

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
Médicale**

—
**volume 2005
publié le 30.11.2005**



*VINGT-NEUVIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2005*

En pratique, place de la prise en charge somatique et psychique : exemple des dyspareunies chroniques

S. MIMOUN*
(Paris)

L'approche psychosomatique, qui a comme particularité de prendre en charge tant les aspects somatiques que psychologiques, peut être utile dans de nombreuses situations qui concernent le gynécologue, mais là où cette approche a un impact spécifique c'est quand patiente et médecin sont confrontés à un problème chronique ou répétitif. Les dyspareunies en sont un bon exemple.

Une des principales difficultés rencontrées quand on est face à une femme qui se plaint de dyspareunie chronique, c'est d'aborder la prise en charge thérapeutique.

Autant rechercher les éléments diagnostiques de ces troubles fait partie de la démarche habituelle de tout médecin, autant mettre en place une thérapeutique adaptée nécessite de faire appel à une association de moyens, si l'on veut pouvoir aider la patiente.

* Gynécologue et psychiatre – Unité de Gynécologie Psychosomatique et d'Études de la Sexualité Humaine – Service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital Robert Debré (Pr J.-F. Oury) – Paris.

MIMOUN

À QUOI EST-CE DÛ?

Les dyspareunies sont des rapports sexuels douloureux ou difficiles. Vingt-quatre pour cent des femmes interrogées dans l'enquête Spira se sont plaintes de l'existence de dyspareunie (5 % souvent et 19 % parfois) (5).

On distingue habituellement la dyspareunie superficielle (douleurs à l'entrée du vagin) qui peut parfois empêcher la pénétration vaginale, et la dyspareunie profonde (douleurs au fond du vagin).

On différencie les dyspareunies primaires (qui ont toujours existé) et secondaires (qui sont survenues après une période sans douleurs).

Les dyspareunies sont les troubles sexuels qui ont le plus de causes organiques.

Parmi les causes les plus fréquentes, on recherchera pour les douleurs à l'entrée du vagin des causes infectieuses, allergiques, dermatologiques, cicatricielles, après un accouchement ou une intervention chirurgicale, hormonales, comme après la ménopause par exemple, où l'atrophie des muqueuses vaginale et vulvaire rend les rapports sexuels plus inconfortables.

En cas de dyspareunie primaire cependant, il est utile d'éliminer les rares malformations de la vulve, de l'hymen et du vagin qui peuvent gêner ou empêcher la pénétration vaginale.

Les dyspareunies profondes, quant à elles, sont dues aux mêmes causes que les douleurs pelviennes, (endométriose, infections, kystes, complications de fibromes...).

Bien que ces causes organiques doivent toujours être recherchées avec soin, n'oublions pas quand même que quand la douleur est là de manière chronique et répétitive, la part des facteurs psychiques (éventuellement associés aux causes organiques) est toujours présente et parfois même prépondérante. D'ailleurs, certaines femmes ne peuvent faire entendre leur détresse qu'en parlant de leurs douleurs. Elles pensent que leur plainte sera plus recevable par le médecin...

Attirons l'attention sur deux points :

- Cette douleur touche directement l'acte sexuel, ce qui est loin d'être neutre ;
- La dyspareunie est parfois 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.

PRISE EN CHARGE SOMATIQUE ET PSYCHIQUE : LES DYSpareunies Chroniques

Sur le plan thérapeutique, le premier objectif n'est pas du tout de savoir si la douleur est une cause ou une conséquence du mal-être qui accompagne le trouble sexuel, mais de tenir compte de ce mal-être et de voir « comment faire pour que ça change ».

Face à la douleur il est nécessaire pour le médecin de garder continuellement en tête la globalité du phénomène. Il est particulièrement important de rappeler que derrière l'objet douleur, il y a nécessairement un sujet qui souffre. De plus souvenons-nous que la douleur est une émotion et qu'à ce titre, elle nous renvoie à une autre manifestation de notre affect, celle du plaisir. Lier douleur et plaisir, dans une complémentarité d'états d'être peut nous permettre de resituer la douleur dans sa réalité agissante.

Thomas Szasz (6), qui était psychanalyste, a résumé ainsi les buts psychologiques de la douleur :

- l'expérience de la douleur exprime un besoin d'aide (le corps « parle » mais c'est aussi une défense intrapsychique contre l'angoisse);
- la communication de la douleur (en le disant à autrui) est une demande d'aide ;
- les plaintes répétées sont aussi une forme camouflée d'agression contre les autres (les parents, le mari, mais aussi le médecin...).

Très schématiquement, soulignons que ce qui semble prédisposer à la douleur génitale chronique, c'est la concordance dans le temps entre une lésion initiale et une tension émotionnelle due à un autre événement (rupture sentimentale, deuil...); de ce fait, la patiente peut intimement lier ces deux événements. À chaque tension inexprimable, cet organe (devenu cible) risque de se manifester à nouveau par des douleurs.

C'est encore plus évident lorsque l'événement marquant a été à l'origine de la douleur : une vaginite contractée à la suite d'un rapport adultérin par exemple, ou une IVG, « imposée » par l'entourage, associera volontiers une dyspareunie chronique en « souvenir » de ce qu'il ne faut pas oublier.

D'une manière plus générale, la dyspareunie peut n'être qu'un prétexte, un alibi. Elle fait barrière entre la femme et son partenaire. À l'inverse des femmes qui se plaignent de vaginisme, qui sont plutôt anxieuses mais ne refusent pas le contact sexuel tant que celui-ci évite la pénétration, les femmes qui se plaignent de dyspareunies refusent souvent la sexualité dans son ensemble. Elles sont agressives contre elles-mêmes.

MIMOUN

Sur un autre plan, il semblerait ressortir de nombreuses études socio-psychologiques (2) que les femmes qui ont subi des abus sexuels dans l'enfance souffrent beaucoup plus fréquemment que les autres de douleurs gynécologiques chroniques. Si c'est le cas, il faudra bien sûr en tenir compte dans la prise en charge thérapeutique.

LA CONSULTATION

Devant une femme qui se plaint de dyspareunies, il est très important d'effectuer un examen gynécologique minutieux. Les anomalies organiques au niveau de la vulve sont souvent discrètes et elles ne sont trouvées, quand elles existent, que par celui qui les cherche (éventuellement au colposcope). C'est dire qu'un examen unique, banalisé, regardant hâtivement la vulve peut conclure à tort à une absence d'anomalie.

Ici l'examen clinique pourra nous permettre en outre d'évaluer le vécu psychologique de ce symptôme. En effet le pronostic et la conduite à tenir ne sont pas les mêmes si l'examen gynécologique est possible, voire assez facile, ce qui est plutôt de bon augure, ou si au contraire, le simple contact de la vulve est vécu comme insupportable.

Chez certaines femmes la peur, véritable phobie, de la pénétration peut être telle que même la simple évocation imaginaire de celle-ci est intolérable. La prise en charge thérapeutique devra aussi en tenir compte.

Beaucoup de femmes qui consultent pour des dyspareunies pensent qu'elles ont surtout un problème organique. « Ça ne peut être psychique puisque je souffre vraiment dans mon corps » déclarent-elles souvent. Aussi sur le plan thérapeutique, elles attendent un traitement médicamenteux, voire chirurgical que la plupart du temps la Médecine n'est pas en mesure de leur donner. Les causes, mais parfois aussi les réponses adéquates, ne sont pas rationnelles, mais émotionnelles.

Dans la prise en charge de ces patientes, évitons une source de conflit. Soulignons que dans la très grande majorité des cas, quand une femme a une dyspareunie chronique, parler de douleurs psychogènes n'a pas de sens, sauf si éventuellement c'est la patiente elle-même qui le dit.

Elle a mal dans son corps, donc elle vient nous consulter pour que nous l'aidions à vaincre cette douleur. Si on qualifie la douleur de psychogène, la patiente considère qu'on ne la croit pas.

PRISE EN CHARGE SOMATIQUE ET PSYCHIQUE : LES DYSpareunies Chroniques

Pour apaiser ce type de plainte il faut le plus souvent des consultations répétées, qui associent les moyens médicamenteux certes, mais aussi une approche médicale, psychologique et sexologique, en somme une approche psychosomatique (2).

Le fait de donner des explications psychophysiologiques du phénomène douloureux chronique et du « plan thérapeutique » progressif, quasi « rééducatif » aide les patientes à comprendre ce qui leur arrive et surtout à ce qu'elles soient elles-mêmes plus actives contre leur douleur.

Elles prennent ainsi conscience que: ce symptôme peut disparaître, cela se fera très progressivement au début, beaucoup plus rapidement par la suite, enfin cela dépendra aussi de leur participation active dans le traitement.

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, ou les conseils sexothérapeutiques, sont des aides à la réadaptation thérapeutique, comme des « cannes » qui aident à réapprendre la « marche ».

Même lors de l'examen gynécologique nous leur faisons prendre conscience qu'elles peuvent diriger la contraction et la décontraction des muscles péri-vaginaux. Nous débutons par des exercices de contraction et de décontraction des mains, du visage, des cuisses, et enfin de la région vulvaire et périnéale (2).

LES MOYENS THÉRAPEUTIQUES

De même quand nous leur prescrivons un traitement médicamenteux, nous leur expliquons que ce traitement va réduire la douleur et non la faire disparaître brusquement. Dans les bons cas, les patientes découvrent ainsi « in vivo » qu'elles ne doivent plus se focaliser sur l'attente obsédante de la disparition totale de la douleur. Elles découvrent qu'à certains moments, la douleur n'est qu'une gêne un peu embarrassante, voire une gêne qu'elles peuvent « oublier », plutôt que de se focaliser, à tout moment, sur la vérification de la persistance de cette douleur, quelle que soit son intensité.

La prescription de certaines médications à action centrale, ou même certains antidépresseurs à petites doses peut avoir une action antinévralgique qui calme la sensibilité neurologique, donc la douleur.

MIMOUN

Parallèlement à cette prescription, l'association de moyens locaux, crèmes apaisantes, pommades, bains de siège, lubrifiants hydratants, des produits comme le Geliofil[®], Prévegyne[®], Trophigil[®]...

Les informations données à la femme, associées à la modification des perceptions locales du fait des divers traitements, l'aident beaucoup à croire à nouveau à sa guérison, donc à s'impliquer d'autant plus dans la prise en charge thérapeutique.

Au total quand une femme consulte pour ces troubles il s'agit le plus souvent de mettre en place les moyens thérapeutiques suivants :

1. En cas de pathologie vulvo-vaginale organique, le traitement dépend bien sûr de la cause.

2. En cas de carence hormonale, le traitement général et/ou local sera mis en place s'il n'y a pas de contre-indications.

3. Comme il s'agit de troubles affectant la sphère sexuelle et psychoaffective, les sexothérapies et les divers types de psychothérapies, associées aux traitements symptomatiques seront indispensables.

L'AIDE PSYCHOSOMATIQUE

Pour ce troisième moyen thérapeutique, il y a plusieurs directions à prendre. En effet, tout dépend du type de facteur psychologique qui est sous-jacent et qui est à traiter.

Considérons les multiples causes psychologiques comme une succession de couches étiologiques superposées les unes sur les autres, en allant des causes les plus immédiates, les plus superficielles, les plus conscientes, vers les causes les plus profondes, les plus inconscientes. On retrouve alors :

- les problématiques psychosexuelles ;
- les conflits conjugaux et/ou relationnels ;
- les syndromes dépressifs (masqués) ;
- les états névrotiques.

Le gynécologue formé à l'approche psychosomatique est à la bonne place pour gérer les 3 premières « couches » qui sont de loin les plus fréquentes. Les états névrotiques relèvent plus de la psychanalyse et du « travail » sur les causes inconscientes.

Les problématiques psychosexuelles concernent toutes les causes susceptibles d'induire une frustration sexuelle :

- une éducation sexuelle stricte ;

PRISE EN CHARGE SOMATIQUE ET PSYCHIQUE : LES DYS-PAREUNIES CHRONIQUES

- le manque d'expérience ;
- l'angoisse due à un état gynécologique : infertilité, ménopause, hystérectomie, éventuellement le post-partum, mais aussi l'angoisse existentielle bien sûr ;
- des éventuels traumatismes passés : tentative de viol, voire d'inceste ;
- et, plus fréquemment, l'insatisfaction sexuelle qui induit la disparition de la lubrification vaginale et l'installation de la sécheresse vulvo-vaginale.

Le phénomène de lubrification vaginale chez la femme est en fait l'équivalent de la survenue de l'érection chez l'homme. Dans les deux cas, cela dépend des conditions physiologiques adéquates mais aussi et en même temps, d'un contexte psychologique favorable, c'est-à-dire un contexte qui permette une détente et un laisser-aller, tout en autorisant une stimulation érotique suffisante. Si ces conditions font défaut, la lubrification sera insuffisante ou absente et de ce fait la qualité de la réponse sexuelle sera altérée et peut engendrer inquiétude, frustration, sentiment d'échec, appréhension vis-à-vis des rapports ultérieurs et... des douleurs.

Enfin, n'oublions pas qu'un certain nombre de frustrations sexuelles féminines sont induites par un trouble sexuel masculin comme l'éjaculation prématurée ou les troubles de l'érection par exemple.

Les conflits conjugaux sont en général peu propices à la détente et à la stimulation érotique. Il n'est donc pas étonnant que la sécheresse vaginale et la dyspareunie surviennent comme une vraie barrière entre les deux partenaires quand la mésentente conjugale s'installe.

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 ».

L'état dépressif est par définition une inhibition, dont la dyspareunie et l'insatisfaction sexuelle ne sont qu'un des éléments. Cette dépression peut être évidente, tristesse, envie de rien, amertume, mais le plus souvent elle est masquée, le symptôme sexuel ou la douleur étant le seul signe apparent, le « j'ai mal » signifiant alors « je vais mal ». Prendre en compte cet état dépressif (cause ou conséquence des douleurs) est très utile en thérapeutique.

MIMOUN

Dans les **états névrotiques**, on peut retrouver le refus de la sexualité, voire de la féminité et/ou la peur du sexe masculin, à l'origine du symptôme dyspareunie. L'acte sexuel est alors ressenti par la patiente comme quelque chose de persécutant. Ici, le gynécologue a surtout un rôle d'accompagnateur pour aider la femme à changer le registre de sa plainte et la guider pour débiter une prise en charge psychothérapique.

EN PRATIQUE

Nous visons à soulager le symptôme insatisfaction sexuelle dans son ensemble. Nous savons que le meilleur antidouleur c'est le plaisir (3) et nous aidons la patiente pour qu'elle cesse d'être dans la loi du tout ou rien. Loi qui la maintient dans l'attente d'une cessation complète de la douleur avant qu'elle ne s'autorise à tenter la recherche du plaisir. Pour ce faire nous visons à modifier les comportements sexuels inadéquats.

Nous cherchons à ce que les partenaires fassent naître entre eux une ambiance détendue dans laquelle ils peuvent donner et recevoir des caresses sexuelles « désintéressées », c'est-à-dire qui ne visent pas à aboutir à l'acte sexuel proprement dit. Le fait d'interdire toute tentative de rapports avec pénétration pendant cette période est dédramatisant pour ces femmes (puisqu'elles savent qu'ainsi elles n'auront pas mal) et souvent même pour les deux partenaires. Ceci a pour effet de dissiper les inquiétudes liées à la peur de l'échec, les angoisses d'abandon, etc. De plus, le plaisir, les sentiments de réussite effacent les blocages antérieurs. Quand le plaisir est retrouvé, le désir et la lubrification vaginale peuvent revenir, toutes conditions qui éloignent du risque de ressentir des douleurs.

Au fil de la prise en charge thérapeutique on découvre ou redécouvre que dans un rapport sexuel, la répétition, l'habitude, la banalisation sont importantes parce que rassurantes. Mais le besoin de nouveautés, d'inventions et de surprise est néanmoins essentiel.

L'expérience effective de l'intensification progressive du plaisir aide en effet à dissiper l'obsession de l'échec; mais parfois ces expériences mettent certains conflits à l'épreuve. Cette situation réveillera peut-être des angoisses et des émotions que l'on pourra analyser au cours des entretiens, la thérapie n'en sera que plus active.

PRISE EN CHARGE SOMATIQUE ET PSYCHIQUE : LES DYS-PAREUNIES CHRONIQUES

Cette approche médicale et psychologique, dynamise les patientes et les couples qui se sentent soutenus par ces moyens thérapeutiques.

Soulignons le fait que quelquefois la résolution du trouble sexuel féminin passe par le traitement de la dysfonction masculine (troubles de l'érection, éjaculation précoce, absence d'éjaculation...). Même si chez l'homme aussi, la sexothérapie est très utile, il est assez souvent fait appel pour lui aux traitements médicamenteux : psychotropes retardant l'éjaculation, vasodilatateurs qui facilitent l'érection, ou les substances vaso-actives (Viagra[®], Cialis[®], Lévitra[®], ou même les injections intracaverneuses, Édex[®], Caverject[®]) qui déclenchent et permettent de maintenir les érections. Il y aura donc moins d'inhibitions chez l'homme et plus de possibilités de complicité dans le couple.

CONCLUSIONS

En dehors des cas où il peut être utile de respecter le symptôme douleur, du fait du risque d'une décompensation psychologique, en général l'impression d'impuissance thérapeutique est éphémère, si nous ne nous laissons pas gagner par le découragement, l'agressivité et le renvoi de la patiente ou encore si nous ne nous lançons pas sans aucun recul dans une escalade thérapeutique qui ne peut qu'induire une escalade de la résistance du symptôme. Il ne faut pas tomber dans le piège de la toute-puissance en pensant que c'est nous qui luttons contre le symptôme et qu'il nous faut être les plus forts. C'est la patiente qui est en lutte contre son symptôme, et nous ne faisons que l'aider, en essayant de garder la bonne distance thérapeutique. Pas trop près, car si on « pleure » avec elle on ne l'aide pas, mais pas trop loin non plus car si l'on est trop « blindé » on ferme toute aide psychologique.

Très souvent, au début de leurs troubles, les femmes se sentent dépassées par leurs symptômes qui les bloquent et les obligent à « tourner en rond ». La mise au point d'un « programme thérapeutique » les aide, elles reprennent confiance et l'on note l'amélioration et la disparition du symptôme gênant dans plus de 60 % des cas (dans une étude en cours).

Que le trouble sexuel soit dû à une cause organique ou non, si l'on ne tient pas compte de l'enveloppe émotionnelle du sexuel on perd le sel de la vie humaine.

MIMOUN

Bibliographie

1. Hyde JS, Delamater J. Psychological aspects: attitudes toward contraception . In Understanding Human sexuality, Ed. McGraw-Hill, USA, 1997.
2. Mimoun S. Traité de Gynécologie-Obstétrique Psychosomatique. Éd. Flammarion Médecine, Sciences, Paris 1999.
3. Mimoun S, Etienne R. Sexe et sentiments, Version femme. Éd. Albin Michel, Paris 2004.
4. Paniel BJ, Haddad B, Meneux E. Les dyspareunies : approche gynécologique. In Chapron C, Benhamou D, Belaisch-Allart J, Dubuisson JB. La Douleur en gynécologie. Éd. Arnette Blackwell, Paris, 1997.
5. Spira A, Bajos N et le groupe ACSF. Les comportements sexuels en France. La Documentation Française, Paris, 1993.
6. Szacz T. Douleur et plaisir. Éd. Payot, Paris, 1986.