

**Université d'Angers,
UFR des sciences médicales,
Ecole de Sages-Femmes René Rouchy**

Diplôme d'Etat de Sage-femme

**LES DYSPAREUNIES DU
POST-PARTUM
ENQUETE PROSPECTIVE AU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE D'ANGERS COMPRENANT 79
PATIENTES.**

**Présenté par Amandine Paquereau,
Sous la direction du Dr P. Faye et de Mme Goichon, Sage-femme**

Mars 2010

Je remercie,

Le Docteur Pascale Faye, médecin sexologue
de m'avoir orienté tout au long de l'élaboration
de ce travail,

Madame Brigitte Goichon, monitrice de l'école de
Sages-femmes, pour sa grande disponibilité et
pour l'aide qu'elle m'a apportée dans la
réalisation de ce projet d'étude,

L'équipe enseignante de l'école de Sages-
femmes René Rouchy,

Toutes les patientes ayant participé à l'étude,
ainsi que les membres de ma famille pour avoir
testé mes questionnaires.

Je remercie mon père pour ses remarques
pertinentes ainsi que ma mère pour son soutien
informatique et ses corrections.

Merci à Vincent et Sophie pour leurs corrections,
et leur soutien.

Merci à mes amies de promotion, en particulier
Sarah, Aurélie et Pauline pour leur soutien, leur
écoute lors de ces quatre années passées
ensemble.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
GENERALITES.....	8
1. Historique de la dyspareunie	8
2. Définitions	8
2.1. Dyspareunies primaires et secondaires	9
2.2. Dyspareunies superficielles ou profondes.....	9
2.3. Dyspareunies organiques ou psychologiques	9
3. Facteurs pouvant influencer l'apparition de dyspareunies	10
4. Etiologies.....	10
4.1. Etiologies organiques des dyspareunies superficielles	10
4.1.1. Les vulvo-vaginites	10
4.1.2. Les traumatismes périnéaux.....	11
4.1.3. La Bartholinite	12
4.1.4. Les cystites récidivantes.....	12
4.1.5. Les causes hormonales.....	13
4.1.6. Autres causes.....	14
4.2. Etiologies organiques des dyspareunies profondes	14
4.2.1. Les infections génitales hautes.....	14
4.2.2. Le syndrome de Master et Allen	15
4.2.3. Prolapsus	16
4.2.4. Rétroversion utérine	16
4.2.5. Les adhérences pelviennes	16
4.2.6. Le syndrome de congestion pelvienne.....	17
4.2.7. Autres causes.....	17
4.3. Etiologies psychologiques.....	17
4.3.1. Dépression du post-partum.....	17
4.3.2. Réadaptation face à ce nouveau corps.....	18
4.3.3. Appréhension de la sexualité et de la douleur	19
4.3.4. Autour de la fonction de reproduction	19
4.3.5. Mésentente conjugale.....	19

MATERIEL ET METHODES.....	21
1. Objectifs	21
2. Constitution de la population	21
2.1. Critères d'inclusion	21
3. Méthode	22
3.1. Elaboration des questionnaires.....	22
3.2. Modalités d'administration des 2 exemplaires.....	22
3.3. Recueil des exemplaires.....	23
4. Analyse statistique.....	23
 RESULTATS.....	 24
1. Profil des patientes	24
1.1. L'âge moyen des patientes	24
1.2. Situation professionnelle.....	24
1.3. Parité des patientes	25
1.4. Dyspareunies antérieures à la grossesse	25
2. Sexualité pendant la grossesse	26
2.1. Modification de la sexualité pendant la grossesse	26
2.2. Facteurs expliquant la baisse de la libido.....	26
2.3. L'image corporelle de la femme enceinte vu par son conjoint	27
3. Déroulement de l'accouchement.....	28
3.1. Mode d'accouchement.....	28
3.2. Nombre de professionnels présents lors du travail et de l'accouchement	28
3.3. Participation du père a la naissance	29
3.4. Vécu de l'accouchement par la femme	29
3.4.1. Place de l'accouchement au sein de l'image de soi	30
3.4.2. Place de la cicatrice au sein de l'image de soi.....	30
4. Déroulement des suites de couches	31
4.1. La perception des soins génitaux pratiqués par les professionnels de santé	31
4.2. Les angoisses persistantes.....	31
4.3. Problèmes gynécologiques rencontrés depuis la sortie de la maternité	32
4.4. Allaitement.....	33
4.5. Place des modifications physiques au sein de l'image de soi	34
4.6. L'image corporelle de la femme en post-partum vue par son conjoint.....	35
5. Reprise de la sexualité en post-partum et évaluation de la douleur.....	35
5.1. Période de reprise des rapports sexuels après la naissance	35

5.2. Initiative de la reprise de la sexualité	36
5.3. Appréhension ressentie lors de la reprise de la sexualité.....	37
5.4. Modification de la sexualité depuis la naissance	37
5.5. Douleur ressentie lors des rapports sexuels	38
5.5.1. Localisation de la douleur	38
5.5.2. Type de douleur perçue.....	39
5.5.3. Sévérité de la douleur.....	40
5.5.4. Moment d'apparition de la douleur.....	41
5.5.5. Conséquences de la douleur et moyens utilisés pour y remédier	42
5.5.6. Période de retour à une sexualité « classique »	42
6. Répercussion sur le couple	44
6.1. Comportement du partenaire	44
6.2. Discussion autour de la sexualité au sein du couple	44
7. Résultats du second questionnaire	45
7.1. La contraception	45
7.2. La rééducation périnéale	46
DISCUSSION.....	47
1. Les limites et biais de notre étude.....	47
2. La parité	48
3. L'expérience antérieure des dyspareunies	49
4. La reprise de la sexualité.....	49
5. L'influence du mode d'accouchement sur la persistance des dyspareunies	53
6. L'allaitement.....	56
7. La contraception associée à la difficulté d'aborder la sexualité avec un professionnel de santé.....	58
8. La dyspareunie comme expression d'un mal sous-jacent.....	59
CONCLUSION.....	61
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXES.....	67
ANNEXES 1: Questionnaire adressé aux patientes deux mois après la naissance.	67
ANNEXE 2: Questionnaire adressé aux patientes six mois après la naissance.....	71
ANNEXE 3 : Programme de formation en sexologie	73

ABREVIATIONS

CHU : Centre hospitalier universitaire.

AD : Patientes avec dyspareunies dans le post-partum.

SD : Patientes sans dyspareunies dans le post-partum.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

OR : Odds ratio.

RR : Risque relatif.

INTRODUCTION

Lors de la grossesse et de l'accouchement, l'attention se focalise sur l'enfant à naître, l'aspect maternel de la femme se révèle au détriment de l'aspect féminin qui, lui, s'en trouve quelque peu oublié. Les consultations prénatales consistent à vérifier le bon déroulement de la grossesse et le bien-être fœtal. Cependant, ces patientes n'en restent pas moins des femmes à part entière avec des désirs et une sexualité propre à chacune. Ces femmes sont souvent victimes du manque d'information à propos de la sexualité pendant la grossesse, les séances de préparation à la naissance et le post-partum [1], [2], [3]. En effet, la sexualité se modifie progressivement au cours de la grossesse et s'en trouve souvent ignorée. Une fois l'accouchement réalisé, le séjour à la maternité terminé, bébé et maman rentrés à la maison, la santé du post-partum physique et mentale est largement mise de côté.

La reprise de la vie sexuelle en post-partum est relativement peu évoquée aussi bien par les femmes elles-mêmes (du fait d'une certaine pudeur à parler de leur sexualité) que par la plupart des professionnels qui ne savent pas vraiment comment répondre à leurs attentes. Pourtant, les douleurs sexuelles chez la femme lors de la reprise de la sexualité ne sont pas négligeables. Mais celles-ci ne reçoivent pas toute l'attention escomptée [4] et souvent lors de la consultation post-natale, la reprise de la sexualité en post-partum n'intervient qu'à travers la prescription de contraceptifs [5].

La dyspareunie est un symptôme très complexe touchant à la fois à l'aspect physique et psychologique de la douleur. Elle peut aussi être le révélateur de problèmes sous-jacents. C'est pourquoi nous avons cherché à savoir par le biais de ce travail s'il existait une catégorie de patientes plus à risque que d'autres afin de pouvoir les détecter lors des consultations pré-natales, du séjour à la maternité ou lors de la consultation post-natale afin de leur offrir un maximum de conseils et de solutions adaptées pour pallier ce problème.

GENERALITES

1. Historique de la dyspareunie [6]

Cette dysfonction sexuelle fut rapidement répertoriée dans la littérature et on lui octroya un grand nombre de classifications. Cependant, étant considérée pendant de nombreuses années comme un problème physique d'étiologie inconnue, elle demeura très peu étudiée. C'est au début des années trente que naquit le terme de dyspareunie et elle fut ainsi classée parmi d'autres troubles sexuels sous le terme de « frigidité » jusqu'à la période de la révolution sexuelle. Puis, avec l'ascension de la psychanalyse, elle fut étudiée surtout sur le versant psychique occultant les expériences sensorielles et sensibles douloureuses.

Ainsi, on a longtemps considéré ce terme comme appartenant au domaine de l'hystérie et malgré l'explosion de la sexualité libre, et de la sexothérapie dans les années 70, la dyspareunie a connu beaucoup de difficultés pour s'extirper de l'étiquette « hystérie ». De nos jours, elle est reconnue comme étant un alliage de facteurs biologiques et notamment de plusieurs pathologies associées à l'existence de douleurs dans la région génitale (endométriose...), et de facteurs psychologiques pouvant être présents même lorsqu'il y a une étiologie biologique connue.

2. Définitions [7] [8]

Le terme dyspareunie selon le dictionnaire médical Garnier Delamarre [7] provient du grec « dus » qui signifie « difficulté » et du grec « pareunos » qui veut dire « compagnon de lit ». Selon le Dr Aly Abbara, le terme « pareunos » [8] a pour autre définition « l'accouplement » la dyspareunie devenant alors une difficulté d'accouplement.

La dyspareunie peut donc se définir par l'apparition de douleurs génitales lors du coït chez la femme le rendant ainsi difficile. Elle peut également survenir chez l'homme mais ne sera pas traité dans ce sujet. La dyspareunie a fait l'objet de plusieurs descriptions et classements.

2.1. Dyspareunies primaires et secondaires [6]

Tout d'abord, elles peuvent être classées selon leur mode d'apparition. La dyspareunie primaire apparaît lors des premiers rapports sexuels et persiste. La dyspareunie secondaire survient après une période d'activité sexuelle satisfaisante et dépourvue de douleurs génitales. La dyspareunie du post-partum est essentiellement secondaire. Ce n'est pas un mode de classification à part entière, il ne nous permet pas de diagnostiquer avec certitude une étiologie. Cependant c'est une étape importante de la démarche permettant de savoir les circonstances de survenue de ce signe clinique et ainsi de le replacer dans l'histoire de la sexualité de la patiente.

2.2. Dyspareunies superficielles ou profondes [6] [9] [10]

Un autre mode de classification est celui du site de la douleur. La dyspareunie superficielle ou artificielle survient lors de l'intromission du pénis. Elle réside dans la région vulvaire ou vulvo-vaginale. La dyspareunie profonde concorde avec une douleur abdomino-pelvienne survenant pendant les rapports sexuels et pouvant lui survivre. Elle se définit souvent par une perception douloureuse du fond du vagin ou du cul-de-sac de Douglas provoquée par la mobilisation de l'utérus. Cette classification nous permettra d'orienter l'étiologie de la dyspareunie. Mais une fois de plus elle ne sera pas suffisante pour qualifier la dyspareunie et comporte le risque de ne considérer que l'organe souffrant et non la femme dans sa globalité.

2.3. Dyspareunies organiques ou psychologiques [6] [11]

Toute la complexité de ce symptôme réside dans cette classification. On a tendance à séparer les causes organiques et leurs pathologies associées d'un côté et les causes psychologiques de l'autre. En fait, on peut suggérer que même les dyspareunies d'origine biogénique comportent une dimension psychologique et que la peur et l'anxiété associées à la pénétration pourront persister même après la disparition de la cause biologique et pourront alors maintenir la dyspareunie. Inversement, même lorsque la cause est psychologique, la peur associée pendant longtemps à la pénétration pourra modifier le niveau de tension dans la musculature péri-vaginale et rendre l'acte sexuel difficile et douloureux, même lorsque la cause

psychologique aura disparue. Néanmoins, cette distinction est essentielle pour y voir plus clair. Cette dichotomie est essentielle pour comprendre que les deux sont étroitement intriquées.

Éliminer une cause organique et rassurer la patiente sur l'intégrité physique paraît un point essentiel de la prise en charge de la dyspareunie du fait de la grande fréquence de ces causes. Cependant il ne faut pas se limiter à la recherche de cette seule cause et étendre les recherches à la patiente dans son ensemble.

3. Facteurs pouvant influencer l'apparition de dyspareunies [6] [11]

Le dépistage de ces facteurs est indispensable pour une bonne prise en charge de la dyspareunie surtout lors de la grossesse, où la femme est en remaniement perpétuel avec elle-même et subit un processus psychique important de maternalité.

Les facteurs de développement de l'enfance constituant les piliers de l'anxiété à l'âge adulte et permettant de construire les comportements face à la sexualité.

Les facteurs traumatiques faisant référence à des actes sexuels tels que les abus ou attouchements.

Les facteurs relationnels en corrélation avec les contrariétés conjugales nuisant au bon déroulement des interactions sexuelles.

4. Etiologies

1.1. Etiologies organiques des dyspareunies superficielles

4.1.1. Les vulvo-vaginites [6] [9] [10]

La vulvo-vaginite est caractérisée par l'inflammation de la muqueuse vaginale avec éventuellement une inflammation de la vulve. Elles ont pour la plupart un mode d'apparition brutale et s'accompagnent souvent de prurit, de brûlures vulvaires et mictionnelles, de leucorrhées, et bien entendu de dyspareunies orificielles. Il existe de nombreuses causes.

Tout d'abord, la vulvo-vaginite infectieuse. La plupart des agents pathogènes mis en cause sont : le *Candida Albicans* dont le principal signe clinique est l'apparition de

leucorrhées lactescentes, inhabituelles. La muqueuse vulvo-vaginale peut être érythrosique, parfois même oedematiée. Le *Trichomonas Vaginalis*, protozoaire flagellé dont la transmission est le plus souvent sexuelle, se traduit par des leucorrhées jaunes-verdâtres, mousseuses en plus des autres symptômes.

Dans la vaginose bactérienne à *Gardnerella vaginalis*, les leucorrhées sont souvent grisâtres et très malodorantes. Le prurit peut être absent des signes cliniques principaux, et la dyspareunie superficielle peut être moins douloureuse.

L'herpès est plus rarement retrouvé dans les vulvo-vaginites infectieuses, cependant, l'éruption vésiculeuse en bouquet et les petites ulcérations de la peau qui l'accompagnent provoquent une douleur telle que le rapport sexuel est quasiment impossible.

La vulvo-vaginite non infectieuse possède les mêmes symptômes, souvent dûs à une étiologie iatrogène. En effet certaines patientes, par souci d'hygiène irréprochable, effectuent des toilettes intimes trop fréquemment allant même parfois jusqu'à l'irrigation vaginale. Ces pratiques intempestives irritent de façon notable la muqueuse vulvo-vaginale.

Chez les patientes utilisant des tampons périodiques de façon répétée en post-partum, afin de limiter les saignements, on retrouve le syndrome du choc toxique dû au *Staphylococcus aureus*, associant une hyperthermie à une érythrodermie scarlatiniforme suivie d'une desquamation intense.

La vulvo-vaginite peut aussi être de nature allergique avec l'utilisation de spermicides ou de préservatifs en latex parfois conseillés pour la contraception du post-partum.

4.1.2. Les traumatismes périnéaux [6] [12] [13] [14]

En cas de lésions périnéales, et tout particulièrement en cas d'épisiotomie, la qualité de la réfection et de la cicatrisation est un point essentiel qui intervient dans l'apparition de dyspareunies superficielles. Le rétrécissement de l'orifice vulvaire du fait de points trop serrés ou d'un nombre incommensurable de nœuds peut être lourd de conséquences pour la sexualité de la femme et de son couple. Il est donc primordial

pour la sage-femme et le gynécologue, pour qui la suture est un geste banal, d'attacher une attention particulière à la réfection des plaies périnéales.

D'autres complications locales ont été rapportées telles que les granulations au niveau de la cicatrice d'épisiotomie à type de polype ou de nodule qui peuvent persister 2 à 4 mois après l'accouchement et l'endométriome sur épisiotomie qui, lui, se traduit par une tuméfaction sensible sous la cicatrice d'épisiotomie. Ces deux complications sont sources de dyspareunies superficielles et sont soulagées par l'ablation chirurgicale des granulations ou de l'endométriome.

4.1.3. La Bartholinite [6] [15] [16]

La bartholinite est une infection de la glande de Bartholin qui survient sur un mode aigu. Elle touche le canal excréteur de la glande qui s'ouvre au niveau du sillon nymphohyménéal. L'obturation de ce canal provoque une rétention de liquide lubrifiant et forme alors un kyste qui peut se surinfecter. Elle se définit cliniquement comme une tuméfaction très inflammatoire déformant le tiers postérieur de la grande lèvre ainsi qu'une douleur irradiant dans la région inguino-crurale. Elle est responsable de douleur vulvaire unilatérale et d'une gêne lors de l'intromission du pénis.

La bartholinite kystique peut s'observer à la suite d'une épisiotomie réalisée de façon transverse. En effet, celle-ci peut sectionner le canal excréteur de la glande. Il faudra alors procéder à l'exérèse du kyste.

4.1.4. Les cystites récidivantes [6]

Au cours du travail, la majorité des patientes a recours à une anesthésie de type péridurale. La patiente est alimentée à l'aide de perfusion mais elle ne ressent plus l'envie d'uriner au cours du travail et cette sensation peut se prolonger pendant les premières heures du post-partum nécessitant l'utilisation de sondage vésical évacuateur, parfois à plusieurs reprises. Certaines patientes doivent même subir un apprentissage d'auto-sondage. Cette utilisation peut alors être un facteur déclenchant d'infection urinaire et donc de douleurs mictionnelles. Ainsi un rapport sexuel peut devenir douloureux. Les rapports sexuels peuvent également devenir la cause de la récurrence de la cystite. Cette pathologie peut donc vite entraîner le couple dans un cercle vicieux.

Certaines patientes sont déjà sensibles aux cystites récidivantes avant la grossesse. Elles doivent donc être dépistées en anté-natal par l'interrogatoire pour assurer un meilleur dépistage dans le post-partum.

4.1.5. Les causes hormonales [10] [17] [18] [19]

Après une naissance, même pour les mamans non allaitantes, on assiste à la disparition de l'imprégnation hormonale gravidique. Les œstrogènes qui se sont effondrés dès l'accouchement ne réapparaissent dans l'organisme qu'à la reprise du cycle ovarien, c'est-à-dire à partir du 25^{ème} jour, si la femme n'allait pas. Cette carence oestrogénique va donc provoquer une atrophie vulvo-vaginale et par conséquent engendrer une diminution des dimensions du canal vaginal et de la vulve. Tous les composants du tissu conjonctif de la paroi vaginale vont connaître une dégénération. L'épithélium vaginal perd des cellules, s'amincit et les muqueuses perdent de leur élasticité. Le débit sanguin vaginal est réduit et associé à une baisse de la transsudation au cours de l'excitation sexuelle et à une augmentation de la sensibilité à la douleur. Le manque de lubrification induit donc une sécheresse vaginale importante provoquant une douleur au moment des rapports sexuels.

Par conséquent, on comprendra aisément que la reprise trop rapide de la sexualité à un moment où la lubrification n'est pas satisfaisante (par demande insistante du conjoint, par exemple) est plus propice à l'apparition de douleurs.

L'allaitement, du fait de l'hyperprolactinémie induit, parfois pendant de long mois, un blocage ovarien et donc une franche diminution des œstrogènes circulants. L'allaitement va donc prolonger cette période de sécheresse vaginale et de lubrification insatisfaisante.

L'aménorrhée du post-partum qui se définit par l'absence de retour de couches trois mois après la naissance de l'enfant si la femme n'allait pas ou bien quelques mois après l'arrêt de l'allaitement maternel peut provoquer également une sécheresse vaginale du fait d'une carence en oestrogènes.

Certains médicaments, tels que certains hypotenseurs (aldomet®) [23]; ou bien les psychotropes (neuroleptiques comme l'Haldol®, par exemple [24]), peuvent également

induire une hyperprolactinémie et, par le même mécanisme que l'allaitement, peuvent provoquer une sécheresse vaginale.

4.1.6. Autres causes [6] [10]

Il existe d'autres pathologies comme le diabète, les neuropathies, les cancers gynécologiques qui provoquent un trouble de la lubrification et rendent inconfortables les rapports génitaux. Mais dans la plupart de ces pathologies, les dyspareunies sont antérieures à la grossesse et il est donc nécessaire de les dépister en anténatal.

4.2. Etiologies organiques des dyspareunies profondes

4.2.1. Les infections génitales hautes [6] [20]

Le post-partum est une période propice au développement des infections génitales hautes. La symptomatologie n'est pas toujours équivoque. Elles peuvent s'accompagner de séquelles adhérentielles provoquant des dyspareunies profondes ainsi que des algies abdomino-pelviennes. La cervicite, l'endométrite et la salpingite peuvent être provoquées par un traumatisme suite aux gestes endo-utérins parfois réalisés en salle d'accouchement (délivrance artificielle, révision utérine...), ou bien lors d'un travail long, une rupture prématurée des membranes, une mauvaise hygiène, ou trop conséquente lors des suites de couches...

La cervicite ou inflammation du col de l'utérus est associée à des douleurs basses s'accompagnant de leucorrhées pathologiques et de petits saignements après l'acte sexuel [6]. Elle peut également s'accompagner de signes urinaires. La cervicite peut être associée à une vaginite et former une cervico-vaginite. Les germes responsables sont le plus souvent les mêmes que ceux présents lors d'une vulvo-vaginite infectieuse

L'endométrite du post-partum est la complication infectieuse la plus fréquente[6], [20]. Le premier signe clinique en est l'hyperthermie. Son diagnostic et son traitement permettent d'éviter l'extension de l'infection au péritoine et au pelvis. La majorité des endométrites surviennent lors d'accouchements par césariennes. Il existe d'autres facteurs de risques tels que la rupture prolongée des membranes supérieures à 12

heures, un travail long, les touchers vaginaux multiples et répétés, les manœuvres endo-utérines...

Les agents pathogènes présents dans l'endométrite sont quasiment les mêmes que ceux présents dans la cervicite. Cependant, on note une fréquence plus importante de *Chlamydia Trachomatis*. Cliniquement, l'utérus est mou, douloureux à la mobilisation. Les algies pelviennes basses sont présentes et accompagnées de métrorragies.

La salpingite correspond à une infection tubaire secondaire à l'ascension des germes du vagin à travers le col de l'utérus vers l'endomètre puis les trompes de Fallope [6]. Beaucoup de formes de salpingites sont silencieuses ou paucisymptomatiques. Certains signes peuvent néanmoins orienter le diagnostic : des algies pelviennes ou hypogastriques irradiantes vers les lombaires, les cuisses, les organes génitaux externes, des leucorrhées abondantes et jaunâtres, la présence éventuelle d'une hyperthermie, de métrorragies, de signes fonctionnels urinaires et une dyspareunie profonde abdomino-pelvienne. L'agent infectieux le plus souvent mis en cause est le *Chlamydia Trachomatis*. La salpingite peut être, entre autre due aux manœuvres endo-utérines mais également à la contraception par stérilet. Son diagnostic est essentiel pour prévenir la stérilité chez la patiente. Il s'effectue par cœlioscopie.

4.2.2. Le syndrome de Master et Allen [6] [10] [21] [22]

Ce syndrome est en fait une lésion obstétricale. C'est une lacération verticale du feuillet postérieur du ligament large survenant lors d'accouchements traumatiques d'enfants macrosomes ou lors d'extractions instrumentales maladroites ou brutales. Il est également nommé « syndrome de désinsertion utérine ». Son tableau clinique se définit par une douleur pelvienne permanente, exagérée à la fatigue et à la station debout, calmée par le décubitus surtout ventral. Il existe une dyspareunie profonde très pénible, avec une douleur rémanente, persistant plusieurs heures après le rapport sexuel. Au toucher, le col de l'utérus est extrêmement mobile, le corps utérin est en rétroversion très douloureux à la mobilisation. La cœlioscopie permettra de confirmer ce diagnostic

4.2.3. Prolapsus [6] [21] [25] [28]

Dans l'ouvrage Le prolapsus génital et son traitement [28], il est dit que celui-ci peut survenir dès le premier accouchement et surtout lors d'accouchements avec déchirure ou absence d'épisiotomie. L'épisiotomie jouerait alors un rôle protecteur contre le prolapsus en réduisant les efforts expulsifs et en réalisant une section du périnée avant l'apparition de lésions irréversibles. D'autres études plus récentes affirment que ces troubles de la statique pelvienne sont réellement corrélés à la multiparité et au poids des grossesses, au travail prolongé, à la naissance de gros bébés et aux manœuvres instrumentales [21] (ces dernières étant plus fréquemment associées aux déchirures périnéales). Le prolapsus utérin (ou la descente de l'utérus parfois même à la vulve) peut occasionner parfois une douleur, le plus souvent une gêne lors de l'intromission, par obstacle. L'existence de prolapsus vésicaux ou rectaux peut se définir par une algie accentuée en position debout, une sensation de « boule » gênante lors des rapports. La responsabilité du prolapsus dans ces douleurs ne lui est attribuée qu'après disparition de celles-ci, une fois le trouble de la statique pelvienne traité.

4.2.4. Rétroversion utérine [6] [22]

La rétroversion utérine est une anomalie de positionnement de l'utérus qui, au lieu d'être antéversé, est rétroversé. Autrement dit : le fond utérin se situe en arrière de l'axe de l'excavation pelvienne. Cette anomalie est, en général, découverte avant l'existence d'une grossesse. La dyspareunie qui lui incombe est une douleur profonde terminale puisque la verge bute par l'intermédiaire du cul de sac postérieur sur l'utérus, ce qui explique que la douleur est variable en fonction des positions pratiquées. La rétroversion utérine peut être aggravée par le prolapsus et le poids des grossesses.

4.2.5. Les adhérences pelviennes [6]

Les adhérences pelviennes consécutives à une chirurgie (césarienne), à une infection (salpingite), ou bien à l'endométriose sont responsables d'une douleur sourde, permanente, persistante lors des rapports.

4.2.6. Le syndrome de congestion pelvienne [6]

Il peut intervenir dans le cadre d'une maladie variqueuse au même titre que les varices des membres inférieurs ou bien être secondaire à une compression pelvienne. Il peut également être secondaire à des thromboses, très souvent dans les suites immédiates du post-partum du fait de l'hypercoagulabilité. La douleur est profonde, maximale au niveau du cul de sac de Douglas, persistant généralement dans les heures qui suivent le rapport sexuel.

4.2.7. Autres causes [6] [10]

L'endométriose, les kystes, les fibromes peuvent également provoquer des douleurs à type de dyspareunies profondes. Cependant, ce sont des étiologies souvent responsables de dyspareunies antérieures à la grossesse dont la connaissance est essentielle pour le post-partum.

4.3. Etiologies psychologiques

4.3.1. Dépression du post-partum [6] [10] [18] [26]

La période du post-partum, est un moment de bouleversement dans la vie d'une femme. Il se distingue du baby-blues par la période d'apparition. Le baby blues survient en général quelques heures, quelques jours après la naissance. Il atteint son point culminant au troisième jour après la naissance et peut se prolonger jusqu'à cinq ou six jours. Au delà, on parlera plutôt de dépression du post-partum. En effet, la patiente se doit d'être à la fois une bonne mère pour l'enfant qui vient d'arriver mais aussi une bonne épouse ne devant pas perdre sa féminité tout en cumulant sommeil perturbé, fatigue, biorythmes différents. Toute cette pression pesant sur ses épaules peut se révéler lourde à gérer. Dès lors, un sentiment d'incapacité, d'inquiétude, de culpabilité s'installe, laissant peu à peu place à la dépression. De plus, l'isolement social que crée le congé maternité peut être pesant et ainsi contribuer à une perte d'identité où, là encore, il y a peu d'espace pour redonner vie à la libido. Cette atteinte

de la libido peut alors majorer la douleur perçue et formuler ici le refus d'une sexualité non encore désirée par la femme.

Certaines patientes n'arrivent pas à extérioriser avec des mots les émotions ressenties. Elles ne peuvent faire entendre leur mal être qu'avec l'apparition de symptôme, le « j'ai mal » signifiant parfois « je vais mal », plus difficile à entendre.

4.3.2. Réadaptation face à ce nouveau corps [14] [28]

L'allaitement peut contribuer à la modification de l'image corporelle féminine. En effet, le sein qui, avant la grossesse occupait une place érotique importante lors des relations sexuelles se voit totalement transformé aussi bien physiquement, que par la place qu'il occupait au sein du psychisme. Pour les femmes allaitantes, il peut être considéré comme le moyen d'alimentation de leur enfant, lui étant essentiellement réservé et responsable du lien si fort qui les unit. De plus, pour certaines femmes, l'augmentation de volume du sein provoque une tension mammaire responsable de la perte de sensorialité de cette zone ou, à l'inverse, une sensibilité exacerbée responsable de douleurs. Enfin, les écoulements lactés possibles peuvent devenir dérangeants et rendre inconfortable la réalisation de l'acte sexuel.

Pour l'homme aussi, la représentation du sein évolue. Pour certains, l'augmentation de volume est plaisante, pour d'autres il devient sacralisé et dépourvu de tout caractère sexuel.

Les autres modifications physiques lors de la grossesse et de l'accouchement peuvent induire une peur vis-à-vis de l'organe atteint, à savoir la région génitale. La peur de toucher, peur de la cicatrice, l'impression de mutilation corporelle et l'atteinte à l'intégrité de soi développent un imaginaire angoissant, « un trou béant, ou trop resserré avec des points qui pourraient lâcher et qu'il faudrait à nouveau suturer ».

Ces femmes se sentent alors déformées dans leur globalité par l'apparition de toutes ces vergetures sur le ventre, la poitrine, de cicatrices. Devant s'habituer à un corps qui a perdu toute sa tonicité, qui s'est arrondi, elles ne se trouvent plus désirables, attirantes et doivent se familiariser avec leur nouvelle image corporelle. Là encore, la dyspareunie peut être un signe de mal-être global.

4.3.3. Appréhension de la sexualité et de la douleur [14] [26] [27]

Avec l'arrivée d'un enfant dans la famille, c'est tout le schéma amoureux qui s'en trouve perturbé. La patiente subissant tout un processus psychologique de maturation, se sent plus mère que femme à ce moment là et, ainsi, n'est essentiellement disponible que pour l'enfant.

Elle a pu subir également tout au long de la grossesse et de l'accouchement, bon nombre de traumatismes répétés tels que les touchers vaginaux plus ou moins douloureux, déchirure, épisiotomie...

Elle peut alors ressentir une angoisse face à la reprise de l'intimité, une peur de toucher l'organe atteint ainsi qu'une peur face à une éventuelle pénétration. C'est quasiment toujours associé à une mauvaise connaissance de son corps de femme, ou de ce qu'on a pu lui faire. Cette angoisse peut participer à l'installation de la douleur. En effet, on comprendra aisément qu'une patiente anxieuse face à la reprise de la sexualité, aura plus de difficultés à se détendre. Contractant les muscles du périnée, le rapport n'en sera que plus difficile et douloureux, d'où un risque d'évitement et d'entrée dans un cercle vicieux d'entretien de la dyspareunie.

4.3.4. Autour de la fonction de reproduction [6]

Pour certaines patientes, la sexualité n'a qu'un but ultime de reproduction. Ce but étant atteint avec l'arrivée du bébé, elles n'y voient plus d'intérêt. La douleur permettant ici d'expliquer le refus d'une sexualité et de dire à son conjoint « je ne peux pas, j'ai mal » plutôt que « je ne veux pas ! ».

Pour d'autres, la dyspareunie peut évoquer la peur d'une nouvelle grossesse et constituer un frein si la femme n'a pas entièrement confiance en sa contraception.

4.3.5. Méésentente conjugale [6] [10]

Un conflit au sein du couple peut être révélé par l'existence de dyspareunies. Une absence de communication, la non-prise en compte des besoins féminins, l'investissement trop peu important vis-à-vis des enfants ou tout autre malentendu peut être source de douleurs. Ce symptôme venant ici remplacer le « non » que la femme

n'ose pas dire à son conjoint dans la vie courante. On comprend que le conflit conjugal altère la détente et la stimulation érotique permettant la bonne lubrification vaginale. Par conséquent la sécheresse vaginale et la dyspareunie qui l'accompagne témoignent de la véritable barrière qui se dresse entre les deux partenaires.

La mésentente conjugale peut aussi résulter de l'exclusion du conjoint de la relation mère-enfant. Celui-ci ne trouvant pas sa place au sein de ce duo décide de se mettre en retrait. Sa conjointe peut également, de façon inconsciente (surtout si elle allaite) écarter son compagnon de la relation fusionnelle qu'elle entretient avec son bébé. La dyspareunie intervient ici pour formuler le «je ne suis plus disponible uniquement pour toi désormais.»

MATERIEL ET METHODES

1. Objectifs

Cette étude a pour but d'évaluer les dyspareunies dans la phase du post-partum et d'en extraire les possibles facteurs de risques

2. Constitution de la population

Il s'agit d'une enquête prospective réalisée auprès de 79 patientes au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers sur une période de trois mois (du 5 novembre 2008 au 24 janvier 2009).

2.1. Critères d'inclusion

Le recrutement des patientes à été réalisé dans le service des suites de couches de la maternité du CHU d'Angers. Sur 921 accouchées, nous avons demandé à 100 patientes de participer à l'étude.

Il ne nous a pas paru judicieux d'établir une liste de critères d'inclusion autre que le mode d'accouchement puisque le but recherché de l'étude était d'établir et de dépister les facteurs de risque possible des dyspareunies en post-partum dans la population générale

2.2. Critères d'exclusion

Cependant, nous avons déterminé certains critères d'exclusion. Etaient exclues les patientes ne parlant pas le français ou analphabètes, les patientes ayant à la fois eu une épisiotomie et une déchirure, les patientes ayant eu un périnée complet, les patientes n'ayant plus de conjoint lors de leur grossesse et de la naissance, et bien entendu les patientes ne souhaitant pas participer à l'étude.

Sur les 100 patientes ayant accepté de participer à l'étude, 80 ont accouché par voie basse et 20 ont accouché par césarienne. Parmi les 80 patientes ayant accouché par voie basse, 20 d'entre elles n'ont eu aucune lésion périnéale, 20 patientes ont eu une déchirure du 1^{er} ou 2^{eme} degré, 20 patientes ont subi une épisiotomie et les 20 dernières ont eu un accouchement instrumental à l'aide de forceps ou de spatules.

3. Méthode

3.1. Elaboration des questionnaires

Le premier exemplaire a été élaboré pour l'évaluation de l'existence de dyspareunies à 2 mois du post-partum. Il comportait plusieurs parties. Tout d'abord, le profil de la population selon l'âge, la profession, le nombre d'enfants, les douleurs sexuelles antérieures à la grossesse. Puis, la sexualité pendant la grossesse en terme de qualité et de quantité, le déroulement de l'accouchement et des suites de couches. Ensuite nous avons évalué la reprise de la sexualité avec évaluation de la douleur, et enfin les répercussions sur le couple.

Le deuxième exemplaire quasiment identique au premier avait pour but de compléter le premier questionnaire et d'évaluer l'existence des dyspareunies à 6 mois du post-partum. Il comportait des questions supplémentaires concernant la rééducation périnéale et la contraception du post-partum.

Nous les avons testés auprès de 7 personnes de l'entourage (2 hommes et 5 femmes) afin de nous assurer de leur bonne compréhension aussi bien dans les termes et le vocabulaire employés que dans leur capacité à être les moins gênants possibles.

Pour pouvoir faire fusionner les 2 questionnaires au moment de la saisie des résultats, nous avons attribué un numéro d'identification par patiente allant de 1 à 100.

3.2. Modalités d'administration des 2 exemplaires

Le but de l'étude a été expliqué personnellement à chaque patiente lors de leur séjour en suites de couches et, une fois leur consentement recueilli, les deux exemplaires leur ont été distribués en même temps ainsi que les enveloppes avec adresse et timbre.

Nous avons souhaité que cette étude soit le plus anonyme possible afin que les patientes puissent remplir les questionnaires sans aucune gêne et que le taux de réponse ne soit pas entravé par cela .Cependant, la majorité des patientes a bien voulu laisser un numéro de téléphone auquel on pouvait les joindre pour leur rappeler de renvoyer leur questionnaire à la bonne date.

3.3. Recueil des exemplaires

Chaque patiente a été recontactée par téléphone 2 mois et 6 mois après leur accouchement afin de leur rappeler de renvoyer le questionnaire correspondant. Quatre vingt un pour cent des questionnaires ont été renvoyés à 2 mois et seulement 61% à 6 mois

Parmi les 61 questionnaires reçus à 6 mois, 2 patientes n'avaient toujours pas repris d'activité sexuelle durant la période d'étude. En conséquence, ces 2 patientes ont été exclues de l'enquête. Cependant, nous les avons recontactées à 6 mois afin de savoir pourquoi elles n'avaient toujours pas repris les rapports sexuels. Parmi ces 2 patientes, une a répondu par téléphone tandis que le numéro de téléphone de la seconde n'était plus attribué.

Au total, nous avons inclus 79 patientes dans notre enquête.

4. Analyse statistique

Les données ont été recueillies à l'aide du logiciel Excel. En ce qui concerne la description des populations et les réponses aux questionnaires, les variables qualitatives ont été décrites par leur effectif et leur pourcentage. Les variables continues ont, quant à elles, été décrites par leur moyenne, écart type, minimum et maximum.

Par la suite, pour les analyses, nous avons utilisé le logiciel EPI info. Pour étudier l'influence de certains facteurs sur les douleurs sexuelles et comparer des groupes de femmes entre eux, les patientes dyspareuniques et celles qui ne le sont pas. Nous avons réalisé le test du Chi², le corrigé de Yates lorsqu'une population était inférieure à 30 et le test Exact de Fischer lorsqu'une valeur attendue était inférieure à 5. Le seuil de significativité pris en compte est $p < 0,05$.

RESULTATS

1. Profil des patientes

1.1. L'âge moyen des patientes

L'âge moyen de la population dyspareunIQUE était de 31,8 ans ± 4.9 ans, l'âge minimal étant 20 ans et l'âge maximal étant 42 ans.

L'âge moyen de la population non dyspareunIQUE était de 31,2 ans ± 5,7 ans l'âge minimal étant 21 ans et l'âge maximal étant 49 ans.

Tableau I : Age des patientes

	Avec dyspareunies dans le post-partum effectif (pourcentage) n=45	Sans dyspareunies dans le post-partum effectif (pourcentage) n=34	p
20-25 ans	4(8.9%)	2(5.9%)	NS
26-30 ans	17(37.8%)	15(44.2%)	
31-35 ans	11(24.5%)	10(29.5%)	
36-40 ans	11(24.5%)	6(17.6%)	
41-45 ans	1(2.2%)	0(0%)	
46-50 ans	0(0%)	1(2.9%)	
Sans réponses	1(2.2%)	0(0%)	

1.2. Situation professionnelle

Les différentes catégories socio-professionnelles mentionnées dans le tableau ci-dessous correspondent à celles de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE).

Tableau II : Catégories socio-professionnelles

	AD effectif (pourcentage) n=45	SD effectif (pourcentage) n=34	p
Cadres et professions intellectuels, supérieures	8(17.8%)	4(11.8%)	NS
Professions intermédiaires	17(37.8%)	15(44.2%)	
Employées	9(20%)	4(11.8%)	
Ouvrières	4(8.9%)	5(14.7%)	
Sans activité professionnelle	5(11.1%)	5(14.7%)	
Sans réponse	2(4.4%)	1 (2.9%)	

1.3. Parité des patientes

Le nombre moyen d'enfants de la population dyspareunIQUE était de 1,7 enfant (± 0.8), le minimum étant de 1 seul enfant et le maximum étant de 5 enfants.

Le nombre moyen d'enfants de la population non dyspareunIQUE est de 1,7 enfant (± 0.8), le minimum étant de 1 seul enfant et le maximum étant de 4 enfants.

Tableau III : Parité des patientes

	AD effectif (pourcentage) n=45	SD effectif (pourcentage) n=34	P
Primipare	19(42.2%)	16(47.1%)	NS
Multipare	25(55.6%)	17(50%)	
Sans réponse	1(2.2%)	1(2.9%)	

1.4. Dyspareunies antérieures à la grossesse

Quatre femmes sur 45 soit 8,9% des patientes dyspareuniques dans le post-partum avaient des dyspareunies antérieures à la grossesse.

Parmi les patientes sans dyspareunies dans le post-partum, 1 femme sur 34 soit 2,9% avait des dyspareunies avant la grossesse.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative

2. Sexualité pendant la grossesse

2.1. Modification de la sexualité pendant la grossesse

Tableau IV : Modification de leur sexualité pendant leur grossesse en terme de qualité :

	AD effectif (pourcentage) n=45	SD effectif (pourcentage) n=34	p
Moins de désir	21(46.7%)	18(52.9%)	NS
Moins de satisfaction	9(20%)	6(17.6%)	NS
Douleurs lors des rapports	4(8.9%)	3(8.8%)	NS
Aucune modification	11(24.4%)	8(23.5%)	NS
Plus de désir	9(20%)	4(11.8%)	NS
Plus de satisfaction	6(13.3%)	0(0%)	0,034
Sans réponse	1(2.2%)	1(2.9%)	NS

Tableau V : Modification de leur sexualité pendant leur grossesse en terme de quantité :

	AD effectif (pourcentage) n=45	SD effectif (pourcentage) n=34	p
Fréquence diminuée	31(68.9%)	25(73.5%)	NS
Fréquence identique	11(24.5%)	6(17.6%)	
Fréquence augmentée	2(4.4%)	2(5.9%)	
Sans réponse	1(2.2%)	1(2.9%)	

On a pu noter qu'il existait pour près de la moitié des patientes qu'elles soient dyspareuniques ou non, une baisse du désir ainsi qu'une diminution de la fréquence des relations sexuelles pendant la grossesse.

2.2. Facteurs expliquant la baisse de la libido

Parmi les deux populations étudiées, on a retrouvé plusieurs causes pouvant expliquer la baisse du désir sexuel. Les femmes ont expliqué cette diminution de la libido par l'apparition d'une grande fatigue (9 patientes dyspareuniques sur 32 ayant

répondu à cette question ouverte et 6 patientes non dyspareuniques sur 29 ayant répondu au questionnaire) , de nausées et de reflux gastro-œsophagien (5 patientes dyspareuniques et 2 patientes non dyspareuniques) , une peur de provoquer des contractions, une fausse couche (5 patientes dyspareuniques et 3 patientes non dyspareuniques) ou peur de faire mal à l'enfant (2 patientes dyspareuniques).

D'autres ont évoqué la difficulté à se mouvoir du fait des modifications corporelles (5 patientes dyspareuniques et 6 patientes non dyspareuniques) et l'acceptation plus ou moins facile de ces nouvelles rondeurs et marques de la grossesse (vergetures...) par elle même ou par leur conjoint (3 patientes dyspareuniques et 7 patientes non dyspareuniques).

Une patiente dyspareunique et 2 patientes non dyspareuniques ont pensé que cette baisse de la libido était essentiellement due aux hormones.

Une patiente dyspareunique et une patiente non dyspareunique étaient gênées par la présence de l'enfant à « l'intérieur » d'elle-même.

Une patiente dyspareunique parlait du fait que son mari était plus distant avec elle.

Une patiente non dyspareunique pensait que le but des rapports sexuels était la procréation. Ce but étant atteint, elle n'y voyait plus d'intérêt.

Et enfin une patiente non dyspareunique voyait les examens gynécologiques répétés de la grossesse comme une explication possible de la diminution de sa libido.

2.3. L'image corporelle de la femme enceinte vu par son conjoint

Le regard de l'homme vis-à-vis de sa femme enceinte n'était pas différent que ce soit dans la population des femmes dyspareuniques ou dans la population des femmes sans douleur.

Dans la population des patientes dyspareuniques, 29 conjoints sur 44 ayant répondu au questionnaire trouvaient leur compagne jolie, attirante, ils étaient amusés par les nouvelles rondeurs. Six d'entre eux ne percevaient aucun changement. Cinq n'appréciaient guère les kilos accumulés et trouvaient leur conjointe moins désirable. Deux hommes ont évoqué la peur de faire mal à l'enfant, et 2 autres percevaient le corps de leur femme comme sacralisé avec la peur de lui faire mal. Par conséquent, ces hommes ont éprouvé une difficulté d'accès à la sexualité.

Dans la population des femmes non dyspareuniques, 13 conjoints sur 26 ayant répondu au questionnaire trouvaient leur femme attirante, belle, féminine. Six d'entre eux ne percevaient aucun changement. Trois hommes trouvaient leur femme trop

grosse. Les 4 derniers percevaient leur femme comme une mère avec la crainte de lui faire mal.

3. Déroulement de l'accouchement

3.1. Mode d'accouchement

Tableau VI Type d'accouchement

	AD effectif (pourcentage) n=45	SD effectif (pourcentage) n=34	p
Sans intervention	11(24.4%)	8(23.5%)	NS
Avec une déchirure	8(17.8%)	7(20.6%)	NS
Avec une épisiotomie	9(20%)	6(17.6%)	NS
Avec aide instrumentale (spatules, forceps)	9(20%)	8(23.5%)	NS
Une césarienne	8(17.8%)	5(14.7%)	NS

Parmi les 9 patientes ayant eu une extraction instrumentale, 7 ont eu une épisiotomie associée, et les deux autres ont eu une déchirure du premier ou du deuxième degré associée. Nous ne les avons pas inclus dans les catégories « épisiotomie » et « déchirure » afin d'éviter un biais de résultats lié au geste instrumental.

3.2. Nombre de professionnels présents lors du travail et de l'accouchement

En moyenne 3.3 professionnels (± 1.9 professionnels) ont participé au déroulement du travail, avec un minimum d'une seule personne et un maximum de 10 personnes pour les patientes dyspareuniques.

En moyenne 3.4 professionnels (± 1.7 professionnels) ont participé au déroulement du travail, avec un minimum d'une seule personne et un maximum de 8 personnes pour les patientes non dyspareuniques.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative.

On a pu penser que le nombre de professionnels de santé intervenant dans le déroulement du travail et de la naissance n'interfèrerait pas avec l'apparition de douleurs sexuelles.

3.3. Participation du père a la naissance

Trente-six pères sur 45 soit 80% ont assisté à la naissance de leur enfant dans la population des patientes dyspareuniques.

Vingt sept pères sur 34 soit 79.4% ont assisté à la naissance de leur enfant dans la population des patientes non dyspareuniques.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative.

Tableau VII Situation du père au moment de la naissance.

	AD effectif (pourcentage) n=36	SD effectif (pourcentage) n=27	p
Auprès de sa tête	29(80.5%)	19(70.4%)	NS
Entrain de voir la naissance de leur enfant	4(11.1%)	4(14.8%)	NS
Les deux	3(8.3%)	4(14.8%)	NS

On a remarqué que la plupart des papas étaient présents lors de l'accouchement parmi les deux populations étudiées. La majorité des hommes se situaient auprès de la tête de leur femme. La présence du papa auprès du périnée de la patiente n'était pas un facteur de dyspareunies.

3.4. Vécu de l'accouchement par la femme

Tableau VIII vécu de l'accouchement

	AD effectif (pourcentage) n=45	SD effectif (pourcentage) n=34	P
Evènement traumatisant	7(15.5%)	6(17.6%)	NS
Modification de l'image corporelle	11(24.5%)	7(20.6%)	NS

3.4.1. Place de l'accouchement au sein de l'image de soi

Parmi les patientes dyspareuniques ou non ayant ressenti l'accouchement comme un événement traumatisant et ayant répondu à cette question ouverte, 1 femme dyspareunique ainsi qu'une femme non dyspareunique ont évoqué le fait d'avoir été « exposées » aux yeux de tous (sage-femme, étudiant sage-femme, chef de garde, interne). Etant considérées comme « objet d'étude », elles ont eu l'impression de ne plus être maîtresses d'elles-mêmes, l'impression que leur corps ne leur appartenait plus.

Une patiente dyspareunique a évoqué la sensation de déformation de soi lors de la naissance, d'éclatement, que « tout se déchire ». Une autre femme dyspareunique a raconté que son accouchement fut tellement douloureux qu'elle s'est sentie dans une situation d'infériorité lorsqu'elle s'est trouvée face aux professionnels et à son mari. Elle n'arrivait plus à maîtriser son corps.

Trois patientes non dyspareuniques et 2 patientes dyspareuniques ont senti une diminution de leur féminité lors de la naissance.

Cependant, l'accouchement a permis à 2 patientes dyspareuniques d'accepter ce nouveau corps, de lui donner un sens, et leur a apporté une aide pour accomplir leur féminité.

3.4.2. Place de la cicatrice au sein de l'image de soi

Parmi les 17 **patientes non dyspareuniques** ayant répondu aux questions ouvertes, 16 femmes ont répondu que la cicatrice laissée par la césarienne ou l'épisiotomie n'avait en aucun cas modifié l'image qu'elles avaient d'elles-mêmes. Un temps d'adaptation a néanmoins été nécessaire pour une patiente.

Parmi les **patientes dyspareuniques**, 2 femmes sur 23 ayant répondu à cette question ont eu besoin d'un temps d'adaptation et d'acceptation de la cicatrice. Deux femmes ont abordé la violence de l'acte et la difficulté d'imaginer la « découpe » d'une partie de leur intimité et l'intrusion au cœur d'elles-mêmes. Pour les autres patientes, la cicatrice n'a pas modifié l'image qu'elles avaient d'elles-mêmes.

4. Déroulement des suites de couches

4.1. La perception des soins génitaux pratiqués par les professionnels de santé

Le vécu des soins génitaux pratiqués par la sage-femme ou le médecin en suites de couches a été relativement bon parmi les deux populations étudiées. La nécessité des soins et le bon respect de l'intimité et de la pudeur ont été évoqués.

Dans la population dyspareunIQUE, 36 patientes sur 43 ayant répondu ont trouvé que les soins ont été bien ou très bien effectués. Elles ont évoqué, de plus, l'écoute des professionnels (2 patientes), le respect de l'intimité (3 patientes), les explications claires (2 patientes), la douceur des gestes effectués (1 patiente) et la totale confiance en les praticiens (1 patiente). **Cependant, on a noté dans cette catégorie, 7 femmes pour lesquelles ces soins ont été désagréables, pénibles voire même douloureux. Ces femmes parlaient de la gêne ressentie lors des soins et le sentiment d'infériorité face aux professionnels.**

Dans la population non dyspareunIQUE, seulement 1 patiente sur 20 ayant répondu a trouvé ces soins désagréables, 19 patientes ont trouvé que les soins ont été bien ou très bien effectués et 5 femmes les ont jugés nécessaires.

Tableau IX Rôles des soins post-nataux

	AD effectif (pourcentage) n=45	SD effectif (pourcentage) n=34	P
Meilleure connaissance de leur région génitale	13(28.9%)	10(29.4%)	NS
Angoisses persistantes	7(15.5%)	2(5.9%)	NS

4.2. Les angoisses persistantes

Parmi les types d'angoisses évoquées par les femmes (par ordre d'importance) on a retrouvé la peur de:

- La reprise des rapports sexuels (2 patientes dyspareuniques et 1 patiente non dyspareunIQUE)
- La douleur du périnée ou du ventre (2 patientes dyspareuniques).

- La redéchirure ou la réouverture de l'épisiotomie (1 patiente dyspareunIQUE) et le rappel d'angoisses antérieures.
- Le souvenir de l'angoisse de la manipulation lors de la césarienne (1 patiente dyspareunIQUE).
- L'angoisse de la mort (1 patiente dyspareunIQUE).

4.3. Problèmes gynécologiques rencontrés depuis la sortie de la maternité

Tableau X Problèmes gynécologiques

	AD effectif (pourcentage) n=45	SD effectif (pourcentage) n=34	P
Problème avec la cicatrisation du périnée depuis la sortie de la maternité	2(4.4%)	2(5.9%)	NS
Autre problème gynécologique sans rapport avec la cicatrisation du périnée	9(20%)	7(20.6%)	NS

Parmi les problèmes de cicatrisation du périnée depuis la sortie de la maternité, on a remarqué essentiellement le suintement de la cicatrice de l'épisiotomie (2 patientes dyspareunIQUES). Les 2 patientes non dyspareunIQUES n'ont pas précisé le type de problème de cicatrisation rencontré.

Parmi les problèmes gynécologiques sans rapport avec la cicatrisation depuis la sortie de la maternité, on a remarqué :

- Les saignements abondants et persistants (7 patientes dyspareunIQUES et 6 patientes non dyspareunIQUES).
- Les mycoses (2 patientes dyspareunIQUES et 1 patiente non dyspareunIQUE).
- Les infections urinaires (3 patientes dyspareunIQUES)
- Les hémorroïdes (1 patiente dyspareunIQUE et 1 patiente non dyspareunIQUE)

4.4. Allaitement

Tableau XI Type d'allaitement :

	AD effectif (pourcentage) n=45	SD effectif (pourcentage) n=34	P
Allaitement artificiel	15(33.3%)	12(35.3%)	NS
Allaitement maternel	30(66.7%)	21(61.8%)	NS
Sans réponse	0(0%)	2(5.9%)	NS

Tableau XII Durée d'allaitement :

	AD effectif (pourcentage) n=30	SD effectif (pourcentage) n=21	p
<1mois	2(6.7%)	4(19%)	NS
1-2mois	4(13.3%)	2(9.5%)	
2-3mois	4(13.3%)	3(14.3%)	
3-4mois	5(16.7%)	1(4.8%)	
4-5mois	6(20%)	2(9.5%)	
>5mois	7(23.3%)	4(19%)	
Sans réponse	2(6.7%)	5(23.8%)	

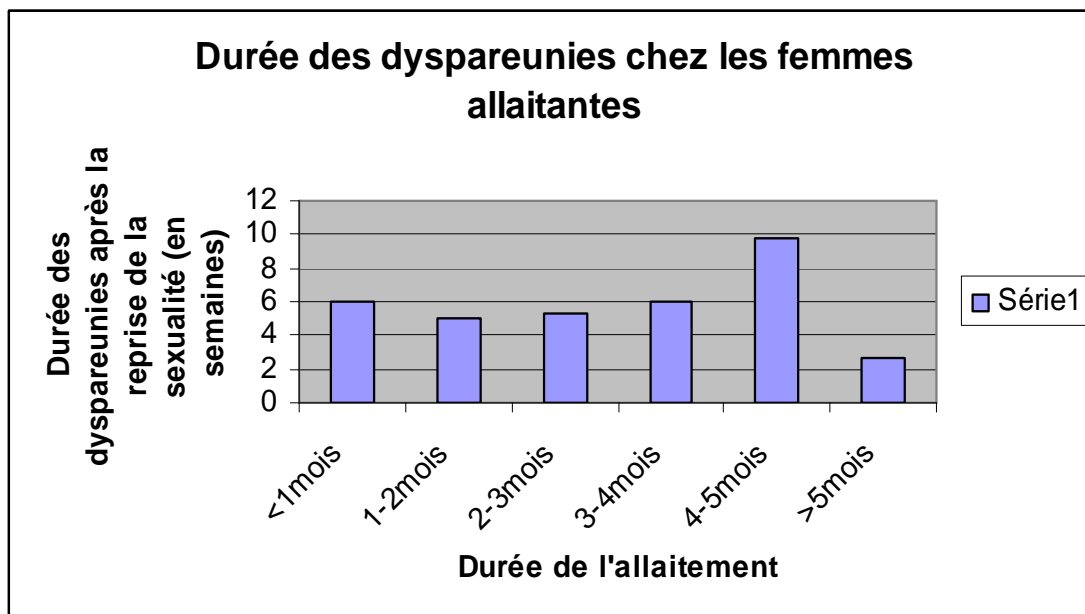


Figure 1 : La durée moyenne des dyspareunies chez les femmes allaitantes.

Bien que les résultats ne soient pas significatifs, on a remarqué néanmoins que les dyspareunies se prolongaient plus longtemps pour une période d'allaitement plus longue (excepté pour une période supérieure à 5 mois)

4.5. Place des modifications physiques au sein de l'image de soi

A la question : « Pensez-vous que le suivi de l'accouchement a modifié votre image corporelle ? en quoi cela a-t-il pu vous toucher ? », certaines patientes ont précisé l'impact des modifications corporelles laissées par la grossesse et la naissance en post-partum.

On a perçu dans les deux populations étudiées, le sentiment de dégradation de la féminité, l'impression d'être moins désirable, moins attirante (3 patientes non dyspareuniques et 4 patientes dyspareuniques) et le poids des kilos en trop qu'il va falloir perdre pour retrouver une silhouette de femme (1 patiente non dyspareunique et 3 patientes dyspareuniques).

De plus, pour 4 patientes dyspareuniques, l'apparition de vergetures sur le ventre, la poitrine, les cuisses a perturbé leur image corporelle.

Une patiente dyspareunique a vu son image corporelle dégradée du fait de l'apprentissage de l'auto-sondage vésical. Elle décrit une atteinte à sa féminité.

4.6. L'image corporelle de la femme en post-partum vue par son conjoint

Dans la population des femmes dyspareuniques, 12 conjoints sur les 40 ayant répondu trouvaient leur femme ayant accouchée jolie, belle, attirante, excitante. Dix-huit n'évoquaient aucune modification. Sept d'entre eux s'estimaient ravis de la perte rapide des kilos superflus et du retour à une silhouette quasi identique. Trois conjoints jugeaient que le poids encore important de leur compagne ainsi que la perte de fermeté des tissus entravaient la bonne image qu'ils avaient de leur femme.

Dans la population des femmes non dyspareuniques, 12 hommes ne trouvaient aucune modification. Neuf conjoints avaient une image positive de leur compagne, (jolie attirante...). Deux hommes étaient satisfaits de la perte de poids de leur femme. Un conjoint trouvait que sa femme avait encore des kilos à perdre et enfin le dernier parlait du fait que la poitrine n'était plus un objet excitant de la vie sexuelle.

5. Reprise de la sexualité en post-partum et évaluation de la douleur

5.1. Période de reprise des rapports sexuels après la naissance

Tableau XIII Période de reprise de la sexualité en post-partum :

	AD effectif (pourcentage) n=45	SD effectif (pourcentage) n=34	p
<1mois	6(13.3%)	5(14.7%)	NS
1-2mois	20(44.4%)	23(67.7%)	
2-3mois	11(24.4%)	4(11.8%)	
3-4mois	5(11.1%)	1(2.9%)	
4-5mois	1(2.2%)	0(0%)	
>5mois	1(2.2%)	0(0%)	
Sans réponse	1(2.2%)	1(2.9%)	

La période moyenne de reprise de la vie sexuelle dans la population des femmes dyspareuniques était de 7 semaines \pm 4 semaines. La durée la plus courte étant de 3 semaines et la durée la plus longue de reprise de la sexualité étant de 6 mois

La période moyenne de reprise de la vie sexuelle dans la population des femmes non dyspareuniques était de 5,1 semaines \pm 2,1 semaines. La durée la plus courte étant de 3 semaines et la durée la plus longue de reprise étant de 6 mois

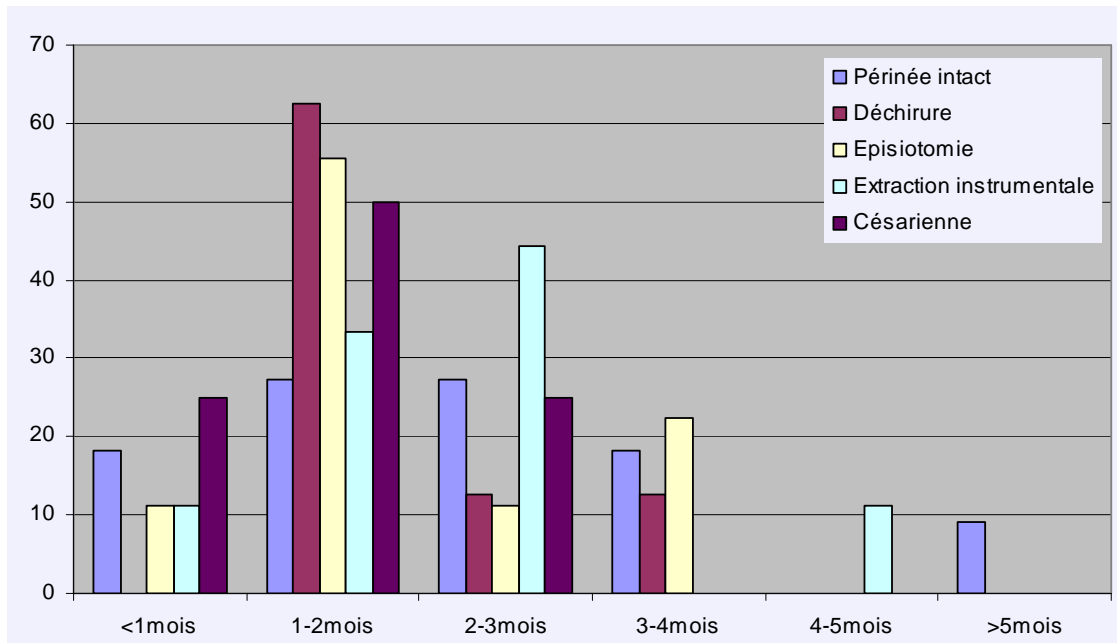


Figure 2 : Reprise de la sexualité pour les patientes dyspareuniques selon le mode d'accouchement

5.2. Initiative de la reprise de la sexualité

Tableau XIV Initiative de la reprise de la sexualité :

	AD effectif (pourcentage) n=45	SD effectif (pourcentage) n=34	P
Elle	4(8.9%)	2(5.9%)	NS
Son conjoint	13(28.9%)	7(20.6%)	
Les deux	28(62.2%)	24(70.6%)	

On a remarqué une proportion de reprise de la vie sexuelle à l'initiative du conjoint plus importante dans la population des patientes dyspareuniques.

5.3. Appréhension ressentie lors de la reprise de la sexualité.

Quarante deux patientes dyspareuniques sur 45 ont eu une appréhension lors du premier rapport sexuel soit 93.3% des patientes dyspareuniques tandis que 21 sur 34 soit 61.8% des patientes non dyspareuniques ont eu une appréhension lors du premier rapport sexuel.

La différence était significative avec un $p=0,0006$

5.4. Modification de la sexualité depuis la naissance

Tableau XV Modification de leur sexualité depuis la naissance en terme de qualité :

	AD	SD	P
	effectif (pourcentage) n=45	effectif (pourcentage) n=34	
Diminution du désir	16(35.6%)	9(26.5%)	NS
Diminution de la satisfaction	16(35.6%)	2(5.9%)	0,002
Aucune modification	13(28.5%)	16(47.1%)	NS
Augmentation du désir	2(4.4%)	5(14.7%)	NS
Augmentation de la satisfaction	4(8.9%)	5(14.7%)	NS
Sans réponse	0(0%)	1(2.9%)	NS

Tableau XVI Modification de leur sexualité depuis la naissance en terme de quantité :

	AD	SD	P
	effectif (pourcentage) n=45	effectif (pourcentage) n=34	
Fréquence diminuée	30(66.8%)	15(44.1%)	NS
Fréquence identique	11(24.4%)	14(41.1%)	
Fréquence augmentée	2(4.4%)	4(11.8%)	
Sans réponse	2(4.4%)	1(2.9%)	

On a noté une diminution du désir et de la satisfaction ainsi qu'une diminution de la fréquence des relations sexuelles plus importante dans la catégorie des patientes dyspareuniques.

Quinze patientes sur 45 soit 33.3% des patientes dyspareuniques ont eu des préliminaires douloureux.

Aucune patiente n'a eu de préliminaires douloureux chez les patientes non dyspareuniques

La différence était significative avec un pourcentage à 0,0002

Ainsi on a pu s'étonner de la douleur perçue lors des préliminaires, ceux-ci pouvaient alors montrer l'incapacité de la femme dyspareunique à se détendre et à se décontracter avant même le rapport sexuel.

5.5. Douleur ressentie lors des rapports sexuels

Toutes les patientes de la population dyspareunique ont présenté des douleurs sexuelles dès le premier rapport sexuel dans le post-partum

Huit patientes sur 45 soit 17.8% des patientes dyspareuniques ont déclaré que seuls les premiers rapports sexuels ont été douloureux

5.5.1. Localisation de la douleur

Pour 86.7% des patientes dyspareuniques, la douleur était localisée en un point précis soit 39 patientes sur 45.

Tableau XVII Localisation de la douleur pour les patientes dyspareuniques

	AD effectif (pourcentage) n=39
A l'entrée du vagin	31(79.5%)
Profonde	5(12.8%)
Autres	3(7.7%)

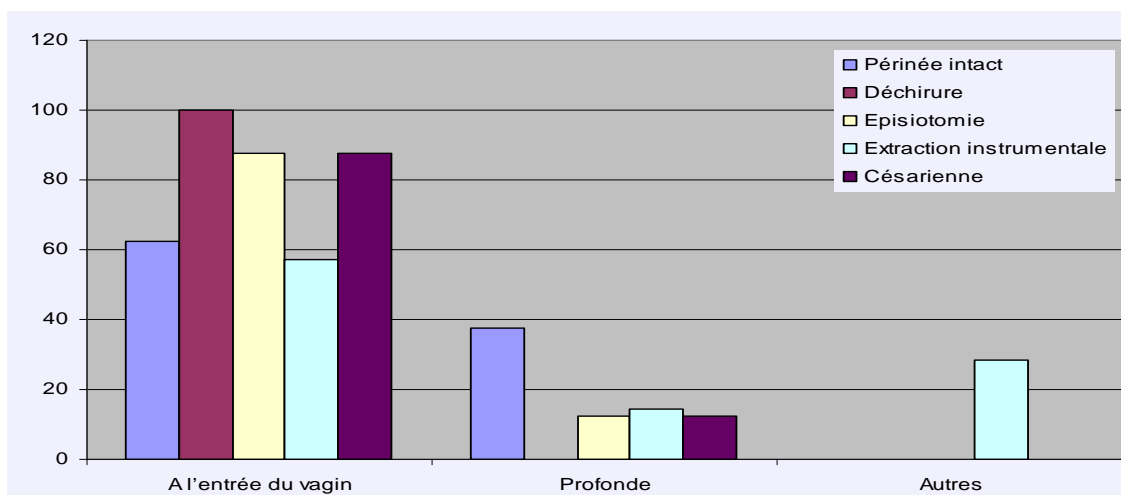


Figure 3 : Localisation de la douleur pour les patientes dyspareuniques selon le mode d'accouchement.

5.5.2. Type de douleur perçue

Tableau XVIII Type de la douleur ressenti

	AD effectif (pourcentage) n=45
Echauffement	14(31.1%)
Brûlure	18(40%)
Contraction	6(13,3%)

Parmi les autres types de douleur ressentie on a retrouvé :

- Un tiraillement (3 patientes dyspareuniques)
- Des picotements (3 patientes dyspareuniques)
- Une impression d'obstacle en profondeur (1 patiente dyspareunique)
- Une Impression d'étroitesse du vagin (1 patiente dyspareunique)
- Une Impression de ré-déchirure (1 patiente dyspareunique)

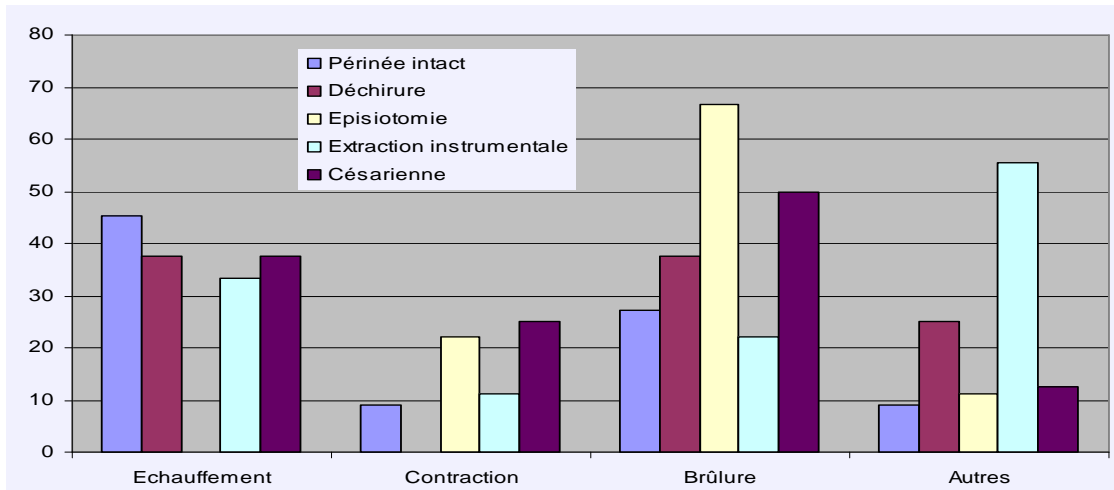


Figure 4: Type de la douleur ressentie pour les patientes dyspareuniques selon le mode d'accouchement.

On a remarqué que le mode d'accouchement importait peu sur le type de douleur ressentie. Elle était essentiellement de type brûlure ou échauffement.

5.5.3. Sévérité de la douleur

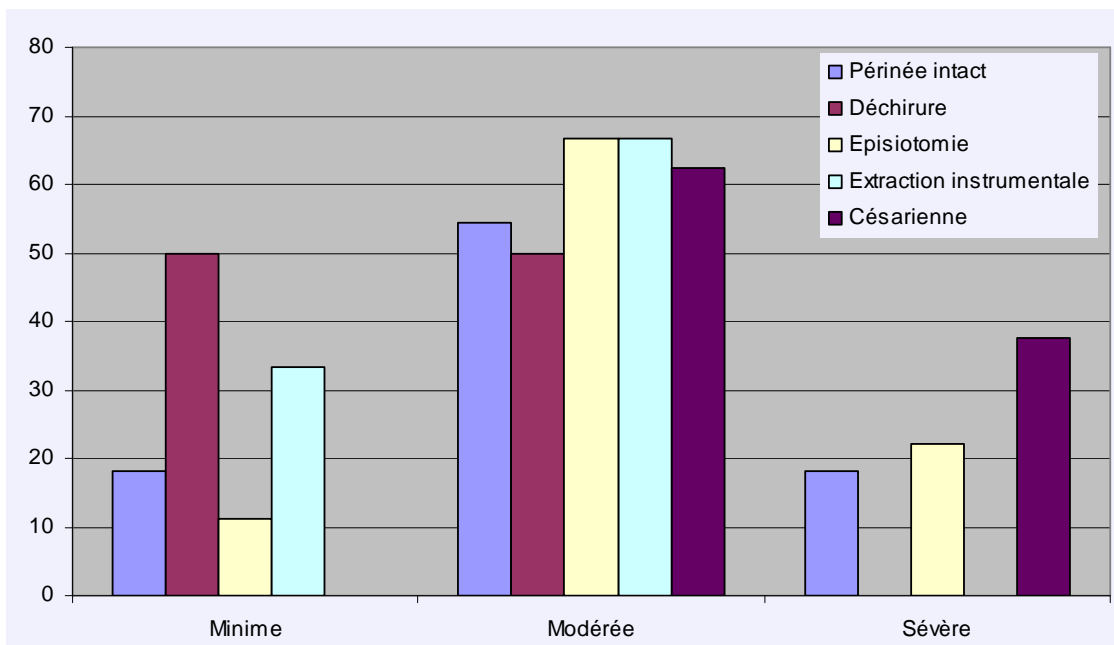


Figure 5 : Quantification de la douleur pour les patientes dyspareuniques selon le mode d'accouchement.

Là encore, on a remarqué que le mode d'accouchement n'influencait pas la sévérité de la douleur.

5.5.4. Moment d'apparition de la douleur

Tableau XIX Moment de la douleur pour les patientes dyspareuniques :

AD effectif (pourcentage) n=45	
Pendant l'acte sexuel	31(68.9%)
Après l'acte sexuel	3(6.6%)
Pendant et persiste après l'acte sexuel	9(20%)
Sans réponse	2(4.4%)

On a noté que la douleur avait lieu essentiellement pendant l'acte sexuel.

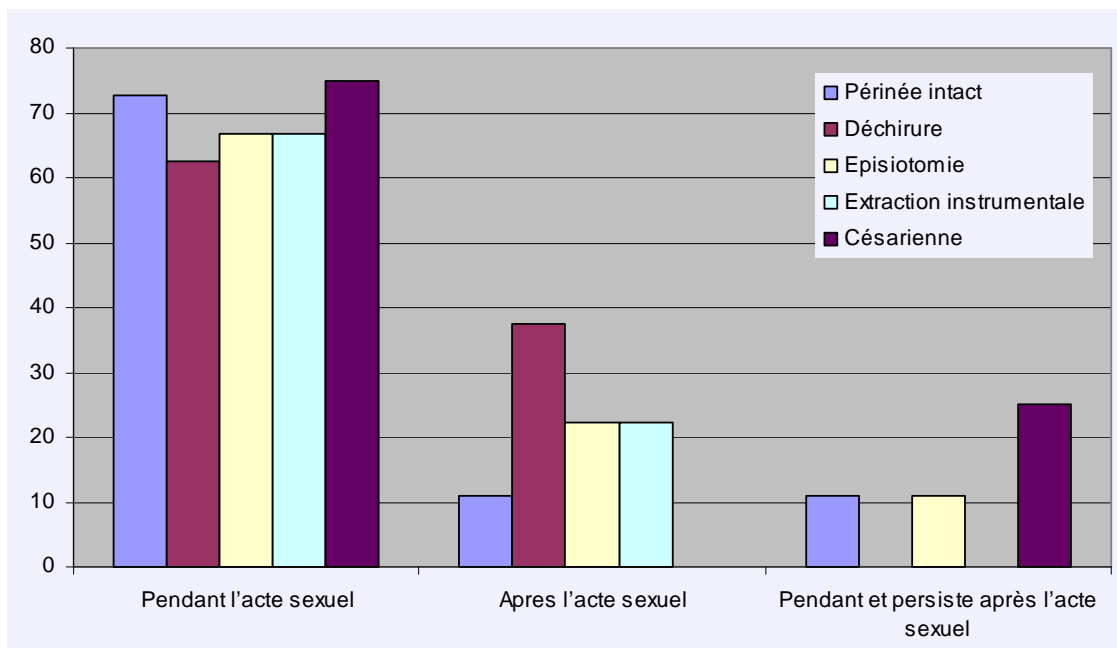


Figure 6: Moment de la douleur pour les patientes dyspareuniques selon le mode d'accouchement.

La durée moyenne de la douleur lorsque celle-ci persistait après le rapport sexuel était de 44 minutes, cette durée pouvait s'étendre de 5 minutes à 2 heures

Le mode d'accouchement ne semblait pas interférer avec le moment de la douleur.

5.5.5. Conséquences de la douleur et moyens utilisés pour y remédier

Pour 31,1% des patientes dyspareuniques, la douleur a interrompu le rapport soit 14 patientes sur 36.

Trois patientes sur 45 soit 6,6% des patientes dyspareuniques ont consulté pour cette douleur.

Treize patientes sur 45 soit 37.8% des patientes dyspareuniques ont essayé d'y remédier.

Les moyens utilisés pour remédier à cette douleur étaient:

- l'utilisation de lubrifiant, de crème, de lotion apaisante (8 patientes)
- la pratique de massages périnéaux (2 patientes)
- les séances de rééducation périnéale (1 patiente)
- la consultation d'un spécialiste (1 patiente)
- la douceur du partenaire (1 patiente)
- la réitération du rapport sexuel peu de temps après. (1 patiente)

5.5.6. Période de retour à une sexualité « classique »

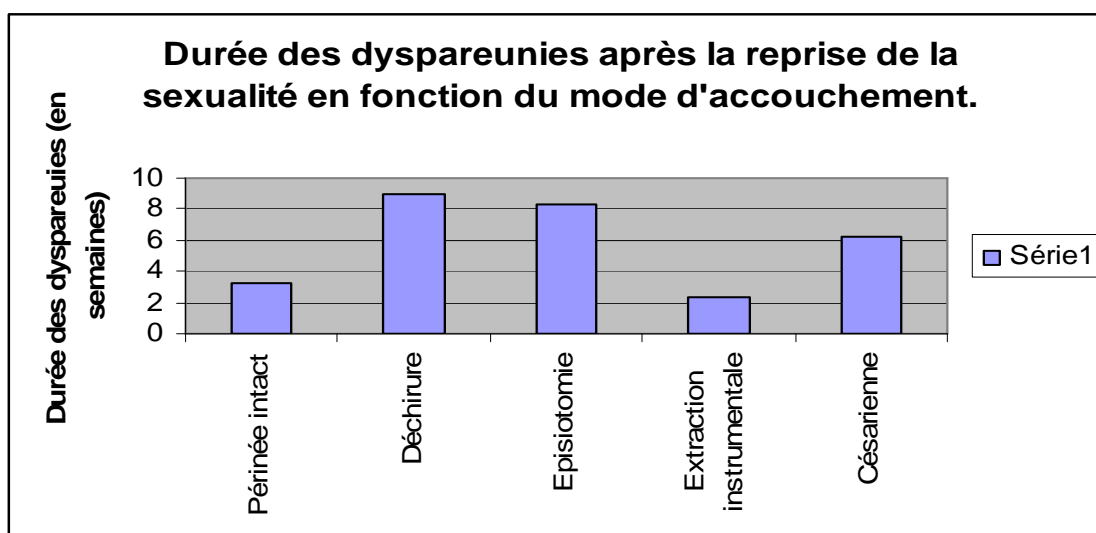


Figure 7 : Durée des dyspareunies après la reprise de la sexualité en fonction du mode d'accouchement.

Les résultats obtenus n'étaient pas significatifs pourtant on a remarqué que les dyspareunies persistaient plus longtemps pour les accouchements avec « épisiotomie ou déchirure. »

La durée moyenne des patientes dyspareuniques pour que celles-ci retrouvent une sexualité « normale » sans douleur était de 12.4 semaines \pm 5.9 avec un minimum de temps de 4 semaines et un maximum de temps de 6 mois. Lors de la restitution du questionnaire à 6 mois, 2 patientes n'ayant plus de douleur à ce moment là estimaient ne pas avoir retrouvé une sexualité normale puisque la fréquence des rapports restait inférieure à celle antérieure à la grossesse.

La durée moyenne des patientes non dyspareuniques pour que celles-ci retrouvent une sexualité « normale » sans douleur était de 5.4 semaines \pm 3.1 semaines, avec un minimum de temps de 1 semaine et un maximum de temps de 14 semaines.

Cependant, parmi les patientes non dyspareuniques, 4 patientes estimaient ne pas avoir retrouvé une sexualité normale à 6 mois du fait de la fréquence toujours diminuée des relations sexuelles.

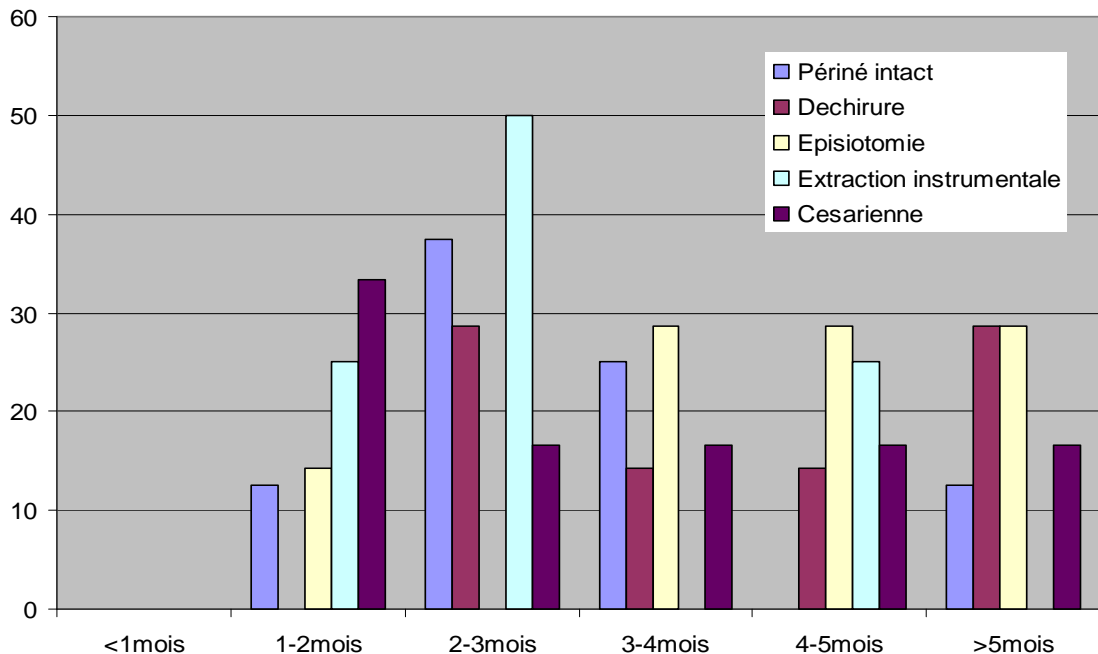


Figure 8: Période de retour à une sexualité normale dans la population dyspareuniques après l'accouchement selon le mode d'accouchement (Durée des dyspareunies).

6. Répercussion sur le couple

Sept patientes sur 45 soit 15.6% des patientes dyspareuniques ont dit que cette situation avait perturbé la relation avec leur conjoint.

6.1. Comportement du partenaire

Tableau XX Réaction du conjoint :

	AD effectif (pourcentage) n=45	SD effectif (pourcentage) n=34
Compréhension	39(86.7%)	24(70.6%)
Agressivité	1(2.2%)	0(0%)
Distance	4(8.9%)	3(8.8%)
Indifférence	2(4.4%)	2(5.9%)
Sans réponse	1(2.2%)	5(14.7%)

On a noté que la majorité des conjoints étaient compréhensifs face à la situation de leur femme. Nous n'avons pas remarqué de différence significative entre les deux populations étudiées.

6.2. Discussion autour de la sexualité au sein du couple

Vingt huit patientes sur 45 soit 62.2% des patientes dyspareuniques ont parlé de leur sexualité avec leur conjoint.

Vingt trois patientes sur 34 soit 67.7% des patientes non dyspareuniques ont parlé de leur sexualité avec leur conjoint.

Nous ne retrouvons pas différence significative.

Douze patientes sur 45 soit 26.7% des patientes dyspareuniques ont été affectées par cette situation.

7. Résultats du second questionnaire

Parmi les 61 questionnaires reçus à 6 mois, 2 patientes n'avaient toujours pas repris d'activité sexuelle durant la période d'étude. En conséquence ces 2 patientes ont été exclues de l'enquête.

Cependant, nous avons recontacté ces 2 patientes afin de savoir pourquoi elles n'avaient toujours pas repris de rapports sexuels. L'une d'elle nous a répondu qu'elle et son mari étaient trop préoccupés par l'enfant à ce moment et qu'ils manquaient de temps et d'envie. De plus elle allaitait encore et était épuisée par les tétées encore présentes la nuit. Le numéro de l'autre patiente n'était plus attribué. Ces 2 patientes ont eu des naissances par césarienne.

Ce questionnaire comportait deux questions supplémentaires en rapport avec le type de contraception utilisée et la réalisation de la rééducation périnéale.

7.1. La contraception

Tableau XXI Type de contraception utilisée :

	AD effectif (pourcentage) n=34	SD effectif (pourcentage) n=25	P
Aucune	6(17.6%)	4(16%)	NS
Préservatif	3(8.8%)	3(12%)	
Anneau vaginal	2(5.8%)	1(4%)	
Stérilet	3(8.8%)	1(4%)	
Pilule	20(58.8%)	16(64%)	
Implant	0(0%)	0(0%)	

Une patiente sur les 3 utilisant le préservatif dans la population des femmes dyspareuniques a ressenti une modification de la qualité de sa sexualité.

Une patiente sur les 3 utilisant le préservatif dans la population des femmes non dyspareuniques a ressenti une modification de la qualité de sa sexualité.

Pour les patientes utilisant le préservatif, on aurait pu imaginer que l'effet de la contraception pourrait être positif. En effet l'apport de lubrifiant associé au préservatif pourrait améliorer le confort des patientes.

De la même manière, on aurait pu penser que l'utilisation de l'anneau vaginal apporterait localement des œstrogènes et ainsi améliorerait la sécheresse vaginale, ce qui n'était pas le cas ici.

7.2. La rééducation périnéale

Parmi les 59 questionnaires exploités a 6 mois :

Soixante treize pour cent des patientes dyspareuniques ont effectué des séances de rééducation périnéale soit 26 patientes sur 34.

Cinquante six pour cent des patientes non dyspareuniques ont effectué des séances de rééducation périnéale soit 14 patientes sur 25.

La différence n'était pas significative.

On a pu alors penser que la rééducation périnéale était un moyen thérapeutique pour palier aux douleurs sexuelles, les patientes dyspareuniques portant un plus grand intérêt à effectuer ces séances. Néanmoins, on pourrait alors imaginer le traumatisme périnéal de la rééducation. Celle-ci pourrait alors faire ressurgir, réveiller les douleurs ressenties au moment de la naissance et ainsi faire perdurer dans le temps les douleurs sexuelles.

DISCUSSION

Au travers de cette enquête, nous avons voulu étudier l'importance des dyspareunies du post-partum, les possibles facteurs de risques s'y rattachant et en particulier l'influence du mode d'accouchement sur celles-ci. Nous avons également souhaité étudier l'aspect psychologique des dyspareunies afin de pouvoir intégrer nos connaissances théoriques à notre pratique professionnelle quotidienne et de pouvoir répondre aux questions des patientes lors d'entretiens pré et post-nataux. Il nous a paru important d'anticiper les possibles demandes des patientes et de leurs conjoints sur ce sujet délicat et de les informer sur les modifications éventuelles de leur sexualité après la naissance de leur enfant. Il nous paraissait également important de dépister les problèmes sexuels antérieurs à la grossesse afin de pouvoir donner des conseils avisés et de les orienter vers les professionnels de santé spécialisés.

Le but de cet ouvrage était tout d'abord d'informer les différents professionnels de santé sur ce type de problème post accouchement qui n'est finalement pas si rare.

1. Les limites et biais de notre étude

Malheureusement, l'effectif de notre population est beaucoup trop faible pour avoir des résultats significatifs. L'échantillon de la population recrutée se limite à 100 patientes du fait d'un budget financier restreint, en effet les 2 timbres ainsi que les 2 enveloppes donnés à chaque patiente étaient à notre charge.

Cependant nous avons tout de même réussi à obtenir les questionnaires de 81 patientes sur les 100 incluses dans l'étude ce qui reste un taux de réponse relativement élevé. Cela nous laisse penser que le questionnaire était suffisamment respectueux de la vie intime de nos patientes. De plus, on peut imaginer que le fait que le questionnaire soit anonyme a permis aux patientes de répondre avec un maximum de sincérité. Par conséquent les réponses ne sont pas biaisées par cela.

L'intérêt même des patientes porté à ce sujet peut par contre constituer un biais dans notre étude. En effet on pourrait penser que les patientes n'ayant pas répondu aux questionnaires sont potentiellement des patientes ne se sentant pas concernées, n'ayant pas expérimenté les dyspareunies. A l'inverse, on pourrait croire que les patientes ayant des dyspareunies dans le post-partum trouvent ce sujet trop personnel, se sentant particulièrement gênées pour en parler.

Le taux de réponse reflète le degré d'intérêt pour ce sujet. Cette sélection nous montre que la population n'est pas vraiment représentative de la population globale.

Dans notre étude, l'accouchement par extraction instrumentale est associé soit avec une déchirure, soit avec une épisiotomie. Il se peut que celles-ci soient en partie responsables de la douleur. Le but de l'étude étant d'évaluer le geste en lui-même, il nous était difficile vu la faible population de classer l'extraction instrumentale en plusieurs « catégories ». De la même façon nous n'avons pas séparé les césariennes programmées de celles réalisées au cours de travail.

Le fait que l'on ait exclu les déchirures de stades 3 et 4 peut constituer un biais puisque dans les études publiées, ce type de lésions aggrave la durée et la sévérité des dyspareunies.

2. La parité

La majorité des études retrouvées est réalisée chez des patientes primipares, nous n'avons alors retrouvé qu'un seul ouvrage examinant l'importance de la parité dans la survenue de dyspareunies.

Klein et al [31] ont réalisé une étude prospective de cohorte incluant 558 primipares et 441 multipares 3 mois après la naissance dans 3 hôpitaux de Montréal dans les années 1990-1991. Cette étude comprenait 135 patientes ayant accouché par césariennes et 864 ayant accouché par voie basse. Après un ajustement de la parité, ils remarquent que le taux de dyspareunie pour tout type d'accouchement est similaire pour les patientes primipares. En effet 30,7% des patientes ayant accouché par voie basse ressentent des dyspareunies versus 31,6% des patientes césarisées. Par ailleurs, dans cette étude, les primipares et les multipares ayant accouché avec un périnée intact ont moins de dyspareunies que les patientes césarisées (26,2% versus 40,7%).

Parmi les primipares, ils retrouvent un taux plus important de patientes ayant une insatisfaction sexuelle pour les accouchements par voie basse (70,1%) que pour les patientes césarisées (54,5%). Par contre, parmi les multipares, le taux d'insatisfaction sexuelle est similaire selon les différentes voies de naissance (64,2% pour les voies basses versus 71,4% pour les césariennes). On pourrait expliquer cela par le fait que les lésions périnéales sont plus importantes pour les primipares du fait de la tonicité des tissus et par conséquent la voie d'accouchement retentit plus sur la vie sexuelle que pour les patientes multipares.

Dans notre étude, nous ne retrouvons aucune différence significative en ce qui concerne le taux de dyspareunies pour les patientes multipares (55,6%) et pour les patientes primipares (42,2%).

3. L'expérience antérieure des dyspareunies

En 2000, Barret et al [5] ont effectué une étude sur une série de primipares ayant accouché au « London teaching hospital » entre le 1 juillet et le 31 décembre 1997. Sur les 796 patientes recrutées, 484 ont répondu aux questionnaires envoyés à 3 mois et à 6 mois, soit un taux de réponse de 61%. Parmi la population étudiée, 12% des patientes ont vécu l'expérience de dyspareunies antérieures à la grossesse. L'analyse multi-factorielle de cette étude après ajustement des différentes variables (âge maternel, l'allaitement, le traumatisme périnéal et l'histoire antérieure des dyspareunies) a montré un lien significatif entre l'histoire antérieure des dyspareunies et les dyspareunies à 6 mois du post-partum ($p < 0,0001$)

Dans notre étude, les résultats retrouvés ne sont pas significatifs mais on observe une différence qui tend vers les résultats obtenus dans l'étude de Barret et al [5] puisque 8,9% des patientes dyspareuniques en post-partum ont eu une expérience de dyspareunie antérieure à la grossesse versus 2,9% des patientes non dyspareuniques dans le post-partum.

Par conséquent, on peut dire que ces femmes sont peu nombreuses dans la population générale. Néanmoins, elles nécessitent des besoins spécifiques et elles doivent être identifiées en anténatal afin de leur offrir une aide et des conseils appropriés.

4. La reprise de la sexualité

Dans l'étude de Lydon-Rochelle et al [34] en 2001, comportant 971 patientes primipares ayant accouché par césarienne, par voie basse spontanée et par extraction instrumentale sur 6 mois d'étude, il existe une différence significative concernant le temps de reprise des rapports sexuels puisque à 7 semaines du post-partum 40% des femmes ayant accouché par extraction instrumentale n'avaient pas repris une activité sexuelle versus 29% des patientes ayant accouché spontanément ($p = 0,04$). En

revanche, il n'y a pas de différence significative entre le groupe des césariennes et celui des accouchements spontanés.

Dans l'étude de Barret et al, [5] 62% des patientes ont repris une sexualité dans les 8 semaines suivant l'accouchement et 89% à 6 mois du post-partum.

Buhling and al [32] ont interrogé 1613 primipares allemandes, sur une période de 2 ans après la naissance, par un questionnaire validé concernant la sexualité avant, pendant et après la grossesse. Les questionnaires ont été envoyés à 1 an et 2 ans du post-partum. Les patientes ont été divisées en cinq groupes : Accouchement avec périnée intact, césarienne programmée, césarienne pendant le travail, épisiotomie ou déchirure périnéale et accouchement par extraction instrumentale (avec épisiotomie systématique). Six cent cinquante-cinq patientes ont répondu au questionnaire soit un taux de réponse de 40,6%. Il y'a donc dans cette étude un biais de « non réponse » important et, par conséquent, l'étude n'est pas réellement représentative de la population globale.

Dans cette étude, on remarque que 47% des patientes ont repris une activité sexuelle dans les 2 mois suivant la naissance et qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes en ce qui concerne la reprise des rapports sexuels. En effet, le taux de reprise de l'activité sexuelle dans le groupe périnée intact est de 50,1%, de 56,9% pour le groupe césarienne, 48,2% pour le groupe épisiotomie ou déchirure et enfin de 56% pour le groupe extraction instrumentale. Parmi les 47% de patientes ayant repris une activité sexuelle à 2 mois du post-partum, le taux de patientes dyspareuniques n'est pas indiqué. Néanmoins, il est indiqué que lors du premier rapport sexuel, 49% des patientes ont ressenti une douleur périnéale.

Dans notre étude, 68,4% de la totalité des patientes ont repris une activité sexuelle dans les 2 mois suivant la naissance et toutes les patientes incluses dans l'étude ont repris une activité sexuelle à 6 mois du post-partum. Les 2 patientes exclues de notre étude à 6 mois n'avaient pas repris leur vie sexuelle. Ces 2 femmes avaient accouché par césarienne. Bien que nos résultats ne soient pas significatifs, on note cependant que les patientes dyspareuniques reprennent une activité sexuelle plus tardivement puisque 57,7% ont repris à 2 mois du post-partum versus 82,4 % des patientes non dyspareuniques. Si on ne note pas de différence significative entre les différentes voies d'accouchement, on remarque cependant que la majorité des patientes dyspareuniques ayant accouché à l'aide d'instrument (44%) a repris une sexualité à 2-3 mois du post-partum tandis que 62% des patientes ayant eu une déchirure, 55% des

patientes ayant eu une épisiotomie et 50% des césariennes ont repris une sexualité dans les 2 mois du post-partum (Figure 2). Ce qui s'accorde avec les études précédentes sur le fait que les femmes ayant eu un accouchement par voie basse non spontanée reprennent une sexualité plus tardivement.

Dans notre étude, nous remarquons de façon significative ($p=0,0006$) que les patientes dyspareuniques (93,3%) ressentent plus d'appréhension vis-à-vis de la reprise de la sexualité par rapport aux patientes non dyspareuniques (61,8%). On peut penser que la peur qui précède l'acte sexuel a un rôle important dans la survenue de douleurs sexuelles par le même phénomène que celui évoqué précédemment associant la peur du rapport à la contraction vaginale. Cependant, nous n'avons pas retrouvé d'étude dans la littérature comparant cette donnée.

Klein et al [31] ont remarqué dans leur travail que 33% des patientes ressentaient une douleur lors des rapports sexuels, 45% se plaignaient d'une diminution du désir sexuel, et pour 64% une diminution de la fréquence des rapports sexuels par rapport à avant la grossesse était remarquée.

Dans notre étude, nous avons retrouvé également une diminution de la fréquence des relations sexuelles après la naissance dans les deux types de populations étudiées (68,9% des patientes dyspareuniques et 73,5% des patientes non dyspareuniques. (Tableau XVI)), ce qui est étonnant puisque on aurait pu penser que les patientes n'éprouvant pas de douleur seraient plus enclin à avoir une fréquence de relations sexuelles identique à la période antérieure à la grossesse. Nous pouvons donc penser que la présence de dyspareunies n'est pas un frein à la fréquence des rapports sexuels.

La diminution du désir est perçue par 53% des patientes à 3 mois du post-partum et par 37% des patientes à 6 mois dans l'étude de Barret et al [5].

Nous retrouvons dans notre enquête, un taux un peu plus faible que celui observé par Barret et al ou par Klein et al en ce qui concerne la baisse du désir, puisque nous obtenons seulement 31,6% des patientes ayant une diminution du désir sexuel après la naissance. Bien que nos résultats ne soient pas significatifs, on remarque qu'il y a un taux plus important de patientes dyspareuniques éprouvant une baisse du désir (35,6%) que de patientes non dyspareuniques (26,5%). (Tableau XV). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le manque de désir peut aboutir à un défaut de lubrification

vaginale, une contraction du vagin, la femme n'arrivant pas à se détendre et ressentant alors des douleurs sexuelles. De plus, les résultats de notre travail montrent de façon significative ($p=0,002$) une diminution de la satisfaction sexuelle pour les patientes dyspareuniques (35,6%) comparée aux patientes non dyspareuniques (5,9%) (Tableau XV), ce qui paraît totalement cohérent.

L'étude de Buhling et al [32] montre que 69% des patientes ont ressenti des dyspareunies lors du premier rapport sexuel après la naissance. Pour 32,5% de ces patientes, la douleur périnéale s'est fait ressentir exclusivement lors du premier rapport sexuel. Cependant, le degré de douleur périnéale lors du premier rapport sexuel après la naissance montre une différence significative en fonction du mode d'accouchement puisque 46% des patientes ayant vécu un accouchement par césarienne et 44% des patientes avec périnée intact ne notent aucune douleur lors du premier rapport sexuel versus 26% des patientes avec épisiotomie ou déchirure et 26% des patientes avec extraction instrumentale. De plus, le taux de patientes ayant une douleur « considérable » est plus important dans les groupes « épisiotomie ou déchirure » (17%) et « extraction instrumentale » (13%) que dans les groupes « périnée intact » (5,2%) et « césarienne » (6,9%). De la même façon, la prévalence de douleurs « sévères » pendant le premier rapport est plus importante dans le groupe « extraction instrumentale » (10%) que dans le groupe « césarienne » (4,3%) ou « périnée intact » (5,2%).

Dans notre étude, seulement 17,8% des patientes dyspareuniques ont ressenti une douleur périnéale exclusivement lors du premier rapport sexuel et la sévérité de la douleur a été étudiée pour l'ensemble des relations sexuelles et non pas seulement la première. Pour 60% des patientes dyspareuniques, la douleur est qualifiée de modérée. Nous ne retrouvons pas de différences significatives entre les différents modes d'accouchement, l'échantillon de la population étant certainement trop faible. (Tableau XVIII)

La dyspareunie (définie dans l'étude de Barret et al [5] par l'expérience de douleur à l'intromission et/ou de douleur pendant le rapport sexuel) est un trouble particulièrement commun puisqu'il est retrouvé pour 62% des patientes dans les trois mois après la naissance et pour 31% des patientes à 6 mois.

La douleur à l'intromission du pénis est vécue par 55% des patientes interrogées à 3 mois et par 27% des patientes interrogées à 6 mois.

Une étude de S. Nikpour [36], en 2004, concernant 160 primipares iraniennes interrogées à 3, 4, 5, 6 mois du post-partum (tous types d'accouchements confondus) a montré que 40% des patientes décrivaient des dyspareunies à 3-6 mois, que 46,7% des femmes ressentait une douleur à l'intromission du pénis et que 31,3% des femmes voyaient une diminution de leur libido. Cette étude a également démontré de manière significative la relation entre les dyspareunies ressenties et la précocité de reprise de l'activité sexuelle. En effet, le taux de dyspareunies augmente lorsqu'il y a moins de 15 jours entre la naissance et le premier rapport sexuel. ($p < 0,005$).

Dans notre étude, 45 patientes sur 79 (soit 57% des patientes) décrivaient des dyspareunies lors de leur reprise de leur vie sexuelle, ce qui s'accorde au taux retrouvé dans l'étude de Barret et al. On ne note pas de différence significative entre les différents modes d'accouchement puisque parmi les patientes dyspareuniques, 24,4% ont eu un périnée intact, 17,8% ont eu une déchirure, 20% ont eu une épisiotomie, 20% ont eu une extraction instrumentale et 17,8% ont eu une naissance par césarienne.

Nous n'avons pas étudié la douleur à l'intromission, ce qui constitue un manquement à notre étude, cependant nous avons demandé aux femmes la localisation de la douleur et nous pouvons donc dire que pour 79,5% d'entre-elles, la douleur se situait à l'entrée du vagin et pour seulement 12,5% de ces femmes la douleur était profonde (Tableau XVII). Il n'y a pas de différence significative entre les modes de naissance.

L'ensemble de ces études laisse penser que ce type de problème qu'est la dyspareunie est relativement fréquent en post-partum et qu'il nécessite une information particulière et adaptée pour l'ensemble des couples.

5. L'influence du mode d'accouchement sur la persistance des dyspareunies

Dans l'étude de Barret et al [5], le mode d'accouchement et les dommages périnéaux sont significativement liés à la survenue des dyspareunies à 3 mois du post-partum. La prévalence à trois mois des dyspareunies est de 62% après accouchement voie basse spontanée, 78% après extraction instrumentale, 41% après césarienne pendant le travail et 47% après césarienne programmée. Une analyse des facteurs associés à l'apparition de dyspareunies indique qu'à 3 mois l'OR pour les

accouchements voie basse spontané est de 1,00, de 2,41 (IC=1,24-4,69) pour les extractions instrumentales, de 0,42 (IC= 0,18-1,00) après une césarienne en travail et de 0,52 (IC=0,20-1,38) après une césarienne programmée. Ce qui nous montre donc que l'accouchement pas extraction instrumentale est plus fréquemment associé aux dyspareunies à trois mois du post-partum. Ce qui peut s'expliquer par la fréquence et la sévérité de lacérations périnéales plus importantes dans l'accouchement par aide instrumentale. Cependant, à six mois du post-partum, ils ne retrouvent pas de lien significatif entre les dyspareunies et le mode d'accouchement par extraction instrumentale.

L'étude de Buhling et al [32] montre qu'il y a une persistance de dyspareunies supérieure à 6 mois après l'accouchement pour 14% des patientes ayant accouché par extraction instrumentale alors qu'elles ne sont que 3,5% dans le groupe des femmes avec périnée intact, 3,4% dans le groupe des césariennes et 11% dans le groupe des épisiotomies ou déchirures. Le taux relativement élevé de douleurs sexuelles persistantes pourrait être une raison pour inclure cet aspect dans la discussion de la césarienne sur demande.

De la même façon, Signorello et al [33] en 2001 ont étudié 626 primipares à Boston ayant accouché par voie basse soit de façon spontanée soit par extraction instrumentale entre le 1^{er} août 1996 et le 8 février 1997. Ils retrouvent, après ajustement des variables (parité, allaitement, âge, histoire antérieure des dyspareunies, degré de dommage périnéal), un odds ratio de 2,5 (IC= 1,3- 4,8) de dyspareunies à 6 mois du post-partum pour les accouchements par extraction instrumentale comparé à l'accouchement par voie basse spontanée.

Sartore et al [30] en 2004 ont comparé la fréquence de la dyspareunie dans 2 groupes de patientes primipares à l'aide d'un questionnaire rempli à 3 mois du post-partum. Le groupe 1 était composé de 254 patientes ayant subi une épisiotomie et dans le groupe 2, les 265 patientes ont eu un périnée intact ou une déchirure du 1^{er} ou du 2^{ème} degré. Les résultats ont montré de façon significative davantage de dyspareunies dans le groupe épisiotomie avec un OR de 2,43 (IC 1,08-5,45).

Une étude récente de 2007 réalisée en Iran par Khajehei et al [35] a inclus 40 primipares dont 20 ayant accouché par césarienne et 20 ayant accouché à l'aide d'une épisiotomie. Ces femmes ont été interrogées à l'aide d'un questionnaire validé à 6 mois du post-partum. Parmi les femmes ayant eu une épisiotomie, 55% ont repris une

activité sexuelle 40 jours après la naissance tandis que 30% des femmes césariées ont repris les rapports seulement 10 jours après l'accouchement. Pour 80% des patientes du groupe épisiotomie, il y a une diminution de la libido, une sécheresse vaginale pour 45% d'entre-elles, et des dyspareunies pour 40%. Dans la population césariée, on remarque que la diminution de la libido est plus faible avec un taux de 35% des patientes, une sécheresse vaginale de 15% tandis que les dyspareunies sont observables chez seulement 5% des patientes. Bien que l'échantillon de la population étudiée soit trop faible pour être significatif, on remarque tout de même une diminution de tous les critères sexuels étudiés pour le groupe de patientes césariées.

Dans notre étude, nos résultats ne sont pas significatifs et nous ne retrouvons pas de différence notable quant à la persistance des dyspareunies en fonction du mode d'accouchement. En effet, 50% des patientes dyspareuniques ayant eu une naissance à l'aide d'instruments retrouvent une sexualité « normale, classique » à 2-3 mois du post-partum et 25% à 4-5 mois. Il semble que la majorité des patientes avec déchirure (33%) retrouvent une sexualité « normale » à 1-2 mois du post-partum tout comme la plupart des césariennes (29%), et à 2-3 mois pour la majorité des patientes ayant un périnée intact (37;5%). Le retour à une sexualité « normale » pour les patientes ayant eu une épisiotomie est plus étendu dans le temps puisque 29% retrouvent une sexualité dite « normale » à 3-4 mois, 29% à 4-5 mois et 29% ont des dyspareunies persistantes pour une durée supérieure à 5 mois après la naissance. (Figure 8)

Dans notre travail, les dyspareunies persistantes pour une durée supérieure à 5 mois après la naissance sont observées pour 12,5% des patientes dyspareuniques ayant un périnée intact, pour 29% des patientes dyspareuniques ayant eu une épisiotomie, pour 29% des patientes dyspareuniques ayant eu une déchirure et pour 17,5% des patientes dyspareuniques ayant été césariées. Par ailleurs, on ne retrouve aucune patiente ayant eu une naissance par extraction instrumentale, ce qui est contraire aux diverses études précédemment citées. De la même manière, la figure 7 de nos résultats nous indique que les dyspareunies persistent plus longtemps pour les patientes ayant eu une épisiotomie ou une déchirure (respectivement 8,3 semaines et 9 semaines après la reprise de la sexualité) alors que cette durée est réduite pour les accouchements par extraction instrumentale (2,4 semaines), ce qui, là encore, contredit les études précédentes.

Une étude réalisée par Vasquez [12] sur une période de 9 mois dans six maternités lorraines a étudié l'influence de la suture des traumatismes périnéaux dans

l'apparition des dyspareunies. Soixante six patientes ayant subi une épisiotomie ont été incluses dans l'étude et elles ont été recontactées à 3, 6 et 9 mois après leur accouchement. Les résultats de l'étude montre un taux de dyspareunies à 3 mois de 42,2%. Celui-ci diminue pour atteindre 28,8% à 6 mois et 15,2% à 9 mois. Bien que ces chiffres, ne concernant que des patientes ayant subi une épisiotomie, ne soient pas représentatifs de la population générale, ils montrent tout de même que l'épisiotomie n'est pas dénuée de conséquences. La comparaison faite dans ce travail entre le surjet continu dans la technique « un fil, un nœud » et la technique en trois plans à 3 mois montre que le taux de dyspareunies est moins important dans la technique « un fil, un nœud » (25%) que dans la technique en trois plans (46,3%). Ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs ($p=0,109$) mais ils évoquent cependant une amélioration de la qualité de la vie sexuelle avec l'utilisation de la technique « un fil, un nœud ».

La deuxième comparaison effectuée portait sur la technique de points séparés sur la peau versus surjet intradermique. Elle montre donc que le taux de dyspareunies est bien plus important lorsque l'on effectue des points séparés sur le plan cutané (48,8%) que lorsque l'on pratique le surjet intradermique (16,7%). Bien que ces résultats ne soient pas significatifs, il semble tout de même que l'utilisation du surjet intradermique apporte un bénéfice en matière de dyspareunies par rapport à l'utilisation de points cutanés.

Nous n'avons pas étudié dans notre étude le type de suture effectuée, ce qui là aussi constitue un manquement à notre enquête puisque les dyspareunies semblent être liées à la qualité de la réfection périnéale. Il semble donc important d'être particulièrement vigilant quant à la technique de suture utilisée.

6. L'allaitement

Dans l'étude de Barret et al [5], 60% des patientes ont allaité exclusivement jusqu'à six semaines après la naissance et 37% jusqu'à trois mois. L'analyse multi-factorielle, après ajustement des différentes variables, a montré que l'allaitement ne constituait pas un facteur de risques dans la survenue des dyspareunies à trois mois du post-partum. Cependant, six mois après la naissance de leur enfant, 42% des femmes allaitaient encore de façon exclusive ou partielle et l'analyse multi-factorielle a alors démontré de manière significative le lien entre l'allaitement et l'existence de dyspareunies à six mois du post-partum. ($p<0,0006$).

L'association de l'allaitement avec les dyspareunies a été reliée avec le changement du profil hormonal de la patiente, la baisse de la libido et l'apparition d'une sécheresse vaginale. En effet, dans l'étude réalisée par Avery et al en 2000 [28] sur les facteurs influents la durée de l'allaitement, 55,1% des femmes allaitantes rapportent une diminution de la lubrification vaginale pendant le rapport sexuel par rapport à avant la grossesse et 42,4% des patientes allaitantes décrivent une diminution de l'intérêt porté à leur sexualité. Cette étude a interrogé 576 primipares allaitantes dans un hôpital du Minnesota. Les patientes ont été interrogées pendant le séjour à l'hôpital et à 1, 3, 6 et 12 mois du post-partum par questionnaire téléphonique.

Connolly et al [29] ont effectué une étude prospective incluant 150 primipares anglaises entre le 1^{er} Juin 1993 et le 31 Mars 1994. Les patientes ont répondu aux questionnaires envoyés à 2, 6, 12 et 24 semaines du post-partum concernant la reprise de leur sexualité. Sur les 150 patientes incluses dans l'étude, 47 d'entre-elles ont répondu à tous les questionnaires (soit un taux de réponse de 31,3%). Dans cette étude, l'allaitement est associé de façon significative à la survenue de dyspareunies à trois mois du post-partum avec RR de 3,36 (IC= 1,77-6,37), cependant cette association disparaît à 6 mois. Le nombre de patientes allaitantes n'est pas indiqué dans cette étude ni le taux de significativité à 6 mois du post-partum, il nous est donc difficile d'exclure le lien existant entre les dyspareunies à 6 mois et l'allaitement.

Dans notre étude, les résultats ne sont pas significatifs, cependant on remarque que pour une durée d'allaitement supérieure à un mois, la durée des dyspareunies augmente puisque pour une durée d'allaitement de 1-2 mois, les dyspareunies se prolongent en moyenne 5 semaines après la reprise des rapports sexuels, 5,3 semaines pour une durée d'allaitement de 2-3 mois, de 6 semaines pour une durée d'allaitement de 3-4 mois et de 9,3 semaines pour une durée de 4-5 mois. Le résultat obtenu pour une période supérieure à 5 mois d'allaitement est contradictoire puisque l'on retrouve une durée de dyspareunie de 2,7 semaines (figure 1). De plus, chez ces patientes allaitantes, il y a un taux plus important de patientes dyspareuniques (16,7% à 3-4 mois d'allaitement, 20% à 4-5 mois et 23,3% pour une durée supérieure à 5 mois) comparé à celui des patientes ne présentant pas de douleurs. (4,8% à 3-4 mois d'allaitement, 9,5% à 4-5 mois et 19% pour une durée supérieure à 5 mois) (Tableau XII). Ces derniers résultats retrouvés sont en accord avec l'étude de Barret et al [5] qui associe la persistance de dyspareunie à une durée d'allaitement de 6 mois.

7. La contraception associée à la difficulté d'aborder la sexualité avec un professionnel de santé

Barret et al [5] montrent que sur les patientes ayant repris leur sexualité, 82% avaient une contraception. 45% d'entre-elles utilisaient une contraception hormonale (une pilule en majorité), 43% utilisaient le préservatif, 2% avaient un dispositif intra-utérin, 3% utilisaient un diaphragme et 7% préféraient les méthodes naturelles. Barret et al constatent de façon non significative, qu'il n'y a pas d'association entre les différentes méthodes de contraception et les dyspareunies à trois mois du post-partum ($p=0,8$) ou à six mois du post-partum ($p=0,8$).

Dans notre étude, 83,1% des patientes ayant repris une sexualité utilisent une contraception (Tableau XXI). La pilule contraceptive est également le moyen utilisé par la majorité des patientes aussi bien chez les patientes dyspareuniques que chez celles n'éprouvant pas de douleurs coïtales. Nos résultats concordent avec l'étude précédente, ils ne sont pas significatifs mais ils tendent à dire qu'il n'y a pas de relation entre le moyen de contraception utilisé et l'apparition de dyspareunies en post-partum.

Dans l'étude de Barret et al [5], 69% des patientes disent avoir reçu une information sur la reprise de la sexualité par un professionnel de santé. Ce professionnel était principalement une sage-femme ou leur médecin traitant. La reprise de la sexualité était abordée surtout en relation avec la prescription de contraceptifs. Seulement 29% des patientes ont discuté du « bon moment » pour reprendre une activité sexuelle et 18% ont été averties des possibles changements de leur sexualité.

Lors de la visite post-natale, 45% des patientes ont parlé des problèmes qu'elles avaient avec leur périnée, leur vagin et 9% ont répondu qu'elles voulaient demander des renseignements à propos de la sexualité mais elles ont senti qu'elles ne pouvaient pas.

Parmi les patientes ayant des problèmes sexuels en post-natal, seulement 15% en avait discuté avec un professionnel de santé, notamment leur médecin généraliste.

Dans notre étude, seulement 6,6% des patientes dyspareuniques ont consulté pour ce motif. Cela peut indiquer un manque essentiel d'informations quant aux éventuelles modifications qu'un accouchement peut entraîner sur la vie sexuelle. Il se peut d'ailleurs que les professionnels de santé eux-mêmes soient peu informés sur ce sujet. On peut enfin ajouter à cela la difficulté d'aborder la sphère génitale autrement que pour la prescription de contraceptifs ou le simple examen organique.

8. La dyspareunie comme expression d'un mal sous-jacent

La difficulté de ce symptôme réside dans la dimension psychologique qui le compose. Le parallélisme entre l'importance des dégâts génitaux provoqués par la naissance et leurs répercussions sur la vie sexuelle n'est pas toujours évident. Ainsi, de petites épisiotomies bien réalisées et bien cicatrisées vont provoquer une dyspareunie persistante et d'une intensité importante tandis qu'à l'inverse certaines déchirures périnéales graves ou pas idéalement bien cicatrisées ne semblent pas retentir sur la vie sexuelle du couple. On peut alors se poser la question du vécu de la femme à travers la naissance et des problèmes auxquels il renvoie. Les résultats de notre étude ne montrent pas de réelle différence vis-à-vis du vécu de la grossesse et de l'accouchement entre les deux populations étudiées mais on note cependant que les modifications de l'image de soi sont relativement présentes.

Nous n'avons pas trouvé d'étude relatant la dimension psychologique de la douleur. Aussi, nous avons choisi d'illustrer cela avec le cas de Laetitia, mariée, 2 enfants de 4 ans et 2 ans, vue en consultation par un sexologue. Sa situation est évoquée dans le cadre d'une formation continue [27]. Cette patiente est adressée par sa gynécologue pour « mycoses à répétition ».

« Cela fait longtemps que ça dure », « il y a un problème de désir, de lubrification ; et les relations sont douloureuses. ». Pour son mari, cela a débuté après la deuxième naissance, elle, n'en sait trop rien.

Elle a été césarisée 2 fois pour un bassin étroit. Elle n'a pas trop apprécié d'être examinée par plusieurs médecins pour voir où elle en était. Elle dit qu'on lui a fait « un décollement du placenta à la main afin de déclencher le travail ». On voit bien par ces paroles le défaut de compréhension de la situation, venant peut être du défaut d'information fait par les professionnels de santé.

Elle a fini en larmes. Pourtant, le médecin était gentil mais elle a vécu ça comme une « intrusion ». A un moment, elle lui a même retiré les mains !

La reprise de la sexualité s'est effectuée à 3 semaines, 1 mois du post-partum, elle n'en a pas le souvenir. Son mari était très doux, il ne l'aurait pas forcée !

Pour elle, ça fait longtemps que ça va mal. Elle gardait tout pour elle et cela fait très peu de temps qu'elle en parle. Son mari est chauffeur routier, il rentre en fin de semaine. C'est un homme qui l'aime, elle se laisse faire pour le contenter. Il est très demandeur, pourtant attentif et compréhensif, mais elle, elle a mal et se sent coupable de ne pas avoir envie... « On prend le temps des préliminaires, des fois ça marche, d'autres non ! » Sa tête voudrait, mais son corps ne fonctionne pas. Elle pense trop,

elle est préoccupée. Il y a des caresses devant la télé mais elle se dit : « après la télé, il va falloir passer à la casserole »

La sexologue lui demande alors si elle a vécu des événements antérieurs traumatiques. Elle dit avoir avorté à 15 ans en Angleterre. Elle a beaucoup déçu ses parents et elle n'aimait pas ce garçon. C'était la première fois, « c'était un peu raté tout ça », elle s'en veut de la « bêtise » qu'elle a faite. L'avortement s'est fait dans la précipitation, ce sont ses parents qui ont pris la décision. Ils lui ont donné de l'argent et elle est partie pour se faire avorter à l'étranger.

Elle ne s'en est pas aperçue tout de suite, elle n'en a pas parlé tout de suite. Elle avait des mycoses et était plutôt « sèche » pendant les rapports. C'est en « tirant les vers du nez de la gynécologue », qu'elle a compris toute seule qu'il fallait qu'elle aille voir un sexologue... Il est regrettable qu'on ne l'ait pas mise sur la voie.

Sa mère lui disait : « ne le dis à personne, cela pourrait se retourner contre toi ! ». Aujourd'hui, elle a compris qu'ici on pouvait parler mais elle a gardé cet avortement précoce comme un abcès qui n'a jamais été percé.

Personne ne comprenait ce qui se passait, ce n'est pas comme une plaie, ce n'est pas physique ! C'est là, à l'intérieur, personne ne le voit !

Toujours prendre sur elle !!! Elle a perdu sa confiance en elle, il ne fallait pas se plaindre. Sa mère a eu un cancer du sein et elle ne se plaint jamais, alors « elle, si elle pleure c'est qu'elle est vraiment nulle ! »

Peut-être qu'un enfant réel vient rappeler un enfant qui n'est pas advenu dans la réalité ? Peut-être qu'un examen vient réveiller une douleur antérieure ? La dyspareunie étant un prétexte pour dire « je vais mal » et faire entendre leur détresse, d'autant que ce n'est qu'à ce moment là que certains médecins ou autres professionnels de santé tendent l'oreille. La sage-femme a certainement un rôle prédominant à jouer puisque elle revoit la patiente en général pour la rééducation du périnée. Il lui est sûrement plus aisé de parler de sexualité ou de dépister les éventuels problèmes s'y rattachant lorsqu'elle explore la sphère génitale.

La dyspareunie est donc bien souvent le signe d'un mal-être, mais aussi le symptôme d'une relation conjugale conflictuelle. Bien que, dans notre étude, la plupart des hommes se montrent compréhensifs (86.7% des hommes dont les femmes sont dyspareuniques), ce trouble peut venir perturber un couple qui s'entendait bien, l'homme ayant peur de faire mal et évitant toute relation, ou l'homme supportant mal la difficulté et insistant.

Nous comprenons bien que tout un panel de paramètres peuvent influencer sur le sens même des dyspareunies dans le post-partum et un travail en profondeur est nécessaire afin d'en comprendre l'origine et de pouvoir y remédier.

CONCLUSION

A travers cette enquête, nous avons tout de même démontré que les dyspareunies du post-partum étaient un sujet relativement fréquent dans la population et qu'il ne recevait pas toute l'attention escomptée. En effet, malgré l'importance de ce type de problème, beaucoup de femme ne reçoivent que très peu d'informations à propos de leur vie sexuelle après la naissance. La majorité de ces femmes ne consultent pas pour ces problèmes et bon nombre d'entre-elles n'essaient même pas d'y remédier. Notre travail a étudié les facteurs de risque potentiels associés à la survenue des dyspareunies après une naissance. Malheureusement, l'échantillon de la population recueilli était bien trop faible pour en tirer des conclusions probantes. Cependant, l'analyse des autres études effectuées sur ce sujet montre que les dyspareunies du post-partum pourraient être associées avec le mode d'accouchement par extraction instrumentale, le type d'allaitement et l'expérience antérieure de dyspareunies.

Lors des consultations prénatales, nous ne nous intéressons que peu aux modifications de la vie sexuelle que la grossesse et l'accouchement peuvent entraîner et les patientes elles-mêmes peuvent ressentir une gêne à évoquer le thème de la sexualité. Il faudrait donc être plus vigilant lors des entretiens pré-nataux, du séjour en suites de couches et lors de la visite post-natale afin de dépister les femmes potentiellement à risque de développer des dyspareunies et ne pas s'arrêter à la simple santé physique de la patiente, de son bébé, ou de sa contraception. Il faudrait également sensibiliser les divers professionnels de santé en rapport avec la grossesse et la naissance pour que le manque de connaissance sur la sexualité et les problèmes s'y rattachant ne soient plus un obstacle à la bonne délivrance de l'information.

Enfin la dyspareunie est souvent le symptôme d'un problème psychique sous-jacent. L'intrication des problèmes organiques et psychiques ne simplifie pas la démarche diagnostique et la prise en charge du symptôme ne doit pas omettre la prise en charge de la cause. Cela souligne l'intérêt d'une écoute attentive, patiente et prolongée de la femme et du couple. Aussi ne faut-il pas hésiter à « passer le relais » et à adresser ces patientes vers des professionnels de santé spécialisés tels que les sexologues, les psychiatres, lorsque l'on sent que le problème est bien plus profond qu'il n'y paraît. La naissance est une étape clé de la vie d'un couple, d'une femme, un remaniement physique et psychique parfois difficile. Le rôle de la sage-femme est alors

primordial pour tenter d'évaluer ces problèmes et faire en sorte que la vie intime de ses patientes n'entrave pas leur vie de femme, de mère et d'épouse.

BIBLIOGRAPHIE

[1] ROGERS RG, BORDERS N, LEEMAN LM, ALBERS LL. Does spontaneous Genital Tract Trauma Impact Postpartum Sexual Function? Journal of Midwifery & Women's health, 2009; Volume 54, N°2: 98-103

[2] BORDES N. After the afterbirth: A critical review of postpartum health relative to method of delivery. Journal of Midwifery & Women's health, 2006; Volume 51, N°4: 242-47

[3] COSTIOU A. Neuf mois en attendant l'enfant: modification du comportement sexuel, risques pour la grossesse. Information. Extraits du mémoire de Sage-femme présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme. Les dossiers de l'obstétrique ; 1996, N°240 : 13-7.

[5] BARRET G, PENDRY E, PEACOCK J, VICTOR C, THAKAR R, MANYONDA I. Women's sexual health after childbirth. BJOC 2000;107(2): 186-95

[6] NETO.S. « Docteur, j'ai mal pendant les rapports ! ». Le vécu des dyspareunies chez la femme jeune non ménopausée : étude à partir de cinq histoires cliniques et d'une soirée de formation médicale continue. Thèse : Med : Université d'Angers.2005.

[7] GARNIER DELAMARRE. Dictionnaire des termes en médecine. 26^{ème} Edition. Paris ; Maloine ;2000 : 245

[8] ABBARA.A. Dyspareunie. [Consulté le 8/11/2009]. Disponible à partir de : URL : http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/dyspareunie.html.

[9].DUPUIS P, LAFFORT RD, LEGOUX Y. Sexualité et gynécologie. [Consulté le 20/09/2008]. Disponible à partir de : URL : <http://www.pagespersorange.fr/p.pinguet-fmc.etoile/fmc/sujets/FMC.sexualite.html>

[10] MIMOUN S. Dyspareunie. Encyclopédie Méd Chir (Elsevier, Paris), AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 6-0590 ; 1998 ; 1-4.

[11] TRUDEL G. Le vaginisme et la dyspareunie féminine, in : Les dysfonctions sexuelles : Evaluation et traitement par des méthodes psychologique, interpersonnelle et biologique. 2^e édition. Québec : Presses de l'université du Québec ; 2005 : 38-44.

- [12] VASQUEZ M. Evaluation de l'influence des sutures sur les dyspareunies. Vocation Sage-femme-Avril 2009 ; N°71 : 22-5.
- [13] LANGER B, MINETTI A. Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2006 ; volume 35 : 59- 67.
- [14] WROBEL N. Sexualité après l'accouchement : Il n'y à plus d'avant ? Sexualités humaines ; 2009, N°1 : 61-6
- [15] ENGELMANN P, SAINT LEGER S. Episiotomie. [Consulté le 8//11/2009]. Disponible à partir de : URL : <http://www.ledamed.org/IMG/html/doc-10862.html>
- [16] HEWITT J, PELISSE M, PANIEL B. Traumatismes vulvaire in : Maladie de la vulve. 1^{ère} Edition. Paris : Mc Graw Hill ; 1987 : 73-80.
- [17] JOHNSTON SL, FARELL SA. Dépistage et prise en charge de l'atrophie vaginale. Directives cliniques de la SOGC, 2004 ; N°145 : 509-15.
- [18] ABDOOL Z, THAKAR R, SULTAN AH. Postpartum female sexual function. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology , 2009; 145: 133-7
- [19] ANDREWS V, THAKAR R, SULTAN AH, JONES PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia-a prospective study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology , 2008; 137: 152-6.
- [20] DUMAS AM. Les endométrites en maternité. [Consulté le 8/11/2009]. Disponible à partir de : URL : http://www.cclinsudest.chulyon.fr/Reseaux/mater/journee_mater/2006/Dumas.pdf
- [21] VILLET R, BUZELIN JM, LAZORTHES F. Les troubles de la statique pélvipérinéale de la femme. 1ere Edition. Paris : Vigot ; 1995 : p120-126 ;143-144 ;174
- [22] KAHN-NATHAN J. Les dyspareunies in : Troubles de la sexualité féminine. 1^{ère} Edition. Paris : Doin éditeurs;1988 : 61-72.
- [23] VIDAL 2009. ALDOMET® méthyl dopa. [Consulté le 12/11/2009]. Disponible à partir d'URL : <http://www.vidal.fr>

[24] VIDAL 2009.HALDOL® halopéridol. [Consulté le 12/11/2009]. Disponible à partir d'URL : <http://www.vidal.fr>

[28] BARRAT J, PIGNE A, MARPEAU L. Physiopathologie des prolapsus et des incontinences urinaires in : Le prolapsus génital et son traitement. 2^{ème} édition. Paris : Masson ; 1990. 3-4

[25] CHU PITIE-SALPETRIERE. Prolapsus IUE chapitre 16. [Consulté le 8/11/2009]. Disponible à partir de : URL : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/gyneco/POLY.Chp.16.html>.

[26] FABRE-CLERGUE C, DUVERGER-CHARPENTIER H. Sexualité du post-partum. La Revue Sage-Femme, 2008 ; N°7: 301-4.

[27] FAYE P. Les douleurs « pelviennes » ou à type de dyspareunies ou de cystalgie...un moyen de communiquer ? Présentation dans le cadre d'une Formation Médicale Continue. 2000. Document non publié (Annexe 3).

[28] AVERY MD, DUCKETT L, ROTH FRANTZICH C. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. Journal of Midwifery & Women's Health, 2000 ; N°3: 227-37

[29] CONNOLLY AM, THORP J, PAHEL L. Effects of pregnancy and childbirth on post partum sexual function: a longitudinal prospective study. Int Urogynecol J, 2005; 16: 263-7.

[30] SARTORE A, DE SETA F, MASO G, PREGAZZI R, GRIMALDI E, GUASCHINO S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. Obstet Gyneacol 2004; 103: 669-73.

[31] KLEIN MC, KACZOROWSKI J, FIROZ T, HUBINETTE M, JORGENSEN S, GAUTHIER R. A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing vaginal and caesarean births. J Soc Obstet Gynecol Can 2005;27: 313-20.

[32] BUHLING KJ, SCHMIDT S, ROBINSON JN, KLAPP C, SIEBERT G, DUDENHAUSEN JW. Rate of dyspareunias after delivery in primiparae according to mode of delivery. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology , 2006; 124: 42-6.

[33] SIGNORELLO LB, HARLOW BL, CHEKOS AK, REPKE JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *AM J Obstet Gynecol* 2001; 184: 881-90.

[34] LYDON-ROCHELLE MT, HOLT VL, MARTIN DP. Delivery method and self-reported post-partum general health status among primiparous women. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001; 15: 232-40.

[35] KHAJEHEI M, ZIYADLOU S, SAFARI RM, TABATABAEE HR, KASHEFI F. A comparison of sexual outcomes in primiparous women experiencing vaginal and caesarean births. *Indian J Community Med* 2009; 34: 126-30

[36] NIKPOUR S, JAVAHERI E, NIKRAVESH M, JAMSHIDEE R. Study of sexual problems resulting from delivery in primiparous women. *International Congress Series* 1271. 2004 : 384-7

ANNEXES

ANNEXES 1: Questionnaire adressé aux patientes deux mois après la naissance.

Madame,

Je suis actuellement étudiante sage-femme en 3eme année. Dans le cadre de mes études, je réalise un mémoire concernant l'influence du mode d'accouchement sur la reprise de la sexualité et les douleurs éventuelles s'y rapportant. Par cette étude, il m'est cher de comprendre les conséquences des différents types d'accouchements afin d'adapter notre pratique quotidienne. Ce questionnaire vous demandera environ 15 minutes de votre temps. Il traite essentiellement des douleurs éventuelles associées aux rapports sexuels, néanmoins si vous n'avez aucunes douleurs, vous pouvez tout de même répondre aux questions n°1 à n°27 ainsi que n°36 et 39

Pourriez vous s'il vous plait remplir ce questionnaire environ 2 mois après la naissance de votre enfant soit aux alentours du et me le renvoyer dans l'enveloppe ci jointe.

Cette étude est évidemment anonyme, cependant si vous l'acceptez, pourriez vous m'indiquer vos initiales et date de naissance qui me sont indispensables pour mener à bien mon enquête.

Vous remerciant par avance de l'attention que vous voudrez bien porter à ce projet, veuillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments distingués.

Répondez ou cochez ou entourez la réponse choisie

1. Quelle est votre date de naissance ? Vos initiales.....
2. Exercez-vous une profession ?Si oui laquelle ?.....
3. Combien avez vous d'enfants ?
4. Avant votre grossesse, aviez-vous des douleurs lors des rapports sexuels ou après ceux-ci ?
1. Oui 2. Non
5. Pendant votre grossesse, avez-vous ressenti une modification de votre sexualité en terme de qualité :
1.Moins de désir 2.moins de satisfaction
3.douleurs lors des rapports 4.aucune modification
5.Plus de désir 6.plus de satisfaction
- En terme de quantité :
1.fréquence diminuée 2.fréquence identique 3. Fréquence augmentée
6. Si une baisse de désir s'est fait ressentir, qu'est-ce qui, selon vous, aurait pu l'influencer ?
.....
.....
.....
7. Quel type d'accouchement avez-vous eu ?
1.sans intervention 2.avec une déchirure 3.avec une épisiotomie
4.avec aide instrumentale (spatules, forceps) 5.une césarienne
8. Avez-vous ressenti cet évènement comme traumatisant ?

1. Oui 2. Non

9. Pensez-vous que le suivi de l'accouchement a modifié votre image corporelle ?

1. Oui 2. Non

10. En quoi cela a t-il pu vous toucher ? Pourriez vous préciser ?

.....
.....
.....

11. Pensez-vous que la césarienne ou l'épisiotomie ont modifié l'image que vous aviez de votre corps*(précision en bas de la page 3) ?

.....
.....
.....

12. Quelle image de votre corps votre conjoint avait –il lors de la grossesse ?

.....
.....
.....

13. Quelle image de votre corps votre conjoint a-t-il depuis la naissance ?

.....
.....
.....

14. A- t-il assisté à la naissance du bébé ?

1. Oui 2. Non

Si oui, était- il :

1.auprès de votre tête 2;En train de voir la naissance de votre enfant ?

15. Combien de professionnels ont participé au déroulement du travail ?

16. Comment avez-vous vécu les soins génitaux pratiqués par la sage-femme ou le médecin en suites de couches ?

.....
.....
.....

17. Cela vous a t-il permis une meilleure connaissance de votre région génitale ?

1. Oui 2. Non

18. Gardez-vous des angoisses ?

1. Oui 2. Non

Si oui, lesquelles ?

19. Avez-vous eu des problèmes avec la cicatrisation de votre périnée après la sortie de la maternité ?
(Infection, suintement....)

1. Oui 2. Non

Si oui, précisez :

20. Avez-vous eu des problèmes gynécologiques autres sans rapport avec la cicatrisation (mycoses à répétition, saignements abondants....)
1. Oui 2. Non
- Si oui, précisez.....
21. Avez-vous allaité ?
1. Oui 2. Non
- Si oui, combien de temps ?
22. Après combien de temps avez-vous repris une vie sexuelle ?
23. Qui a suggéré la reprise ?
- 1.Vous 2.votre conjoint 3.les deux
24. Avez-vous eu une appréhension lors du premier rapport sexuel ?
1. Oui 2. Non
25. Avez-vous ressenti une modification de votre sexualité depuis la naissance :
- en terme de qualité :
- 1.diminution du désir 2.diminution de la satisfaction 3.aucune modification
4. augmentation du désir 5. augmentation de la satisfaction
- en terme de quantité :
- 1.fréquence diminuée 2.fréquence identique 3.fréquence augmentée
26. Avez-vous ressenti des douleurs lors des préliminaires ?
1. Oui 2. Non
27. Avez-vous ressenti une douleur persistante lors du premier rapport sexuel ?
1. Oui 2. Non
28. Les autres rapports sexuels ont-ils été douloureux ?
1. Oui 2. Non
29. La douleur est elle apparue :
- 1.dès le premier rapport 2.après une période d'activité sexuelle satisfaisante
30. La douleur était- elle localisée en un point précis
1. Oui 2. Non
- Si oui, était elle :
- 1.à l'entrée du vagin 2.profonde
- 3.Autres.....
31. Quel était le type de cette douleur ?
- 1.Echauffement 2.Contraction 3.Brûlure
- 4.Autres
32. Pourriez vous la quantifier ?
- 1.Minime 2.Modérée 3.Sévère
33. Cette douleur a t-elle lieu
- 1.Pendant l'acte sexuel 2.Après l'acte sexuel
- 3.Pendant et persiste après l'acte sexuel 4.combien de temps après ?
34. La douleur a t-elle interrompue le rapport ?
1. Oui 2. Non
35. Avez-vous consulté pour cette douleur ?
1. Oui 2. Non
36. Avez-vous essayer d'y remédier ?

1. Oui 2. Non

Oui comment :

37. Avez vous retrouvé une sexualité « normale » , sans douleurs?

1. Oui 2. Non

Oui Combien de temps après la naissance.....

38. Cette situation a t'elle entravé les relations avec votre conjoint ?

39. Quelle a été sa réaction ?

1.Compréhension

2.Aggressivité

3.Distance

4.Indifférence

5.Autres

40. Est-ce un sujet de discussion entre vous ?

1. Oui 2. Non

41. Cette situation vous a t-elle affectée ou vous affecte-elle psychologiquement ?

1. Oui 2. Non

*Image corporelle : c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous même.

Amandine PAQUEREAU

Ecole de sages-femmes René ROUCHY

49100 ANGERS

amandine.paquereau@hotmail.fr

ANNEXE 2: Questionnaire adressé aux patientes six mois après la naissance.

Madame,

Vous avez répondu à la première partie de mon étude, pourriez-vous s'il vous plait remplir ce second questionnaire environ 6 mois après la naissance de votre enfant, soit aux alentours du _____, et me le renvoyer dans l'enveloppe ci jointe.

Merci de votre participation

Répondez ou cochez ou entourez la réponse choisie

1. 1. Quelle est votre date de naissance ? Vos initiales.....
2. Avez-vous fait des séances de rééducation périnéale ?
1. Oui 2. Non
3. Avez-vous eu des problèmes avec la cicatrisation de votre périnée depuis la sortie de la maternité ?
(Infection, suintement....)
1. Oui 2. Non
Si oui, précisez :
4. Avez-vous eu des problèmes gynécologiques autres sans rapport avec la cicatrisation
(Mycoses à répétition, saignements abondants....)
1. Oui 2. Non
Si oui, précisez :
5. Avez-vous allaité ?
1. Oui 2. Non
Si oui, combien de temps ? :
6. Avez-vous repris une vie sexuelle ?.....
1. Oui 2. Non
Si oui, vous pouvez donc répondre aux questions suivantes :
Après combien de temps ?.....
7. Qui a suggéré la reprise ?
1. vous 2. votre conjoint 3. les deux
8. Avez-vous eu une appréhension lors du premier rapport sexuel ?
1. Oui 2. Non
Si oui, précisez :
9. Avez-vous ressenti une modification de votre sexualité depuis la naissance
En terme de qualité :
1. diminution du désir 2. Augmentation du désir
3. diminution de la satisfaction 4. Augmentation de la satisfaction
5. aucune modification
En terme de quantité :
1. fréquence diminuée 2. Fréquence identique 3. Fréquence augmentée
10. Quel type de contraception utilisez-vous ?.....
Si utilisation du préservatif, cela a-t-il influencé la qualité de vos rapports ?
1. Oui 2. Non
Quel était votre ressenti ?.....
11. Avez-vous ressenti des douleurs lors des préliminaires ?

1. Oui 2. Non
12. Avez-vous ressenti une douleur persistante lors du premier rapport sexuel ?
1. Oui 2. Non
Si oui, les rapports suivants ont-ils également été douloureux ?
1. Oui 2. Non
13. La douleur est elle apparue :
1. dès le premier rapport
2. après une période d'activité sexuelle satisfaisante?
14. La douleur était- elle ou est-elle localisée en un point précis
1. Oui 2. Non
Si oui, était elle :
1. à l'entrée du vagin 2. Profonde 3. Autres
15. Quel était (ou est) le type de cette douleur ?
1. Echauffement 2. Contraction 3. Brûlure 4. Autres
.....
16. Pourriez- vous la quantifier ?
1. Minime 2. Modérée 3. Sévère
17. Cette douleur a t-elle lieu :
1. Pendant l'acte sexuel 2. Après l'acte sexuel
3. Pendant et persistant après l'acte sexuel : combien de temps après ?
.....
18. La douleur a t-elle interrompu le rapport ?
1. Oui 2. Non
19. Avez-vous consulté pour cette douleur ?
1. Oui 2. Non
20. Avez-vous essayé d'y remédier ?
1. Oui 2. Non
Si oui, comment :
21. Avez vous retrouvé une sexualité « normale » , sans douleurs?
1. Oui 2. Non
Si oui, Combien de temps après la naissance.....
22. Cette situation a t'elle entravé les relations avec votre conjoint ?
1. Oui 2. Non
23. Quelle a été sa réaction ?
1. Compréhension 2. Aggrégativité 3. Distance 4. Indifférence 5. Autres
.....
24. Est ce un sujet de discussion entre vous ?
1. Oui 2. Non
25. Cette situation, vous a t-elle affectée ou vous affecte-elle psychologiquement ?
1. Oui 2. Non

Merci d'avoir accordé quelques minutes de votre temps à mon enquête

Amandine PAQUEREAU
Ecole de sages-femmes René ROUCHY
49100 ANGERS

ANNEXE 3

PROGRAMME de Formation en SEXOLOGIE
18 au 29 octobre 2006

Le médecin, ' à l'orée de l'intime '

Une '*présence*', qui se situe bien au-delà du diagnostic et des traitements des maladies organiques.

THEME 3

**Les douleurs : pelviennes, dyspareunies,
cystalgies**

Un moyen de communiquer ?

Dr Pascale Faye, Médecin sexologue à Angers (49)

*Troisième thème

26. « Les douleurs « pelviennes » ou à type de dyspareunies ou de cystalgies...

Un moyen de communiquer ? »

Les femmes viennent fréquemment dans les consultations de gynécologie avec une plainte, située parfois directement au niveau génital, parfois située plutôt sur **la région du pelvis**, avec donc différentes manifestations : vulvaire, vaginale, urétrale, pelvienne...la zone est un peu « floue », mais ce qu'il y a de sûr, c'est qu'elles ont mal...

Il serait en même temps presque considéré comme « normal » pour une femme, de souffrir du ventre, au cours de sa vie génitale : Pendant ou entre les règles, lors des rapports, au moins les premiers, lors de l'accouchement, et en postnatal...

La question est de savoir pourquoi l'appareil féminin, qui devrait distiller du plaisir est tellement source de souffrance ?

La question aussi est du « choix » de cette région pour installer le trouble, ce pelvis, où s'associent l'affectif, l'émotionnel, le sexuel...ce lieu d'empreintes, de symboles, de mystères, de fantasmes, d'angoisses, d'interdits...c'est le lieu des rapports sexuels et du plaisir, mais aussi de la conception et du développement du fœtus. Et c'est donc une **zone « sacrée »** depuis que le monde est monde !

Mais c'est aussi souvent une **zone « fantôme »**, inconnue, floue pour les femmes : elles ont le plus souvent une méconnaissance totale de leur anatomie, et de la physiologie de cette région de leur « entre-jambes », cet « inconnu » ne peut qu'accentuer leur trouble !

Elles se représentent cette région, comme **une sorte de « cloaque »**, où tout rentre, et d'où tout sort. Cela vient très certainement de la construction imaginaire de l'enfant : du comment se fabriquent les bébés, et comment ils sortent du ventre de la mère ???

Il y a aussi une confusion devant les muscles périnéaux, qui servent autant à la retenue des fonctions excrétrices qu'à l'expulsion du bébé lors de l'accouchement, mais aussi à la relation sexuelle et au plaisir !!!

Nous sommes souvent face à une construction imaginaire et individuelle, qu'il conviendra d'approcher, pour comprendre comment cette femme là s'imagine son « intérieur », et la place de son symptôme !

*Pour illustrer, je prendrai tout d'abord, l'exemple d'une jeune femme de 26 ans, **Sophie** : elle présente **des douleurs mictionnelles** depuis des années : depuis l'adolescence... **et des dyspareunies** depuis 2 ans

2 ans ? c'était au moment où ils allaient se marier, son frère et sa belle soeur venaient d'avoir un enfant, mais elle, dans les mêmes temps, avait eu une **coelioscopie**,

montrant un ovaire qui ne fonctionnait pas. Le diagnostic avait été porté assez brutalement. Elle s'était donc demandé si elle devait se donner à un homme, si elle avait un risque d'infertilité ! Après l'avoir écoutée, je lui avais proposé tout d'abord l'apprentissage de la relaxation et une explication du fonctionnement de ses muscles périnéaux, afin qu'elle fasse connaissance de son « intimité » vaginale.

Elle me dit qu'elle n'a pas du tout été habituée « à l'écouter », ni même à penser qu'il existe, et encore moins à en parler !

Très vite après la première consultation, elle arrivera à se décontracter dans l'exploration vaginale dans son intimité, et elle ne présente plus de douleurs mictionnelles.

En relaxation, elle me parle de « lui » : lui, qui a tendance à se rétracter, elle n'a pas l'impression qu'il s'agisse de son « périnée », elle a plus l'impression qu'il s'agit de son utérus : « c'est comme s'il se refermait », comme si elle avait envie que ce soit tout petit et qu'on n'en parle plus !

Elle a envie de se détendre, pour que son utérus prenne plus de place, s'installe : il lui fait mal, elle ne sait pas s'en servir, il est plus douloureux qu'utile ! elle a envie de le laisser vivre, autant pour un enfant, que pour elle, et son mari : qu'il soit un objet de vie, de sensualité, de plaisir, et que ça fasse partie d'elle.

Avant c'était « obscène », honteux de penser à ça : le sexe était tabou ! La normalité, c'était de penser « amour sans sexualité ».

Elle voit aujourd'hui comme une autorisation à l'imaginer, et à le réintégrer dans son schéma corporel.

Un mois après...elle en est au stade où ça ne fait plus mal, ni de façon uréthrale, ni de façon génitale, et elle se demande comment ça peut faire du bien ? Elle a pu rêver qu'elle faisait l'amour avec son mari sur une plage, et que ça se passait bien !!!

Bien des femmes ont ainsi une commande périnéale, absente, dysfonctionnelle ou « oubliée », et elles sont en fait souvent victimes de « tabous » et/ou de traumatismes...

C'est comme si elles faisaient le choix de nier leur sexualité, en faisant disparaître de leur image corporelle tout ce qui se situerait au dessous de leur nombril ! mais elles apportent leurs douleurs...

Il est important de s'en souvenir au cours d'un examen gynécologique, ou une exploration échographique ou fibroscopique, car mettre des doigts ou des objets phalliques n'est pas là sans conséquence, et il faudra savoir prendre son temps, et respecter chaque femme avec ses craintes, afin de ne pas risquer de répéter un traumatisme sous prétexte d'examen ou de prise en charge !

Parmi ces douleurs, **les douleurs pelviennes chroniques** sont aussi souvent « associées » à des troubles dépressifs majeurs, une tendance à un taux plus élevé de consommation d'alcool ou de drogues, et on retrouve dans les antécédents une forme grave d'abus sexuel, dans l'enfance mais aussi souvent aussi à l'âge adulte...mais également la négligence d'une mère, le refus du rôle de femme, une sexualité non acceptée, avec des problèmes autour de la maternité : grossesse non désirée ou compliquée, avortement, crise conjugale...

Certaines femmes projettent ainsi sur cet espace symbolique leurs problèmes de vie, mais ces douleurs conduisent malheureusement parfois à une hystérectomie !!!

Les patientes viennent souvent avec des **signes associés**, réunissant ainsi différents spécialistes : gynéco, urologue, gastro et sexologue, **autour du périnée** et de ses

synergies, sans doute parce qu'elles ne savent différencier leurs fibres musculaires, et manifestent seulement ainsi leurs sensibilités : alors devant un colon « irritable », des uréthralgies, une dyspareunie, un vaginisme ou un anisme, nous devons être alertés : il nous faudra rechercher des antécédents traumatiques !

*Prenons l'exemple d'**Isabelle** : elle a 33 ans, elle vient me voir pour regarder de plus près sa difficulté à pouvoir s'engager dans une vie sexuelle épanouie : elle n'est pas à l'aise, se sent frustrée, elle est comme ça surtout depuis 6 mois...En fait, elle a vécu déjà avec quelqu'un de 24 à 27 ans, à 24 ans, elle était encore vierge, avec une méconnaissance totale de son corps et de la vie sexuelle en général, elle garde au niveau physique un mal-être, elle contracte ses muscles, ça lui fait mal, on ne peut rien faire...

Il y a pourtant eu déjà des rapports, mais elle fait **des mycoses et des infections urinaires**

« à répétition »...

La première histoire s'est terminée, il y a eu quelqu'un d'autre entre temps, là elle est avec Damien... « en fait c'est chaque fois qu'il y a quelqu'un de nouveau dans sa vie »... c'est comme une possibilité pour elle de refuser ainsi l'acte sexuel !

Damien, elle a du mal à lui faire confiance, mais elle-même s'estime inférieure aux autres femmes, comme si d'autres pouvaient être plus aventureuses qu'elle... ?

En fait, à chaque fois qu'elle est amoureuse, il y a des souvenirs qui reviennent : son père a été infidèle très souvent, sa mère tenait un langage sévère sur les hommes, elle l'a entendue souvent dire : « tous les hommes sont pareils ! ils ne respectent pas leur femme, ne s'engagent pas dans la vie du couple, et ont forcément des rapports avec quelqu'un d'autre. Ses parents sont toujours ensemble, mais son père a encore eu une aventure pendant 3 ans !

Elle pense que les mycoses pour elle, ça a rapport avec sa mère, quand elle lui a appris l'histoire de l'aventure de son père !

Elle a eu l'impression de revivre la même chose qu'à l'adolescence, où elle la prenait déjà comme un 1/3. Cette fois, elle lui a dit que ça ne la regardait pas, qu'elle n'avait rien envie de savoir !

Elle était dans les mêmes temps avec son ami, ça la stressait beaucoup, pourtant c'est quelqu'un avec qui elle parle énormément, mais elle était de plus en plus frustrée et consciente des difficultés qui étaient plus fortes qu'elle.

Elle était impatiente de venir aujourd'hui, consulter et « **exprimer** » ses difficultés et pouvoir enfin aller bien...

Je lui demande comment se passent les examens gynécologiques : mal...Elle a des douleurs à la « pénétration » de l'instrument !...

Elle associe ...à une **IVG**, subie, il y a 5 ans, pourtant par voie médicamenteuse, et donc sans pénétration instrumentale !

elle me dit qu'elle a eu également une **coloscopie**, pour ce qu'on supposait être un condylome, mais dont le résultat était négatif, elle a eu très mal et ça lui a fait souvenir de l'avortement : « c'était comme si on lui enlevait à nouveau un embryon »

***Laetitia** vient également, mariée, 2 enfants, 4ans et 2 ans, envoyée par sa gynéco, pour « **mycoses à répétition** »

Ca fait un moment que ça dure : « il y a un problème de désir et de lubrification, et les relations sont douloureuses »

Son mari pense que c'est plutôt après la deuxième naissance...

Et elle, ce qu'elle en pense ?

Elle n'en sait rien vraiment : elle a accouché les deux fois par césarienne (bassin étroit)...elle n'a pas trop apprécié d'être examinée par plein de médecins, pour voir où elle en était. On a fait un « décollement du placenta » à la main, pour provoquer le travail, elle a fini en larmes, pourtant le médecin était très gentil, mais elle a vécu ça comme une « **intrusion** », à un moment, elle lui a même retiré les mains !

Les rapports, elle les a repris 3 semaines/1 mois après, elle n'en a pas le souvenir, son mari est très doux, il ne l'aurait pas forcée !

Elle pense qu'il y a longtemps que ça va mal, mais elle l'avait gardé pour elle, ça ne fait pas si longtemps qu'elle en parle :

Son mari est chauffeur routier, il rentre le WE, c'est un homme, il l'aime, elle se laisse faire pour le contenter, il est très demandeur, pourtant attentif et compréhensif, mais elle se sent coupable de ne pas avoir envie...On prend le temps des préliminaires, des fois ça marche, d'autres non, des fois sa tête voudrait, mais son corps ne fonctionne pas, elle pense trop, elle est préoccupée, il y a des caresses devant la télé, mais dans sa tête, elle se dit :

« après la télé, il va falloir passer à la casserole »

□je lui demande alors si elle a vécu antérieurement quelque chose de traumatique ?

Elle a avorté à 15 ans en Angleterre : elle a beaucoup déçu ses parents, elle était avec quelqu'un qu'elle n'aimait pas, c'était le premier avec qui elle avait fait l'amour! c'était un peu raté tout ça, elle s'en veut plus de la « bêtise » qu'elle a faite...

tout ça s'est fait sans discussion avant, sa mère ne l'avait pas vue grandir ! ce sont ses parents qui ont pris la décision de l'avortement, ils lui ont donné de l'argent et elle est partie en Angleterre avec des femmes plus âgées...

Elle ne s'est pas aperçu tout de suite, elle n'a pas parlé tout de suite, elle avait souvent des mycoses, elle avait dit dans les rapports qu'elle était « plutôt sèche »... C'est en tirant les vers du nez de la gynécologue, qu'elle a compris toute seule qu'il fallait qu'elle aille voir un sexologue...dommage qu'on ne l'ait pas mise sur la voie...

Sa mère lui disait : « **ne le dis à personne, ça pourrait se retourner contre toi !** »

Elle a compris ici qu'on pouvait parler : « avorter à 15 ans, elle l'a gardé comme un abcès à l'intérieur, qui n'a jamais percé.

Personne ne comprenait ce qu'elle avait, c'est pas comme une plaie, c'est pas physique, **c'est là à l'intérieur**, personne ne le voit, personne ne le sait ! ici quand elle vient, elle touche au cœur du problème, et elle pleure...

Toujours prendre sur elle !!!elle a perdu confiance en elle, avec ses parents, il ne fallait pas se plaindre. Sa mère a un cancer, elle va se faire opérer d'un sein, d'une prothèse, et elle ne se plaint jamais.

Alors elle, si elle pleure, c'est qu'elle est vraiment nulle »

Je lui ai fait la proposition d'accepter de se laisser toucher dans sa sensibilité, son corps, lui savait bien à quoi elle était sensible...

Et peut-être qu'un enfant réel vient rappeler un enfant qui n'est pas advenu dans la réalité, une grossesse « arrêtée »

Peut-être qu'un examen vient réveiller une douleur antérieure !!!

La « **dyspareunie** », c'est à dire la douleur ressentie lors de l'acte sexuel, peut être superficielle, elle peut même empêcher la pénétration vaginale, elle peut être aussi

profonde. De tous les troubles sexuels, ce sont ceux qui ont le plus de causes organiques, mais **la part psychogène y est toujours présente**, et parfois même devient prépondérante, surtout quand la douleur devient chronique.

En cas de dyspareunie *primaire* (celle qui a toujours existé) on recherchera les rares malformations de la vulve, de l'hymen, et du vagin, ou une éventuelle infection suite à la défloration...

En cas de dyspareunie *secondaire* :

-S'il s'agit de douleurs superficielles, on recherchera une origine infectieuse, allergique, une cicatrice vulvaire du postpartum, une atrophie ménopausique...

-S'il s'agit de dyspareunie profonde, on recherchera une endométriose, une infection, des complications de fibromes, un syndrome de Master et Allen...

Mais la **recherche de toutes ces causes médicales** ne doit pas nous faire oublier que parfois certaines femmes ne peuvent faire entendre leur détresse qu'en parlant de leurs douleurs, d'autant que ce n'est qu'à ce moment là que certains médecins tendent l'oreille.

Et souvent elles apporteront leur douleurs de « manière répétitive », jusqu'à ce que ...
on les entende !

Quelles que soient les causes éventuellement retrouvées, il est utile de savoir si cette dyspareunie n'est pas liée, voire expliquée par une absence de **lubrification**, qui par elle-même entraîne une irritation, donc une douleur. Nous touchons là le champ de l'**insatisfaction sexuelle**. La dyspareunie peut n'être qu'un prétexte, un alibi : il est plus facile de dire : « j'ai mal, ou je suis malade »

que de dire : « je ne veux pas », ou « je n'ai pas envie »

De fait, la douleur fait barrière entre la femme et son partenaire.

A l'origine du symptôme, on retrouve souvent **la peur du rapport** sexuel, la peur du sexe masculin. L'acte sexuel est souvent ressenti par la patiente comme quelque chose de « persécutant ».

Il est fréquent aussi que la dyspareunie soit une expression d'insatisfaction, qu'elle soit sexuelle, comme dans le cas d'une éjaculation précoce du partenaire (souvent associée), ou qu'elle soit dans la vie du quotidien et dans la relation affective :

« l'irritation n'est souvent pas que vaginale » !

Ce qui complique les choses, c'est que « certaines formes de dyspareunies sont associées à une intense érotisation de la douleur...la douleur peut être inconsciemment, mais parfois consciemment recherchée ! »

Vaincre la dyspareunie, et le rapport de couple sado/masochiste qui y est alors associé, signifie aider la patiente à comprendre, puis à surmonter les difficultés qui l'empêchent de parvenir au plaisir.

S'il s'agit d'un trouble secondaire, **on doit le replacer dans la sexualité antérieure** : certes il peut y avoir désir et excitation, et le rapport reste douloureux et empêche la satisfaction,

mais il y a très souvent une absence de décontraction : souvent globale, déjà dans la vie quotidienne professionnelle et familiale : du stress, de la fatigue, de l'anxiété, voire de l'angoisse, et même possible un contexte dépressif : la dépression entraînant trouble du désir et troubles du plaisir...et elle est à traiter en priorité !

Il peut n'y avoir d'angoisse que dans la sexualité, du fait de l'imaginaire de la maladie ou de modifications, à la suite d'une naissance par exemple : peur d'un organe atteint,

blesse, déchirure, crainte de l'épisiotomie... C'est quasiment toujours associé à une mauvaise connaissance de la femme de sa région génitale, ou de ce qu'on a pu lui faire.

Dans les suites d'une IVG, la douleur est souvent l'expression de la souffrance/punition...

Il s'agit donc d'évaluer en premier le contexte de bien-être et de détente personnelle, et d'apprécier ensuite la manière de rentrer en sensualité : la place des préliminaires : y a-t'il désir, caresses, excitation, détente ? Le signe principal est la lubrification : très souvent absente, ou s'arrêtant à l'approche de la pénétration (on peut rappeler qu'elle est l'équivalent physiologique de l'érection chez l'homme)

Par là-même, **la sécheresse vaginale entretient l'irritation** (et particulièrement dans les mycoses récidivantes, avec les traitements déstabilisants la flore protectrice),

et la mise en alerte ensuite des muscles sentinelles entretiendra la dyspareunie !

Il s'agit également de replacer dans le mode d'obtention du plaisir : la dyspareunie prolongée est rare chez les femmes qui ont la connaissance de rapports agréables et orgasmiques : la femme privilégiera les caresses clitoridiennes, si elles sont plus facilement orgasmiques, à un rapport non satisfaisant, voire décevant au niveau du plaisir (notion d'EP primaire, ou d'anorgasmie coïtale)

Le rôle du médecin, c'est la prise en compte du symptôme apporté par la patiente. C'est lui qui fait « le lien » entre la patiente et le praticien.

Le médecin tournera autour de ce symptôme « en spirale » de façon à essayer de comprendre les divers méandres qu'il peut y avoir autour de cette plainte, et au lieu d'un interrogatoire informatisé, il s'agit d'essayer, ce que S.Mimoun appelle, une « conversation-interrogatoire », pour savoir ce qu'il en est de cette douleur, mais aussi comment la patiente vit sa vie, ce qu'il en est de ses enfants, si elle en a, de ses parents, son mari...cherchant ainsi à appréhender **le climat** et le contexte dans lesquels ce symptôme a surgi !

On entend souvent parler d'hommes absents, ne prenant que peu de responsabilités familiales, d'hommes sans tendresse, ou ne la manifestant que dans la sexualité, d'hommes qui ont des REC, ou menacent d'en avoir, la femme se prêtant alors aux relations sexuelles, mais à son « corps défendant ». La douleur sera prise comme prétexte pour refuser l'acte sexuel, s'il est insatisfaisant ou jugé « inutile » (comme dans les problèmes d'infertilité), mais c'est aussi le moyen parfois de refuser le conjoint dans sa totalité !

La dyspareunie est donc bien souvent le signe d'un mal-être personnel, mais aussi symptôme d'une relation conjugale...

Le trouble peut venir perturber un couple qui s'entendait bien, l'homme ayant peur de faire mal et évitant, ou l'homme supportant mal la difficulté, et insistant !!!

Mais le trouble peut venir aussi révéler un conflit préexistant, la douleur étant parfois le seul langage de la femme pour exprimer une insatisfaction par rapport à son conjoint.

L'approche thérapeutique commence donc dès le premier contact avec le médecin et passe autant par l'examen clinique que par l'expression du trouble, la parole sur la douleur, mais aussi sur les souffrances.

Les mots sont importants, ceux employés par la patiente, autant que ceux utilisés par le médecin :

Quand une femme dit : « je me sens vidée » après une hystérectomie, par exemple, elle montre sa blessure.

Quand un médecin examine un col et dit : « ce col est moche », il est certain que la patiente ne peut être que blessée. A l'inverse, si le col est sain, il ne perd à rien de lui dire : « le col est parfait », tout va bien, en bon état de marche, (et non « je ne vois rien »...) ces mots vont la soutenir, même si cela ne veut pas dire, que ça va la guérir des autres souffrances!

Les silences ont aussi leur valeur : quand on parle trop, l'autre n'a pas la place pour dire quoique ce soit. Il s'agit de repérer à quel moment on a intérêt à se taire ou à parler, en fonction de l'émotion présentée en face...par son patient. C'est de l'artisanat, et sans doute personne ne nous l'apprendra, pas même en DIU !

Il s'agit pour le médecin de questionner sur la sexualité, la relation, afin de lui permettre de comprendre le mécanisme de son symptôme : dans quel contexte psychosomatique, elle a développé le trouble, expliquant autant le rôle du stress global que celui de la tension périnéale réflexe,

pour l'aider à comprendre qu'elle peut ensuite y avoir un rôle positif, dans le changement, plutôt que de subir, de manière passive, et l'aider également à sortir de la culpabilisation...

Et à ce propos, il est important de garder en mémoire l'association fréquente de **dyspareunies-uréthrocystalgies-constipation**, symptômes rencontrés en Périnéologie, témoins de mise en alerte des **muscles dits « sentinelles »**, derniers gardiens de notre « forteresse intérieure », gardiens de notre intimité, et parlant de manière très explicite dans les examens gynécologiques...

S'ils sont là, c'est sans nul doute pour « tenir » : porter comme un hamac nos organes intérieurs, mais aussi « garder » et « retenir » : la voie inverse du laisser- aller, de la négligence, de l'abandon !!!

garder ainsi le contrôle de soi, de ses besoins, de ses sensations, et garder de l'extérieur, de l'intrusion !

Comment ne pas imaginer les inextricables empreintes émotionnelles sur le fonctionnement périnéal, qui vont de l'oubli, voisin du déni, à l'hyperactivité... peut-être pour garder le souvenir d'une autre douleur ou d'une toute première sensibilité : « **garder, et taire à la fois** » et **parler d'une autre manière avec le corps** !

*Prenons l'exemple d'une autre femme, **Magalie** : elle a 28 ans, elle ne peut avoir des rapports sexuels, ou plutôt elle en a déjà eu, mais à quel prix ! Il faut quasiment la forcer et c'est très douloureux : elle ressent beaucoup d'angoisse et de culpabilité :

« **elle se sent comme hermétique** »

Après la relaxation, elle me dit que c'est nouveau pour elle de se sentir, même déjà que sa main, mais quand on a commencé à parler du « bas ventre », ça lui a tourné la tête, et les yeux, elle a eu l'impression de chavirer : c'était un peu comme si sa tête réagissait...c'est difficile déjà d'entendre des mots qui font peur !

puis elle a eu la sensation qu'elle partait, mais avec l'angoisse de ne pas savoir où. Elle l'a contrôlée, puis elle s'est retrouvée en équilibre. Avant, elle était comme « anéantie », là elle a senti peu à peu son corps vivre...

Elle associe au fait qu'elle a eu un père alcoolique, qui faisait toujours des plaisanteries vulgaires, et qui a trompé sa mère...Elle se rappelle des rêves à 15 ans, elle en était gênée, elle a honte d'avoir rêvé ça : elle rêvait qu'elle faisait l'amour avec lui ! alors qu'il n'y a jamais eu d'ambiguïté entre eux, au contraire même il était très dur avec elle et les relations étaient très froides.

Comme ça l'a gênée de penser ça, elle se pensait détraquée !

dans ses rêves souvent elle porte une « armure »

une fois elle a rêvé qu'elle essayait d'enlever l'armure à un homme, mais elle n'y arrivait pas. S'il n'y avait pas eu cette armure, on aurait sûrement fait l'amour ! Une fois, dans le rêve, ça s'est réalisé, elle était aux anges, elle avait l'impression d'être enfin une vraie femme...ce serait comme la preuve de sa féminité !

Elle associe au fait qu'elle a beaucoup de mal à grandir : c'est comme si elle voulait se maintenir comme un être asexué. On voit là que l'armure a un rôle protecteur du désir incestueux, mais montre aussi sa difficulté à s'identifier comme une femme, avec une mère soumise et un père violent ou absent.

Armures, forteresses, château-fort assailli de tous les côtés et dont le pont-levis est relevé : voilà ce qu'est sans doute le **vaginisme** : une contracture réflexe et involontaire des muscles péri-vaginaux ; il s'agit le plus souvent d'un dysfonctionnement, une inversion de la commande végétative, qui est à l'origine des réflexes de « fermeture vaginale ». La femme a ses raisons de développer ce symptôme : il s'agit d'un **réflexe de protection face à ses angoisses**.

Valangogne (rééducateur uro-gynéco, et ano-recto) disait à propos du vaginisme : « il va falloir parler à son corps en tant que moyen de communication, pour aller chercher la raison de cette contraction réflexe, puis l'amadouer, et lui faire accepter que quelque chose puisse être admis dans son corps, en faisant attention qu'elle ne le subisse pas, et donc qu'elle y ait une part active »

La rééducation peut bien sûr y avoir un bénéfice réel, mais à la condition d'une prise en charge sexologique parallèle et **adaptée** à chaque symptôme et surtout à **chaque patiente** :

pour chacune, il s'agit de trouver la « bonne distance », d'autant qu'en rééducation, on entre dans la bulle de l'intimité.

Alors attention aux problèmes de limites corporelles (personnalités *prépsychotiques*), attention aux risques de séduction (d'autant qu'il y a déjà très souvent chez ces patientes des antécédents d'abus sexuels)

On a le plus souvent affaire à des personnalités *phobiques*, mais il y a aussi des personnalités *psychosomatiques* : des personnes chez qui il y a comme un court-circuit « émotivo-végétatif » et donc une action directe des événements stressants sur le corps et sans mentalisation ! ce sont des sujets à mode de pensée opératoire et mécaniciste, et qui apportent leur dysfonction à réparer.

A nous, en tant que thérapeutes, de ne pas rester dans cet hyper-rationnel et ce mécanicisme, qui ne risquerait que renforcer le symptôme, si l'on n'y met un sens :

il s'agit de comprendre ce que veulent dire les mots, les attitudes et les symptômes, et donc savoir écouter, avant de répondre...pour aider la patiente à acquérir une meilleure image d'elle, un vécu positif de sa région génitale, détendue et sensible, et valorisant ainsi son corps sexué. Nous pouvons l'aider à passer

« **de ces zones aveugles, insensibles et dans l'ombre, à des zones familières, qui prennent vie** » (Suzanne Képès) et à penser ses zones génitales comme « un petit écrin, confortable, intime, précieux, à soi, et raccordé à l'ensemble du corps, qui existe, et dans lequel on peut ressentir la chaleur, le bien-être, le plaisir, pour soi, et avec l'autre ! »

Il s'agit pour la patiente un peu **comme d'un « Sésame, ouvre toi ! »**, mais ça n'est pas magique, c'est la femme qui a la clé, et qui apprend à s'en servir.

Il faut aussi **adapter à chaque couple**, car il y a souvent une « collusion tacite » entre les deux partenaires pour maintenir la non-consommation :

la femme choisit souvent un homme qui ne viendra pas la confronter à ses angoisses : souvent inexpérimenté, inhibé, peu agressif, parfois éjaculateur précoce, voire impuissant : il a ses propres peurs, qu'il va falloir aborder avec lui, pour l'aider lui à dépasser...

Il y a quelques années, nous avons tenté d'associer, Robert et moi, nos 2 spécificités : Urologie/sexologie, pour regarder et entendre,

au travers de **3 femmes**, et de trois histoires, la place que peut prendre un même symptôme, **une même plainte « vésicale »**, et nous retrouvons au travers de ces cystalgies, **le même fonctionnement psycho-somatique que les dyspareunies** : autour d'une « épine irritative » locale, tout un cortège d'anxiété et de stress vient se charger de la culpabilisation et de revendications et fait entrer la patiente, son médecin, et son conjoint dans **un cercle vicieux...**

sauf si... nous tentons de désamorcer cet engrenage « enfermant », en essayant, outre l'apprentissage de la détente, d'aider à mettre des mots, là où il y a souffrance : aider à verbaliser ce que le corps tente par son ambivalence d'exprimer, voire « d'expulser » ...

Je me permets de vous lire ce que l'urologue, à l'époque, a écrit...

«A propos de douleurs vésicales... ou « Vessie et psyché » (R.Faye)

Elles ont toutes trois moins de 25 ans : **Catherine, Véronique, et Virginie**, et toutes trois consultent pour des douleurs pelviennes chroniques bouleversant leur vie amoureuse.

*La première a des cystalgies à urines claires, elle s'en sortira aisément

*La deuxième a une cystopathie interstitielle, elle aura du mal à s'en sortir

*La troisième vit une descente aux enfers...elle « n'a rien »

De la douleur « alarme », à la douleur « maladie », voire la douleur « outil », je vous invite à un bien insolite voyage en pays vésical féminin, jusqu'aux frontières de ce monde où les maux changent de sens...

***Catherine** a 25 ans, elle étudie le commerce international. Son ami vit à Londres, où elle le rejoint chaque trimestre et chaque fois la cystite hyperalgique est au rendez vous, à Escherichia Coli, parfois à urines claires. Je trouve un urèthre sensible, et des brides hyménales.

La simple prise d'une gélule de Furadantine post-coïtale va lui éviter des récives et transformer sa vie. Un jour son premier accouchement mettra fin à ses reflux uréthraux infectés, par rupture des brides hyménales. Le responsable est l'urèthre qui s'intra-vaginalise lors de rapports, **la victime est la vessie**.

Une prise en charge rapide va éviter que ne s'établisse la redoutable équation « sexe = douleur »

Il s'agit là d'un cas très fréquent qui doit nous apprendre à examiner la femme qui fait des cystites récidivantes.

***Véronique** a 22 ans et a déjà dû subir 2 **coelioscopies** pour des algies pelviennes : elle a fait des infections gynécologiques et urinaires. Elle a mal, profondément, lors des rapports. Le gynécologue ne sait plus que faire, la stérilisation des urines n'y fait rien...Elle souffre et la douleur semble antérieure, vésicale.

Ce n'est que sous anesthésie générale que la cystoscopie révèle des pétéchies pathognomoniques de cystopathie interstitielle. Je peux dès lors entreprendre le traitement spécifique par **instillations vésicales**, tout en conseillant une prise en charge psycho-sexologique, tant on sait que cette affection touche plus particulièrement la femme stressée ou anxieuse, et que les poussées de la maladie sont rythmées par les échecs ou les traumatismes affectifs.

Je voudrais vous citer quelques éléments relevés lors de cette prise en charge : son anxiété remonte à la découverte de choses qu'elle n'aurait jamais dû savoir sur ses parents...elle subit une agression sexuelle à 13 ans... a fait une tentative de suicide...souffre d'obésité, tétanie, et tachycardie pendant son adolescence... a eu des premiers rapports catastrophiques, puis pendant trois ans des problèmes gynécologiques...

«son souhait le plus cher était d'avoir un cancer...pour perdre du poids »

« Le laser lui a tout brûlé et elle souffre ». Et elle pleure quand on lui suggère de commencer à s'occuper d'elle...

La maladie vésicale de Véronique n'est donc pas tout à fait un hasard. **Sa vessie reflète son âme brisée**. Et il ne faudra pas soigner que le miroir !

Le risque ce serait de...s'identifier à son symptôme...

*Je vois **Virginie** pour la première fois en Mai 86. Elle a 22 ans , elle est étudiante en pharmacie. Jolie, brillante, sportive, elle aime l'équitation.

Huit mois auparavant, elle a présenté une cystite hématurique, très vite corrigée par les antibiotiques. Les récives l'ont amenée à déjà consulter 2 urologues, le second lui a parlé de cystopathie interstitielle. Je note, dès cette première consultation, un « abord psychologique très particulier » : elle a déjà un dossier où sont classés les différents ECBU. Elle présente parfois des cystalgies à urines claires...

Après un traitement prophylactique, je vérifie l'absence d'anomalie vésicale par cystoscopie... **sa vessie est normale**.

Puis c'est l'avalanche de consultations, chaque fois très longues, et argumentées par de nouvelles recherches bactériologiques. Il est question d'un Clamydia. Les douleurs uréthro-trigonales s'intensifient, majorées en post-coïtal immédiat.

Elle analyse les publications et fait sa thèse sur la cystopathie. Elle continue la valse des urologues provinciaux ou parisiens. Une consultation parisienne auprès d'une femme « chef de clinique » lui vaut une **cystocopie** qui déclenche d'horribles douleurs dont elle ne pourra plus se défaire.

Virginie, désormais, fera de cette cystoscopie « la cause de tous ces maux ».

Un autre urologue va jusqu'à la corticothérapie à forte dose, ce qui lui confère un faciès lunaire, mais ne calme pas la douleur.

Jusqu'à 8 urologues seront consultés, malgré toutes mes tentatives d'orienter la jeune femme vers un psychiatre : la consultation psychiatrique tourne chaque fois court, par refus de la patiente d'envisager une telle hypothèse.

Toute la faculté analyse les urines, le sang, les prélèvements vaginaux...on va jusqu'à parler d'anticorps antispermatozoïdes. Ces paroles désignent un nouveau coupable : jusque là, la faute revenait à l'urologue parisienne, maintenant « son fiancé » est responsable de tout : on lui a trouvé des AC anticlamydiae. Il a 28 ans, il est très amoureux. Jusque là bien équilibré, il n'en peut plus : sa culpabilisation n'a d'égale que sa saturation de n'entendre parler que de vessie...car **elle n'est plus qu'une vessie !**

Il mettra des années à admettre le caractère psychologique des troubles de Virginie.

Elle, je la vois régulièrement, en fin de consultation, le soir, et dois entendre la terrible succession des douleurs et des biologies douteuses. La description de la douleur est de plus en plus précise, analytique, naissant au tiers distal de l'urètre pour remonter jusqu'au sphincter qui est spasmodique et « brûle comme une boule de feu qui la dévore »

L'intensité est telle qu'elle accepte 48 heures d'hospitalisation que je mets à profit pour lui faire rencontrer un psychiatre, qui confirme la gravité de la *névrose de conversion*.

La mère, seule, accepte de venir et s'indigne que nous ne trouvions pas la cause organique !

Il y a encore trois mois, huit ans plus tard, je recevais la lettre d'un urologue à un nième médecin traitant, évoquant la nécessité d'une prise en charge psychiatrique...

Écoutons quelques révélations de Virginie, au médecin sexologue :

« sa mère disait : tu as toujours été chiant !... sa petite enfance s'est déroulée chez ses grands parents, où elle était surprotégée... »

de retour à Angers, à l'âge du CP, elle découvre 2 frères...

étudiante en pharmacie, elle a 20 ans, et comme beaucoup fait une cystite hématurique :

« je pissais le sang comme les règles, pendant une semaine »...pour elle, c'était un cancer du rein ! Le médecin qu'elle avait alors consulté avait ri de son angoisse, et elle avait vécu son rire comme « sadique »

Ses premiers rapports sont restés dans sa mémoire « comme un viol »

« je me suis retrouvée dans un appartement, sous un de ces hommes affreux, qui m'a défoncée. Il y avait du sang dans le lit...le lendemain, j'ai tout fermé ! »

La brutale cystoscopie parisienne est elle aussi vécue comme un viol : deux ans après, elle dit encore: « le viol, je l'ai complètement oublié...rien à foutre ! mais la douleur déclenchée par la folle urologue, par contre, je m'en souviens... »

et sans arrêt, elle pousse sur ses abdominaux, parce que ça la gêne...C'est comme un mouvement instinctif qui tente d'extirper quelque chose...

Elle tente d'effacer sa blessure : blessure d'amour et de respect,

mais elle ne parvient qu'à faire des autres, les acteurs impuissants de son malheur. Sa maladie est grave, au point que sa mère s'occupe enfin d'elle : sa vessie est devenue un outil inséparable et mutilant, et le médecin se prend au piège...

Le piège !!!

Affirmer l'intégrité uréthro-vésicale est toujours difficile, surtout lorsque l'anapathologie est hasardeuse.

L'hystérique comprend très vite l'importance du symptôme dont elle va faire une arme redoutable. Elle refuse toute négation, voire minimalisation de sa souffrance. Elle se précipite sur tout ce qui pourra alimenter son délire médical, et pour peu que son intelligence et ses connaissances soient grandes, la toile qu'elle tisse devient immense. Tout l'entourage y est pris et s'indigne de tant d'incapacité du corps médical spécialisé face à une maladie aussi bien documentée. L'entourage devient acteur, la scène s'élargit, le metteur en scène sournois triomphe : le spécialiste se trouve englué, pris au piège de l'argumentation sans fin et entre dans une surenchère du savoir...mais chaque fois qu'il croit bon marquer son autorité par l'énoncé d'une connaissance nouvelle, il alimente la maladie. Il est à son tour acteur d'une pièce

exactement opposée à celle qu'il voudrait jouer... dans laquelle, de plus, ses connaissances lui donnent le rôle principal !

Toute prise en charge devient impossible dans la mesure où l'organiciste est seul accepté comme interlocuteur, puisque dans l'esprit de la patiente, il ne saurait y avoir d'autre explication que mécanique. Chaque tentative d'orienter la réflexion vers sa propre personnalité déclenche une fuite :

son « bouclier mécanique », ici la vessie, étant tombé, elle court vers un autre chirurgien, et le temps de sa course, elle aura reconstitué et fortifié son rempart.

La douleur est aussi intense qu'est vital le symptôme, dans l'incapacité où elle est d'affronter une autre vérité plus profonde : elle court, angoissée, douloureuse, privée de tout, fuyant l'inconcevable expression de sa faute.

Où est elle ? Qui est elle ? sinon une vessie ?

Peut elle être encore « Virginie » après tant de viols ressentis ?

Virginie est sans doute à la rencontre d'une histoire traumatique, et d'une personnalité bien particulière...mais elle présente en commun avec les autres patientes cette **expression avec son corps d'un traumatisme** et on retrouve **souvent l'expression d'un abus sexuel**, que ce soit dans une dysnergie vésicosphinctérienne, une dyspareunie, un anisme ou un vaginisme !

Le traumatisme sexuel de l'enfance détermine une blessure intime cassant le développement normal d'une physiologie complexe et l'apprentissage progressif d'une anatomie un peu confuse.

Le périnée devient cloaque, mêlant excréments et douleurs, laissant peu de place au plaisir.

Entendons ces maux exprimés, parfois de façon explicite, mais souvent moins signifiants ...dans toutes ces histoires, il y a un trait commun : une **tentative de fermeture des orifices** : l'anus, l'urèthre, le vagin, mais aussi la bouche, puisque l'anorexie s'associe souvent au vaginisme.

Il serait tentant de ne les interpréter que comme une phobie de la pénétration, mais pourtant ces associations symptomatiques doivent nous faire poser la question :

« **avez vous été victime d'abus sexuel ?** »

A ce questionnement, ponctuel, mais clair, est fournie généralement une réponse claire : un oui, ou un non survient !

Poser cette question, c'est faire prendre conscience de l'association de deux éléments de son histoire : son histoire de vie et son histoire de cas. Etablir la relation entre symptôme et abus sexuel est indispensable à la prise en charge, mais ne suffit pas à la rendre facile, car la patiente qui consulte un organicien est rarement prête à accepter ce lien :

« Ce qui se dit, ce qui se montre, dans la dyssnergie sphinctérienne est le fruit d'une **dissociation** entre deux sujets « partiels » : l'un qui veut uriner ou déféquer, et l'autre qui ne veut pas »

La fiabilité du corps est plus grande que celle de la parole :

le corps fonctionne bien avant la parole, et le langage du corps est l'expression la plus archaïque de l'humain.

La dissociation est un mécanisme de défense favori des victimes de violence sexuelle :

« c'est comme si quelqu'un l'empêchait de répondre »

Dans un domaine aussi intime et délicat, nombreux médecins sont mal à l'aise et préfèrent éviter le sujet...pour éviter sans doute de fouiller dans leur propre inconscient. Alors la patiente (ou le patient) devra t'elle poursuivre ses consultations, à la recherche de quelqu'un qui acceptera enfin de décoder le seul langage que le corps lui permet, puisqu'il est autrement contraint au silence.

Il ne faut pas oublier que « le corps a une mémoire que la mémoire n'a pas ». Il faut se souvenir du pouvoir des mains à mobiliser des souvenirs, et aussi de l'impact des mots : « il y a des mots qui tuent, et des mots qui guérissent »

Devroede (Québec) nous parle ainsi de **Ginette**, qui avait un père qui lui avait donné « 25 sous pour qu'elle la ferme »...

il lui dit : « vous êtes bien obéissante !!! vous avez tout fermé : vous avez fermé la sortie de votre vessie et vous avez des problèmes urinaires ; vous avez fermé votre vagin, et vous avez mal à la pénétration ; vous vous êtes fermée au plaisir et vous n'avez pas d'orgasme ; vous avez fermé votre anus et vous êtes constipée...oui, vous l'avez bel et bien fermé ! »

La patiente éclata en sanglots et déclara : « c'est incroyable, dès que je me suis mise à pleurer, j'ai senti « toute, s'ouvrir en bas »

L'histoire des enfants abusés est une histoire de meurtre psychique, mais ils n'en sont pas morts physiquement, quand ils viennent consulter avec leurs plaintes somatiques.

A nous d'entendre la demande au delà de la plainte, et pas seulement au niveau du symptôme mis en avant.

A nous de les aider aussi à cesser d'avoir besoin d'être malades pour se sentir vivants !

Vivants avec toutes ses fonctions ressenties...

Besoins, tensions, rétention

Miction, énurésie, incontinence

Dyssynergie, urétralgie

Constipation, exonération

Laisser- aller, éducation

Décontraction, pénétration

Contraction, contracture, vaginisme, dyspareunie

Hypotonie,

anorgasmie...

Que de termes au niveau de ces fameux orifices périnéaux !

Et derrière tous ces mots, cette mise en alerte, éducationnelle,

de nos muscles « sentinelles », derniers gardiens de notre forteresse intérieure... « **gardiens de notre intimité** »...

Dr Pascale Faye
Septembre 2006.

ABSTRACT

Aim/Objective: To study the occurrence of dyspareunias during the postnatal period, in order to highlight its eventual risk factors.

Methods: This study consisted of a survey of 79 female patients during their hospitalisation after childbirth in the maternity ward of the University Hospital of Angers. The female patients were sent anonymous questionnaires which they were asked to send it back within 2 and 6 months after the delivery.

Results: The sample was not sufficient to obtain significant results. However, an important rate of dyspareunias was found for patients starting sexual intercourse again after giving birth (57%). No significant results were found concerning the relationship between the postpartum dyspareunias and the patients' parity. Though no significant results were found, this survey showed that among the patients who had postnatal dyspareunias, the proportion that also had dyspareunias before the delivery was more important than those who did not have dyspareunias before the delivery (8.9% vs 2.9%). Results also highlighted that dyspareunias patients restarted sexual intercourse later (57.7% of them were sexually active after 2 months, versus 82.4% of the non dyspareunias patients). Ninety-three percent of the patients with dyspareunias were anxious about starting sexual intercourse again compared to 61.8% of the non dyspareunias patients. The difference in the persistence of dyspareunia according to birthing methods used was not important. The length of dyspareunias increased with the time spent for breastfeeding (5.3 weeks, 6 and 9.3 weeks for a breastfeeding time of 2-3 months, 3-4 months and 4-5 months, respectively). Finally, only 6.6% of the women consulted a specialist for this issue.

Conclusion: In accordance with the screening and the accompaniment midwives are in charge of, it is necessary to ask and inform the patients about the possible changes of their sexuality in order to better meet their needs. The preventive message has to be relieving and reassuring. The midwives should advise patients to consult health professionals specialised in private relationships. It is necessary not to ignore the psychological dimension of the pain which is often denied whereas this is often the main reason for the problem.

Keywords: dyspareunias, postpartum, delivery, sexual intercourse.

RESUME

Objectif : Etudier la survenue de dyspareunies dans la période post-natale afin d'en extraire et d'en dépister les possibles facteurs de risques.

Matériel et méthodes : Le support de ce mémoire s'appuie sur une enquête comprenant 79 patientes, rencontrées lors de leur séjour en suites de couche à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers. Cette étude a été effectuée à l'aide de questionnaires anonymes à 2 et 6 mois du post-partum.

Résultats : Bien que nos résultats ne soient pas significatifs, nous avons retrouvé un taux important de patientes dyspareuniques lors de la reprise de la sexualité après une naissance (57%). Nous n'avons pas retrouvé de lien significatif en ce qui concerne la relation entre les dyspareunies du post-partum et la parité des patientes. En revanche, de façon non significative, notre travail a montré que les dyspareunies du post-partum étaient associées à l'existence de dyspareunies antérieures à la grossesse (soit 8,9% versus 2,9%). Les patientes dyspareuniques ont repris une sexualité plus tardivement (57,7% ont repris une sexualité à 2 mois versus 82,4% des patientes non dyspareuniques). Quatre-vingt treize pour cent des patientes dyspareuniques ont eu une appréhension lors de cette reprise versus 61,8% des patientes non dyspareuniques. Nous n'avons pas retrouvé de différence notable quant à la persistance des dyspareunies en fonction du mode de naissance. La durée moyenne des dyspareunies augmentait avec la durée d'allaitement (5,3 semaines, 6 et 9,3 semaines pour une durée d'allaitement respective de 2-3 mois, 3-4 mois et 4-5 mois). Enfin, seulement 6,6% des femmes dyspareuniques ont consulté pour ce problème.

Conclusion : Conformément à la mission de dépistage, d'accompagnement propre au métier de sage-femme, et pour répondre au mieux aux besoins de ces patientes, nous devons les interroger, les informer sur les éventuelles modifications de leur sexualité, être prévenant, les rassurer, et les orienter vers d'autres professionnels de santé spécialisés dans les relations intimes. Nous nous devons de ne pas ignorer la dimension psychologique de la douleur, souvent refoulée au second plan, tandis que celle-ci est souvent le fondement du problème.

Mots clés : Dyspareunie, post-partum, accouchement, sexualité.