



2^{es} assises françaises de sexologie et de santé sexuelle
Le couple et sa sexualité : prise en charge

J'ai mal pendant les rapports

Dr Sylvain Mimoun
Gynécologue et psychiatre

Les dyspareunies

On différencie :

- **La dyspareunie superficielle** (douleurs à l'entrée du vagin) qui peut parfois empêcher la pénétration vaginale,
- **La dyspareunie profonde** (douleurs au fond du vagin).

On différencie :

- **Les dyspareunies primaires** (qui ont toujours existé),
- **Les dyspareunies secondaires** (qui sont survenues après une période sans douleurs).

Prévalence

- Problème **très peu rapporté par les femmes**, qui ne parlent pas d'emblée de leurs difficultés sexuelles.
- **Rarement le principal motif de consultation** et coexiste fréquemment avec d'autres dysfonctions sexuelles qui deviennent la raison de consultation.
- Après l'anorgasmie, c'est la dysfonction la plus commune chez la femme.
- **Jusqu'à 60 % des femmes** affirment avoir des problèmes de dyspareunie quand le terme est utilisé au sens large tel que de la douleur ressentie au moment de la pénétration.



La dimension physique

Les dyspareunies superficielles primaires

Il peut y avoir une déchirure de l'hymen qui se propage aux tissus voisins (entrée du vagin, petites lèvres etc...) et rend très sensible l'entrée du vagin.

Les dyspareunies superficielles secondaires

- Une origine infectieuse, allergique, une cause dermatologique, une cicatrice post accouchement, ou après une opération chirurgicale.
- Une sécheresse vaginale, atrophie des muqueuses vaginales et vulvaires chez la femme ménopausée chirurgicalement, ou naturellement.
- Parfois la dyspareunie est liée, voire expliquée, par une absence de lubrification vaginale qui par elle-même entraîne une irritation donc une douleur. Et cela souligne par là même l'insatisfaction sexuelle, ou l'absence de désir.

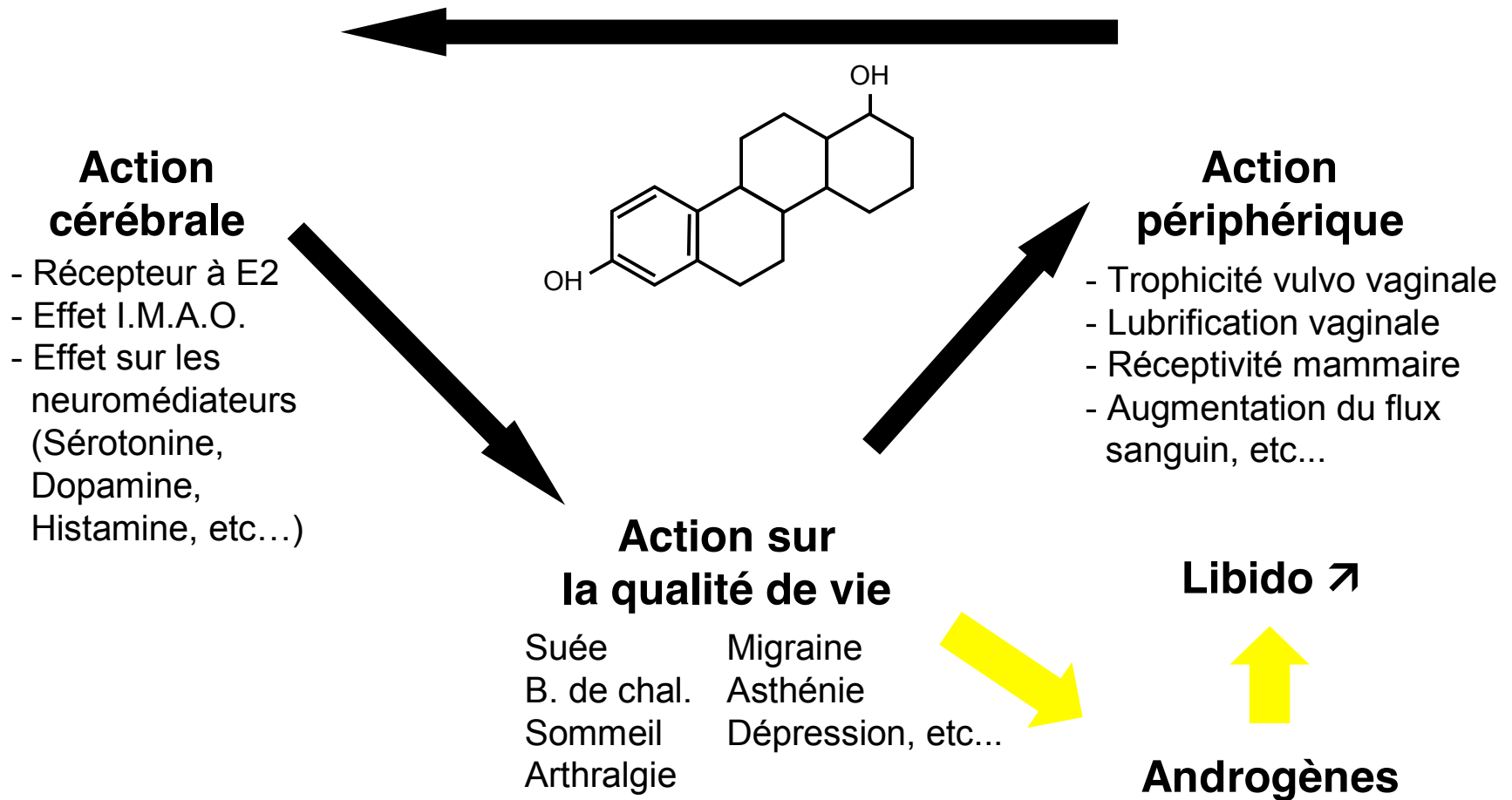
Les dyspareunies profondes

- Endométriose
- Infection
- Utérus rétro versé
- Kystes
- Complications de fibromes
- Syndrome de Masters et Allen (déchirure du ligament large).

Les signes de carence hormonale

- Oestrogénique :
bouffées de chaleur, peau sèche, cheveux cassants, insomnie, sècheresse vaginale, troubles de l'humeur, cystalgie...
- Androgénique :
diminution du bien-être, fatigue inexplicquée, baisse de la libido, dépilation pubienne...

Les différents impacts de hormones sexuelles





La dimension psychologique

Les facteurs psychologiques

→ désintérêt de la sexualité et des douleurs

- Dyspareunies primaires → éducation sexuelle ou traumatisme dans l'enfance.
- Dyspareunies secondaires → troubles physiques ou physiologiques.
 - Après un accouchement
 - En cas de stérilité (sentiment d'échec / ne pas se sentir femme à part entière)
 - En cas d'hystérectomie
 - À la ménopause
 - Il y a aussi des sens qui nous échappent comme la concordance dans le temps entre des événements que la patiente peut lier intimement
 - une lésion initiale (déclenchant une douleur) et une tension émotionnelle due à un autre événement (rupture sentimentale, tension conjugale, deuil, traumatisme comme le viol l'inceste...). A chaque tension inexprimable, l'organe (devenu cible) risque de se manifester à nouveau par des douleurs.

Les raisons conjugales

Conflit conjugal + sècheresse vaginale et dyspareunie
=
vraie barrière entre les deux partenaires

- Derrière ces conflits conjugaux, on peut retrouver une ambivalence affective vis à vis du conjoint, ou plus nettement son rejet ou encore la peur d'être rejetée donc un sentiment d'insécurité...
- Quoi qu'il en soit, vis à vis du conjoint, il est plus facile de dire « j'ai mal » ou « je ne peux pas » que « je ne veux pas ».

La communication dans le couple

- Ceux qui acceptent = les gentils et patients
- Les autres = les bougons et taciturnes.
- Comment communiquer sa douleur :
 - **Communiquer sa douleur à son conjoint** est une demande d'aide : « Occupe toi de moi ! ».
 - **La douleur pendant les rapports est le symptôme du couple**, la demande d'aide est ici **adressée au thérapeute** : « Occupez vous de nous ! ».
 - **Les plaintes algiques répétées** peuvent aussi être une forme camouflée d'agression contre les autres, en particulier le mari, quand ce n'est pas le médecin, (ou même les parents).

Alibi, refus, recherche

- **La douleur peut n'être qu'un prétexte, un alibi.**
Elle fait barrière entre la femme et son partenaire. Certaines de ces femmes sont agressives contre elles-mêmes (à l'inverse de celles qui se plaignent de vaginisme qui sont plutôt anxieuses mais ne refusent pas le contact sexuel, tant que celui-ci évite la pénétration).
- **Refus de la sexualité** , voire de la féminité et/ou peur du sexe masculin.
L'acte sexuel est alors ressenti par la patiente comme quelque chose de persécutant. La douleur étant ici une manifestation corporelle d'un désintérêt sexuel.
- **Erotisation de la douleur.** La douleur pouvant être alors, consciemment ou inconsciemment, recherchée. Rapport de couple sado-masochiste. Le pronostic est plutôt réservé, du fait du fond dépressif et du vécu corporel très perturbé qui existe souvent chez ces femmes.



La prise en charge

Prendre en charge le couple et l'individu

1. Evaluer le contexte individuel dans lequel est chacun des deux conjoints. Se sentent-ils proches quand même ou ressentent-ils une véritable aversion au contact de l'autre ?



2. Mettre en place les moyens thérapeutiques en se focalisant sur la femme.

- En cas de pathologie organique, le traitement dépend bien sûr de la cause
- En cas de carence oestrogénique ou androgénique, le traitement général et/ou local sera mise en place s'il n'y a pas de contre indications.
- Les sexothérapies et les divers types de psychothérapies (y compris conjugales), associées aux traitements symptomatiques seront indispensables.

+



Sur le plan somatique et psychologique

- **Débuter la prise en charge sur le plan somatique** et installer la relation de confiance médecin-patiente qui va être le moteur du changement.
- **Associer le sexothérapeute qui a une place charnière** car la dyspareunie est un symptôme sexuel, mais aussi car il ya des **interactions régulières entre désir, plaisir et douleur vulvo-vaginale.**
- La classification actuelle des dysfonctionnements sexuels a bien intégré ces notions :
 - les troubles du désir sexuel
 - de l'excitation sexuelle
 - trouble orgasmique
 - trouble de douleur sexuelle (dyspareunie, vaginisme)

Objectif de la prise en charge thérapeutique



1. Ne pas aggraver le symptôme par :

- des actions médicales trop ponctuelles et limitées (prescrire uniquement des ovules ou des crèmes pendant des semaines)
- des techniques chirurgicales
 - Vestibulectomie, trop souvent recommandée dans les articles internationaux quand il y a une douleur de la vulve*
 - Isoler ou transposer le nerf pudental**

2. Voir « comment faire pour que ça change ».

Ne pas se focaliser que sur le traitement de la douleur, mais aussi et en même temps sur le « **comment avoir plus de plaisir** », ce qui à la longue peut aboutir à avoir plus de désir.

L'approche sexologique complète très positivement le traitement médical, d'autant que le meilleur anti-douleur c'est le plaisir, à fortiori si l'on peut aider à retrouver désir et plaisir*.**

Aider à réduire la sensibilité douloureuse

Les conseils et le soutien du médecin se doivent d'être aussi détaillés que son ordonnance.

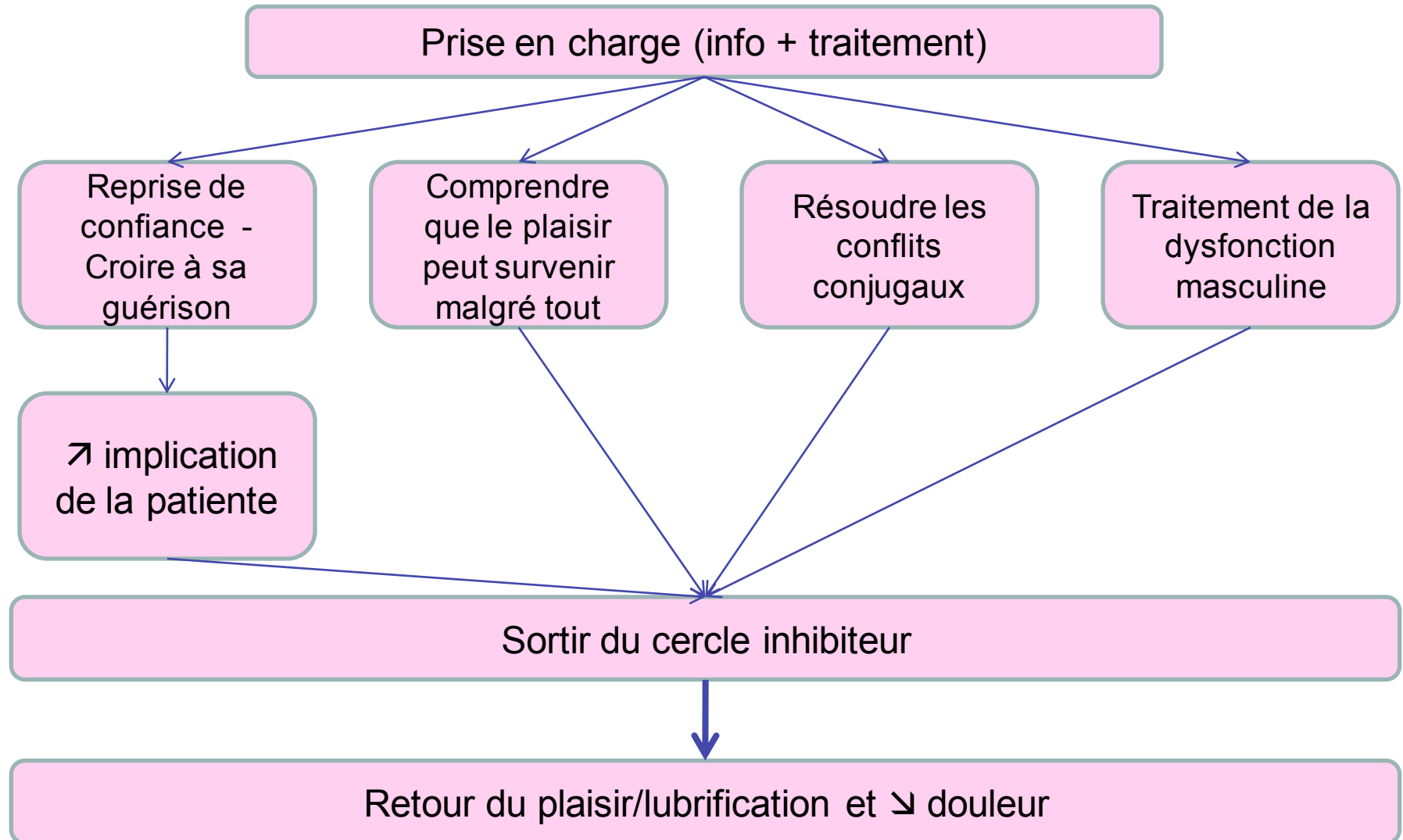
- **Associer des moyens locaux hormonaux ou non hormonaux** (crèmes apaisantes, pommades, bains de siège, lubrifiants hydratants, des produits comme le monasens*, geliofil*, prévegine*, trophigil*, vea olio*...)
- Sur le plan médicamenteux
 - **quand il y a une carence œstrogénique, le traitement oestrogénique local ou général** est une bonne aide, s'il n'y a pas de contre indication.
 - **quand il y a une carence androgénique** ou même quand la situation est bloquée et que l'on veut tenter un traitement d'épreuve on pourrait **prescrire des androgènes**, et voir si cela peut agir comme un levier pour débloquer la situation

Les traitements androgéniques



- **Le seul traitement androgénique ayant une AMM est Intrinsa**, indiqué pour le moment dans la ménopause chirurgicale avec ablation des ovaires
- **Les résultats des études sur les femmes qui ont une ménopause naturelle étant aussi positifs que dans la ménopause chirurgicale**, on peut espérer une extension d'AMM pour bientôt.
- Notons que B. Sherwin avait déjà proposé les androgènes pour majorer le désir et ce qui en découlait (l'absence d'inconfort sexuel, donc la douleur), dès les années 1980*.
- La prescription de certaines médications à action centrale, ou même certains antidépresseurs à petites doses peuvent avoir une action antinévralgique qui calme la sensibilité neurologique, donc la douleur **.

Les bénéfices de la prise en charge



Conclusion

- Le médecin est ici comme un kinésithérapeute, qui peut **montrer à la patiente comment se « rééduquer »** mais qui ne peut pas faire la rééducation à sa place.
- Dans ce contexte, les femmes comprennent, que **les prescriptions médicamenteuses et les conseils sexothérapeutiques sont des aides à la réadaptation thérapeutique**, comme des "béquilles" qui aident à réapprendre la « marche ».
- On se rend vite compte dans ce domaine, que **la personnalité du médecin et sa compétence psychologique sont des facteurs thérapeutiques au même titre que sa compétence technique**. Pour prendre en charge la douleur, le médecin doit croire à cette douleur et au potentiel de changement de la patiente et du couple.

C'est cela qui ouvre le champ thérapeutique.