à court terme de Reid et Epstein favorise l'empowerment par la réalisation de tâches menant à l'atteinte d'objectifs tenant à cœur à la clientèle visée, comme ce fut d'ailleurs mentionné ci-dessus au niveau des forces du programme. De plus, il serait fort pertinent que davantage de services soient offerts en pratique publique. Voici donc quelles sont les suggestions en ce sens :

- Développer une plus grande complémentarité dans l'offre de services auprès des femmes ayant des douleurs vulvovaginales. Ex. : entre la psychothérapie pratiquée par des psychologues ou sexologues et les travailleurs sociaux, de même qu'entre les gynécologues et médecins généralistes et physiothérapeutes en rééducation pelvienne et périnéale.
- Rassembler quelques professionnels de la santé et des services sociaux ayant une expérience en douleurs génitales afin de multiplier les arguments auprès des administrateurs pour que des services psychosociaux puissent être offerts gratuitement dans le réseau public.

Enfin, nous croyons que l'évaluation est essentielle afin de constater la pertinence et d'assurer la qualité des services donnés dans la cadre d'une aide offerte à des femmes ayant des douleurs vulvovaginales persistantes. Une participante a mentionné qu'une seule évaluation de l'atteinte des objectifs aurait été suffisante puisqu'il y a peu de

chances que des résultats soient constatables à la mi-parcours. Voici donc ce qui peut être envisagé suite à ce commentaire :

- S'assurer que ces activités d'évaluation soient perçues comme une occasion pour la participante et l'intervenante d'être au même diapason et qu'elles visent une amélioration au niveau de l'atteinte des objectifs et une amélioration de la qualité de vie et non pas un examen des capacités personnelles de la participante ou de l'intervenante.
- Utiliser davantage de termes tels que progrès « pas du tout atteint », « partiellement atteint » et « tout à fait atteint » serait peut-être plus adapté et aurait peut-être une connotation moins notative ou performative et le terme « évaluation » pourrait être remplacé par « mesure de l'amélioration de la qualité de vie ».

À la lueur de ce qui est proposé ci-dessus au niveau de l'intervention, nous suggérons qu'il y ait plus de recherches visant à mieux comprendre le fonctionnement social de la femme ayant de douleurs vulvovaginales persistantes afin qu'il y ait plus de fondements théoriques dans le but d'avoir de meilleures balises au niveau de l'intervention. À l'heure actuelle, la recherche et l'intervention est plutôt axée sur l'amélioration du fonctionnement sexuel au sein du couple. De plus, les douleurs vulvovaginales sont surtout étudiées au niveau de la psychologie, de la sexologie et de la physiothérapie, mais très peu au niveau du travail social. Le fait qu'elles soient davantage théorisées d'un point de vue sociétal pourrait lui conférer une grande pertinence au niveau de l'intervention et faire en sorte que les travailleurs sociaux et les travailleuses sociales puissent faire partie des équipes multidisciplinaires visant l'accompagnement des femmes vers une amélioration de leur qualité de vie.

CONCLUSION

Ce travail de maîtrise démontre la pertinence scientifique et sociale d'intervenir auprès de femmes ayant des douleurs vulvovaginales chroniques persistantes. Effectivement, nous avons pu constater aussi bien au niveau de la littérature que de l'intervention que ces douleurs pouvaient causer son lot de difficultés au niveau psychosocial, dont une remise en question de la féminité et des capacités sexuelles, une tendance au repli sur soi, des enjeux communicationnels au sein du couple, la présence de stress, d'anxiété, parfois de la dépression et certaines limites au niveau des activités professionnelles, sportives et ludiques.

Ayant comme ligne directrice l'approche cognitivo-comportementale et systémique, ce stage a permis l'expérimentation de l'intervention individuelle auprès de femmes ayant des douleurs vulvovaginales persistantes et elle fut aidante pour celles-ci. En effet, l'utilisation de l'intervention planifiée court terme, de l'ACT, de la pleine conscience, de la cohérence cardiaque, du processus de résolution de problèmes ainsi que des activités de sensibilisation aux normes sexuelles dominantes ont permis une amélioration modérée à très grande de la qualité de vie des femmes ayant participé au programme. Bien que d'autres approches et techniques auraient pu s'avérer pertinentes, nous pouvons conclure que celles que nous avons utilisées ont été efficaces et appréciées, entre autres de par leur caractère visant à identifier les forces et les capacités des femmes, le développement de nouvelles perspectives ainsi que la mise en action vers des changements.

Enfin, nous pensons que ce projet contribue à l'avancement de l'intervention auprès des femmes ayant des douleurs vulvovaginales chroniques et souhaitons qu'elle soit

davantage explorée au niveau du travail social, au niveau de la recherche, ou en complémentarité avec les services d'autres professionnels. Nous recommandons également que l'intervention individuelle soit davantage utilisée et que l'accent soit mis en premier lieu sur le bien-être général de la femme et bien que fréquentes, moins sur les difficultés sexuelles. À ce propos, nous souhaitons également que les recherches féministes ayant comme sujet la représentation de la sexualité chez les femmes se poursuivent. Cela pourrait avoir pour effet de valoriser une diversité de points de vue et de semer l'idée que la sexualité est une facette de l'identité d'une femme et non l'unique fondement. Ainsi, l'intervention auprès de femmes vivant des douleurs et des enjeux au niveau de leur fonctionnement social ne pourra qu'être bonifiée. Enfin, bien qu'il y ait des services offerts aux femmes ayant des douleurs génitales, plusieurs d'entre eux sont offerts en pratique privée seulement. En ce sens, une intervention de nature collective serait souhaitée et pourrait faire l'objet d'un autre essai de maîtrise en travail social visant à mettre des stratégies en place afin que plus de services soient offerts gratuitement au sein du réseau public de santé et de services sociaux québécois.

RÉFÉRENCES

- Absil, G., Vandoorne, C. et Demarteau, M. (2012). Bronfenbrenner, écologie du développement humain. Réflexion et action pour la promotion de la santé.
- Aikens, J.E., Reed, B.D., Gorenflo, D.W. et Haefner, H.K. (2003). Depressive symptoms among women with vulvar dysesthesia. *American journal of obstetrics and gynecology*, 189(2), 462-466.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC.
- Arnold, L.D., Bachmann, G.A., Kelly, S., Rosen, R. et Rhoads, G.G. (2006). Vulvodynia: characteristics and associations with co-morbidities and quality of life. *Obstetrics and gynecology*, 107(3), 617.
- Awada, N., Bergeron, S., Steben, M., Hainault, V.A. et McDuff, P. (2014). To say or not to say: Dyadic ambivalence over emotional expression and its associations with pain, sexuality, and distress in couples coping with provoked vestibulodynia. *The journal of sexual medicine*, 11(5), 1271-1282.
- Ayling, K. et Ussher, J.M. (2008). "If sex hurts, am I still a woman?" The subjective experience of vulvodynia in hetero-sexual women. *Archives of sexual behavior*, 37(2), 294-304.
- Barnes, J., Bowman, E.P. et Cullen, J. (1984). Biofeedback as an adjunct to psychotherapy in the treatment of vaginismus. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 9(3), 281-289.
- Bergeron, S., Binik, Y.M., Khalifé, S., Pagidas, K., Glazer, H.I., Meana, M. et Amsel, R. (2001). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain*, 91(3), 297-306.

- Bergeron, S., Brown, C., Lord, M.-J., Oala, M., Binik, Y.M. et Khalifé, S. (2002). Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: a retrospective study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(3), 183-192.
- Bergeron, S., Corsini-Munt, S., Aerts, L., Rancourt, K. et Rosen, N.O. (2015). Female sexual pain disorders: a review of the literature on etiology and treatment. *Current Sexual Health Reports*, 7(3), 159-169.
- Bergeron, S., Khalifé, S., Glazer, H.I. et Binik, Y.M. (2008). Surgical and behavioral treatments for vestibulodynia: two-and-one-half-year follow-up and predictors of outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 111(1), 159-166.
- Bergeron, S., Likes, W.M. et Steben, M. (2014). Psychosexual aspects of vulvovaginal pain. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(7), 991-999.
- Bernèche, F., Cazale, L. et Dumitru, V. (2010). Les maladies chroniques: des facteurs multiples, des liens complexes. *Depuis près de vingt ans, l'Institut de la statistique du Québec explore le thème des conditions de vie au Québec. Ainsi, en 1992, paraissait le premier Portrait social du Québec, suivi de près par la publication Les hommes et les femmes: une comparaison de leurs conditions de vie. Plusieurs autres ouvrages collectifs ont également vu le jour depuis lors. Citons entre autres, Vie des générations*, 65.
- Bois, K. (2014). *L'intimité chez les couples dont la femme présente une vulvodynie: étude des relations entre la réponse empathique, le dévoilement et le bien-être sexuel.* (recherche et intervention). Université de Montréal. Thèse. 162 pages p.
- Bois, K., Bergeron, S., Rosen, N., Mayrand, M.-H., Brassard, A. et Sadikaj, G. (2016). Intimacy, sexual satisfaction, and sexual distress in vulvodinia couples: An observational study. *Health Psychology*, 35(6), 531.
- Bornstein, J., Goldstein, A. et Coady, D. (2015). Consensus terminology and classification of persistent vulvar pain. *International Society for the Study of Vulvovaginal Disease*, 1-4.
- Boulanger, A., Clark, A.J., Squire, P., Cui, E. et Horbay, G. (2007). Chronic pain in Canada: have we improved our management of chronic noncancer pain? *Pain Research and Management*, 12(1), 39-47.

- Brotto, L.A., Basson, R., Carlson, M. et Zhu, C. (2013). Impact of an integrated mindfulness and cognitive behavioural treatment for provoked vestibulodynia (IMPROVED): A qualitative study. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1-2), 3-19.
- Brotto, L.A., Mehak, L. et Kit, C. (2009). Yoga and sexual functioning: a review. *Journal of sex & marital therapy*, 35(5), 378-390.
- Buchan, A., Munday, P., Ravenhill, G., Wiggs, A. et Brooks, F. (2007). A qualitative study of women with vulvodynia: I. The journey into treatment. *The Journal of reproductive medicine*, 52(1), 15-18.
- Cantin-Drouin, M., Damant, D. et Turcotte, D. (2008). Une recension des écrits concernant la réalité psychoaffective des femmes ayant une vulvodynie: Difficultés rencontrées et stratégies développées. *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 13(3), 255.
- Carey-Bélanger, É. (1974). Le traitement à court terme : ses techniques et ses stratégies. *Service social*, 23, 57-68.
- Carignan, L. (2011). Principales approches en travail social. Turcotte, D., Deslauriers, J.P., éd., *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*, Presses de l'Université Laval, Québec, 145-168.
- Chapelle, F., Monié, B., Poinot, R., Rusinek, S. et Willard, M. (2014). *Aide-mémoire- Thérapies comportementales et cognitives-2e éd.: en 37 notions*. Malakoff : Dunod
- Cole, F., MacDonald, H., Carus, C. et Howden-Leach, H. (2008). Réussir à surmonter la douleur chronique. *Un guide personnel à suivre au quotidien*. Paris: Interéditions-Dunod.
- Collier, F., Staumont-Salle, D., Delesalle, F., Vinatier, D., Bregegere, S. et Martin, C. (2016). Nouveau regard sur les vulvodynies spontanées. *Sexologies*, 25(2), 52-60.
- Cottencin, O. et Doutrelugne, Y. (2008). Thérapies brèves: principes et outils pratiques. *Collection Pratiques en psychothérapie*. Paris: Éditions Masson.
- Cottraux, J. (2006). Les thérapies comportementales et cognitives. *Médecine*, 2(10), 451-455.

- Cyr, G., Descheneaux, J. et Pirotte, M. (« s.d »). L'anatomie du clitoris dans le cours de science et technologie.
- Danielsson, I., Sjöberg, I. et Östman, C. (2001). Acupuncture for the treatment of vulvar vestibulitis: a pilot study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(5), 437-441.
- De Koninck, M. et Fassin, D. (2004). Les inégalités sociales de santé, encore et toujours. *Santé, société et solidarité*, 3(2), 5-12.
- Denizeau, L. (2012). Approche anthropologique de la douleur chronique. *Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitement*, 13(4), 169-174.
- Detrez, C. (2002). *La construction sociale du corps*. Paris : Éditions du Seuil
- Dionne, F. (2014). *Libérez-vous de la douleur: par la méditation et l'ACT*. Paris : Éditions Payot
- Drolet, M. (2013). L'intervention individuelle en travail social et son processus. Un choix d'angle pour l'analyse et l'action. *Le travail social. Théories, méthodologies et pratiques*, 171-190.
- Du Plessis, R. (2015). A discourse analysis of male sexuality in the magazine Intimacy. *African journal of primary health care & family medicine*, 7(1), 1-7.
- Du Ranquet, M. (1981). *L'approche en service social : intervention auprès des personnes et des familles*. Paris : Le Centurion
- Edwards, L. (2003). New concepts in vulvodynia. *American journal of obstetrics and gynecology*, 189(3), S24-S30.
- Ehrström, S., Kornfeld, D., Rylander, E. et Bohm-Starke, N. (2009). Chronic stress in women with localised provoked vulvodynia. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(1), 73-79.
- Engman, M. (2007). *Partial vaginismus: definition, symptoms and treatment*. Institutionen för klinisk och experimentell medicin, Linköping University. Dissertation.82 p.

- Eppsteiner, E., Boardman, L. et Stockdale, C.K. (2014). Vulvodynia. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(7), 1000-1012.
- Ezzo, J., Berman, B., Hadhazy, V.A., Jadad, A.R., Lao, L. et Singh, B.B. (2000). Is acupuncture effective for the treatment of chronic pain? A systematic review. *Pain*, 86(3), 217-225.
- Farmer, M.A., Taylor, A.M., Bailey, A.L., Tuttle, A.H., MacIntyre, L.C., Milagrosa, Z.E., Crissman, H.P., Bennett, G.J., Ribeiro-da-Silva, A. et Binik, Y.M. (2011). Repeated vulvovaginal fungal infections cause persistent pain in a mouse model of vulvodynia. *Science translational medicine*, 3(101), 101ra191-101ra191.
- Favier, C. (2014). Les combats féministes dans le champ de la santé. *Les Tribunes de la santé*(3), 25-34.
- Ferchaud, J. et Deval, B. (2006). Cystite interstitielle. *Pelvi-périnéologie*, 1(2), 117-124.
- Ford, V. (2008). *Réussir à surmonter les problèmes sexuels. Un guide personnel à suivre au quotidien*. Paris : BÉliveau
- Foster, D.C., Kotok, M.B., Huang, L.-S., Watts, A., Oakes, D., Howard, F.M., Poleshuck, E.L., Stodgell, C.J. et Dworkin, R.H. (2010). Oral desipramine and topical lidocaine for vulvodynia: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 116(3), 583-593.
- Fréchette, P. et Bouchard, P. (2012). Gestion de la douleur chronique: l'approche québécoise. *Douleur et analgésie*, 1-5.
- Granot, M. et Lavee, Y. (2005). Psychological factors associated with perception of experimental pain in vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of sex & marital therapy*, 31(4), 285-302.
- Guérenne, F. (2013). Mathilde du Ranquet: une aventurière du quotidien. *Vie sociale*(4), 127-141.
- Guex-Joris, S. (2009). *Alliance thérapeutique et prise en soins de personnes souffrant de douleur chronique*. Haute Ecole de Santé Valais. p.

- Hadjistavropoulos, T., Gibson, S. et Fine, P.G. (2011). Pain in older persons: A brief clinical guide. *Clinical pain management: A practical guide*, 309-318.
- Haefner, H.K., Collins, M.E., Davis, G.D., Edwards, L., Foster, D.C., Hartmann, E.D.H., Kaufman, R.H., Lynch, P.J., Margesson, L.J. et Moyal-Barracco, M. (2005). The vulvodynia guideline. *Journal of lower genital tract disease*, 9(1), 40-51.
- Harlow, B.L. et Stewart, E.G. (2002). A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *Journal of the American Medical Women's Association (1972)*, 58(2), 82-88.
- Harlow, B.L., Wise, L.A. et Stewart, E.G. (2001). Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *American journal of obstetrics and gynecology*, 185(3), 545-550.
- Hubin, A. et Michel, C. (2018). *Le clitoris : la vérité mise à nu*. Paris : Édito
- Iglesias-Rios, L., Harlow, S.D. et Reed, B.D. (2015). Depression and posttraumatic stress disorder among women with vulvodynia: evidence from the population-based woman to woman health study. *Journal of Women's Health*, 24(7), 557-562.
- International Association for the study of pain. (2017) *IASP Taxonomy*. de <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- International society for the study of women's sexual health. (2015) *Consensus vulvar pain terminology committee*. de http://www.isswsh.org/images/PDF/Consensus_Terminology_of_Vulvar_Pain.pdf
- Javier, R.-M. et Perrot, S. (2010). Les hommes et les femmes sont-ils différents face à la douleur? Quel impact pour la pratique du rhumatologue? *Revue du rhumatisme*, 3(77), 227-229.
- Jodoin, M., Bergeron, S., Khalifé, S., Dupuis, M.J., Desrochers, G. et Leclerc, B. (2008). Male partners of women with provoked vestibulodynia: Attributions for pain and their implications for dyadic adjustment, sexual satisfaction, and psychological distress. *The journal of sexual medicine*, 5(12), 2862-2870.
- Johnson, N.S., Harwood, E.M. et Nguyen, R.H. (2015). “You have to go through it and have your children”: reproductive experiences among women with vulvodynia. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 15(1), 114.

- Kaler, A. (2006). Unreal women: Sex, gender, identity and the lived experience of vulvar pain. *Feminist review*, 82(1), 50-75.
- Kerns, R.D., Rosenberg, R. et Otis, J.D. (2002). Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(2), 100-105.
- Khandker, M., Brady, S.S., Stewart, E.G. et Harlow, B.L. (2014). Is chronic stress during childhood associated with adult-onset vulvodynia? *Journal of Women's Health*, 23(8), 649-656.
- Khandker, M., Brady, S.S., Vitonis, A.F., MacLehose, R.F., Stewart, E.G. et Harlow, B.L. (2011). The influence of depression and anxiety on risk of adult onset vulvodynia. *Journal of women's health*, 20(10), 1445-1451.
- Lahaie, M.-A., Boyer, S.C., Amsel, R., Khalifé, S. et Binik, Y.M. (2010). Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Women's Health*, 6(5), 705-719.
- Landry, T., Bergeron, S., Dupuis, M.-J. et Desrochers, G. (2008). The treatment of provoked vestibulodynia: A critical review. *The Clinical journal of pain*, 24(2), 155-171.
- Leo, R.J. (2013). A systematic review of the utility of anticonvulsant pharmacotherapy in the treatment of vulvodynia pain. *The journal of sexual medicine*, 10(8), 2000-2008.
- Lequeux, A. (2007). La vestibulite vulvaire. Proposition pour une approche intégrée psychocorporelle. *Douleur et Analgésie*, 20(3), 150-153.
- Malépart-Traversy, L. (2016). *Le clitoris*. Récupéré de <https://vimeo.com/lorimt>.
- Maseroli, E., Fanni, E., Mannucci, E., Fambrini, M., Jannini, E.A., Maggi, M. et Vignozzi, L. (2016). Which are the male factors associated with female sexual dysfunction (FSD)? *Andrology*, 4(5), 911-920.
- Masheb, R., Wang, E., Lozano, C. et Kerns, R. (2005). Prevalence and correlates of depression in treatment-seeking women with vulvodynia. *Journal of obstetrics and gynaecology*, 25(8), 786-791.

- Masheb, R.M., Kerns, R.D., Lozano, C., Minkin, M.J. et Richman, S. (2009). A randomized clinical trial for women with vulvodynia: Cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *PAIN®*, 141(1), 31-40.
- Mathias, S. (1996). Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstetrics & gynecology*, 87(3), 321-327. Récupéré de http://openurl.uquebec.ca:9003/uqat?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&url_ver=Z39.88-2004&rft_id=info%3Aasid%2Felsevier%3ASD&svc_val_fmt=info%3Aofi%2Ffmt%3Akev%3Amtx%3Ajournal&rft.aualast=MATHIAS&rft.auinit=S&rft.date=1996&rft.issn=00297844&rft.volume=87&rft.issue=3&rft.spage=321&rft.epage=327&rft.title=Obstetrics%20%26%20Gynecology&rft.atitle=Chronic%20pelvic%20pain%3A%20prevalence%2C%20health-related%20quality%20of%20life%2C%20and%20economic%20correlates&rft_id=info%3Adoi%2F10.1016%2F0029-7844%2895%2900458-0
- (dir.). (2001). *Defining (hetero) sex: how imperative is the “coital imperative”?* Women's Studies International Forum. : Elsevier.
- Mirabel-Sarron, C. et Docteur, A. (2013). *Apprendre à soigner les dépressions: avec les thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Dunod
- Moldwin, R.M. (2000). *The interstitial cystitis survival guide*. Oakland: New Harbinger.
- Monforte, M., Mimoun, S. et Droupy, S. (2013). Douleurs sexuelles de l’homme et de la femme. *Progrès en urologie*, 23(9), 761-770.
- Montréal, V.d. (2018). Profil sociodémographie Recensement 2016 Arrondissement de Rosemont-La Petite-Patrie. *édition mai 2018*. Récupéré de http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/MTL_STATS_FR/MEDIA/DOCUMENTS/PROFIL_SOCIOD%20ROSEMONT%20LA%20PETITE-PATRIE%202016.PDF
- Moyal-Barracco, M. et Labat, J.-J. (2010). Vulvodynies et douleur pelvipérinéales chroniques. *Progrès en urologie*, 20(12), 1019-1026.
- Nguyen, R.H.N., Turner, R.M., Rydell, S.A., MacLehose, R.F. et Harlow, B.L. (2013). Perceived Stereotyping and Seeking Care for Chronic Vulvar Pain. *Pain Medicine*, 14(10), 1461-1467. doi: 10.1111/pme.12151 Récupéré de <http://dx.doi.org/10.1111/pme.12151>

- Nylanderlundqvist, E. et Bergdahl, J. (2003). Vulvar vestibulitis: evidence of depression and state anxiety in patients and partners. *Acta dermato-venereologica*, 83(5).
- O'Hare, D. (2012). *Cohérence cardiaque 3.6. 5. Guide de cohérence cardiaque jour après jour.* : Thierry Souccar
- O'Reilly, A. (2011). La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique: une revue de travaux. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 21(4), 126-131.
- Organisation mondiale de la santé. (2018). *Les maladies chroniques.* : Récupéré de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
- Payne, K.A. (2006). *Dimensions of Pain and Sex in Vulvar Vestibulitis Syndrome.* McGill, Montreal. Thesis.375 p.
- Pazmany, E., Bergeron, S., Verhaeghe, J., Van Oudenhove, L. et Enzlin, P. (2014). Sexual communication, dyadic adjustment, and psychosexual well - being in premenopausal women with self - reported dyspareunia and their partners: A controlled study. *The journal of sexual medicine*, 11(7), 1786-1797.
- Pierce, A.N. et Christianson, J.A. (2015). Stress and chronic pelvic pain. Dans *Progress in molecular biology and translational science* (Vol. 131, p. 509-535) : Elsevier.
- Ponte, M., Klemperer, E., Sahay, A. et Chren, M.-M. (2009). Effects of vulvodynia on quality of life. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 60(1), 70-76.
- Pukall, C.F., Goldstein, A.T., Bergeron, S., Foster, D., Stein, A., Kellogg-Spadt, S. et Bachmann, G. (2016). Vulvodynia: definition, prevalence, impact, and pathophysiological factors. *The journal of sexual medicine*, 13(3), 291-304.
- Reddy, J. et Laufer, M.R. (2010). Hypertrophic labia minora. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 23(1), 3-6.
- Reed, B., Harlow, S., Legocki, L., Helmuth, M., Haefner, H., Gillespie, B. et Sen, A. (2013). Oral contraceptive use and risk of vulvodynia: a population - based longitudinal study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(13), 1678-1684.

- Reed, B.D. (2006). Vulvodynia: diagnosis and management. *American family physician*, 73(7).
- Reed, B.D., Harlow, S.D., Sen, A., Legocki, L.J., Edwards, R.M., Arato, N. et Haefner, H.K. (2012). Prevalence and demographic characteristics of vulvodynia in a population-based sample. *American journal of obstetrics and gynecology*, 206(2), 170. e171-170. e179.
- Reissing, E.D., Borg, C., Spoelstra, S.K., Ter Kuile, M.M., Both, S., de Jong, P.J., van Lankveld, J.J., Melles, R.J., Weijnenborg, P.T.M. et Schultz, W.C.W. (2014). “Throwing the baby out with the bathwater”: the demise of vaginismus in favor of genito-pelvic pain/penetration disorder. *Archives of sexual behavior*, 43(7), 1209-1213.
- Rentsch, D., Piguet, V., Cedraschi, C., Desmeules, J., Luthy, C., Andreoli, A. et Allaz, A.-F. (2009). Douleurs chroniques et dépression: un aller-retour? *Revue médicale suisse*(208), 1364.
- Ripoll, E. et Mahowald, D. (2002). Hatha Yoga therapy management of urologic disorders. *World journal of urology*, 20(5), 306-309.
- Rivard, M.-J. et Gingras, D. (2012). *La douleur: de la souffrance au mieux-être*. Montréal : Trécarré
- Roberts, K.C., Rao, D.P., Bennett, T.L., Loukine, L. et Jayaraman, G.C. (2015). Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada : Research, Policy and Practice*, 35(6), 87-94. *PubMed*. Récupéré de <http://europepmc.org/articles/PMC4910465?pdf=render>
- Robitaille, D. et Côté, C. (1994). Les tâches, un instrument privilégié du changement. *Service social*, 43(3), 79-94.
- Ronksley, P.E., Sanmartin, C., Campbell, D.J., Weaver, R.G., Allan, G.M., McBrien, K.A., Tonelli, M., Manns, B.J., Hennessy, D. et Hemmelgarn, B.R. (2014). Perceived barriers to primary care among western Canadians with chronic conditions. *Health reports*, 25(4), 3.
- Rosamilia, A. et Dwyer, P.L. (2007). Interstitial cystitis/painful bladder syndrome/bladder pain syndrome. *Atlas of Urogynecological Endoscopy*, 81.

- Rosenbaum, T.Y. (2005). Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *Journal of sex & marital therapy*, 31(4), 329-340.
- Rosenbaum, T.Y. (2008). The role of physical therapy in female sexual dysfunction. *Current Sexual Health Reports*, 5(2), 97-101.
- Schlaeger, J.M., Xu, N., Mejta, C.L., Park, C.G. et Wilkie, D.J. (2015). Acupuncture for the Treatment of Vulvodynia: A Randomized Wait - List Controlled Pilot Study. *The journal of sexual medicine*, 12(4), 1019-1027.
- Schopflocher, D., Taenzer, P. et Jovey, R. (2011). The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain research and management*, 16(6), 445-450.
- Seo, J.T., Choe, J.H., Lee, W.S. et Kim, K.H. (2005). Efficacy of functional electrical stimulation-biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus. *Urology*, 66(1), 77-81.
- Serrie, A., Mourman, V., Treillet, E., Maire, A. et Maillard, G. (2014). La prise en charge de la douleur chronique: un problème de société. *Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitement*, 15(3), 106-114.
- Shallcross, R., Dickson, J.M., Nunns, D., Mackenzie, C. et Kiemle, G. (2017). Women's Subjective Experiences of Living with Vulvodynia: A Systematic Review and Meta-Ethnography. *Archives of Sexual Behavior*, 1-19.
- Smith, K.B. et Pukall, C.F. (2014). Sexual function, relationship adjustment, and the relational impact of pain in male partners of women with provoked vulvar pain. *The journal of sexual medicine*, 11(5), 1283-1293.
- Spector, I.P. et Carey, M.P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Archives of sexual behavior*, 19(4), 389-408.
- Stinson, J. et Montgomery, L. (2017) *Association québécoise de la douleur chronique*. de <https://douleurchronique.org/gestion-de-la-douleur-chronique/a-propos-de-la-douleur/>

- Sutton, K.S., Pukall, C.F. et Chamberlain, S. (2009). Pain ratings, sensory thresholds, and psychosocial functioning in women with provoked vestibulodynia. *Journal of sex & marital therapy*, 35(4), 262-281.
- Tolson, E.R., Reid, W.J. et Garvin, C.D. (2003). *Generalist practice: A task centered approach*. : Columbia University Press
- Trutnovsky, G., Law, C., Simpson, J. et Mindel, A. (2001). Use of complementary therapies in a sexual health clinic setting. *International journal of STD & AIDS*, 12(5), 307-309.
- Turner, L. (2013). KICK CANDIDA TO THE CURB. *Better Nutrition*, 75(9), 34-38. cin20. Récupéré de <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=107966727&lang=fr&site=ehost-live>
- Upshur, C.C., Bacigalupe, G. et Luckmann, R. (2010). “They don't want anything to do with you”: Patient views of primary care management of chronic pain. *Pain Medicine*, 11(12), 1791-1798.
- Van Den Kerkhof, E.G., Hopman, W.M., Towheed, T.E., Anastassiades, T.P. et Goldstein, D.H. (2003). The impact of sampling and measurement on the prevalence of self-reported pain in Canada. *Pain Research and Management*, 8(3), 157-163.
- Ventegodt, S., Morad, M., Hyam, E. et Merrick, J. (2004). Clinical holistic medicine: holistic sexology and treatment of vulvodynia through existential therapy and acceptance through touch. *The Scientific World Journal*, 4, 571-580.
- Vulvodynia. (2017). *MedlinePlus*, Récupéré de <https://medlineplus.gov/ency/article/007699.htm>
- Wallace, R. (2007). *Those Flaming Lips: Exploring the Sexual Subjectivity of a Woman Experiencing Chronic Vulvar Pain*. : ProQuest
- Zolnoun, D.A., Hartmann, K.E. et Steege, J.F. (2003). Overnight 5% lidocaine ointment for treatment of vulvar vestibulitis. *Obstetrics & Gynecology*, 102(1), 84-87.

ANNEXE A - Programmes existants en intervention auprès des femmes souffrant de douleurs vulvovaginales

(Liste non exhaustive)

Nom de l'organisme, clinique ou institution ¹	Programme d'intervention	Objectifs	Population cible	Modèle d'intervention	Mode d'intervention
Clinique Rosemont (Clinique privée, située à Montréal)	Sexothérapie et psychothérapie ainsi que service de physiothérapie pelvienne et périnéale	-Réduire les effets néfastes des douleurs vulvovaginales sur la qualité de vie des femmes atteintes, par différents types de thérapies	Femmes souffrant de douleurs vulvovaginales ou autres douleurs qui peuvent nuire à la santé sexuelle	-Cognitivo-comportementale -Thérapie manuelle	Individuel et couple
La clinique Pelvi-Santé (Clinique privée, située à Brossard en Montérégie)	Thérapies interactives et dynamiques en psychothérapie et sexothérapie. (Court et moyen terme préconisés).	-Réduire les effets néfastes des douleurs vulvovaginales sur la qualité de vie des femmes atteintes par différents types de thérapies	Femmes souffrant de douleurs vulvovaginales ou autres douleurs qui peuvent nuire à la santé sexuelle	-Cognitivo-comportementale	Individuel et couple

¹ Le laboratoire sur la sexualité humaine (faculté des sciences sociales et école de psychologie) de l'Université de d'Ottawa, recommande quelques professionnels issus du travail social et de la psychologie qui peuvent venir en aide aux femmes et au couple touchés par les douleurs sexuelles. On y trouve aussi la liste de plusieurs spécialistes québécois et canadiens sur la question des douleurs sexuelles telles que la vulvodynie, vestibulodynie et le vaginisme, mais la plupart d'entre eux semblent davantage œuvrer au niveau de la recherche et peu au niveau de l'intervention.

The National vulvodinia association promeut des groupes de soutien, mais ceux-ci sont tous offerts aux États-Unis. Elle fait référence anciennement à l'hôpital Saint-Luc, maintenant un pavillon du Centre hospitalier de l'université de Montréal (CHUM), mais plutôt au niveau des traitements médicaux et non au niveau du soutien psychosocial.

Plusieurs psychologues et sexologues offrent des services privés à Montréal et les environs à des femmes ayant des douleurs vulvovaginales. Certaines de ces psychologues ont étudié les douleurs vulvovaginales au niveau du doctorat à l'Université de Montréal et Mc Gill.

Clinique médicale 1851 (Située à Montréal)	Services médicaux, de physiothérapie en rééducation pelvienne et périnéale et de psychologie	-Réduire les effets néfastes des douleurs vulvovaginales sur la qualité de vie des femmes atteintes par différents types de thérapies	Femmes souffrant de douleurs vulvovaginales	Pas assez d'information pour le dire	Individuel
Nom de l'organisme, clinique ou institution	Programme d'intervention	Objectifs	Population cible	Modèle d'intervention	Mode d'intervention
Le service de thérapie sexuelle et thérapie de couple du Centre universitaire de santé McGill, à Montréal (Département de psychologie)	-Thérapie sexuelle individuelle et de couple -Groupe et ateliers pour femmes vivant des douleurs lors des rapports sexuels	-Diminuer la douleur lors des rapports sexuels -Améliorer le fonctionnement sexuel (désir et excitation) -Identifier les pensées, émotions ainsi que les interactions et comportements de couple qui pourraient augmenter la douleur -Utilisation de l'aide mutuelle pour que les femmes puissent partager leurs expériences	Femmes et hommes présentant des douleurs génito-pelviennes ainsi que des couples touchés par ce type de douleurs	-Cognitivo-comportementale -Aide mutuelle	Individuel, couple, groupe et ateliers
Laboratoire de santé sexuelle de l'Université de Montréal, dirigé par madame Sophie Bergeron, chercheuse	-Séances de psychologie en évaluant les aspects psychosociaux et conjugaux	Favoriser le bien-être et la santé sexuelle des individus et des couples	Individus et couples vivant des difficultés sexuelles	-Cognitivo-comportementale	Individuel et couple

(département de psychologie)					
Clinique A rue McGill (cabinet médical semi-privé spécialisé en santé sexuelle, incluant un service de sexologie, situé à Montréal)	-Rencontre avec un sexologue ou médecin psychosexuel spécialisé en douleurs génitales, telle que la dyspareunie	-Améliorer la santé sexuelle des femmes et des hommes -La résolution de troubles génitaux persistants ou récidivants tant chez les femmes que chez les hommes	Femmes et hommes présentant des douleurs génito-pelviennes ainsi que des couples touchés par ce type de douleurs	-Pas assez d'information pour le dire	Individuel et couple
Nom de l'organisme, clinique ou institution	Programme d'intervention	Objectifs	Population cible	Modèle d'intervention	Mode d'intervention
Centre de santé des femmes du Québec Incluant : -Centre de santé des femmes de Montréal - Centre de santé des femmes de la Mauricie -Centre de santé des femmes de l'Outaouais (Regroupement d'organismes communautaires autonomes, à but non lucratif)	Les ateliers-échange, journée thématique et atelier-thématique en santé sexuelle et reproductive	-Favoriser l'appropriation par les femmes de leur santé gynécologique -Proposer des solutions qui ne sont pas seulement issues du médical	Femmes de tous les âges	-Aide mutuelle -Écodéveloppement -Cognitivo-comportementale	Groupe et échange
Réseau de cliniques Uro Santé (Cliniques privées, situées à Montréal, Dorval et Laval)	Services de physiothérapie en rééducation pelvienne et périnéale	Diminuer les douleurs pelviennes et génitales	Femmes présentant des douleurs génito-pelviennes	- Manuelle	Individuelle, mais les conjoint(e)s peuvent assister à une séance pour mieux comprendre les

					exercices faits
Madame Louise Perrin Physiothérapeute (Clinique privée, située à Montréal)	Services de physiothérapie en rééducation pelvienne et périnéale	Diminuer les douleurs pelviennes et génitales	Femmes et hommes présentant des douleurs génito- pelviennes	- Manuelle	Individuelle, mais les conjoint(e)s peuvent assister à une séance pour mieux comprendre les exercices faits

ANNEXE B – Lettre d’appui du directeur de maîtrise et certificat d’assurance



Rouyn-Noranda, 6 novembre 2018

Madame, Monsieur Clinique Rosemont
Montréal

Objet : Demande de stage à la maîtrise en travail social

Mme Laurie Julien, est inscrite à la maîtrise en travail social de l’Université de Québec à Montréal qui est offerte en extension à l’Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Dans le cadre de sa formation à la maîtrise, Mme Julien est tenue de suivre TRS8915–STAGE. Ce stage permet l’approfondissement d’une dimension de la pratique en travail social afin de développer une expertise et des habiletés particulières dans un contexte spécifique. Il fournit l’occasion d’un perfectionnement en regard d’une problématique, auprès d’une population déterminée en appliquant une approche, un mode d’intervention ou d’action. Il peut prendre des formes variées: intervention spécialisée, projet innovant, programmation de services, etc.

L’étudiante s’intéresse, en termes d’intervention individuelle, à la douleur vulvovaginale chronique chez les femmes. Dans la finalité de réalisation de son stage, elle a monté un programme d’intervention, dont le but et les objectifs d’interventions sont présentés ci-dessous :

But : Outiller les femmes ayant des douleurs vulvovaginales à entreprendre des changements afin de diminuer les impacts négatifs des douleurs sur leur qualité de vie.

Objectifs spécifiques

1. Identifier avec les femmes les difficultés qu’elles vivent en lien avec leurs douleurs vulvovaginales chroniques
2. Identifier avec les femmes leurs forces qui sont mises à profit en termes de gestion de la douleur
3. Favoriser le développement d’habiletés en résolutions de problèmes au niveau de la gestion de la douleur, de la communication et au niveau sexuel
4. Sensibiliser les femmes afin qu’elles minimisent l’isolement social
5. Sensibiliser les femmes face aux normes sexuelles et aux rôles sociaux

Durée et activités de stage

Mme Julien doit faire un stage d'intervention couvrant la période du 14 janvier au 31 mai 2019. Le nombre d'heures de stage est de 240 à 250 heures. Ces heures de stage comprennent les temps d'intervention, préparation, rédaction de dossiers, analyse et de réflexion sur ses actions, réunions et temps de supervision.

Assurances

Sur le plan des assurances, la stagiaire est couverte par une assurance responsabilité civile et professionnelle ainsi que par la CSST en cas d'accident, et ce, pour toute la durée du stage, et aux frais de l'université.

Vérification des antécédents judiciaires

En vertu de son mandat comme institution d'enseignement et en vertu de la Charte des droits et libertés, l'UQAT ne peut procéder à la vérification des antécédents judiciaires des étudiants, ni discriminer aucun étudiant souhaitant réaliser des études supérieures. Les milieux de stage, par contre, peuvent le faire à titre d'établissement public. Sur le plan de la sécurité des clientèles, nous vous invitons fortement à le faire en demandant à la stagiaire potentielle de vous fournir la preuve de l'absence d'un casier judiciaire.

Étant donné la problématique d'intervention, ainsi que la pertinence de celle-ci pour votre institution et l'excellence du dossier académique de la candidate, je vous remercie vivement de l'attention que vous porterez à sa demande de stage.

Vous remerciant de votre collaboration, veuillez recevoir, l'expression de mes sentiments distingués.



Oscar Labra, Ph.D.
Professeur agrégé
Unité d'enseignement et de recherche en sciences
du développement humain et social
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
445, boulevard de l'Université
Rouyn-Noranda (Québec) J9X5E4
Téléphone : 819-762-0971 (2335)
Sans frais : 1-877-870-8728 (2335)
Télécopieur : 819-797-4727
Courriel : Oscar.labra@uqat.ca

REF : Stagiaires

2018-2019

CERTIFICAT D'ASSURANCE

Aon Reed Stenhouse Inc.
700, De La Gauchetière Ouest
Bureau 1900
Montréal, Québec H3B 0A4
tél. : 514-842-5000 téléc. : 514-842-3456

Objet :

Les activités à titre de stagiaire en vertu du programme d'études des universités

Détenteur**Aux entreprises qui reçoivent des stagiaires relativement à des programmes de Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue**

L'assurance décrite a été placée au nom de l'assuré désigné en vertu du(des) contrat(s) ci-dessous et est assujettie aux dispositions, conditions, exclusions et provisions dudit(des) contrat(s) et de tout avenant qui y est annexé.

Assuré

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
445, boulevard de l'Université, Rouyn-Noranda, Québec J9X 5E4

Garanties**Responsabilité civile générale**

Assureur :	Royal & Sun Alliance du Canada, Société d'assurances	
No de la police :	COM041350610	Certificat N° 027
Entrée en vigueur :	31 mai 2018	Échéance : 31 mai 2019
Risques assurés :	Montant d'assurance	
Limite par événement	2 000 000,00 \$	
Limite globale par période d'assurance	25 000 000,00 \$	
Sauf :	limite globale par période d'assurance pour le risque des produits / travaux terminés 2 000 000,00 \$	

Responsabilité civile professionnelle

Assureur :	Royal & Sun Alliance du Canada, Société d'assurances	
No de la police :	7600458	Certificat N° 027
Entrée en vigueur :	31 mai 2018	Échéance : 31 mai 2019
Risques assurés :	Montant d'assurance	
Limite par sinistre	2 000 000,00 \$	
Limite par période d'assurance	2 000 000,00 \$	

Responsabilité civile complémentaire umbrella

Assureur :	Lloyd's Underwriters par l'entremise de Markel Canada Limited	
No de la police :	195785	Certificat N° 027
Entrée en vigueur :	31 mai 2018	Échéance : 31 mai 2019
Risques assurés :	Montant d'assurance	
Limite par événement	10 000 000,00 \$	
Limite globale par période d'assurance	10 000 000,00 \$	
Sauf :	limite globale par période d'assurance pour le risque des produits / travaux terminés 10 000 000,00 \$	
	Préjudice imputable à la publicité et préjudice personnel 10 000 000,00 \$	

LA PRÉSENTE ATTESTATION EST UN ÉNONCÉ DES GARANTIES EN VIGUEUR À LA DATE DE SON ÉMISSION. ELLE GARANTIT UNIQUEMENT L'ASSURÉ ET NE CONFÈRE AUCUN DROIT À TOUTE AUTRE PERSONNE.

Date : 31 mai 2018

Aon Reed Stenhouse Inc.

Signature

LE PRÉSENT CONTRAT COMPORTE UNE CLAUSE POUVANT LIMITER LES INDEMNITÉS
OU, DANS LE CAS DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE,
UNE CLAUSE DE PAIEMENT PARTIEL DE LA PERTE

1

AON

ANNEXE C – Affiche de recrutement des participantes



Programme d'intervention individuelle en travail social pour des femmes ayant des douleurs vulvovaginales chroniques

Les personnes ciblées pour ce programme d'intervention sont des femmes qui vivent des difficultés d'ordre social causées par des douleurs vulvovaginales chroniques. **L'objectif est d'outiller les participantes afin qu'elles entreprennent des actions pour diminuer les impacts négatifs des douleurs sur leur qualité de vie.** Afin de pouvoir participer, vous devez :

- Avoir eu un diagnostic de vulvodynie, vestibulodynie ou de vaginisme causant des douleurs chroniques lors des rapports sexuels ou non (d'autres types de douleurs vulvovaginales peuvent être considérées, y compris celles non diagnostiquées)
- Vivre l'une ou plusieurs situations suivantes : un sentiment de découragement et d'impuissance face au présent ou à l'avenir, un sentiment d'isolement social, des difficultés à gérer la douleur ou les difficultés au niveau communicationnel ou sexuel
- Être disponible à participer à un minimum de **six à huit rencontres individuelles** à une alternance de deux semaines à compter du mois de **février** et jusqu'au mois de mai 2019. Les possibilités de rencontres sont les lundis et mardis matin, ainsi que les samedis et dimanches.

Les rencontres ont lieu dans le quartier Rosemont, à Montréal.

Contribution volontaire pour frais de locaux.

Personne ressource : Laurie Julien, étudiante à la maîtrise en travail social

819 444-7786

lau_julien@hotmail.com

Laurie Julien
819 444-7786 / lau_julien@hotmail.com
Réduction des impacts négatifs des douleurs
vulvovaginales chroniques sur la qualité de vie

Laurie Julien
819 444-7786 / lau_julien@hotmail.com
Réduction des impacts négatifs des douleurs
vulvovaginales chroniques sur la qualité de vie

Laurie Julien
819 444-7786 / lau_julien@hotmail.com
Réduction des impacts négatifs des douleurs
vulvovaginales chroniques sur la qualité de vie

Laurie Julien
819 444-7786 / lau_julien@hotmail.com
Réduction des impacts négatifs des douleurs
vulvovaginales chroniques sur la qualité de vie

Laurie Julien
819 444-7786 / lau_julien@hotmail.com
Réduction des impacts négatifs des douleurs
vulvovaginales chroniques sur la qualité de vie

Laurie Julien
819 444-7786 / lau_julien@hotmail.com
Réduction des impacts négatifs des douleurs
vulvovaginales chroniques sur la qualité de vie

Laurie Julien
819 444-7786 / lau_julien@hotmail.com
Réduction des impacts négatifs des douleurs
vulvovaginales chroniques sur la qualité de vie

Laurie Julien
819 444-7786 / lau_julien@hotmail.com
Réduction des impacts négatifs des douleurs
vulvovaginales chroniques sur la qualité de vie

Laurie Julien
819 444-7786 / lau_julien@hotmail.com
Réduction des impacts négatifs des douleurs
vulvovaginales chroniques sur la qualité de vie

Laurie Julien
819 444-7786 / lau_julien@hotmail.com
Réduction des impacts négatifs des douleurs
vulvovaginales chroniques sur la qualité de vie

ANNEXE D – Lettre de confirmation de stage

Confirmation de stage : « Les effets de l'intervention individuelle auprès de quatre femmes ayant des douleurs vulvovaginales chroniques »

La présente a pour but d'officialiser le stage de Laurie Julien, étudiante à la maîtrise en travail social (profil stage-essai) à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, au sein de la Clinique Rosemont, située au 2541 boulevard Rosemont, à Montréal. La personne ressource identifiée au sein du milieu de stage est madame Marie-Pier Tanguay. Ce stage vise à l'obtention du titre de Maître en travail social.

Description du programme d'intervention offert

Le stage consiste à offrir un programme d'intervention individuelle à des femmes (4) souffrant de douleurs vulvovaginales chroniques afin que celles-ci entreprennent des changements afin de diminuer l'impact des douleurs sur leur qualité de vie.

Objectifs spécifiques

Afin de répondre à l'objectif général, voici quels seront les objectifs spécifiques à travailler avec les femmes: identifier avec les femmes les difficultés qu'elles vivent en lien avec leurs douleurs vulvovaginales chroniques, identifier avec les femmes leurs forces qui sont mises à profit en termes de gestion de la douleur, favoriser le développement d'habiletés en résolutions de problèmes au niveau de la gestion de la douleur, de la communication et au niveau sexuel, sensibiliser les femmes afin qu'elles minimisent l'isolement social et sensibiliser les femmes face aux normes sexuelles et aux rôles sociaux.

Durée et activités de stage

Le stage d'intervention est entamé depuis le 22 janvier et s'échelonne jusqu'au 30 juin 2019. Le nombre d'heures de stage est de 240 à 250 heures. Ces heures de stage comprennent les temps d'intervention, préparation, rédaction de dossiers, analyse et de réflexion sur ses actions, réunions d'équipe et discussion avec la personne ressource au sein du milieu de stage et temps de supervision avec le directeur de maîtrise.

Responsabilités de l'étudiante (stagiaire)

- Recruter des participantes (avec l'appui du milieu de stage)
- Faire une rencontre préparatoire avec les participantes avant d'entamer le programme d'intervention
- Suivre le protocole proposé au milieu de stage et aux participantes (ex. : offrir de 6 à 10 séances d'intervention individuelle, suivre le plus fidèlement possible les modèles, approches et techniques proposées)

- Faire la tenue de dossiers
- Mesurer l'appréciation des participantes quant à l'utilité du programme et quant à son savoir-être
- Assister à des rencontres d'équipe au sein du milieu de stage
- Rapporter tous problèmes majeurs à la personne ressource au sein du milieu de stage
- Évaluer le programme d'intervention
- Remettre un document faisant état de l'expérimentation du programme d'intervention au milieu de stage

Responsabilités du milieu de stage

- Nommer une personne ressource pour l'étudiante au sein du milieu de stage (ex. : aide technique et logistique)
- Soutenir l'étudiante dans le recrutement de participantes en facilitant la communication avec les intervenants concernés, ainsi qu'avec les participantes potentielles
- Fournir un local à l'étudiante (4 à 6 heures par semaine)
- Favoriser la participation de l'étudiante à des rencontres d'équipe
- Être disponible pour la stagiaire en cas de problèmes majeurs

Responsabilités de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

- Superviser et évaluer l'étudiante
- Discuter au besoin avec la personne ressource au sein du milieu de stage
- Couvrir l'étudiante au moyen d'une assurance pour toute la durée du stage





Laurie Julien, étudiante Oscar Labre, directeur de maîtrise Personne ressource, milieu de stage

Entente signée le : 27 mars 2019.

ANNEXE E – Grille de recrutement des participantes

Recrutement de participantes

Nom : _____

Age : _____

De quelle manière avez-vous entendu parler du programme :

Quel est le diagnostic reçu (ou si pas de diagnostic, description de la douleur)?

Quelle est-sont la-les plus grande-s difficultés-s vécue-s?

Participation (encerclez les réponses)

Êtes-vous disponible du mois de janvier à la fin du mois de juin 2019? Oui Non

Êtes-vous en mesure de prendre toujours (ou presque) la même plage horaire? Oui Non

Détails sur les disponibilités

(encerclez les moments où vous êtes disponible et inscrire en marge quel est votre premier et deuxième choix)

Lundi am 08h00 à 09h00 09h30 à 10h30

Mardi am 08h00 à 09h00 09h30 à 10h30 11h00 à 12h00

Samedi 10h00 à 11h00 11h30 à 12h30 13h30 à 14h30

Dimanche 10h00 à 11h00 11h30 à 12h30 13h30 à 14h30

Autre heure souhaitée (samedi et dimanche seulement) : _____

ANNEXE F - Entente de participation au programme

Entente de collaboration avec la participante

La présente entente a pour but d'officialiser la participation de femmes ayant des douleurs vulvovaginales chroniques au programme d'intervention offert par Laurie Julien, étudiante à la maîtrise en travail social (profil stage-essai) à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, au sein du milieu de stage suivant : CLINIQUE ROSEMONT, située au 2541 boulevard Rosemont à Montréal.

But du programme d'intervention offert

Le stage consiste à offrir un programme d'intervention individuelle à des femmes (5) souffrant de douleurs vulvovaginales chroniques afin que celles-ci entreprennent des changements afin de diminuer l'impact des douleurs sur leur qualité de vie.

Objectifs spécifiques

Afin de répondre à l'objectif général, voici quels pourront être les objectifs spécifiques :

- Identifier avec les femmes les difficultés qu'elles vivent en lien avec leurs douleurs vulvovaginales chroniques
- Identifier avec les femmes leurs forces qui sont mises à profit en termes de gestion de la douleur
- Favoriser le développement d'habiletés en résolutions de problèmes au niveau de la gestion de la douleur, de la communication et au niveau sexuel
- Sensibiliser les femmes afin qu'elles minimisent l'isolement social
- Sensibiliser les femmes face aux normes sexuelles et aux rôles sociaux.

Durée de participation

Le programme d'intervention couvre la période du 22 janvier au 30 juin 2019 et consiste en la participation de quatre ou cinq femmes à six ou huit rencontres d'intervention individuelle.

Responsabilités de l'étudiante (stagiaire)

- Faire une rencontre préparatoire avec les participantes avant d'entamer le programme d'intervention
- Suivre le protocole proposé aux participantes (ex. : offrir de 6 à 8 séances d'intervention individuelle, suivre le plus fidèlement possible les modèles, approches et techniques proposées)
- Faire preuve d'adaptation face aux différents besoins des participantes
- Faire la tenue de dossiers
- Mesurer l'appréciation des participantes quant à l'utilité du programme et quant au savoir-être de l'intervenante

Responsabilités des femmes participantes

- Participer aux six à huit séances proposées (d'une durée de 45 à 75 minutes)
- Donner ses impressions sur le programme d'intervention (après chaque série de trois ou quatre rencontres)
- Donner ses impressions sur le style d'intervention de l'étudiante (en tout temps et de manière plus détaillée à la fin du processus d'intervention)

Laurie Julien,
étudiante à la maîtrise en travail social (profil stage-essai)
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Participante

Entente signée le : _____

ANNEXE G – Grille d’analyse du fonctionnement social

Date : _____

Nom de la participante : _____

Principale(s) raison(s) de participation au programme d’intervention et ce qui a déjà été entrepris pour minimiser l’impact des difficultés vécues

Forces identifiées

Environnement social (couple, famille, amitiés, occupation principale, liens avec institution du domaine de la santé ou des services sociaux)

Loisirs et intérêts

Mon opinion / hypothèses cliniques

ANNEXE H - Notes évolutives

Date : _____ **Numéro de la séance :** _____

Initiales de la participante : _____

ANNEXE I - Modèle d'évaluation de l'atteinte des objectifs

MODÈLE D'ÉVALUATION DES OBJECTIFS LES PLUS FRÉQUEMMENT FIXÉS²

(Il s'agit ici d'objectifs généraux, qui ont été adaptés selon la réalité des participantes)

LISTE DES OBJECTIFS	AUCUN POGRÈS	PROGRÈS PARTIEL			OBJECTIF ATTEINT
Identifier avec les femmes les difficultés qu'elles vivent en lien avec leurs douleurs vulvovaginales chroniques	1	2	3	4	5
<p>Selon toi, quels éléments expliquent que la situation se soit améliorée / détériorée / demeurée la même?</p> <p>Est-ce que tu crois que l'intervention a quelque chose à voir avec ce changement (ou avec l'absence de changement) ?</p> <p>Qu'est-ce qu'il y a de différent depuis notre première rencontre – ou rencontre de mi-étape?</p>					

² Modèle créé à partir de la liste de contrôle des objectifs par Fraser, Pecora et Haapala (1988, cité dans Sheafor et Horejsi, 2006), Questions inspirées de Horejsi (1972, dans Sheafort et Horegsi, 2006) et Magura et Moses (1986)

Comment le fait de progresser vers cet objectif t'aide dans ton quotidien?					
Où te situais-tu avant le début de nos rencontres?					
Identifier avec les femmes leurs forces qui sont mises à profit en termes de gestion de la douleur	1	2	3	4	5
Selon toi, quels éléments expliquent que la situation se soit améliorée / détériorée / demeurée la même?					
Est-ce que tu crois que l'intervention a quelque chose à voir avec ce changement (ou avec l'absence de changement) ?					
Qu'est-ce qu'il y a de différent depuis notre première rencontre – ou rencontre de mi-étape?					
Comment le fait de progresser vers cet objectif t'aide dans ton quotidien?					
Où te situais-tu avant le début de nos rencontres ?					
Favoriser le développement d'habiletés en résolutions de problèmes au niveau de la gestion de la douleur, de la communication et au niveau sexuel	1	2	3	4	5

Selon toi, quels éléments expliquent que la situation se soit améliorée / détériorée / demeurée la même?

Est-ce que tu crois que l'intervention a quelque chose à voir avec ce changement (ou avec l'absence de changement) ?

Qu'est-ce qu'il y a de différent depuis notre première rencontre – ou rencontre de mi-étape?

Comment le fait de progresser vers cet objectif t'aide dans ton quotidien?

Où te situais-tu avant le début de nos rencontres?

Sensibiliser les femmes afin qu'elles minimisent l'isolement social	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Selon toi, quels éléments expliquent que la situation se soit améliorée / détériorée / demeurée la même?

Est-ce que tu crois que l'intervention a quelque chose à voir avec ce changement (ou avec l'absence de changement) ?

Qu'est-ce qu'il y a de différent depuis notre première rencontre – ou rencontre de mi-étape?

Comment le fait de progresser vers cet objectif t'aide dans ton quotidien?

Où te situais-tu avant le début de nos rencontres?

Réduire l'impact des normes de santé, sexuelles et des rôles sociaux sur la qualité de vie	1	2	3	4	5
<p>Selon toi, quels éléments expliquent que la situation se soit améliorée / détériorée / demeurée la même?</p> <p>Est-ce que tu crois que l'intervention a quelque chose à voir avec ce changement (ou avec l'absence de changement) ?</p> <p>Qu'est-ce qu'il y a de différent depuis notre première rencontre – ou rencontre de mi-étape?</p> <p>Comment le fait de progresser vers cet objectif t'aide dans ton quotidien?</p> <p>Où te situais-tu avant le début de nos rencontres?</p>					
<p>Quelle est ton opinion sur les devoirs (tâches) à réaliser entre les séances?</p>					

ANNEXE J - Évaluation de la satisfaction des participantes

Mesure de la satisfaction des participantes³

(Cette grille a été remplie pour toutes les participantes lors de l'évaluation du processus de mi-parcours et de fin de participation)

L'intervenante prend à cœur ma situation.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais						Toujours

Je reviendrais ici si j'avais besoin d'aide.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais						Toujours

J'obtiens le genre d'aide dont j'ai vraiment besoin.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais						Toujours

L'intervenante m'accepte telle que je suis.

1	2	3	4	5	6	7
Jamais						Toujours

³ Questions inspirées de la Reid-Gundlach Social Service Satisfaction Scale (R-GSSSS) de Reid et Gundlach (1983) et du Client Satisfaction Inventory (CSI) de McMyrtry et Hudson (2000)

ANNEXE K - Consentement à l'enregistrement de l'évaluation finale
(atteinte des objectifs)

Consentement à l'enregistrement audio

Madame,

Dans le cadre de ma maîtrise en travail social, profil stage-essai, je me dois d'évaluer le programme d'intervention auquel vous participez. De ce fait, il serait utile pour moi de pouvoir enregistrer notre séance d'évaluation de fin de parcours sur bande audio pour ensuite être retranscrite aux fins d'analyse. L'enregistrement sera détruit par la suite.

L'enregistrement de cette conversation me permettra de pouvoir nuancer davantage de quelle manière le programme a pu vous être bénéfique ou non. Les données, sous forme enregistrées, aussi bien que sous forme transcrites, demeurent totalement anonymes et confidentielles. Tout élément qui permettrait de vous identifier sera supprimé. Seulement mon directeur de maîtrise et moi aurons accès à votre enregistrement.

Si vous acceptez l'enregistrement audio de notre discussion portant sur l'évaluation, merci de remplir les champs suivants et de signer.

Je soussignée, Mme (prénom, nom) _____

autorise par la présente,

Mme Laurie Julien

à procéder à l'enregistrement audio de l'évaluation de fin de parcours.

Signature :

Date :

Merci!

Laurie Julien

Étudiante à la maîtrise en travail social, profil stage-essai

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

ANNEXE L – Liste de ressources professionnelles, lectures et sites internet d'intérêt

Informations complémentaires à nos séances d'intervention individuelle en travail social visant des changements afin de réduire l'impact des douleurs vulvovaginales persistantes sur la qualité de vie

Lectures

- Frédérick Dionne : Libérez-vous de la douleur par la méditation et l'ACT (des exercices sont disponible sur internet)
- Jon Kabat-Zinn : *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience.*
- Vicky Ford : Réussir à surmonter les problèmes sexuels. Un guide personnel à suivre au quotidien
- Alexandra Hubin et Caroline Michel. Le clitoris, la vérité mise à nu
- Christine Détrez : La construction sociale du corps
- Corps accord : Guide de sexualité positive
- Elizabeth G. Stewart (md) et Paula Spencer : The V book
- Dr David O'Hare : Cohérence cardiaque 365 (une application est téléchargeable sur internet afin de pratiquer la cohérence cardiaque à partir de son ordinateur ou de son téléphone)
- Barry McCarthy et Emily McCarthy: Rekindling desire
- Nago Humbert : La douleur, un cri du corps et de l'âme
- Christophe André : Imparfait, libres et heureux
- Sonia Lupien : Par amour du stress
- John H. Gottman et Nan Silver : Les couples heureux ont leurs secrets

Ressources professionnelles :

- Clinique médicale 1851 avec le Dr Marc Steben (équipe composée d'un médecin, travailleurs sociaux, physiothérapeute en rééducation pelvienne et périnéale et psychologue, et ce, pour une prise en charge multidisciplinaire)
- Clinique Rosemont offrant des services de psychothérapie, sexologie et physiothérapie en rééducation pelvienne et périnéale (Montréal). Stéphanie Thibault Gagnon, physiothérapeute a terminé un doctorat ayant traité la vulvodynie et Michèle Briand offre des services pour des femmes ayant des douleurs pelviennes et génitales. Marie-Pier Tanguay, Fannie Gauthier-Labrie et Geneviève Prévost, sexologues et psychothérapeutes, offrent des services à des femmes ayant des douleurs à la pénétration.
- Clinique psychologia ayant des psychologues qui ont étudié plusieurs questions liées aux douleurs vulvovaginales, dont mesdames Tina Landry et Alina Kao (Montréal)
- Réseau des cliniques UroSanté offrant des services de physiothérapie en rééducation pelvienne et périnéale (Dorval, Laval et Montréal)
- Clinique Pelvi-Santé offrant des services de psychothérapie, sexologie et physiothérapie en rééducation pelvienne et périnéale (Brossard)
- Le laboratoire d'étude de la santé sexuelle de madame Sophie Bergeron (département de psychologie de l'Université de Montréal)
- Le service de thérapie individuelle et thérapie de couple (département de psychologie de l'Université Mc Gill) – intervention de groupe et ateliers également offerts
- Clinique de proctologie Dix30 pour personnes ayant des douleurs/pathologies au niveau de l'anus ou du rectum (Brossard)
- Clinique Phsanté beauté offrant des services d'homéopathie et d'herboristerie pour personnes ayant du candida albicans (levures), conseils au niveau de l'alimentation et acupuncture (Montréal)
- Annie Jolicoeur nutritionniste spécialisée au niveau du syndrome de l'intestin irritable (Laval)

Sites internet :

- National vulvodynia association : <https://www.nva.org>
- Le laboratoire d'étude de la santé sexuelle de madame Sophie Bergeron, quelques conseils pratiques :
<https://www.sophiebergeron.ca/index.php/conseils-pratiques>
- Association québécoise de la douleur chronique :
<https://douleurchronique.org/>
- Santé des femmes, l'équilibre hormonal : <https://www.santedesfemmes.com/>
- Réseau québécois d'action pour la santé des femmes : www.rqasf.qc.ca
- Résumé de la pleine conscience par l'Université Laval :
<https://www.ulaval.ca/mon-equilibre-ul/unite-mobile/la-pleine-conscience.html>

Bonne chance et bonnes découvertes !

ANNEXE M - Échelle de mesure (impact des douleurs sur la qualité de vie)

Dans quelle mesure votre douleur régente-t-elle votre vie⁴?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout

Complètement

4

Cole, F., MacDonald, H., Carus, C. et Howden-Leach, H. (2008). Réussir à surmonter la douleur chronique. *Un guide personnel à suivre au quotidien*. Paris: Interéditions-Dunod.

ANNEXE N - Bianka

Plan d'intervention (Bianka)

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Moyens	Indicateurs de mesure	Échéancier
1. J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales	1.1 Je verbalise ce qui nuit à ma qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre des mots sur ce que je vis 	<p>Discussion sur les raisons qui ont amené à participer au programme</p> <p>Discussion sur mes inquiétudes actuelles et futures</p>	Tout au long des séances
2. J'augmente mes capacités et habiletés en résolution de problèmes au niveau de la gestion de la douleur	2.1 Je développe de nouveaux outils pour réduire le stress avant un rapport sexuel avec pénétration	<ul style="list-style-type: none"> • Dresser la liste de ce qui a déjà été essayé pour diminuer la douleur (surtout gérer le stress et diminuer la douleur lors d'un rapport sexuel) • Dresser la liste de ses forces en termes de gestion de la douleur • Dresser une liste de ce qui pourrait diminuer le stress avant un rapport sexuel avec pénétration • Amorcer un coffre à outils pour gérer le stress et la douleur avant et pendant un rapport sexuel 	<p>Discussion lors des séances sur ce qui a été noté dans le calepin et retour sur les tâches</p> <p>Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances</p> <p>Exercices avec l'intervenante lors des séances et points d'information</p> <p>Expérimentation du processus de fixation d'objectifs</p>	Tout au long des séances

	2.2 Augmenter mes capacités communicationnelles avec mon partenaire en contexte sexuel	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des facteurs qui nuisent à ma communication sexuelle • Identifier les bénéfices à communiquer • Trouver des manières de communiquer avec lesquelles je me sens à l'aise, tout en maintenant mon niveau d'excitation (ex. : lorsque j'ai mal, ce que j'aime et ce qui m'excite) • (Re)développer un lien de confiance avec mon conjoint (confiance mutuelle) 	<p>Discussion avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Exercices avec l'intervenante lors des séances et points d'information</p> <p>Exercice de rédaction d'une lettre qui ne sera pas donnée et de jeux de rôles</p>	Tout au long des séances
	2.3 Augmenter l'affirmation de soi	<ul style="list-style-type: none"> • Dresser la liste des impacts de la communication, quels en sont les bénéfices ou les désavantages • Identifier les facteurs qui nuisent à mon affirmation et au maintien de mes limites et identifier quelles sont les limites qui ne doivent pas être dépassées au niveau relationnel et sexuel • Faire de la lecture au niveau de la notion de <i> pacing </i> en gestion de la douleur • Faire preuve d'empathie envers soi-même 	<p>Discussion avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Exercices avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances (dont ce qui est noté dans le calepin)</p> <p>Expérimentation du processus de résolution de problèmes et de fixation des objectifs</p>	Tout au long des séances
3. Être sensibilisée aux normes sexuelles et aux rôles sociaux ainsi que les conséquences possibles	3.1 Identifier ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir quelles sont les normes sexuelles (hétérosexuelles) dominantes • Reconnaître s'il y a des pratiques sexuelles non aimées, mais tout de même pratiquées • Identifier quel serait le partenaire rêvé pour moi • Identifier des rapports sexuels appréciés et non douloureux 	<p>Discussion avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Exercices avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances (dont ce qui est noté dans le calepin)</p>	Tout au long des séances

Liste des activités réalisées (Bianka)

Date	Objectifs	Activités
9 février 2019 (environ 30 minutes)	Recruter et rencontrer la participante potentielle	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue : première prise d'information sur le diagnostic et les difficultés vécues • Présentation du programme • Discussion sur les attentes de part et d'autre • Organisation de la rencontre 1
11 février 2019 Rencontre 1 60 minutes	Faire connaissance J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation du fonctionnement social • Verbalisation des difficultés vécues par l'entremise de la technique de la « compréhension » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Notation et hiérarchisation des problèmes • Discussion sur ce qu'elle aime au niveau sexuel et ce dont elle a besoin via la technique de la réflexion (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) en demandant une tâche à réaliser par la participante : acheter un calepin et facultatif d'y inscrire dedans des pratiques sexuelles qu'elle aime et non douloureuses
25 février 2019 Rencontre 2 60 minutes	Établir conjointement les objectifs J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes J'augmente mes capacités communicationnelles en contexte sexuel avec mon conjoint, particulièrement mon affirmation	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente y compris la tâche demandée via la technique de l'évaluation (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Présentation du plan d'intervention • Vérification des manières dont elle communique ses douleurs et difficultés au conjoint en utilisant la technique de la « direction et du contrôle » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Discussion sur quels peuvent être les bénéfices à communiquer ses douleurs et des pratiques sexuelles appréciées via la technique de la réflexion (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Identification de pratiques sexuelles appréciées et non douloureuses via la technique de la réflexion (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981)

	J'identifie ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre	<ul style="list-style-type: none"> • Identification de blocages à la communication sexuelle • Universalisation de la difficulté à communiquer avec le conjoint (chez les femmes atteintes de vaginisme) via la technique de l'encouragement (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) en demandant une tâche à réaliser par la participante : retranscription dans son calepin des pratiques sexuelles aimées vues ensemble lors de la séance, puis en ajouter quelques autres
25 mars 2019 Rencontre 3 60 minutes	J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes J'augmente mes capacités communicationnelles en contexte sexuel avec mon conjoint, particulièrement mon affirmation	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente y compris la tâche demandée via la technique de l'évaluation (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Identification des forces (et après voir ce qui se transpose à la communication sexuelle avec son conjoint) • Discussions sur l'importance de poser ses limites, de s'affirmer et de faire des choses pour soi • Identification de sentiments menant à la rédaction d'une lettre adressée à son conjoint (faire part de ses inquiétudes au niveau du couple, libido et culpabilisation au niveau de la sexualité) via la technique de la réflexion (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) en demandant une tâche à la participante : rédiger la lettre à son conjoint à partir des idées trouvées lors de la séance (sans lui remettre la lettre)
8 avril 2019 Rencontre 4 75 minutes	Évaluer les rencontres J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes J'augmente mes capacités communicationnelles en contexte sexuel avec mon conjoint, particulièrement mon affirmation	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation orale des premières rencontres • Retour sur la rencontre précédente y compris la tâche demandée via la technique de l'évaluation (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Valorisation de la participante au niveau de l'amélioration de l'affirmation de soi • Identification des sentiments ressentis quand son conjoint lui fait des commentaires au niveau sexuel • Invitation à mettre des mots sur ce qu'elle ressent afin d'être davantage en mesure de communiquer avec son conjoint • Retour sur l'importance de se centrer davantage sur elle

	J'identifie ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre	<ul style="list-style-type: none"> • Exploration d'une perspective davantage féministe du vaginisme : difficulté de couple et non individuelle • Tâche déléguée (report, puisque pas faite) : écrire la lettre, en misant surtout sur les difficultés sexuelles et sentiments vécus
29 avril 2019 Rencontre 5 60 minutes	<p>J'augmente mes capacités et habiletés en résolution de problèmes au niveau de la gestion de la douleur (en développant de nouveaux outils pour réduire le stress avant un rapport sexuel avec pénétration)</p> <p>J'identifie ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente y compris la tâche demandée via la technique de l'évaluation (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Félicitations faites à la participante puisqu'elle a rédigé en devoir une lettre faisant part de ses difficultés sexuelles à son partenaire et que celle-ci portait très peu au blâme • Identification de méthodes de communication qui ne portent pas au blâme • Identification de facteurs qui pourraient diminuer le stress avant un rapport sexuel • Identification de comportements venant de son conjoint qui pourraient réduire chez elle le sentiment de repli sur soi, culpabilisation et frustration • Point d'information sur les normes sexuelles dominantes • Discussion sur la pénétration comme étant une pratique parmi d'autres, une option, mais pas la finalité absolue d'un rapport sexuel • Collectivisation des douleurs vulvovaginales et des difficultés vécues par les femmes qui en vivent • Référence en physiothérapie pelvienne et périnéale et/ou en médecine • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) en demandant une tâche à la participante : peaufiner la lettre en ajoutant cette fois-ci des propositions et pistes de solutions pour améliorer la sexualité avec son conjoint
27 juin 2019 Rencontre 6 50 minutes	<p>** première rencontre suite à une rupture amoureuse avec son conjoint**</p> <p>Identifier avec la participante les difficultés qu'elle vit en lien avec sa rupture</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur le dernier mois et sur sa rupture amoureuse • Félicitations à la participante en utilisation de la technique de l'encouragement (Carey-Bélanger, 1974 ; Du Ranquet, 1981) pour reconnaître ses progrès au niveau de l'affirmation de soi (auprès de son ancien partenaire), d'être demeurée en cohérence avec ses valeurs profondes et d'avoir fait appel à son réseau • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) en

	Valoriser la participante et mettre en lumière ses qualités et ses forces	demandant une tâche à la participante : identifier 3 activités qu'elle aimerait réaliser prochainement
10 juin 2019 Rencontre 7 55 minutes	J'identifie ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre J'augmente mes capacités de habiletés en résolution de problèmes au niveau de la gestion de la douleur (en développant de nouveaux outils pour réduire le stress avant un rapport sexuel avec pénétration)	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en lumière du fait qu'elle soit très bien entourée socialement • Identification de ce qu'elle recherche pour une prochaine relation amoureuse • Discussion et mise en situation pour qu'elle augmente sa capacité à parler de ses douleurs à un futur partenaire sexuel et qu'elle soit en mesure de lui faire des suggestions pour améliorer sa satisfaction sexuelle • Discussion sur l'importance d'avoir un suivi médical afin de mieux comprendre ses douleurs au niveau physique • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) en demandant une tâche à la participante : identifier deux positions sexuelles avec pénétration qu'elle aime et sans douleur et deux qu'elle aime, mais qui causent des douleurs et des suggestions d'adaptation. Elle doit aussi noter quels apprentissages elle a fait lors de nos rencontres, ce qui sera le plus utile pour elle dans l'avenir et si elle a fait des découvertes sur elle-même.
17 juin 2019 Rencontre 8 60 minutes à 90 minutes	Rencontre de clôture Évaluer les rencontres individuelles (fin de processus) Préparer au maintien des acquis	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur l'ensemble des rencontres avec la participante en utilisant la technique de l'« évaluation » (Carey-Bélanger 1974) • Faire oralement l'évaluation des rencontres avec la participante • Inviter la participante à se fixer elle-même des objectifs dans l'avenir (Chapelle <i>et al.</i>, 2014; Cole <i>et al.</i>, 2008; Cottencin et Doutrelugne, 2008)

ANNEXE O – Béatrice

Plan d'intervention (Béatrice)

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Moyens	Indicateurs de mesure	Échéancier
1. J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur	1.1 Identifier les forces/aptitudes en termes de gestion de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre ce qu'on entend par <i>gestion de la douleur</i> • Dresser la liste de ses forces en termes de gestion de la douleur • Amorcer un coffre à outils pour gérer le stress et la douleur (principalement en ce qui a trait aux idées envahissantes) 	Discussion lors des séances sur ce qui a été noté dans le calepin et retour sur les tâches Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances Exercices avec l'intervenante lors des séances et points d'information	Lors de toutes les séances
	1.2 Je réduis le stress et le nombre de scénarios catastrophes	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier des techniques de gestion de stress • Identifier des valeurs profondes • Collectiviser la tendance à la catastrophisation 	Expérimentation de la cohérence cardiaque Expérimentation de l'ACT Expérimentation de la pleine conscience en contexte méditatif ou plus informellement	Lors de toutes les séances

			<p>Activité physique de manière régulière</p> <p>Expérimentation du processus de résolution de problèmes <u>avec et sans</u> l'intervenante</p> <p>Expérimentation du processus de fixation d'objectifs <u>avec et sans</u> l'intervenante</p>	
	1.3 Maintenir les bonnes pratiques en gestion de la douleur et y intégrer des activités de ma vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Dresser la liste de ce qui a déjà été essayé pour diminuer la douleur • Dresser la liste des bénéfices de chacune des pratiques essayées • Faire l'exercice « keep, drop, create » • Répéter les pratiques qui fonctionnent bien (et les noter dans le calepin) • Identifier les facteurs qui nuisent à mon affirmation, au maintien de mes limites ou de ma gestion de la douleur • Faire de la lecture au niveau de la notion de <i>pacing</i> en gestion de la douleur • Faire preuve d'empathie envers moi-même • Me divertir et me détendre en pratiquant des loisirs et activité physique et en fréquentant mes amis • Identifier ce qui me procure du plaisir et du bien-être (seule ou avec d'autres personnes) • Se confier à des amies 	<p>Discussion avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Exercices avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Élaboration d'un guide de références</p> <p>Lecture sur la pleine conscience et la thérapie ACT</p> <p>Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances (dont ce qui est noté dans le calepin)</p>	Lors de toutes les séances

<p>2. Être sensibilisée aux normes de santé, aux normes sexuelles et aux rôles sociaux</p>	<p>2.1 Je suis en mesure d'identifier des normes liées à la sexualité</p> <p>2.2 Je suis en mesure d'identifier des normes liées à la santé et au corps</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier ce que représente le corps pour moi • Identifier ce que représente la santé pour moi • Identifier quels impacts les normes ont sur moi • Reconnaître les différences entre santé et bien-être • Identifier quels sont les rôles sociaux genrés et les répercussions • Collectiviser la tendance à l'obligation et à la culpabilisation en contexte de douleurs vulvovaginales 	<p>Discussion avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Réalisation de la tâche entre les séances</p> <p>Exercices avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Lecture sur la construction sociale du corps (Detrez, 2002)</p> <p>Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances (dont ce qui est noté dans le calepin)</p>	<p>Lors de toutes les séances</p>

Liste des activités réalisées avec Béatrice

Date	Objectifs	Activités
23 février 2019 (environ 45 minutes)	Recruter et rencontrer la participante potentielle	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue : première prise d'information sur le diagnostic et les difficultés vécues • Présentation du programme • Discussion sur les attentes de part et d'autre • Organisation de la rencontre 1
9 mars 2019 Rencontre 1 70 minutes	Faire connaissance J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur les attentes de la participante • Évaluation du fonctionnement social • Verbalisation des difficultés vécues par l'entremise de la technique de la « compréhension » (Carey-Bélanger, 1974). • Notation et hiérarchisation des problèmes • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) en demandant une tâche à la participante : acheter un calepin, noter quatre forces ou aptitudes <u>et</u> lire sur la résolution de problèmes (en général)

<p>30 mars 2019</p> <p>Rencontre 2</p> <p>60 minutes</p>	<p>Établir conjointement les objectifs</p> <p>J'identifie les forces qui peuvent être transposées dans un contexte de gestion de la douleur</p> <p>J'identifie et je maintiens les pratiques qui fonctionnent bien pour moi en termes de gestion de la douleur</p> <p>J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente, y compris la tâche demandée via l'utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Présentation et entente au niveau des objectifs à poursuivre • Identification de ses forces • Identification de ses techniques de gestion de stress • Introduction et discussion au sujet du processus de résolution de problèmes (Chapelle <i>et al.</i>, 2014; Cole <i>et al.</i>, 2008; Cottraux, 2006; Dionne, 2014; Mirabel-Sarron et Docteur, 2013) • Présentation de techniques de respiration – cohérence cardiaque (O'Hare, 2012) • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) en demandant une tâche à la participante : lire sur internet les principes de la cohérence cardiaque (Dionne, 2014; O'Hare, 2012) et pouvoir en faire un résumé à la prochaine séance
<p>13 avril 2019</p> <p>Rencontre 3</p> <p>60 minutes</p>	<p>J'identifie et je maintiens les pratiques qui fonctionnent bien pour moi en termes de gestion de la douleur</p> <p>J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente y compris la tâche demandée via la technique de l'évaluation (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Recherche d'habiletés en résolutions de problèmes avec la participante (pouvant être intégrées à sa situation) en utilisant la technique de « l'encouragement » (Carey-Bélanger, 1974) • Identification de valeurs importantes pour elle dans sa vie de tous les jours • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) en demandant une tâche à la participante : approfondir ses

		connaissance au niveau de la cohérence cardiaque (O'Hare, 2012) à partir du prêté et mettre en pratique l'exercice, ne serait-ce qu'une fois par jour
30 avril 2019 Rencontre 4 90 minutes	<p>Évaluer les rencontres</p> <p>J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes</p> <p>J'identifie et je maintiens les pratiques qui fonctionnent bien pour moi en termes de gestion de la douleur</p> <p>J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes</p> <p>J'identifie les forces qui peuvent être transposées dans un contexte de gestion de la douleur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation orale des rencontres avec la participante • Retour sur la rencontre précédente y compris la tâche demandée via la technique de l'évaluation (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Présenter des techniques de relaxation, de visualisation et d'acceptation de la douleur et de pleine conscience (Dionne, 2014; O'Hare, 2012) • Utilisation de la technique de l'encouragement (Carey-Bélanger, 1974 ; Du Ranquet, 1981) • Collectivisation de la tendance à entrer en lutte contre sa douleur (Dionne, 2014) et de la tendance pour les femmes ayant des douleurs vulvovaginales à avoir des problèmes au niveau de leur intestin (c'était identifié dans la littérature) • Utilisation de la technique de « l'action » (Carey-Bélanger, 1974) en demandant une tâche à la participante : identifier deux normes sexuelles et deux normes liées à la santé ou au corps et identifier de quelle manière elles peuvent l'influencer
15 mai 2019 Rencontre 5 70 minutes	J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente, y compris la tâche demandée via la technique de l'évaluation (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Discussion au niveau du corps comme étant une construction sociale de Detrez (2002) • Discussion sur ce qu'est la santé vs le bien-être général (De

	<p>J'identifie les forces qui peuvent être transposées dans un contexte de gestion de la douleur</p> <p>J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes</p> <p>J'identifie des normes sociales liées au corps et à la santé, à la sexualité et aux rôles de genres et qui peuvent m'influencer.</p>	<p>Koninck et Fassin, 2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vulgarisation sur la notion de « pacing » (Cole et al., 2008; Dionne, 2017) • Point d'information sur la prévalence des douleurs vulvovaginales chroniques afin de collectiviser les difficultés vécues (dont le sentiment de culpabilisation) et par le fait même l'utilisation de la technique de l'encouragement (Carey-Bélanger, 1974 ; Du Ranquet, 1981) • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) en demandant une tâche à réaliser par la participante : lire sur l'ACT et la pleine conscience (Dionne, 2014), particulièrement le pacing et la défusion cognitive
<p>21 mai 2019</p> <p>Rencontre 6</p> <p>60 minutes</p>	<p>J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente, y compris la tâche demandée via la technique de l'évaluation (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Initiation au processus de fixation d'objectifs (Chapelle <i>et al.</i>, 2014; Cole <i>et al.</i>, 2008; Cottencin et Doutrelugne, 2008; Dionne, 2014) • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) en demandant une tâche à réaliser par la participante : se fixer un objectif selon la méthode SPORT (Dionne, 2014)
<p>11 juin 2019</p> <p>Rencontre 7</p> <p>90 minutes</p>	<p>Rencontre de clôture</p> <p>Évaluer les rencontres individuelles</p> <p>Préparer au maintien des acquis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente, y compris la tâche demandée, via la technique de l'« évaluation » (Carey-Bélanger 1974) • Faire oralement l'évaluation des rencontres avec la participante • Exercices de préparation au maintien des acquis

ANNEXE P – Caroline

Plan d'intervention (Caroline)

<p>1. J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes (et je maintiens ce que je fais déjà et ce qui fonctionne bien)</p>	<p>1.1 Identifier les forces/aptitudes en termes de gestion de la douleur</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Dresser la liste de ce qui a déjà été essayé pour diminuer la douleur ● Comprendre ce qu'on entend par gestion de la douleur ● Dresser la liste de ses forces en termes de gestion de la douleur ● Identifier les activités physiques / loisirs qui augmentent les douleurs ● Trouver des alternatives aux activités physiques / loisirs qui augmentent la douleur ● Demander un 2^e avis au niveau de mes douleurs à l'anus et au rectum ● Amorcer un coffre à outils pour gérer le stress et la douleur 	<p>Discussion lors des séances sur ce qui a été noté dans le calepin et retour sur les tâches</p> <p>Exercices avec l'intervenante lors des séances et points d'information</p> <p>Expérimentation du processus de résolution de problèmes <u>avec</u> l'intervenante</p> <p>Expérimentation du processus de fixation d'objectifs</p>	<p>Séances 1-4</p>
---	---	---	---	--------------------

2. Être sensibilisée aux normes sexuelles et aux rôles sociaux ainsi que les conséquences possibles	1.2 Explorer des manières de communiquer sereinement mes douleurs à mon entourage et à mon équipe soignante (lors de la 2 ^e séance, elle dit ne pas être intéressée par cet objectif)	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier quel type de soutien/écoute serait bénéfique • Être en mesure de communiquer ce dont j'ai besoin • Identifier les bienfaits d'une communication claire et non blâmante • Accepter que tous ne pourront pas me donner le soutien désiré, mais que je peux recevoir autre chose de leur part • Connaître ce qu'est l'acceptation et la pleine conscience et faire des liens avec les exercices de méditation et idées spirituelles déjà pratiquées • Être sensibilisée au sentiment d'impuissance des proches des personnes souffrant de douleur chronique 	<p>Discussion avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances</p> <p>Exercices avec l'intervenante lors des séances et points d'information</p>	Séance 6
	2.1 Identifier ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir quelles sont les normes sexuelles dominantes • Identifier quels sont les rôles sociaux genrés • Reconnaître s'il y a des pratiques sexuelles non aimées, mais tout de même pratiquées • Identifier quel serait le partenaire rêvé pour moi • Identifier des rapports sexuels appréciés et non douloureux 	<p>Discussion avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Exercices avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances (dont ce qui est noté dans le calepin)</p>	Séances 3-8

3. Réduire l'isolement social	3.1 J'augmente le nombre d'activités ludiques/de détente entre ami(e-s).	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier des loisirs et activités appréciés entre ami(e-s) • Identifier ce qui me procure du plaisir et du bien-être (seule ou avec d'autres personnes) • Faire la liste des bénéfices à une vie plus remplie de rapports sociaux • Identifier quel type d'amitié je désire • Identifier des moyens de rencontrer des hommes (pas prioritaire) 	<p>Discussion avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Exercices avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances (dont ce qui est noté dans le calepin)</p>	Séances 2-8
--------------------------------------	--	--	---	-------------

Liste des activités réalisées (Caroline)

Date	Objectifs	Activités
28 février 2019 (environ 45 minutes)	Recruter et rencontrer la participante potentielle	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue : première prise d'information sur le diagnostic et les difficultés vécues • Présentation du programme • Discussion sur les attentes de part et d'autre • Organisation de la rencontre 1
3 mars 2019 Rencontre 1 75 minutes	Faire connaissance J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation du fonctionnement social • Verbalisation des difficultés vécues par l'entremise de la technique de la « compréhension » (Carey-Bélanger, 1974) • Confrontation d'idées par l'entremise de la technique de la direction et du contrôle (Carey-Bélanger, 1974) • Notation et hiérarchisation des difficultés vécues • Identification des forces/qualités de la participante • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) en demandant une tâche à la participante : acheter un calepin

	J'identifie mes forces qui peuvent être transposées dans un contexte de gestion de la douleur	
17 mars 2019 Rencontre 2 60 minutes	Établir conjointement les objectifs J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes et je maintiens ce que je fais déjà et ce qui fonctionne bien J'identifie ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente, y compris la tâche demandée via l'utilisation de la technique de l'« évaluation » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Retour sur l'échelle de notation des difficultés vécues et présentation du plan d'intervention • Entente sur les objectifs à poursuivre • Discussion sur quels pourraient être les bénéfices de communiquer ses besoins et son avis aux différents professionnels de la santé et difficultés à ses amis • Identification de ce qui est important pour elle au niveau sexuel • Utilisation de la technique de l'encouragement (Carey-Bélanger, 1974 ; Du Ranquet, 1981) alors qu'il est mentionné à la participante qu'elle fait preuve de beaucoup de courage • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) en demandant une tâche à la participante : identifier quatre forces/aptitudes en gestion de la douleur ou autre
6 avril 2019 Rencontre 3 70 minutes	J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes et je maintiens ce que je fais déjà et ce qui fonctionne bien	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente, y compris la tâche demandée via l'utilisation de la technique de l'« évaluation » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Faire identifier à la participante ses forces (et après voir ce qui se transpose en gestion de la douleur) • Faire un point d'information sur ce qu'est la gestion de la douleur • Recherche d'habiletés en résolutions de problèmes avec la participante (pouvant être intégrées à sa situation) en utilisant la technique de « l'encouragement » (Carey-Bélanger, 1974) • Introduction au processus de résolution de problèmes (Chapelle <i>et al.</i>, 2014; Cole <i>et al.</i>, 2008; Cottraux, 2006; Mirabel-Sarron et Docteur, 2013) • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974)

	J'identifie mes forces qui peuvent être transposées dans un contexte de gestion de la douleur	en demandant une tâche à la participante : continuer l'exercice de résolution de problèmes, ex. : choisir une solution et la mettre en pratique
28 avril 2019 Rencontre 4 75 minutes	Évaluation des rencontres J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes et je maintiens ce que je fais déjà et ce qui fonctionne bien	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation orale des rencontres avec la participante • Retour sur la rencontre précédente, y compris la tâche demandée via l'utilisation de la technique de l'« évaluation » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Identification des bénéfiques à utiliser la technique de la résolution de problèmes • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) en demandant une tâche à la participante : identifier ce qu'elle aime chez un homme et ce qu'elle souhaiterait dans une relation amoureuse (et en option deux pratiques sexuelles appréciées)
12 mai 2019 Rencontre 5 75 minutes	J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes J'identifie ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre J'augmente le nombre d'activités ludiques/de détente entre ami(es)	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente, y compris la tâche demandée via l'utilisation de la technique de l'« évaluation » (Carey-Bélanger, 1974; Du Ranquet, 1981) • Verbalisation des difficultés vécues par rapport à l'emploi, les humeurs (taux de sucre selon elle) ainsi que douleurs vulvovaginales et anales par l'entremise de la technique de la « compréhension » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Discussion sur ce qu'elle aime au niveau sexuel et ce dont elle a besoin via la technique de la réflexion (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Discussion sur ses activités sociales • Point d'information sur les normes sexuelles et confrontation de point de vue, dont la collectivisation des douleurs vulvovaginales chroniques

		<ul style="list-style-type: none"> Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) en demandant une tâche à réaliser par la participante : identifier deux normes liées au corps et deux normes liées à la sexualité en Amérique du Nord et de quelles manières elles peuvent avoir une influence sur elle
26 mai 2019 Rencontre 6 70 minutes	<p>J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes et je maintiens ce que je fais déjà et ce qui fonctionne bien</p> <p>J'augmente le nombre d'activités ludiques/de détente entre ami(es)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Retour sur la rencontre précédente, y compris la tâche demandée via l'utilisation de la technique de l'« évaluation » (Carey-Bélanger, 1974; Du Ranquet, 1981) Identification de ce qu'elle recherche chez un professionnel de la santé et des services sociaux Suivi au niveau des nouveaux liens sociaux créés et félicitations à la participante en utilisation de la technique de l'encouragement (Carey-Bélanger, 1974 ; Du Ranquet, 1981) Discussion sur l'importance de se concentrer sur les forces de ses amis et non sur leurs travers Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) en demandant une tâche à réaliser par la participante : lire sur la défusion cognitive (Dionne, 2014) afin de dédramatiser son idée qu'elle n'est pas désirable sexuellement
2 juin 2019 Rencontre 7 75 minutes	<p>J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes</p> <p>J'identifie mes forces qui peuvent être transposées dans un contexte de gestion de la douleur</p> <p>J'identifie ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre</p> <p>J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le</p>	<ul style="list-style-type: none"> Retour sur la rencontre précédente, y compris la tâche demandée via l'utilisation de la technique de l'« évaluation » (Carey-Bélanger, 1974; Du Ranquet, 1981) Verbalisation des difficultés vécues par rapport à ses contacts souvent difficiles avec les professionnels de la santé par l'entremise de la technique de la « compréhension » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) Deux références données à la participante : un spécialiste de la zone anorectale (md) et une nutritionniste spécialisée au niveau du syndrome de l'intestin irritable Pratique de verbalisation des enjeux au niveau sexuel à un homme

	nombre de scénarios catastrophes et je maintiens ce que je fais déjà et ce qui fonctionne bien	<p>en effectuant un exercice de type jeux de rôles</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) en demandant une tâche : écouter le court métrage sur le clitoris de Lori Malépart-Traversy
16 juin 2019 Rencontre 8 60 minutes	J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes et je maintiens ce que je fais déjà et ce qui fonctionne bien	<ul style="list-style-type: none"> Retour sur la rencontre précédente, y compris la tâche demandée via l'utilisation de la technique de l'« évaluation » (Carey-Bélanger, 1974; Du Ranquet, 1981) Discussion sur son désir de rencontrer un homme vs ses inquiétudes très marquées par rapport à ses douleurs et son appréhension d'être rejetée Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) en demandant une tâche : noter qu'est-ce qui ferait qu'elle plairait à un homme (surtout au niveau de la personnalité) et quels apprentissages ont été fait et qu'est-ce qui sera le plus utile dans l'avenir
Rencontre 9 29 juin 2019 70 minutes	<p>Rencontre de clôture</p> <p>Préparer au maintien des acquis</p> <p>Évaluer les rencontres individuelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> Retour sur la rencontre précédente (y compris la tâche demandée) Faire oralement l'évaluation des rencontres avec la participante Retour sur l'ensemble des rencontres avec la participante en utilisant la technique de l'« évaluation » (Carey-Bélanger 1974) Revoir le processus de résolution de problèmes Inviter la participante à se fixer elle-même des objectifs dans l'avenir (Chapelle <i>et al.</i>, 2014; Cole <i>et al.</i>, 2008; Cottencin et Doutrelugne, 2008; Dionne, 2014)

ANNEXE Q – Delphine

Plan d'intervention (Delphine)

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Moyens	Indicateurs de mesure	Échéancier
1. J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes	1.1 Identifier les forces/aptitudes en termes de gestion de la douleur et maintenir ce qui fonctionne	<ul style="list-style-type: none"> • Dresser la liste de ce qui a déjà été essayé pour diminuer la douleur • Comprendre ce qu'on entend par <i>gestion de la douleur</i> • Dresser la liste de ses forces en termes de gestion de la douleur • Dresser la liste des bénéfices de chacune des pratiques essayées • Faire l'exercice « keep, drop, create » • Répéter les pratiques qui fonctionnent bien (et les noter dans le calepin) • Identifier les facteurs qui nuisent à mon affirmation, au maintien de mes limites ou de ma gestion de la douleur • S'accorder des récompenses • Amorcer un coffre à outils pour gérer le stress et la douleur (principalement aux craintes et scénarios catastrophes face à sa santé face au présent et à l'avenir) • Comprendre la notion d'adaptation (limites et changements) et d'acceptation (engagement vs résignation) 	<p>Discussion lors des séances sur ce qui a été noté dans le calepin et retour sur les tâches</p> <p>Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances</p> <p>Exercices avec l'intervenante lors des séances et points d'information</p> <p>Expérimentation du processus de résolution de problèmes avec l'intervenante</p> <p>Expérimentation du processus de fixation d'objectifs</p> <p>Expérimentation de la pleine conscience</p>	Séances 2-8

		<ul style="list-style-type: none"> Comprendre mon diagnostic et identifier ce que cela a changé depuis que je l'ai 	<p>Expérimentation de la cohérence cardiaque</p> <p>Faire de la lecture au niveau de la notion de <i> pacing </i> en gestion de la douleur</p>	
	1.2 Augmenter mes capacités communicationnelles avec mon conjoint en contexte sexuel	<ul style="list-style-type: none"> Identification des facteurs qui nuisent à ma communication sexuelle Identifier les bénéfices de la communication sexuelle Trouver des manières de communiquer avec lesquelles je me sens à l'aise Accepter que son conjoint puisse avoir des goûts et désirs sexuels différents Faire preuve d'empathie envers moi-même et avec mon conjoint (Re)développer un lien de confiance avec mon conjoint (confiance mutuelle) 	<p>Discussion avec l'intervenante lors des séances et entre les séances, dont ce qui est noté dans le calepin</p> <p>Points d'information</p> <p>Expérimentation du processus de résolution de problèmes avec l'intervenante</p> <p>Expérimentation du processus de fixation d'objectifs</p>	Séances 2-4
2. Être sensibilisée aux normes de santé, aux normes sexuelles et aux rôles sociaux	2.1 Identifier ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre	<ul style="list-style-type: none"> Savoir quelles sont les normes sexuelles (hétérosexuelles) dominantes Reconnaître s'il y a des pratiques sexuelles non aimées, mais tout de même pratiquées Identifier quel serait le partenaire rêvé pour moi Identifier des rapports sexuels appréciés et non douloureux 	<p>Discussion avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Exercices avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances (dont ce qui est noté dans le calepin)</p>	Séances 2-5

	2.2 Réduire la tendance à l'obligation et à la culpabilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier ce que représente le corps • Identifier ce que représente la santé • Reconnaître les différences entre la santé et le bien-être général • Explorer des différences de traitement de la douleur (aigue vs chronique) et gestion de la douleurs selon les cultures • Faire preuve d'empathie envers moi-même • Collectiviser la tendance à la catastrophisation, à l'obligation et à la culpabilisation (ex : culte de la santé parfaite) 	<p>Discussion avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Exercices avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances (dont ce qui est noté dans le calepin)</p>	Séances 2-8
3. Éviter l'isolement social	3.1 Augmenter ou maintenir le nombre de rapports sociaux et maintenir des activités plaisantes	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier des loisirs et activités appréciés entre ami(es) • Identifier ce qui me procure du plaisir et du bien-être (seule ou avec d'autres personnes) • Faire la liste des bénéfices à une vie plus remplie de rapports sociaux 	Discussion et révision des listes avec l'intervenante	Séances 3-7

Liste des activités réalisées (Delphine)

Date	Objectifs	Activités
28 février 2019 (environ 30 minutes, au téléphone)	Recruter et rencontrer la participante potentielle	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue : première prise d'information sur le diagnostic et les difficultés vécues • Présentation du programme • Discussion sur les attentes de part et d'autre • Organisation de la rencontre 1
8 mars 2019 Rencontre 1 75 minutes	Faire connaissance J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur les attentes de la participante • Évaluation du fonctionnement social • Verbalisation des difficultés vécues par l'entremise de la technique de la « compréhension » (Carey-Bélanger, 1974) • Notation et hiérarchisation des problèmes • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) en demandant une tâche à réaliser par la participante : acheter un calepin
18 mars 2019 Rencontre 2 70 minutes	Établir conjointement les objectifs J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes J'identifie mes forces qui peuvent être transposées dans un contexte de gestion de la douleur J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente, y compris la tâche demandée via l'utilisation de la technique de l'« évaluation » (Carey-Bélanger, 1974; Du Ranquet, 1981) • Retour sur l'échelle de notation des difficultés vécues et présentation du plan d'intervention • Verbalisation des difficultés vécues par l'entremise de la technique de la « compréhension » (Carey-Bélanger, 1974) lors de notre discussion sur les difficultés relationnelles et sexuelles avec le conjoint • Utilisation de la technique de l'encouragement (Carey-Bélanger, 1974 ; Du Ranquet, 1981) en valorisant la participante en mettant en valeur une force que j'ai observée au niveau relationnel et trois forces en terme de gestion de la douleur

		<ul style="list-style-type: none"> • Point d'information résumé sur ce qu'est la gestion de la douleur et l'acceptation • Point d'information sur les normes sexuelles et confrontations d'idées par l'entremise de la technique de la direction et du contrôle (Carey-Bélanger, 1974) • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974; Du Ranquet, 1981) en demandant une tâche à la participante : identification de quatre forces ou aptitudes, ainsi que quatre activités ludiques qui lui procurent du plaisir/bien-être (seule ou entre ami-es)
<p>25 mars 2019</p> <p>Rencontre 3</p> <p>70 minutes</p>	<p>J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes</p> <p>J'identifie ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre</p> <p>J'augmente mes capacités communicationnelles en contexte sexuel avec mon conjoint</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente, y compris la tâche demandée via l'utilisation de la technique de l'« évaluation » (Carey-Bélanger, 1974; Du Ranquet, 1981) • Nuance apportée par rapport à la notion d'acceptation avec engagement (Dionne, 2014) vs acceptation de type résignation • Vérification des manières utilisées pour communiquer ses douleurs et difficultés au conjoint en utilisant la technique de la « direction et du contrôle » ainsi que celle de la « réflexion » (Carey-Bélanger, 1974) • Discussion sur quels peuvent être les bénéfices à communiquer ses douleurs à son conjoint et des pratiques sexuelles appréciées • Identification de pratiques sexuelles appréciées et non douloureuses • Identification de certains blocages à la communication sexuelle par la technique de la « réflexion » (Carey-Bélanger, 1974) • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974; Du Ranquet, 1981) en demandant une tâche à la participante : noter des pratiques sexuelles appréciées dans son calepin (sans censure et sans trop considérer ses douleurs)
<p>2 avril 2019</p> <p>Rencontre 4</p> <p>75 minutes</p>	<p>Évaluer les rencontres</p> <p>J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation orale des rencontres avec la participante • Retour sur la rencontre précédente, y compris la tâche demandée via l'utilisation de la technique de l'« évaluation » (Carey-Bélanger, 1974; Du Ranquet, 1981) • Verbalisation des difficultés vécues par l'entremise de la technique de

	<p>J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes</p> <p>J'identifie ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre</p>	<p>la « compréhension » (Carey-Bélanger, 1974) lors de la discussion au sujet de sa dynamique de couple en général</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussion sur les effets néfastes des jeux relationnels avec son conjoint en utilisant la technique de la direction et du contrôle (Carey-Bélanger, 1974) • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974; Du Ranquet, 1981) en demandant une tâche à la participante : inscrire dans son calepin ce que représente la sexualité pour elle, faire une activité ludique, retranscrire ce que nous avons identifié dans la séance comme étant ses valeurs les plus importantes en couple et le profil du partenaire rêvé
<p>23 avril 2019</p> <p>Rencontre 5</p> <p>60 minutes</p>	<p>J'identifie mes forces qui peuvent être transposées dans un contexte de gestion de la douleur</p> <p>J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes</p> <p>J'augmente le nombre d'activités ludiques/de détente, seule ou entre ami(e-s).</p> <p>J'identifie ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente, y compris la tâche demandée via l'utilisation de la technique de l'« évaluation » (Carey-Bélanger, 1974; Du Ranquet, 1981) • Encouragement pour sa gestion de plusieurs activités professionnelles malgré ses douleurs • Retour sur les forces de la participante • Discussion sur les normes sociales influencées à la base par la religion et le patriarcat • Encouragement à continuer à aborder ses douleurs vulvovaginales chroniques avec son entourage • Identification du blocage qui fait en sorte qu'elle a de la difficulté à identifier ce qu'est la sexualité pour elle • Identification de ce qui est important pour elle dans son quotidien, y compris dans sa relation de couple • Identification de ce qu'elle fait lorsqu'elle est stressée • Présentation de techniques de respiration – cohérence cardiaque (Dionne, 2014; O'Hare, 2012) • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) en demandant une tâche à la participante : identifier ce que représente la sexualité pour elle (sans censure) et lire sur les fondements de la cohérence cardiaque

<p>13 mai 2019</p> <p>Rencontre 6</p> <p>90 minutes</p>	<p>J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes</p> <p>J'identifie ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente y compris la tâche demandée via la technique de l'évaluation (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Discussion au sujet de la notion de <i>pacing</i> en gestion de la douleur chronique (Cole <i>et al.</i>, 2008) • Activité de maintien des acquis si la douleur devient plus présente ou si la communication redevient difficile (avec la création d'un petit plan qui sera retranscrit dans le calepin) • Introduction au processus de résolution de problèmes et de fixation d'objectifs avec la participante (pouvant être intégrés à sa situation) en utilisant la technique de « l'encouragement » (Carey-Bélanger, 1974) • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) en demandant une tâche à la participante : retranscription dans son calepin de son plan en cas de retour aux douleurs et difficultés au niveau sexuel, télécharger l'application respirelaxe, prendre 15 minutes par jour pour faire quelque chose qu'elle aime (pas une obligation), expérimenter plus de tendresse avec son conjoint, même en contexte très occupé • Sensibilisation à l'anatomie du clitoris grâce à des discussions sur un livre (Hubin et Michel, 2018)
<p>11 juin 2019</p> <p>Rencontre 7</p> <p>9h30 à 10h30</p>	<p>J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente (y compris la tâche demandée) • Discussion sur sa tendance à l'anxiété qui la pousse à être hyperactive et cela se traduit par une surcharge au niveau de son travail et de ses études • Rappel des bienfaits de la cohérence cardiaque • Discussion sur l'importance d'être moins surchargée • Expérimentation du processus de résolution de problèmes (Chapelle <i>et al.</i>, 2014; Cole <i>et al.</i>, 2008; Cottraux, 2006; Mirabel-Sarron et Docteur, 2013) • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) en demandant une tâche à la participante : continuer l'exercice de résolution de problème, ex. choisir une solution et la mettre en

		<p>pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) en demandant une tâche à la participante : Invitation à lire sur les chapitre 8-9-10 dans le livre de Frédérick Dionne
<p>25 juin 2019 Rencontre 8 9h15 à 10h30</p>	<p>J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes</p> <p>J'identifie mes forces qui peuvent être transposées dans un contexte de gestion de la douleur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente (y compris la tâche demandée) • Initiation au processus de fixation d'objectifs et exercices faits ensemble • Initiation à la pleine conscience et à l'ACT (Dionne, 2014) • Rappel des forces de la participante • Invitation à lire sur les chapitre 8-9-10 dans le livre de Frédérick Dionne
<p>29 juin 2019</p>	<p>Rencontre de clôture</p> <p>Évaluer les rencontres</p> <p>Préparer au maintien des acquis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente (y compris la tâche demandée) • Faire oralement l'évaluation des rencontres avec la participante • Retour sur l'ensemble des rencontres avec la participante en utilisant la technique de l'« évaluation » (Carey-Bélanger 1974) • Inviter la participante à se fixer elle-même des objectifs dans l'avenir (Chapelle <i>et al.</i>, 2014; Cole <i>et al.</i>, 2008; Cottencin et Doutrelugne, 2008; Dionne, 2014)

ANNEXE R – Française

Plan d'intervention (Française)

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Moyens	Indicateurs de mesure	Échéancier
<p>1. Je développe de nouvelles habiletés en gestion de la douleur afin de réduire les scénarios catastrophes</p>	<p>1.1 Identifier les forces/aptitudes en termes de gestion de la douleur et maintenir ce qui fonctionne</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre ce qu'on entend par <i>gestion de la douleur</i> • Dresser la liste de ses forces en termes de gestion de la douleur • Dresser la liste de ce qui a déjà été essayé pour diminuer la douleur et noter les bénéfices • Répéter les pratiques qui fonctionnent bien (et les noter dans le calepin) • Identifier les facteurs qui nuisent à mon affirmation, au maintien de mes limites ou de ma gestion de la douleur • Amorcer un coffre à outils pour gérer le stress et la douleur (principalement en ce qui a trait aux rapports sexuels avec pénétration et ses craintes face à sa santé) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discussion lors des séances sur ce qui a été noté dans le calepin et retour sur la tâche ➤ Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances ➤ Exercices avec l'intervenante lors des séances et points d'information ➤ Expérimentation du processus de résolution de problèmes avec l'intervenante ➤ Expérimentation du processus de fixation d'objectifs ➤ Exercice de type « keep, drop, create » 	<p>Séances 1-8</p>

	1.2 Cheminer vers une meilleure acceptation de mes douleurs	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre la notion d'acceptation avec engagement • Expérimenter la pleine conscience • Faire preuve d'empathie envers soi-même • Comprendre la défusion cognitive • Identifier les valeurs profondes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discussion avec l'intervenante lors des séances ➤ Exercices avec l'intervenante lors des séances ➤ Expérimentation de l'ACT, dont l'identification des valeurs profondes, le pacing, la défusion cognitive et la fixation d'objectifs, ainsi que la pleine conscience ➤ Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances (dont ce qui est noté dans le calepin) ➤ Exercices de fixation d'objectifs 	Séances 6-8
	1.3 J'augmente mes capacités communicationnelles avec mon partenaire en contexte sexuel	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des facteurs qui nuisent à ma communication sexuelle • Identifier les bénéfices de la communication • Trouver des manières de communiquer avec lesquelles je me sens à l'aise • Développer ou redévelopper un lien de confiance avec mon partenaire (confiance mutuelle) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Expérimentation du processus de résolution de problèmes et de fixation des objectifs ➤ Essais d'exercices de dilatation avec le partenaire ➤ Identification des besoins pour être satisfaite sexuellement ➤ Utilisation de l'humour pour les discussions avec le partenaire 	Séances 1-8

<p>2. Je suis en mesure d'identifier des normes liées au corps et à la santé, à la sexualité et aux rôles sociaux (ainsi que les conséquences possibles)</p>	<p>2.1 Identifier ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier quels sont les rôles sociaux genrés et les répercussions • Identifier quelles sont les normes sexuelles hétérosexuelles dominantes et les influences possibles • Identifier ce que représente la sexualité pour moi • Identifier quel serait le partenaire rêvé pour moi • Identifier des rapports sexuels appréciés et non douloureux • Identifier des rapports sexuels désirés, mais non pratiqués puisqu'ils sont douloureux • Collectiviser la tendance à la catastrophisation, à l'obligation et à la culpabilisation par rapport à la sexualité 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discussion avec l'intervenante lors des séances ➤ Exercices avec l'intervenante lors des séances ➤ Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances (dont ce qui est noté dans le calepin) ➤ Consultation de la modélisation 3D d'Odile Fillod (Cyr <i>et al.</i>, « s.d ») ➤ Visionnement du court métrage sur l'histoire du clitoris (Malépart-Traversy, 2016) ➤ Lecture du livre <i>Le clitoris, la vérité mise à nu</i> d'Alexandra Hubin et Caroline Michel ➤ Point d'information sur les principales difficultés identifiées dans la littérature vécues par les femmes ayant des douleurs vulvovaginales persistantes 	<p>Séances 4-8</p>
---	---	--	---	--------------------

	<p>2.2 Identifier ce que représente pour moi le corps et la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire la différence entre la santé et le bien-être général • Donner des points d'information sur le paradigme fonctionnaliste, individualiste et humaniste • Collectiviser la tendance à la catastrophisation, à l'obligation et à la culpabilisation par rapport à la santé et au corps • Explorer des différences de conception et traitements de la douleur selon les cultures 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discussion avec l'intervenante lors des séances ➤ Exercices avec l'intervenante lors des séances ➤ Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances (dont ce qui est noté dans le calepin) ➤ Consultation du livre <i>La construction sociale du corps</i> de Christine Detrez 	<p>Séances 6-8</p>
	<p>2.3 Réduire les craintes face à la procréation et à l'accouchement</p> <p><i>Nous convenons à la mi-étape qu'il est préférable de favoriser un processus d'action et de réflexion étape par étape et non de gestion de toutes les difficultés vécues à la fois. L'idée est de gagner davantage en confiance, de constater que des progrès sont possibles et d'être à l'aise au niveau de la gestion de la douleur avant de s'inquiéter ou non au sujet de la procréation.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier quelle est l'importance d'une grossesse / avoir un enfant (ex. : souhait réel vs un impératif) • Aborder la notion de « catastrophisation » • Identifier les étapes nécessaires (procurant du bien-être et de la confiance) avant la procréation • Favoriser un processus d'action et de réflexion étape par étape et non de gestion de toutes les difficultés à la fois 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discussion avec l'intervenante lors des séances ➤ Expérimentation de l'ACT et de la pleine conscience ➤ Expérimenter le processus de résolution de problèmes 	<p>Plusieurs mois après la fin de notre processus?</p>

Liste des activités réalisées (Delphine)

Date	Objectifs	Activités
5 mars 2019 (environ 30 minutes, par téléphone)	Recruter et rencontrer la participante potentielle	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue : première prise d'information sur le diagnostic et les difficultés vécues • Présentation du programme • Discussion sur les attentes de part et d'autre • Organisation de la rencontre 1
10 mars 2019 Rencontre 1 75 minutes	Faire connaissance J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur les attentes de la participante • Évaluation du fonctionnement social • Verbalisation des difficultés vécues par l'entremise de la technique de la « compréhension » (Carey-Bélanger, 1974) • Confrontation d'idées par l'entremise de la technique de la direction et du contrôle (Carey-Bélanger, 1974) • Notation et hiérarchisation des difficultés vécues • Délégation d'une tâche auprès de la participante : acheter un calepin
17 mars 2019 Rencontre 2 75 minutes	J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes J'identifie mes forces qui sont mises à profit en terme de gestion de la douleur Je développe de nouvelles habiletés en gestion de la douleur afin de réduire les scénarios catastrophes	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente (y compris la tâche demandée) • Retour sur l'échelle de notation des difficultés vécues et présentation du plan d'intervention • Entente sur les objectifs à poursuivre • Valorisation de la participante quant à sa rigueur au niveau de ses soins de santé (recherche, liens faits, etc.) • Point d'information sur les traitements alternatifs • Discussion sur la gestion de la douleur, dont la prise de médicaments et les normes de santé • Discussion sur la communication sexuelle et les normes sexuelles • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) en demandant une tâche à la participante : identifier 2 forces ou aptitudes (en gestion de la douleur ou non) et identifier 4 pratiques sexuelles

	Je suis en mesure d'identifier des normes liées au corps et à la santé, à la sexualité et aux rôles sociaux	appréciées et non douloureuses, autre que la pénétration vaginale
31 mars 2019 Rencontre 3 90 minutes	Je développe de nouvelles habiletés en gestion de la douleur afin de réduire les scénarios catastrophes Je suis en mesure d'identifier des normes liées : au corps et à la santé, à la sexualité et aux rôles sociaux J'identifie ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente (y compris la tâche demandée) • Exploration de ce qu'est la sexualité pour elle • Discussion au sujet de la communication sexuelle (importance de vérifier ses perceptions et valorisation de son comportement de renforcement positif auprès de son partenaire quand celui-ci fait des choses qu'elle aime) • Discussion sur les bienfaits d'avoir une certaine flexibilité lors des exercices ou la routine de soins (selon le contexte) (Dionne, 2014) • Identification des forces des deux partenaires dans leur relation (leur « nous ») • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) en demandant une tâche à la participante : identifier deux normes sexuelles en Amérique du Nord
14 avril 2019 Rencontre 4 120 minutes	Évaluer les rencontres Je développe de nouvelles habiletés en gestion de la douleur afin de réduire les scénarios catastrophes Je suis en mesure d'identifier des normes liées : au corps et à la santé, à la sexualité et aux rôles sociaux J'identifie ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des premières rencontres • Retour sur la rencontre précédente (y compris la tâche demandée) • Point d'information sur la prévalence des douleurs vulvovaginales chroniques (dyspareunie en générale) • Collectivisation des douleurs vulvovaginales et des difficultés vécues par les femmes qui en souffrent • Identification de normes sexuelles et de leur historique • Point d'information sur le clitoris et sur son anatomie mal connue • Discussion sur ce qui est enseigné en biologie et au niveau de la sexualité • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) en demandant une tâche à la participante : écouter la petite vidéo sur le clitoris de Lori Malépart-Traversy et courte lecture sur le clitoris 3D d'

	J'augmente mes capacités communicationnelles avec mon partenaire en contexte sexuel	Odile Fillod
27 avril 2019 Rencontre 5 90 minutes	Je développe de nouvelles habiletés en gestion de la douleur afin de réduire les scénarios catastrophes J'augmente mes capacités communicationnelles avec mon partenaire en contexte sexuel	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente (y compris la tâche demandée) • Encouragement suite à un progrès fait avec les dilateurs • Discussion sur les bénéfices de se mettre en action même si elle ne se sent pas 100% prête • Expérimentation du processus de fixation d'objectifs (Chapelle <i>et al.</i>, 2014; Cole <i>et al.</i>, 2008; Cottencin et Doutrelugne, 2008) • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) en demandant une tâche à la participante : poursuivre le processus de fixation d'objectifs entamé lors de la rencontre (spécifiquement sur les rapports sexuels avec son partenaire)
26 mai 2019 Rencontre 6 90 minutes	Je développe de nouvelles habiletés en gestion de la douleur afin de réduire les scénarios catastrophes	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente (y compris la tâche demandée) • Verbalisation des difficultés vécues par rapport à l'emploi et son partenaire qui ne lui donne plus de nouvelles, par l'entremise de la technique de la « compréhension » (Carey-Bélanger, 1974) & (Du Ranquet, 1981) • Points d'information donnés sur l'ACT (Dionne, 2014) • Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) en demandant une tâche: feuilleter le livre de Frédérick Dionne sur l'ACT et la pleine conscience et me mentionner lors de la prochaine rencontre ce qui pourrait être le plus utile pour elle
16 juin 2019 Rencontre 7 120 minutes	J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes	<ul style="list-style-type: none"> • Ventilation au sujet de son interruption de relation avec son ancien partenaire • Discussion sur la série <i>My husband won't fit</i> (couple japonais dont la femme souffre de vaginisme) afin d'identifier des normes sociales dominantes et commenter l'adaptation du couple • Exercices et discussion de la notion de santé vs celle de bien-être général • Discussion sur les bénéfices de l'ACT et la pleine conscience en

	<p>Je développe de nouvelles habiletés en gestion de la douleur afin de réduire les scénarios catastrophes</p> <p>Sensibiliser aux normes de santé, normes sexuelles et aux rôles sociaux</p>	<p>contexte de douleur chronique</p>
<p>30 juin 2019 Rencontre 8</p> <p>60 minutes à 90 minutes</p>	<p>Rencontre de clôture</p> <p>Préparer au maintien des acquis</p> <p>Évaluer les rencontres individuelles</p> <p>Je développe de nouvelles habiletés en gestion de la douleur afin de réduire les scénarios catastrophes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente (y compris la tâche demandée) • Retour sur l'ensemble des rencontres avec la participante en utilisant la technique de l'« évaluation » (Carey-Bélanger 1974) • Inviter la participante à continuer à se fixer des objectifs dans l'avenir (Chapelle <i>et al.</i>, 2014; Cole <i>et al.</i>, 2008; Cottencin et Doutrelugne, 2008; Dionne, 2014) • Faire remplir un questionnaire d'évaluation (des deux dernières rencontres individuelles) à la participante

ANNEXE S – Christine

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Moyens	Indicateurs de mesure	Échéancier
<p>1. J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes</p>	<p>1.1 J'identifie les forces qui peuvent être transposées dans un contexte de gestion de la douleur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dresser la liste de ce qui a déjà été essayé pour diminuer la douleur (surtout gérer le stress et diminuer la douleur lors d'un rapport sexuel) • Comprendre ce qu'on entend par <i>gestion de la douleur</i> • Dresser la liste de ses forces en termes de gestion de la douleur • Amorcer un coffre à outils pour gérer le stress et la douleur avant et pendant un rapport sexuel 	<p>Discussion lors des séances sur ce qui a été noté dans le calepin et retour sur la tâche</p> <p>Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances</p> <p>Exercices avec l'intervenante lors des séances et points d'information</p> <p>Expérimentation du processus de résolution de problèmes avec l'intervenante</p> <p>Expérimentation du processus de fixation d'objectifs</p>	<p>Séances 1-2</p>

	1.2 J'augmente mes capacités communicationnelles en contexte sexuel	<ul style="list-style-type: none"> • Dresser la liste des impacts de la communication, quels en sont les bénéfices ou les désavantages • Identifier les facteurs qui nuisent à mon affirmation et au maintien de mes limites • Faire de la lecture au niveau de la notion de <i>pacing</i> en gestion de la douleur • Accepter l'imperfection et faire preuve d'empathie envers soi-même • Identifier quelles sont les limites qui ne doivent pas être dépassées au niveau relationnel et sexuel 	<p>Discussion avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Exercices avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances (dont ce qui est noté dans le calepin)</p> <p>Expérimentation du processus de résolution de problèmes et de fixation des objectifs</p>	Séance 2
2. Être sensibilisée aux normes sexuelles et aux rôles sociaux ainsi que les conséquences possibles	2.1 Identifier ce que représente la sexualité pour moi et comment je souhaite la vivre	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir quelles sont les normes sexuelles (hétérosexuelles) dominantes • Identifier quels sont les rôles sociaux genrés • Reconnaître s'il y a des pratiques sexuelles non aimées, mais tout de même pratiquées • Identifier ce que représente la sexualité pour moi • Identifier quel serait le partenaire rêvé pour moi • Identifier des rapports sexuels appréciés et non douloureux 	<p>Discussion avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Exercices avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances (dont ce qui est noté dans le calepin)</p>	Séance 2

	<p>2.2 Réduire les craintes face à la procréation, à l'accouchement</p> <p><i>(pas prioritaire)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier quelle est l'importance d'une grossesse / avoir un enfant (ex. : souhait réel vs impératif) • Aborder la notion de « catastrophisation » • Favoriser la mise en action afin de gagner en confiance en ses capacités à mieux vivre avec les douleurs) 	<p>Discussion avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Expérimentation de l'ACT et de la pleine conscience</p>	
3. Réduire l'isolement social	<p>3.1 J'augmente le nombre d'activités ludiques/de détente entre ami(e-s)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier des loisirs et activités appréciés entre ami(es) • Identifier ce qui me procure du plaisir et du bien-être (seule ou avec d'autres personnes) • Faire la liste des bénéfices à une vie plus remplie de rapports sociaux 	<p>Discussion avec l'intervenante lors des séances</p> <p>Discussion sur les réflexions et le travail fait entre les séances (dont ce qui est noté dans le calepin)</p>	Séances 1-3

Liste des activités réalisées (Christine)

Date	Objectifs	Activités
29 décembre 2018 (environ 40 minutes)	Recruter et rencontrer la participante potentielle	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue : première prise d'information sur le diagnostic et les difficultés vécues • Présentation du programme • Discussion sur les attentes de part et d'autre • Signature de l'entente par la participante • Organisation de la rencontre 1
22 janvier 2019 Rencontre 1 60 minutes	Faire connaissance J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation du fonctionnement social • Verbalisation des difficultés vécues par l'entremise de la technique de la « compréhension » (Carey-Bélanger, 1974). • Notation et hiérarchisation des difficultés • Délégation d'une tâche auprès de la participante : identifier ses forces (2) en termes de gestion de la douleur, puis il lui est mentionné qu'un calepin devra être acheté sous peu
5 février 2019 Rencontre 2 60 minutes à 70 minutes	J'identifie les difficultés que je vis en lien avec mes douleurs vulvovaginales persistantes J'identifie les forces qui peuvent être transposées dans un contexte de gestion de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente (y compris la tâche demandée) • Retour sur l'échelle de notation des difficultés vécues et présentation du plan d'intervention • Vérifier ce que la participante connaît de la <i>gestion de la douleur</i> • Vérifier ce qu'elle fait (et a déjà fait) pour diminuer les douleurs par la technique de la « direction et du contrôle » (Carey-Bélanger, 1974) • Mise en valeur des forces identifiées par la femme rencontrée par la

		<p>technique de l'« encouragement » (Carey-Bélanger, 1974).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tâche à réaliser par la participante : noter ses forces en terme de gestion de la douleur (retranscription de celles vues lors de la séance dans son calepin), puis identification de 4 pratiques sexuelles aimées et non douloureuses (devoir supplémentaire à sa demande)
<p>24 février 2019</p> <p>Rencontre 3</p> <p>60 minutes</p>	<p>J'identifie les forces qui peuvent être transposées dans un contexte de gestion de la douleur</p> <p>J'augmente mes capacités communicationnelles en contexte sexuel</p> <p>J'augmente mes aptitudes de résolution de problèmes en gestion de la douleur afin de réduire le nombre de scénarios catastrophes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur la rencontre précédente (y compris la tâche demandée) • Recherche d'habiletés en résolutions de problèmes avec la participante (pouvant être intégrées à sa situation) en utilisant la technique de « l'encouragement » (Carey-Bélanger, 1974) • Introduction au processus de résolution de problèmes (Chapelle <i>et al.</i>, 2014; Cole <i>et al.</i>, 2008; Cottraux, 2006; Mirabel-Sarron et Docteur, 2013) afin de diminuer l'isolement social et le sentiment de découragement et de renouer avec ce qu'elle aime • Vérifier si elle prend une médication, si elle en fait bon usage, si elle a des suivis avec son équipe médicale. Utilisation de la technique de l'« action » (Carey-Bélanger, 1974) en demandant une tâche à la participante : téléphoner une amie afin d'aller faire de l'escalade, puis vérifier auprès de son syndicat si elle aurait des pénalités si elle fait un voyage lors de son arrêt de travail
<p>9 mars 2019</p> <p>Rencontre 4</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Madame ne s'est pas présentée à la rencontre. Elle ne va pas bien. Elle avait dû prendre un médicament pour dormir et diminuer son anxiété la nuit d'avant et elle n'a pas entendu son réveil matin. Elle désire prendre une pause du programme pour au moins deux semaines. • Nous avons communiqué via texto. Je lui ai demandé si elle était entourée et encore suivie par son équipe soignante. Je lui ai aussi demandé si elle avait des idées suicidaires. Elle m'a confirmé qu'elle en avait, mais de ne pas m'inquiéter puisqu'elle était bien suivie et qu'elle gardait somme toute le contrôle. • Sa participation au programme est sur pause. Je lui ai dit de prendre soin d'elle et de ne pas s'en soucier pour l'instant.

