

Maud Meunier,

« *Le périnée, territoire et carrefour des réalités des femmes* »



Sage-femme libérale à Salon-de-Provence, Maud Meunier a fait de la douleur chronique, des dysfonctions pelviennes et de la thérapie manuelle ses principaux champs d'expertise. Son ouvrage *Thérapies manuelles des algies et dysfonctions pelviennes* reparait dans une version enrichie, l'occasion idéale pour mettre un coup de projecteur sur une pionnière, passionnée et libre.

Portrait Maud :
© L'Atelier d'Aj-Li



Votre cabinet est installé chez vous, sous les pins de Salon-de-Provence. C'est une chance de travailler dans un tel cadre ?

Oh que oui ! Je suis chaque jour reconnaissante pour la chance que j'ai. J'exerce chez moi depuis bientôt quatre ans. Auparavant, j'étais dans une maison de santé à Miramas, dans un quartier très défavorisé : ce n'était pas du tout la même vie. Aujourd'hui, mes voisins sont les pins, les écureuils et, parfois, la Patrouille de France qui dessine des cœurs dans le ciel. C'est beaucoup mieux !

Pourquoi avoir choisi sage-femme ?

Je suis entrée en faculté de médecine pour devenir kinésithérapeute. Devenir sage-femme ne m'avait pas effleurée et j'ignorais tout du métier. Je pensais que c'était les gynécologues qui faisaient les accouchements. Une conversation avec ma grand-mère m'a décidée : « *Tu sais, kiné, c'est un peu toujours pareil, m'a-t-elle dit. Un accouchement, en revanche, ce n'est jamais pareil.* » Cette phrase m'a convaincue, au point que je n'ai présenté que le concours de sage-femme.

Par bonheur, ma pratique actuelle se situe à la croisée de ces deux professions.

Vous avez été diplômée à Metz en 2009.

Comment êtes-vous arrivée dans le Sud ?

Deux ans auparavant, j'avais rencontré celui qui est devenu mon mari et le père de mes enfants. Il avait été muté dans le Sud peu après notre rencontre. J'ai terminé mes études à Metz et, le jour même où j'ai obtenu mon diplôme, je suis partie le rejoindre. Le lendemain, je commençais à la maternité catholique de Puyricard. En tout, j'ai travaillé trois ans à l'hôpital, principalement à la maternité de Martigues.

Qu'avez-vous retenu de ces années en maternité ?

L'hôpital est un monde complètement différent du libéral. On est dans le cadre de l'obstétrique, à un moment-clé centré sur l'accouchement. C'est une toute petite fenêtre, aussi intense émotionnellement et symboliquement, que fugace à l'échelle d'une vie de femme. Depuis que je suis libérale, c'est tout le contraire : j'ai l'honneur d'accompagner les femmes tout au long de leur vie. Je m'occupe de la petite fille de cinq ans avec sa première vulvite, et de son arrière-grand-mère gênée par sa vessie. Ma patiente la plus âgée a au moins 90 ans. J'accompagne des lignées de femmes : parfois, une fille m'adresse sa mère, puis sa grand-mère, ou l'inverse ! Cette continuité est d'une grande richesse, à mes yeux. À l'hôpital, un épisode m'avait particulièrement troublée. J'intervenais en suites de couches et j'avais demandé aimablement à une patiente : « *Qui vous a accouchée ?* » Patatra, c'était moi, la veille ! Je ne m'en souvenais même pas. J'ai vécu cela comme un douloureux avertissement. J'ai besoin de donner du sens à ce que je fais et à la relation de soin.

Vous avez exercé ensuite en maison de santé, à Miramas, à partir de 2013.

Oui, j'avais une activité classique de sage-femme libérale : suivi de grossesse, monitoring, préparation à l'accouchement... J'ai progressivement abandonné les activités liées à la grossesse pour me consacrer davantage au périnée, à la rééducation et à la douleur. Cette orientation correspondait de moins en moins au fonctionnement de la maison de santé et aux priorités de la population du quartier. Très défavorisée, ma patientèle était plus soucieuse de boire et de manger à sa faim, que de soulager ses douleurs. Ça n'a plus collé. Toutes les étapes de mon parcours ont néanmoins été importantes, et si c'était à refaire, je referais pareil.

Vous conservez une activité de suivi gynécologique ?

Complètement. Elle représente aujourd'hui environ un tiers de mon activité : suivi gynécologique, contraception, pose de stérilet, IVG médicamenteuse... Je ne souhaite pas m'occuper uniquement de douleurs chroniques, car c'est très éprouvant mentalement.

Pour pouvoir durer, il faut savoir se préserver. Un geste technique comme la pose d'un stérilet me paraît tellement reposant ! L'investissement n'est pas du tout le même pour une prise en charge de la douleur et du périnée, qui vient toucher énormément de facettes de la vie et de la personnalité d'une femme. Dans ce domaine, on fait souvent plus que ce que l'on imagine. Une patiente pour laquelle j'avais l'impression de ne pas avoir fait grand-chose m'a dit un jour : « *Mais vous ne vous rendez pas compte de toutes les graines que vous semez, de tout ce que vous venez changer dans nos vies.* » Ce genre de témoignages m'encourage et me conforte dans mes choix.

Le libéral est souvent présenté comme un espace de liberté. Vous le vivez ainsi ?

Absolument !! Pour moi, la liberté est le bien le plus précieux dont puisse jouir l'être humain. Je ne suis pas faite pour un cadre trop rigide. Les inconvénients et les contraintes du libéral ne me dérangent absolument pas : ma liberté n'a pas de prix !

Et financièrement ?

Je ne me considère pas à plaindre. Comme j'ai développé une expertise particulière, je facture du hors nomenclature pour les consultations consacrées à la douleur, ce qui compense des temps longs d'accompagnement. Je travaille environ 27 heures par semaine pour la partie consultation et je vis correctement. Si j'ai envie d'acheter un morceau de saumon, je l'achète ! J'ai grandi dans une famille modeste. Par rapport à ce référentiel de départ, je ne roule pas sur l'or, mais presque ! Une autre à ma place trouverait sans doute que je gagne trop peu, mais je suis personnellement satisfaite.

Vous êtes spécialisée en prise en charge de la douleur. Il y en a beaucoup : douleurs de règles, douleurs pendant les rapports, douleurs pelviennes, vulvaires ou vaginales, de la grossesse, du post-partum, etc.

Cet aspect multimodal est à prendre en compte dans sa globalité, avec des priorisations de prise en charge à construire avec la patiente, pour les douleurs comme pour les dysfonctions. Les symptômes ont certes une composante neuro-musculo-squelettique, mais sont également reliés à la manière dont une femme bouge, respire, se détend, organise son quotidien, ou pense ce qui lui arrive. Et la plupart de ces habitudes trouvent leur origine dans l'inconscient, la partie immergée de l'iceberg. La prise en charge commence par la diminution de la douleur afin que la femme puisse de nouveau mobiliser son corps. Ensuite arrive la prise en charge rééducative, comportant la prise de conscience du périnée et de son fonctionnement réflexe au quotidien, ainsi que les corrections posturales à l'effort. Des modifications sont fréquemment nécessaires dans l'hygiène de vie de la femme.



“
Je ne souhaite pas m'occuper uniquement de douleurs chroniques, car c'est très éprouvant mentalement
”



“
Je m'occupe de la petite fille de cinq ans avec sa première vulvite, et de son arrière-grand-mère gênée par sa vessie
”



“
La névralgie
pudendale
est très
parlante :
certaines
patientes
ne peuvent
pratiquement
plus
s’asseoir
”

Photo :
Maud
formatrice
à Salon-de-
Provence
© D.R.



“
Sois sage, ô
ma Douleur,
et tiens-toi
plus tran-
quille
”

Charles
Baudelaire,
*Les Fleurs du
mal*, 1857

Et parfois, il sera intéressant de mettre en lumière les pensées automatiques négatives qui sont projetées sur les sites anatomiques qui dysfonctionnent afin de cheminer vers leur réappropriation positive, et de faire régresser les symptômes qui pourraient persister à ce stade.

Comment définiriez-vous la douleur ?

Pour moi, la meilleure définition de la douleur est la suivante : « une information électrique diffusée par un nerf et réceptionnée par un cerveau, impactant la qualité de vie de la personne. » Quelle que soit son origine, l'expérience douloureuse est réelle. C'est un point essentiel pour les patientes. Malheureusement pour elles, l'errance médicale est souvent longue, même si cela dépend des pathologies. Pour l'endométriose, la sensibilisation du public et des professionnels tend à réduire un peu ce temps. Le pire, il me semble, c'est pour la coccygodynie. Cette affection est assez simple à repérer cliniquement, mais il est très compliqué de trouver quelqu'un qui sache la traiter. Également, les problèmes de sensibilisation sont compliqués à identifier pour la plupart des professionnels — ils sont aussi les plus délicats à prendre en charge. À la clef, là encore, une errance importante.

Avez-vous un exemple de l'impact de ces douleurs sur la vie quotidienne ?

La névralgie pudendale est très parlante : certaines patientes ne peuvent pratiquement plus s'asseoir. Ça leur fait très mal. Pour elles, tous les temps de repos, tous les transports, les repas, les études, le cinéma, même un verre avec des amis deviennent douloureux. C'est important de prendre la mesure de cela. On les reconnaît tout de suite, car ce sont des patientes qui restent debout dans la salle d'attente et pendant la consultation. La douleur ne se limite donc pas à une zone anatomique : elle envahit le travail, les loisirs, et toutes les relations sociales.

Et la vie sexuelle ?

La vestibulodynie vulvaire provoquée peut rendre le moindre contact vulvaire très douloureux, avec des sensations de brûlure, de déchirure, voire même de « coup de poignard ». Ce n'est pas la même chose que le vaginisme. C'est une histoire de nerfs hyperexcitables. Certaines femmes ne peuvent plus avoir de rapports ; d'autres serrent les dents et continuent, puis souffrent pendant une heure... ou pendant une semaine.

L'anticipation du rapport devient évidemment très anxiogène, l'impact de ces douleurs est majeur. À la souffrance physique s'ajoutent souvent la culpabilité envers le conjoint et la peur de fragiliser le couple.

La douleur pendant les règles est-elle encore trop banalisée ?

Totalement. Sentir qu'il se passe quelque chose dans le ventre pendant les règles, c'est normal. Mais une douleur, qui impose des médicaments ou limite la vie quotidienne ne devrait pas être banalisée. Trop de femmes répondent : « J'ai mal, alors je prends un anti-inflammatoire. C'est normal, non ? »

Qu'est-ce qui pousse les patientes à consulter ?

Le retentissement sur leur qualité de vie. Elles ne peuvent plus travailler, ni faire du sport ou avoir des rapports, ni même simplement rester assises. C'est souvent moins l'intensité de la douleur elle-même que tout ce qu'elle leur interdit, qui les conduit à demander de l'aide.



Le périnée reste-t-il un territoire mal connu, y compris par les femmes elles-mêmes ?

Tellement ! Lorsque je me suis installée en libéral, j'ai suivi une première formation de rééducation périnéale. J'ai commencé à pratiquer, mais je m'ennuyais terriblement : je n'avais rien compris ! Aujourd'hui, je considère le périnée comme un « territoire et un carrefour » des réalités de la femme. Ma prise en charge commence par un bilan sous forme d'interrogatoire oral. Cela me donne une première idée du profil de la patiente. Ensuite, quand est venu le moment d'examiner le périnée, il me révèle un tas d'autres informations. Sa capacité à se relâcher, ses tensions, ses asymétries... Même la façon qu'il a de se contracter me parle du tempérament et du fonctionnement de la femme. Bref, quand on découvre tout cela, la prise en charge devient absolument passionnante. Ma grand-mère m'avait dit qu'aucun accouchement ne se ressemblait, je dirais aujourd'hui qu'aucun périnée n'est semblable à un autre.

Vous avez le sentiment qu'il révèle parfois davantage qu'une conversation ?

Oui. Nous pouvons tous présenter une façade, dans la conversation. Nous, les femmes, sommes très fortes pour faire bonne figure, notamment lorsqu'il s'agit de dissimuler la douleur (physique ou mentale).

Pub HIP



“
Il est temps
d'apprendre,
femmes et
thérapeutes,
à l'aimer, ce
périnée
”

Photo :
Technique
Thérapie
manuelle
externe
© D.R.



Le périnée, lui, réagit de manière beaucoup moins contrôlée. La patiente ne sait pas feindre au niveau du périnée. Et, pour le coup, ça m'arrange qu'elle ne le connaisse pas trop, parce que je le vois à l'état brut. Bien sûr, il ne s'agit pas de prétendre lire toute une personnalité dans ce « territoire », mais il apporte des informations cliniques très riches.

Quelle place la rééducation périnéale occupe-t-elle dans la formation des sages-femmes ?

Elle reste minime et très variable selon les facultés. Je propose cet enseignement dans les facultés de Marseille, Nîmes et Montpellier, et je vois les lacunes. Quatre heures de cours, c'est bien, mais c'est insuffisant pour pratiquer. Lorsqu'on veut proposer de la rééducation périnéale en libéral, il est indispensable de se former. Pour ma part, j'ai étudié beaucoup de livres d'anatomie, puis j'ai observé très longuement mes patientes. J'ai fait des parallèles entre les douleurs, les tensions, les façons de contracter et les profils des patientes. J'ai tissé des liens entre tout cela. C'est ainsi que ma compréhension s'est construite.

Vous décrivez le périnée comme un « territoire sous influences », pourquoi ?

L'évocation d'un territoire va au-delà d'une localisation anatomique. En effet, les releveurs de l'anus sont des muscles posturaux, rendant leur implication nécessaire dans le redressement de notre posture, dans son tonus. C'est en quelque sorte le « terreau » à partir duquel notre corps s'érige (une fois passée l'étape podologique). Il compose aussi le siège, site sur lequel nous pouvons nous asseoir. Les traditions indiennes évoquent également le périnée comme le « Chakra racine » : il est notre racine, notre territoire. Mais également, comme tout territoire, il est source de convoitise par l'autre, d'occupation par des agents infectieux, peut renvoyer à une notion de propriété, et de passage (saignements, accouchement, sexualité). Le périnée est également un carrefour anatomique stratégique, au cœur du bassin (lui-même au cœur de notre squelette), où se rencontrent de nombreux nerfs, muscles, et fluides. Il supporte les impacts venus du dessous, les pressions venues du dessus, les crispations inhérentes à la posture, aux secteurs préférentiels, et aux pensées, tout comme il subit les effets du cycle hormonal, des variations du pH, du microbiote ou d'éventuelles infections. Ainsi ce territoire et carrefour est sous influences. Influencé par les éléments précédemment cités, le fonctionnement d'un périnée peut également se modifier selon l'histoire intime, la sexualité ainsi que les rapports humains et sociaux.

Sans oublier les violences au sens large du terme vécues dans l'enfance, l'adolescence ou la vie adulte, qui laissent des traces durables et des stigmates périnéales. Voilà ce que j'entends par « territoire sous influences ».

Sur le plan étymologique, le mot périnée renvoie à la « zone par laquelle le corps se vide ». Il vient du grec *peri*, « autour », et *inein*, « évacuer, purger ». Lorsque le périnée devient douloureux, j'y vois, au-delà des réalités tissulaires, l'expression d'un trop-plein qui ne parvient plus à s'évacuer : trop de charges, d'émotions, de tensions, de volonté auto-imposée ou subie de tout porter, de tenir bon, sans jamais montrer ses failles.

Ce propos n'est pas une démonstration scientifique, mais une lecture symbolique qui peut aider certaines femmes à conscientiser ce qu'elles vivent. Je pense qu'il est temps d'apprendre, femmes et thérapeutes, à l'aimer, ce périnée.

Le corps des femmes a longtemps pu être soumis au désir du mari ou du partenaire.

Le périnée est particulièrement concerné, non ?

Je l'entends moins aujourd'hui, heureusement. Malgré tout, il y a certaines cultures où c'est complètement normal que, le soir, la femme réponde aux besoins du mari. Qu'elle en ait envie ou non, c'est pareil ! Quand on connaît les douleurs indicibles qu'éprouvent certaines, on imagine ce qu'elles doivent supporter pour respecter l'injonction culturelle.

Quelle place les violences occupent-elles dans vos consultations ?

Toutes mes patientes sont concernées. C'est ce qui m'a conduit à suivre un diplôme universitaire « Violences faites aux femmes ». Ces violences ne sont pas toujours identifiées comme telles par les patientes : il peut s'agir d'événements manifestes, mais aussi de petites atteintes répétées pendant des années, ou de souvenirs tenus à distance par des mécanismes de protection voire d'amnésie traumatique. Je reste prudente : je ne suis pas psychotérapeute et je ne cherche pas à faire émerger un traumatisme. Mon rôle est de repérer une fragilité, de respecter les limites de la patiente et de l'orienter.

Une manipulation peut-elle faire remonter une réaction émotionnelle ?

Cela m'est arrivé, comme à de très nombreuses sages-femmes, j'imagine, au cours d'un simple examen gynécologique. La probabilité augmente en cas de traitement par voie interne.

Parfois, les réactions peuvent être déconcertantes, tant pour la femme que pour moi-même. Dans ces moments-là, évidemment, le soin s'arrête. Il est primordial d'encourager la femme à aller déposer et traiter cette expression du corps auprès d'un thérapeute, avant de reprendre ce type de manipulation, si c'est souhaité. Là encore, le respect de la temporalité de la patiente, ainsi que l'accueil et l'acceptation de ses réactions doivent impérativement être de mise.

Vous orientez notamment vers l'EMDR¹ ?

Plusieurs fois par jour, oui ! Lorsque cela me paraît indiqué et que la patiente l'accepte. J'ai la chance de travailler avec une thérapeute formidable formée à l'EMDR. Pour certaines vestibulodynies, il arrive qu'après ce travail je n'aie presque plus rien à faire : la douleur s'est fortement apaisée et le nerf n'est plus dans le même état d'alerte. Ce sont des observations cliniques, pas une promesse de résultat pour toutes les patientes.

Comment reliez-vous traumatisme et tensions périnéales ?

Le trauma va laisser des traces dans l'inconscient : l'amygdale et l'hippocampe cérébrales notamment. Cela maintient l'organisme en hypervigilance. La personne, inconsciemment, se protège, se construit une carapace, et le périnée peut participer à cette stratégie de défense en restant contracté. Tant que le système d'alarme demeure activé, il est parfois très difficile de relâcher durablement cette zone. Il faut alors travailler dans le bon ordre et avec les bons professionnels. C'est à dire commencer par lever le trauma avant de s'attaquer aux symptômes.

Vous avez un exemple ?

Je pense aux problèmes d'instabilités vésicales, qui donnent envie de faire pipi tout le temps... Comme pour n'importe quel symptôme, c'est important de toujours demander aux gens quand cela a commencé. Et pour ce problème-là, fréquemment, c'est une mère qui a eu peur pour son enfant, peu importe le stade. Cela peut être à la naissance, en néonatalogie, mais aussi très souvent lorsque l'enfant est devenu grand. En général, cela correspond au moment où une fille a quitté la maison, voire est partie à l'étranger. La mère est inquiète et se sent impuissante. Elle a peur et n'ose pas le dire. C'est sa vessie qui parle.

Vous évoquez aussi un héritage transgénérationnel

Oui, l'être humain est très mimétique. Les manières de vivre et de se comporter se transmettent beaucoup par l'exemple, par le langage corporel, et aussi par les non-dits. Une petite fille observe sa mère et reproduit souvent ce qu'elle a vu et ressenti.

(1) EMDR (sigle de l'anglais Eye Movement Desensitization and Reprocessing), psychothérapie utilisant des mouvements oculaires et/ou des stimuli sensoriels en alternance à gauche, puis à droite, pendant l'évocation des souvenirs perturbants (Larousse)

Sortir de cet héritage demande de se réinventer, donc de l'énergie. Les femmes ont longtemps appris à supporter, à s'occuper des autres avant elles-mêmes et à ne pas demander d'aide. Elles cumulent les rôles et s'imposent parfois de tout surmonter seules. Or, nous avons tous et toutes besoin d'être compris, reconnus et soutenus. Dire que l'on a besoin d'une épaule sur laquelle se reposer n'est pas une faiblesse. Parfois, la douleur est le seul moyen que trouve notre corps pour nous imposer de ralentir, de nous écouter, de demander de l'aide.

D'où vient la thérapie manuelle que vous pratiquez et enseignez ?

Elle vient de plusieurs disciplines. Je distingue deux versants. La partie externe se pratique sur une patiente habillée ; elle m'a été enseignée par le docteur Dominique Bonneau² et je retransmets sa synthèse. La partie interne, intracavitaire, peut être vaginale ou rectale. Je l'ai construite à partir d'ouvrages d'ostéopathie et d'une revue de la littérature en urologie, gastroentérologie et gynécologie. J'ai confronté les techniques à ce qui me semblait anatomiquement et scientifiquement cohérent, puis j'ai élaboré des protocoles.

Avez-vous inventé une méthode ?

Pas vraiment. Toutes les techniques ou presque existaient déjà, dispersées dans différentes disciplines. Mon travail a surtout consisté à créer des liens entre elles. Les sages-femmes qui se spécialisent suivent souvent de nombreuses formations et il peut être difficile d'organiser tout ce savoir. J'ai procédé comme Dominique Bonneau, qui m'a enseigné la thérapie manuelle externe : il a examiné différentes techniques avec un regard scientifique et n'a conservé que ce qui lui paraissait pertinent et défendable. J'ai fait un travail de synthèse selon cette inspiration, dans la discipline qui est la mienne. Les Drs Dominique Bonneau et Éric Bautrant³ ont d'ailleurs préfacé mon livre.

Comment se déroulent vos formations ?

Je forme de petits groupes, généralement huit personnes, pendant trois jours. Les participantes servent tour à tour de modèles afin que je puisse montrer les gestes, puis elles pratiquent beaucoup. Les techniques sont répétées jusqu'à ce qu'elles soient suffisamment maîtrisées. J'organise environ six sessions par an.

(2) Le Dr Dominique Bonneau est médecin spécialiste (médecine physique et réadaptation, médecine du sport) diplômé en médecine manuelle et en ostéopathie, docteur ès sciences du mouvement humain, anatomiste associé à l'Institut de biomécanique humaine Georges-Charpak de l'École nationale supérieure d'arts et métiers (ENSAM, Paris). Il dirige l'Institut supérieur de thérapie manuelle (Avignon)

(3) Le docteur Eric Bautrant est chirurgien gynécologue et mammaire et spécialisé en douleurs chroniques et dysfonctions pelvi-périnéales : endométriose, névralgies, cystites interstitielles, lésions post traumatique, post-opératoires ou post-partum.

“
Parfois, la douleur est le seul moyen que trouve notre corps pour nous imposer de ralentir, de nous écouter, de demander de l'aide
”



“
Le périnée est également un carrefour anatomique stratégique, au cœur du bassin (lui-même au cœur de notre squelette), où se rencontrent de nombreux nerfs, muscles, et fluides
”



Dr Dominique Bonneau, auteur de la préface du livre de Maud © D.R.

Photo :

En congrès avec l'association Convergences PP © D.R.



Thérapies manuelles des algies et dysfonctions pelviennes,

Éditions Sauramps Médical

188 pages
Prix : 42 €
Parution le 21 mai 2026

Acheter en ligne :



Qui formez-vous et que viennent-ils chercher ?

Principalement des sages-femmes, mais aussi des kinésithérapeutes. J'ai également formé une médecin algologue et deux gynécologues. La diversité professionnelle est très enrichissante et m'oblige à adapter constamment mon enseignement. Tous ces praticiens s'intéressent aux douleurs des femmes et ont à un moment le sentiment d'être arrivés au bout de ce qu'ils savent proposer. Il leur manque avant tout une vision d'ensemble, une logique, un outil. La formation leur permet d'organiser et relier les connaissances qu'ils possèdent déjà, tant dans le domaine de la douleur que de la rééducation, tout en élargissant leur raisonnement. Souvent, les sages-femmes me disent : « *Je sens que je dois sortir du périnée pour mieux m'en occuper, alors je viens.* » Elles sentent bien !

Parvenez-vous toujours à comprendre ce qui se joue chez une patiente ?

J'ai presque toujours une hypothèse, mais je ne pose jamais de diagnostic au début. Le diagnostic a l'avantage d'apporter une réponse et l'inconvénient d'y enfermer la personne. Je commence par faire tout ce que j'ai à faire. Après, lorsqu'on y voit clair et s'il ne reste plus qu'un tableau clinique franc, là, oui, je pose un diagnostic dans le but d'orienter et d'encourager la patiente à l'auto-entretien de son mieux-être. Les rendre autonomes est un objectif fort pour moi. Quoi de mieux pour retrouver confiance en soi que son autonomie ?

Vous disiez que la douleur est fatigante à prendre en charge. Qu'est-ce qui vous épuise le plus ?

La charge émotionnelle. Et puis, les patientes souffrant depuis longtemps ont beaucoup à raconter, ce qui est légitime, mais la consultation peut partir dans toutes les directions. Je dois sans cesse recentrer, interrompre parfois, poser un cadre. Elles arrivent aussi avec des attentes immenses : « *Vous êtes mon dernier espoir.* » Il faut entendre cette détresse sans l'endosser. Ressentir leurs émotions sans les porter. Je limite donc les « premiers bilans » à deux par demi-journée.

Comment se déroule ce « premier bilan » ?

Il consiste en un échange d'environ une demi-heure. Après l'anamnèse habituelle, je cherche à comprendre le début des symptômes, leur évolution, leur

retentissement, le contexte physique et émotionnel. J'explique ensuite les premières pistes, les différentes étapes à venir, je donne quelques consignes et, si nécessaire, j'oriente vers une thérapeute adaptée. Le soin manuel vient ensuite.

Vous vous êtes également formée en micro-nutrition. Dans quel but ?

Parce que certains déséquilibres à ce niveau, ou certaines carences peuvent aggraver un terrain douloureux, notamment par des troubles digestifs ou par la conséquence d'une mauvaise hygiène de vie. Selon les situations, je propose des mesures simples : mieux mastiquer, manger dans le calme, bouger, agir sur le stress et la qualité du sommeil. Si cela ne suffit pas, un bilan biologique peut guider une complémentation ciblée. L'objectif n'est pas d'empiler les produits, mais d'intégrer l'hygiène de vie dans une prise en charge globale.

Combien de temps faut-il pour obtenir une amélioration ?

Cela varie énormément. Pour une incontinence urinaire à l'effort, trois séances suffisent en général. Pour une douleur chronique présente depuis dix ans, après de multiples prises en charge, il faut souvent une dizaine de séances ou parfois davantage. Mais mon objectif n'est pas de garder les patientes indéfiniment : je veux qu'elles deviennent autonomes dans leur mieux-être. Cela suppose de rechercher ce qui entretient le symptôme. On

peut relâcher un muscle tendu assez facilement, mais si l'on ne comprend pas pourquoi cette tension s'est installée, elle reviendra. La patiente deviendra dépendante du soin. C'est pourquoi, il faut traiter le muscle, mais aussi agir sur les causes ou les facteurs d'entretien : les habitudes corporelles, la respiration, l'activité physique, le stress, la douleur initiale ou l'histoire de la personne.

Les étirements sont importants ?

Je suis une fanatique des étirements ! Le muscle intervient très tôt dans le cercle vicieux de la douleur. Il augmente son tonus pour protéger du nerf, du viscère ou de l'articulation qui souffre. Mais cette tension musculaire qui se diffuse métamériquement limite les mouvements ; la personne réduit ses activités, dort moins bien, se déconditionne et son humeur se dégrade. Même lorsque la cause aiguë a disparu, le muscle peut rester en alerte si personne ne lui « dit » que le danger est passé.



Les étirements permettent de travailler à cet endroit du cercle vicieux. Mes enfants savent d'ailleurs qu'ils ne peuvent pas venir se plaindre d'une douleur s'ils ne se sont pas d'abord étirés ! Je conseille souvent le yoga, parce qu'il associe mobilité, étirement, respiration et attention au corps.

Comment est construit votre livre ?

Il présente les tableaux cliniques des principales causes de douleurs et dysfonctions pelviennes, les premiers réflexes à avoir et les protocoles de thérapie manuelle associés, externes et internes. Les traitements intracavitaires sont particulièrement développés, ils correspondent au niveau perfectionnement de mon enseignement. Un kinésithérapeute-ostéopathe très investi dans la douleur m'a dit : « *Ton livre est un vade-mecum de la douleur pelvienne chronique.* » J'ai trouvé l'expression juste. Même un professionnel qui ne pratique pas la thérapie manuelle peut y trouver des outils pour comprendre, explorer et orienter les douleurs auxquelles il est confronté. Cette nouvelle édition a gagné 20 % de contenu. J'ai notamment intégré et développé des articles que j'avais écrits pour d'autres publications spécialisées.

Vous avez déjà formé une centaine de sages-femmes. Souhaitez-vous aller plus loin ?

Mon rêve serait que la thérapie manuelle trouve une place dans la formation initiale des sages-femmes. Mais, pour cela, il faut des données, une validation scientifique. Ma prochaine étape est donc la recherche. J'ai sollicité plusieurs centres sans parvenir, pour l'instant, à faire aboutir mon projet. Mais je ne lâche pas ! Il est essentiel pour moi de démontrer que certaines méthodes sont plus efficaces que d'autres et qu'elles peuvent être protocolisées. Dans la douleur chronique, chacun fait encore souvent « à sa sauce ». Je rencontre des femmes qui ont effectué 30 séances de soins sans progresser, j'aimerais que cela n'arrive plus. Les protocoles méritent donc d'être évalués sérieusement, avec une méthodologie robuste, dans l'intérêt des femmes désespérées par leurs douleurs. En attendant ces réalisations, je suis déjà contente d'avoir pu mettre en ligne, sur mon site, un annuaire de tous les praticiens formés à la thérapie manuelle et la pratiquant. Cela peut servir à toutes celles et ceux qui cherchent des relais dans la prise en charge des douleurs ! (Lien et QR Code en fin d'article).

Qu'aimeriez-vous voir évoluer dans la manière dont les sages-femmes sont perçues ?

J'aimerais que l'on nous prenne davantage au sérieux. Pour cela, je crois que les sages-femmes gagneraient à choisir un domaine d'expertise qui leur parle, sans vouloir faire trop de choses. Toucher à tout peut nous desservir. Lorsque l'on développe une véritable expertise, on devient identifiable, pertinente et complémentaire des autres professionnels. Mais mon point de vue est biaisé !

Un conseil à une jeune sage-femme ?

Je lui dirai : « *Exerce avec passion... Et en même temps, méfie-toi de ta passion !* » Car plus on aime son métier, plus on éprouve de la satisfaction professionnelle. Alors on peut travailler trop, continuer à se lever, à se nourrir de sa passion, alors même que le corps n'en peut plus. Il y a risque de burn-out. La passion doit aller avec des limites et une attention à soi.

Votre leitmotiv ?

Liberté ! Et aider les gens à mieux vivre, en autonomie, et en conscience.

Interview réalisée par **Stéphane Cadé**

Annuaire des praticiens formés à la thérapie manuelle ➤ <https://maud-meunier-formation.fr/annuaire-praticiens-formes-therapie-manuelle.html>



In perineo veritas, pourquoi ce titre ?

Évidemment, il ne s'agit pas de lire dans un périnée comme on lit dans les feuilles de thé ! L'explication peut se lire tout au long de l'interview, mais voici comment je la résume.

L'examen clinique d'un périnée nous apporte un nombre considérable d'informations, et ce bien au-delà de ce que nous pouvons retenir de l'entretien ou d'un testing périnéal isolé. Certes, ses asymétries nous parlent de l'équilibre de la posture, et l'examen des muqueuses nous apporte des informations précieuses en termes de trophicité, de microbiote, de cicatrice, d'infections, ou encore de sensibilité neurologique.

Mais la manière dont le périnée autorise (ou non) l'examen, ainsi que les tonus de base du périnée superficiel et profond nous révèlent, si ce n'est une conséquence de douleurs, un mode de fonctionnement de la patiente : en sécurité (périnée équilibré) ou en insécurité (hypertonie du périnée superficiel). La contraction peut être évaluée, mais la manière de contracter ET de relâcher est évocatrice de la manière dont la femme agit et se repose dans son quotidien.

Il n'est pas rare d'interroger une femme qui, très douée d'adaptation, semble fonctionner de manière très harmonieuse. Puis de découvrir par l'examen périnéal combien les crispations et retenues sont importantes.

C'est pourquoi j'annonce, certes de manière un peu provocatrice, qu'une partie de la vérité peut être évaluée par l'examen du périnée.



“
Ton livre est un vade-mecum de la douleur chronique
”

Un
kinésithérapeute-
ostéopathe à
propos du livre de
Maud Meunier