



**HAL**  
open science

# Troubles de la sexualité associés aux douleurs pelviennes chroniques : impact de la prise en charge en santé sexuelle

Élodie Neiss

► **To cite this version:**

Élodie Neiss. Troubles de la sexualité associés aux douleurs pelviennes chroniques : impact de la prise en charge en santé sexuelle. Médecine humaine et pathologie. 2025. <dumas-05418975>

**HAL Id: dumas-05418975**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05418975v1>**

Submitted on 16 Dec 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

## École de Sages-Femmes de Nice

---

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR

Faculté de Médecine

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

---

### **Troubles de la sexualité associés aux douleurs pelviennes chroniques : Impact de la prise en charge en santé sexuelle**

---

Elodie NEISS

Née le 14 mars 2002

A Draguignan, 83

Mémoire présenté et soutenu le 04/03/2025

Directeur de mémoire : Marie CID

Co-directeurs : Mathilde FORTERRE, Alexandra MUSSO

---

DIPLÔME D'ÉTAT de SAGE-FEMME

2025

---



## École de Sages-Femmes de Nice

---

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR

Faculté de Médecine

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

---

### **Troubles de la sexualité associés aux douleurs pelviennes chroniques : Impact de la prise en charge en santé sexuelle**

---

Elodie NEISS

Née le 14 mars 2002

A Draguignan, VAR 83

Mémoire présenté et soutenu le 04/03/2025

Directeur de mémoire : Marie CID

Co-directeurs : Mathilde FORTERRE, Alexandra MUSSO

---

DIPLÔME D'ÉTAT de SAGE-FEMME

2025

---

## Remerciements

Je tiens à remercier mes directrices de mémoire, Marie Cid et Mathilde Forterre, pour leur disponibilité, leurs conseils précieux et l'intérêt qu'elles ont porté à ce sujet. Leur expertise et leur soutien ont été d'une grande aide tout au long de ce travail.

Je souhaite également remercier Madame Musso pour son rôle de co-directrice. Ses conseils avisés et ses orientations ont permis d'affiner la réflexion et de guider ce travail.

Un grand merci à Monsieur Gouazé, mon guidant, pour sa disponibilité, son écoute attentive et sa bienveillance. Son accompagnement a été déterminant dans ma construction professionnelle en tant que future sage-femme.

La participation des patientes à cette étude, à travers leurs réponses aux questionnaires, a été essentielle. Je leur suis reconnaissante pour leur engagement et le temps qu'elles y ont consacré.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mes amies, Noémie, Marion et Mailys, pour leur amour et le bonheur qu'elles m'apportent chaque jour. Leur soutien a été une source de force tout au long de ce parcours. Merci à cette école qui m'a offert l'opportunité de faire des rencontres profondément enrichissantes et marquantes.

Je tiens à remercier du fond du cœur ma famille, plus particulièrement mes parents, mon frère, ma sœur, mes mamies, mon chien, que j'aime profondément. Merci pour leur soutien, leurs encouragements et leur bienveillance. Leur amour et leur confiance ont été essentiels pour avancer dans la réalisation de ce projet.

Un dernier mot pour mon village, ce lieu chaleureux où j'ai grandi et qui restera toujours gravé dans mon cœur. Lorgues, sa campagne, son calme et ses habitants, font mon bonheur.

# Table des matières

REMERCIEMENTS .....	2
TABLE DES MATIERES .....	3
LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES .....	4
<i>Liste des tableaux</i> .....	4
<i>Liste des figures</i> .....	5
LISTE DES ABREVIATIONS .....	6
1. INTRODUCTION .....	7
1.1. <i>Douleurs pelviennes chroniques</i> .....	7
1.2. <i>Endométriose</i> .....	8
1.3. <i>Dysfonctions sexuelles</i> .....	9
1.4. <i>Intérêt de l'étude</i> .....	10
2. MATERIELS ET METHODES .....	12
2.1. <i>Type d'étude</i> .....	12
2.2. <i>Population étudiée</i> .....	12
2.3. <i>Parcours de soin</i> .....	12
2.4. <i>Objectifs</i> .....	13
2.5. <i>Questionnaires</i> .....	13
2.6. <i>Recueil de données</i> .....	15
2.7. <i>Critères de jugement</i> .....	15
2.8. <i>Analyses statistiques</i> .....	16
3. RESULTATS .....	18
3.1. <i>Caractéristiques générales de la population à T0</i> .....	18
3.2. <i>Caractéristiques générales de la population incluse à T0, T1 et T2</i> .....	24
4. DISCUSSION.....	36
4.1. <i>Analyse des résultats et comparaison avec la littérature</i> .....	36
4.2. <i>Points forts de l'étude</i> .....	48
4.3. <i>Points faibles de l'étude</i> .....	49
4.4. <i>Proposition de champs d'action</i> .....	51
5. CONCLUSION .....	54
BIBLIOGRAPHIE .....	I
ANNEXES I. QUESTIONNAIRES.....	I
ANNEXE II. TABLEAUX DESCRIPTIFS DE CHAQUE QUESTION DU QPS-F A T0, T1 ET T2.....	I

## Liste des tableaux et des figures

### *Liste des tableaux*

Tableau I. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes incluses dans l'étude à T0

Tableau II. Trouble de la pénétration douloureuse : caractéristiques et facteurs associés (T0)

Tableau III. Prévalence des antécédents de violences faites aux femmes (VFF), dans la population de patientes souffrant de troubles de la pénétration sexuelle douloureuse et diagnostiquées endométriosiques

Tableau IV. Description des prises en charge proposées à la suite de la consultation en sexologie

Tableau V. Données sociodémographiques et cliniques des patientes incluses dans les études comparatives

Tableau VI. Trouble de la pénétration douloureuse : caractéristiques et facteurs associés (T0-T1-T2)

Tableau VII. Evolution de la satisfaction sexuelle au cours du temps

Tableau VIII. Analyse de l'évolution de chaque dimension de la réponse sexuelle féminine : Test de Spearman : corrélation entre la question « a » et « b » n=16

Tableau IX. Impact psychologique des douleurs pelviennes chroniques sur la vie intime à T0 (n=65)

Tableau X. Evolution des facteurs psychologiques et comportementaux en lien avec la vie intime à T0-T1-T2 (n=16)

Tableau XI. Perception des patientes dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles

## *Liste des figures*

Figure 1. Evolution au cours du temps de la satisfaction sexuelle sur une échelle de 1 à 5

Figure 2. Variation du nombre de patientes présentant ou non de l'anxiété d'anticipation au cours du temps n=16

Figure 3. Variation au cours du temps du nombre de patientes décrivant ou non une éviction des rapports sexuels n=16

Figure 4 et 5. Freins à la prise de rendez-vous pour une consultation en sexologie avec n=26

Figure 6. Implication des professionnels de santé et des patientes dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles

## Liste des abréviations

CIM-11 = Classification Internationale des Maladies, onzième version

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

FSFI = Indice de la Fonction Sexuelle Féminine (*Female Sexual Function Index*)

QPS-F = Questionnaire de Plainte Sexuelle Féminin

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

VFF = Violences faites aux femmes

# 1. Introduction

## 1.1. Douleurs pelviennes chroniques

Les douleurs pelviennes chroniques affectent environ 26% de la population féminine mondiale [1]. En France, quatre millions de femmes en souffrent, soit 15 à 20% de la population française [2]. Les douleurs pelviennes chroniques se définissent comme des douleurs localisées au niveau du pelvis, évoluant depuis au moins trois à six mois [2,3]. Elles sont insensibles aux antalgiques usuels et peuvent entraîner une incapacité fonctionnelle nécessitant une prise en charge médicale [2,4]. La douleur aiguë est associée à une lésion tissulaire. Elle agit comme un signal d'alarme et permet à l'individu de se défendre contre d'autres dommages grâce à des comportements protecteurs. La douleur chronique, quant à elle, provient d'un mécanisme plurifactoriel sans nécessairement la présence d'une lésion tissulaire [5].

La physiopathologie des douleurs pelviennes chroniques comprend différents mécanismes neurophysiologiques [3]. En effet, les symptômes semblent provenir d'une association entre des facteurs psychologiques et un dysfonctionnement des systèmes immunitaire, neurologique et endocrinien [1,6]. Ainsi, ces douleurs peuvent être nociceptives, résultant de la stimulation d'une structure sensible à la douleur, ou non nociceptives, résultant d'un processus neuropathique ou psychogène [7]. Il existe de multiples étiologies provoquant ces douleurs, notamment organiques (infection, inflammation comme l'endométriose), osseuses, musculaires, neurologiques, cutanées ainsi que les troubles de santé mentale (stress post-traumatique, dépression) [3,5,6]. Le phénomène d'hypersensibilité centrale pelvienne, souvent associé aux douleurs pelviennes chroniques, résulte d'une dysrégulation du seuil de sensibilité abaissant le seuil nociceptif. Ainsi, les patientes souffrant de douleurs pelviennes chroniques ont une sensibilité accrue à la douleur que ce soit au niveau pelvien ou général [3,3,8].

Cliniquement, les douleurs pelviennes centrales peuvent être généralisées à tout le pelvis ou plus focales, évoluant selon le cycle menstruel ou non, d'intensité variable selon les individus et les périodes [3]. Elles sont fréquemment associées à des troubles psychologiques (anxiété, dépression et trouble du sommeil), menstruels (dysménorrhée), urinaires, intestinaux, ainsi qu'à des troubles sexuels pouvant altérer chaque phase de la réponse

sexuelle et notamment, les dyspareunies [3,4]. Ces douleurs ont un impact négatif sur la qualité de vie des patientes, altérant leur vie professionnelle, relationnelle et intime [4,9].

La démarche diagnostique doit être précise, comprenant des examens complémentaires orientés par une anamnèse et un examen clinique ciblé [3]. L'échographie par voie abdominale et par voie vaginale sont indiquées pour exclure des anomalies anatomiques [2]. L'IRM (imagerie par résonance magnétique) pelvienne est demandée en cas d'anomalie échographique [2,3]. Cependant dans près de 30% des cas aucune lésion n'est retrouvée à l'imagerie, ce qui nécessite de plus amples investigations [10]. La diversité des expressions cliniques et des étiologies sous-jacentes des douleurs pelviennes chroniques rend leur prise en charge complexe, nécessitant une approche multidisciplinaire [6].

La stratégie thérapeutique vise à soulager la douleur [3]. Elle peut comprendre un traitement médical (antalgiques, antidépresseurs), un traitement hormonal (pilules contraceptives orales), de la kinésithérapie, une thérapie cognitivo-comportementale, des injections locales de toxines botuliniques, et en dernière intention un traitement chirurgical (hystérectomie) [3,5,11]. Les douleurs pelviennes sont une des principales manifestations cliniques de l'endométriose touchant environ 40 à 70% des femmes atteintes [12].

## 1.2. Endométriose

L'endométriose se définit par la présence d'endomètre en dehors de la cavité utérine, provoquant une réaction inflammatoire chronique [13]. Bien qu'elle touche environ 10% des femmes en âge de procréer dans le monde [13], l'endométriose demeure encore sous-diagnostiquée, avec un délai moyen de sept ans avant que le diagnostic ne soit posé [14]. Les mécanismes physiopathologiques restent mal compris (3,4). Cependant certaines théories existent, la plus probable est celle des menstruations rétrogrades (aussi appelé théorie de l'implantation) [16]. On retrouve également la théorie de la métaplasie cœlomique, la théorie métastatique lymphatique et vasculaire, et celle des restes embryonnaires [17]. D'autres facteurs s'ajoutent à ces théories tels que des facteurs génétiques, épigénétiques, environnementaux (perturbateurs endocriniens), et une réponse inflammatoire inappropriée [15,18].

L'endométriose se caractérise en trois types selon la localisation des lésions : l'endométriose profonde, superficielle et ovarienne, aussi appelée endométriome [13]. Cette classification pourrait expliquer la diversité des signes cliniques observés, bien que chaque patiente présente une symptomatologie unique. En effet, l'intensité des douleurs n'est pas corrélée au type d'endométriose [19]. Le tableau clinique présente une importante variabilité incluant douleurs pelviennes, dysménorrhées, dyspareunie, trouble du transit, asthénie chronique, infertilité, et bien d'autres symptômes [13,20,21]. Cependant, 15 à 30% des patientes sont asymptomatiques [12]. L'endométriose pathologique, c'est-à-dire symptomatique (douleur et/ou infertilité), affecte tous les aspects de la vie d'une femme [13]. Non seulement au niveau psychologique, avec une augmentation du risque de dépression et d'anxiété [22–24], mais aussi au niveau biologique avec une diminution de la fertilité [20,25] ; et social, avec notamment, un impact sur les relations intimes et sur la vie professionnelle [23,26–29].

À ce jour, il n'existe pas de traitement pouvant guérir l'endométriose, ni de moyen d'éviter son apparition [13,15]. Les professionnels de santé tentent alors de trouver des approches thérapeutiques adaptées aux symptômes de chaque patiente [21,25,28]. Il en existe différents types selon les aspects de la maladie [30–34]. Les principaux traitements médicaux sont les analgésiques, les thérapies hormonales et la chirurgie [13,17].

La lutte contre l'endométriose est désormais un enjeu de santé publique mondiale [35]. L'organisation mondiale de la santé (OMS) agit en soutenant la recherche pour mieux comprendre et traiter cette pathologie [13]. Selon une enquête réalisée par Endofrance en 2021, 87 % des patientes souffrant d'endométriose déclarent des troubles de la sexualité associés. Ces altérations de la fonction sexuelle ont de nombreuses conséquences sur la qualité de vie des patientes [27,36]. En affectant la satisfaction sexuelle, l'estime de soi et l'équilibre relationnel du couple, ces troubles induisent une détresse psychologique [22,26,27,29,37–41].

### 1.3. Dysfonctions sexuelles

Les dysfonctions sexuelles, notamment les troubles de la pénétration sexuelle douloureuse, sont souvent sous-diagnostiquées ; or dans le monde, leur prévalence varie de 3 à 18% [42]. Les douleurs pelviennes chroniques sont un facteur de risque de dysfonction

sexuelle chez les patientes endométriosiques [39]. En effet, de nombreuses études montrent un impact négatif de la douleur associée à l'endométriose sur la satisfaction sexuelle des patientes, notamment sur le désir, sur l'excitation subjective et physique. [23,26,30].

Les dysfonctions sexuelles se manifestent de différentes manières. La nature du trouble est variable. La douleur peut être localisée à l'intromission, de présence ou profonde, et son intensité varie de légère à sévère. L'impact psychosocial, et notamment la perception des patientes, influence également l'expression clinique des troubles sexuels [43]. La difficulté à atteindre l'orgasme est un élément supplémentaire à considérer [44]. La classification internationale des maladies (CIM-11) définit les troubles sexuels comme un ensemble de dysfonctions perturbant la capacité à avoir des relations sexuelles satisfaisantes. Ces troubles peuvent être causés par des facteurs psychologiques, interpersonnels, sociaux, culturels ou physiologiques. Ils doivent être présents depuis plusieurs mois et associés à une souffrance significative pour être diagnostiqués comme une dysfonction sexuelle. [20].

Le terme « dyspareunie » figure dans le Papyrus Médical IV du Ramesseum, de l'Égypte Antique (18<sup>e</sup> siècle avant JC) [45]. Cependant, il a mis du temps à être entendu et reconnu dans les sociétés modernes. Aujourd'hui, l'OMS définit la santé sexuelle comme étant « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité [...] ». Ainsi, cette approche globale de la sexualité explique l'impact des dysfonctions sexuelles sur le bien-être général [29,46]. Ce qui souligne l'importance de leur dépistage et de leur prise en charge [47,48]. En effet, ces troubles affectent non seulement la dimension biologique, mais aussi les aspects psychologiques, sociaux, relationnels et sexuels des patientes [27,29]. La prise en charge des dysfonctions sexuelles doit être multidisciplinaire, incluant les différents facteurs influençant ces troubles, notamment l'anxiété et la peur de la douleur [47].

#### 1.4. Intérêt de l'étude

L'impact conséquent des dysfonctions sexuelles sur le bien-être des femmes et leur prévalence élevée chez les patientes souffrant de douleurs pelviennes chroniques explique l'intérêt d'étudier les approches thérapeutiques spécialisées. Ce travail de recherche se concentre sur la prise en charge des troubles de la sexualité associés aux douleurs pelviennes, proposée par le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Nice. Il vise à analyser quel est

l'impact de la consultation en sexologie, incluse dans un parcours de soin pluridisciplinaire, sur la vie intime et sexuelle des femmes. Les objectifs secondaires sont d'analyser l'évolution des facteurs contributifs aux troubles de la sexualité.

L'hypothèse principale est : la consultation spécialisée en santé sexuelle a un impact positif sur l'évolution de la satisfaction sexuelle des patientes.

Les hypothèses secondaires sont :

- Une approche multidisciplinaire est indispensable dans la prise en charge des troubles de la sexualité
- Les douleurs pelviennes chroniques influencent négativement la vie intime des patientes
- Une dimension psychologique joue un rôle important dans la perception des dysfonctions sexuelles.

## 2. Matériels et Méthodes

### 2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective transversale. La période de recrutement s'est étendue du 23 février 2024 jusqu'au 21 juin 2024. La période de reprise de contact s'est étendue du 20 mai au 6 décembre 2024.

### 2.2. Population étudiée

Les patientes souffrant de douleurs pelviennes chroniques, bénéficiant d'une consultation en sexologie au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice ont été incluses.

Tandis que les patientes suivantes n'ont pas été incluses :

- Patientes souffrant de troubles de la sexualité sans douleurs pelviennes chroniques
- Patientes n'ayant pas bénéficié des consultations en sexologie proposées au CHU de Nice.
- Patientes non francophones, créant une barrière linguistique.
- Patientes enceintes, car la grossesse est un facteur impactant la sexualité indépendamment des douleurs pelviennes chroniques

### 2.3. Parcours de soin

Deux modes de recrutement ont été utilisés : les patientes bénéficiant d'une consultation en sexologie isolée, et les patientes bénéficiant d'une consultation en sexologie incluse dans le parcours de soin de « l'Hôpital de Jour Endométriose ». Ce dernier s'est déroulé le temps d'une demi-journée et a proposé différentes consultations telles qu'une consultation psychologique, une consultation en sexologie, une consultation spécialisée en douleurs pelviennes chroniques et une consultation chirurgicale spécialisée dans l'endométriose. Des prises en charge globales étaient proposées par la réunion pluridisciplinaire ayant lieu à la suite de l'hôpital de jour.

La consultation en sexologie a duré entre trente et quarante-cinq minutes, elle avait pour objectif d'évaluer la vie sexuelle des patientes, les facteurs l'influençant ainsi que les

retentissements sur leur qualité de vie globale. Les caractéristiques générales et médicales ont été recueillies (les antécédents, l'histoire de la maladie, le contexte de diagnostic, la symptomatologie, les traitements et/ou chirurgies antérieures). Une première prise en charge était alors proposée aux patientes.

## 2.4. Objectifs

L'objectif principal était de mesurer l'impact de la consultation en sexologie, incluse dans un parcours de soin pluridisciplinaire, sur la qualité de vie intime et sexuelle des patientes.

Les objectifs secondaires étaient :

- Analyser l'évolution de chaque dimension de la réponse sexuelle féminine
- Mesurer l'impact psychologique des dysfonctions sexuelles
- Mesurer l'impact des douleurs pelviennes chroniques sur la vie intime
- Etudier l'attitude des patientes face à la prise en charge en santé sexuelle

## 2.5. Questionnaires

En amont de leur première consultation en sexologie (à T0), les patientes ont été invitées à remplir le Questionnaire de Plainte Sexuelle Féminin (QPS-F), consultable en annexe. Il évalue les troubles sexuels chez la femme basé sur leur sexualité des six mois précédents. Il aborde plusieurs domaines de la fonction sexuelle, tels que le désir, l'excitation physique et subjective, l'orgasme, la douleur et la satisfaction sexuelle. Les sept premières questions se divisent en deux parties : la partie « a » concerne la fréquence d'un trouble, et la partie « b » mesure l'impact émotionnel lié à ce trouble. Une question ouverte est proposée pour permettre aux patientes d'exprimer des informations supplémentaires concernant leur vie sexuelle (neuvième question). La dernière question interroge le besoin ou l'envie d'approfondir les explorations des dysfonctions sexuelles. Elle permet au praticien de savoir si la patiente souhaite des investigations ou des soins supplémentaires.

Une étude française qui s'est déroulée au cours de l'année 2024 a permis de valider scientifiquement le QPS-F pour l'évaluation des troubles sexuels féminin. Le QPS-F est une

version française du Sexual Complaint Screener for Women (SCS-W). Ce dernier a été créé par la Société Internationale de Médecine Sexuelle en réponse à la nécessité d'une échelle de mesure brève des troubles sexuels. La cohérence entre le QPS-F et le questionnaire « Indice de la Fonction Sexuelle Féminine » (FSFI), un questionnaire validé en français, a été démontré. Le FSFI évalue la vie sexuelle des femmes sur les quatre dernières semaines. Il aborde six domaines de la réponse sexuelle féminine : le désir, l'excitation, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction sexuelle et la douleur [49]. Le QPS-F n'associe pas le rapport sexuel à une pénétration vaginale, contrairement au FSFI. Il est non normatif. L'orientation sexuelle des patientes ou leur situation relationnelle n'influencent pas l'analyse des réponses. L'étude s'est intéressée à une population atteinte de sclérose en plaque. Néanmoins le QPS-F n'est pas spécifique d'une pathologie. Il peut être utilisé pour la population générale et pour différentes maladies chroniques. Ainsi, le QPS-F permet un dépistage simple et rapide des troubles de la sexualité. Il est adapté à tous les professionnels de santé dans leur pratique clinique de routine [50]. Ce questionnaire validé scientifiquement est intéressant pour sa simplicité d'administration, il s'est révélé pertinent pour le suivi longitudinal des patientes.

Trois et six mois après leur première consultation en sexologie, les patientes ont été soumises à un deuxième et un troisième questionnaire, reportés en annexe. Nommés respectivement *Questionnaire T1* et *Questionnaire T2*. Le QPS-F, adapté à leur sexualité des trois derniers mois, a été associé à des items portant sur leur perception de la consultation en sexologie et sur les conséquences concernant leur vie intime. Ces questionnaires avaient pour objectif de mesurer l'impact de la prise en charge sur leur santé sexuelle et l'évolution de leur qualité de vie globale. La satisfaction sexuelle a été cotée de 1 (*très insatisfaisante*) à 5 (*très satisfaisante*).

Ces questionnaires ont permis de mesurer l'évolution de plusieurs dimensions :

- Fréquence de l'anxiété d'anticipation ressentie
- Fréquence de l'éviction des rapports sexuels
- L'implication des patientes dans l'exploration de solutions alternatives
- Le ressenti des patientes en matière de gestion de la douleur
- La perception de leur image corporelle
- L'impact des douleurs pelviennes chroniques sur la vie intime et sexuelle, mesurée sur une échelle de 0 (*impact très faible*) à 10 (*impact très important*)
- L'impact de la consultation en sexologie sur leur vie intime et sexuelle

Le *Questionnaire T1* s'est intéressé à l'implication des professionnels de santé dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles (nombre de consultations spécialisées, durée entre la prise en charge des douleurs pelviennes chroniques et celle des dysfonctions sexuelles, impact de la consultation en sexologie). L'attitude des patientes face à la prise en charge de leurs troubles de la sexualité a également été analysée (souhait d'aborder le sujet avec un professionnel de santé, obstacles à la consultation en sexologie, questionnement personnel sur leur vie intime).

Le *Questionnaire T2* a mesuré le degré d'implication des patientes dans leur prise en charge. Une échelle allant de 0 (*ne se sent pas du tout impliquée*) à 10 (*se sent très impliquée*) a permis cette mesure. Le degré d'implication a été analysé en regard du degré de motivation, lui aussi mesuré sur une échelle de 0 (*absence de motivation*) à 10 (*très motivée*).

Ces réponses ont été obtenues par le biais de questionnaires hétéro-administrés.

## 2.6. Recueil de données

Dans un premier temps, le recueil de données a été réalisé à partir des dossiers médicaux des patientes ayant bénéficié d'une consultation en sexologie au CHU de Nice. Les réponses au QPS-F T0 ainsi que les données de l'anamnèse ont été recueillies. Dans un second temps, toutes les patientes ont été recontactées par un appel téléphonique dans le troisième et le sixième mois après leur première consultation en sexologie au CHU de Nice. Les réponses aux deux questionnaires suivants ont alors été collectées grâce à deux formulaires GoogleForms© (l'un à T1 et l'autre à T2), transmis par courriel lors des appels téléphoniques.

L'approbation éthique a été obtenue par un consentement libre et éclairé des patientes lors du remplissage du premier questionnaire.

## 2.7. Critères de jugement

Critère de jugement principal :

- Evolution de la satisfaction sexuelle entre T0, T1 et T2

Critères de jugement secondaires :

- Evolution de chaque dimension de la réponse sexuelle féminine :
  - Désir, excitation physique, excitation subjective, orgasme, douleur/sensation désagréable, pénétration, excitation génitale persistante à T0, T1 et T2
- Impact psychologique :
  - Anxiété d'anticipation ressentie
  - Fréquence d'éviction des rapports sexuels
  - Perception de l'image corporelle
  - Gestion de la douleur
- Impact des douleurs pelviennes chroniques sur la vie intime :
  - Evaluation sur une échelle de 0 à 10 de l'impact des douleurs pelvi-périnéales chroniques sur la vie intime
- L'attitude des patientes face à la prise en charge en santé sexuelle :
  - Exploration de solutions alternatives
  - Accessibilité et perception de la consultation en sexologie : les freins à la prise de rendez-vous pour une consultation en sexologie
  - Implication et motivation de la patiente dans la prise en charge

## 2.8. Analyses statistiques

L'évolution de la qualité de vie intime et des dimensions impactées par les troubles de la sexualité associés aux douleurs pelviennes ont été analysés à zéro, trois et six mois grâce à une comparaison des résultats des questionnaires donnés à T0, T1 et à T2.

Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif « n ». Les corrélations entre les variables quantitatives et qualitatives ont été établies par le coefficient Rho de Spearman, exprimé «  $r_s$  ». Le test de Spearman a été utilisé pour les sept premières questions des trois questionnaires (à T0, T1 et T2). Il a permis d'établir une corrélation entre la fréquence d'un trouble (partie « a ») et son impact émotionnel (partie « b »). Plus le trouble est fréquent, plus le chiffre associé est élevé. Plus l'impact est important, plus le chiffre associé est élevé. Ainsi, les deux parties ont le même sens de lecture. Un  $r_s$  positif signifie que la fréquence du trouble sexuel est corrélée à l'importance de l'impact ressenti par les patientes. Les analyses de

données qualitatives obtenues à T0, T1 et T2 ont été faite avec le test de Friedman. Le test de Fisher a été utilisé pour analyser les données qualitatives des patientes à T0. Pour toutes les analyses les séries étudiées étaient appariées. Le logiciel EasyMedStat© (<https://www.easymedstat.com/fr>) a permis de faire ces analyses. Les résultats de ces analyses ont été considérés comme significatifs si la p-value était inférieure à 0,05. Dans ce cas, un Odds Ratio (OR) concernant les réponses à T0 et T2, avec un intervalle de confiance à 95% [IC 95%] a été associé.

### 3. Résultats

Au total, 84 dossiers ont été analysés, 65 patientes avaient répondu au questionnaire à T0 puis 26 patientes à T1 et 19 patientes à T2, celles-ci ont été incluses pour les caractéristiques descriptives. Par ailleurs, seules 16 patientes avaient un dossier complet avec une réponse aux trois questionnaires, elles ont été incluses pour les analyses comparatives.

#### 3.1. Caractéristiques générales de la population à T0

Le *Tableau I* décrit les caractéristiques de la population incluse dans la première étape de l'étude (n=65). Les éléments de l'anamnèse recueillis lors de la première consultation en sexologie, jugés comme pertinents pour l'étude, ont été retranscrits dans ce tableau.

Variables	Total patientes T0 n=65 (%)
<b>Age (années) :</b>	
<i>Moyenne +/- ET</i>	31 ± 7.5
<i>Médiane [Min-Max]</i>	29 [16 – 49]
<b>Origine géographique</b>	
<i>France métropolitaine</i>	45 (69)
<i>Afrique Sub-Saharienne</i>	5 (8)
<i>Autres (Europe hors France, DROM-TOM)</i>	3 (5)
<i>NR</i>	12 (18)
<b>Catégories Socio-Professionnelles</b>	
<i>Professions intermédiaires</i>	18 (28)
<i>Cadres et professions intellectuelles supérieures</i>	13 (20)
<i>Employés</i>	10 (15)
<i>Artisans, commerçants, chefs d'entreprise</i>	9 (14)
<i>Inactifs</i>	8 (12)
<i>Etudiants</i>	7 (11)
<b>Profession médicale</b>	
<i>Oui</i>	12 (18)
<b>Situation familiale</b>	
<i>En couple</i>	54 (83)
<i>Célibataire</i>	11 (17)

NR : donnée non renseignée

**Tableau I. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes incluses dans l'étude à T0**

Variables	Total patientes T0 n=65 (%)
<b>Antécédant Violences Faites aux Femmes (VFF)</b>	
<i>Oui</i>	42 (65)
<i>NR</i>	5 (8)
<b>Antécédant VFF sexuelles</b>	
<i>Oui</i>	27 (42)
<i>NR</i>	7 (11)
<b>Antécédant VFF psychologiques</b>	
<i>Oui</i>	24 (37)
<i>NR</i>	6 (9)
<b>Antécédant VFF physiques</b>	
<i>Oui</i>	18 (28)
<i>NR</i>	7 (11)
<b>Troubles psychologiques</b>	
<i>Oui, avant</i>	14 (21)
<i>Oui, actuellement</i>	16 (25)
<i>Non</i>	20 (31)
<i>NR</i>	15 (23)
<b>Début des douleurs pelviennes chroniques</b>	
<i>Ménarches</i>	7 (11)
<i>Premier rapport sexuel</i>	17 (26)
<i>Acquis</i>	34 (52)
<i>NR</i>	7 (11)
<b>Diagnostic d'endométriose prouvé</b>	
<i>Oui</i>	42 (65)
<i>NR</i>	3 (5)
<b>Troubles digestifs et/ou urinaires</b>	
<i>Oui</i>	28 (43)
<i>NR</i>	10 (15)
<b>Dysménorrhées primaires</b>	
<i>Oui</i>	21 (32)
<i>NR</i>	9 (14)
<b>Fatigue chronique</b>	
<i>Oui</i>	20 (31)
<i>NR</i>	21 (32)
<b>Syndrome de l'intestin irritable</b>	
<i>Oui</i>	8 (12)
<i>NR</i>	12 (18)
<b>Adénomyose</b>	
<i>Oui</i>	6 (9)
<i>NR</i>	7 (11)

NR : donnée non renseignée

**Tableau I bis. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes incluses dans l'étude à T0 (suite)**

La population incluse pour les études descriptives à T0 se composait de patientes âgées en moyenne de trente et un ans, originaires pour la plupart de France métropolitaine (69%). La majorité des patientes étaient en couple (83%). Les antécédents de violences faites aux femmes sont fréquents (65%) dans la population étudiée. Ces violences étaient de nature sexuelle (42%), psychologique (37%) ou physique (28%). Les douleurs pelviennes chroniques étaient principalement acquises à l'âge adulte (52%). Les troubles digestifs et/ou urinaires ainsi que la fatigue chronique affectaient respectivement 43% et 31% de la population cible.

Près du tiers des patientes souffrait de dysménorrhées primaires (32%). Le syndrome de l'instant irritable touchait 12% de patientes. La prévalence de l'adénomyose était de 9%.

Le *Tableau II* explore les troubles sexuels révélés lors de la consultation en sexologie des patientes incluses dans l'étude initiale (n=65).

Variables	Total patientes T0 n=65 (%)	
<b>Trouble de la pénétration douloureuse</b>	<i>Oui</i>	61 (94)
	<i>Non</i>	3 (5)
	<i>NR</i>	1 (2)
	<i>Permanent</i>	23 (35)
	<i>Acquis</i>	36 (55)
	<i>NR</i>	1 (2)
	<i>Situationnel</i>	21 (32)
	<i>Généralisé</i>	35 (54)
	<i>NR</i>	4 (6)
<b>Localisation de la douleur *</b>	<i>Intromission</i>	34 (52)
	<i>De présence</i>	19 (29)
	<i>Profonde</i>	50 (77)
	<i>NR</i>	1 (2)
<b>Contraction musculaire perçue</b>	<i>Oui</i>	35 (54)
	<i>NR</i>	7 (11)
<b>Manque de lubrification</b>	<i>Oui</i>	31 (48)
	<i>NR</i>	9 (14)
<b>Syndrome myofascial</b>	<i>Oui</i>	26 (40)
	<i>NR</i>	21 (32)
<b>Hypersensibilité pelvienne centrale</b>	<i>Oui</i>	24 (37)
	<i>NR</i>	21 (32)
<b>Vaginisme diagnostiqué</b>	<i>Oui</i>	14 (21)
	<i>NR</i>	2 (3)
<b>Vulvodynie</b>	<i>Oui</i>	12 (18)
	<i>NR</i>	3 (5)

\* n ≠ 65 car association de plusieurs types possibles

**Tableau II. Trouble de la pénétration douloureuse : caractéristiques et facteurs associés (T0)**

Les douleurs pelviennes chroniques étaient associées dans 94% des cas à des troubles de la pénétration sexuelle douloureuse. Dans 55% des cas, ce trouble était acquis au cours de la vie. Il a été classé en trois types : d'intromission (52%), de présence (29%) et profond (77%). Ces types n'étant pas strictement distincts, ils coexistaient chez 32 patientes (49%). Des contractions involontaires des muscles pelviens (54%), un manque de lubrification

(48%), et un syndrome myofascial (40%) étaient les troubles sexuels les plus représentés dans la population étudiée. L'hypersensibilité pelvienne centrale concernait 37% des patientes de l'étude. La prévalence du vaginisme était de 21% tandis que celle de la vulvodynie était de 18%.

Le *Tableau III* présente la prévalence des antécédents de violences faites aux femmes (VFF) chez les patientes souffrant de trouble de la pénétration sexuelle douloureuse (dont une réponse non renseignée, soit n=64) et chez celles ayant un diagnostic prouvé d'endométriose (dont trois réponses non renseignées, soit n=62).

Trouble de la pénétration sexuelle douloureuse		Oui n = 61 (%)	Non n = 3 (%)	P-value	OR IC [95%]
ATCD de VFF	Oui	38 (62)	3 (100)	0,546	/
	NR	5 (8)	0		
ATCD de VFF sexuelles	Oui	25 (41)	1 (33)	1	1.724 IC [0.147-20.17]
	NR	7 (11)	0		
ATCD de VFF psychologiques	Oui	21 (34)	2	0,556	0.309 IC [0,026-3.62]
	NR	6 (10)	0		
ATCD de VFF physiques	Oui	16 (26)	1 (33)	1	0.842 IC [0.071-9.96]
	NR	7 (11)	0		
Diagnostic d'endométriose prouvé		Oui n = 42 (%)	Non n = 20 (%)	P-value	OR IC [95%]
ATCD de VFF	Oui	28 (67)	13 (65)	0.76	1.292 IC [0.386 – 4.32]
	NR	4 (10)	1 (5)		
ATCD de VFF sexuelles	Oui	18 (43)	9 (45)	1	0.902 IC [0.253 – 3.209]
	NR	4 (10)	2 (10)		
ATCD de VFF psychologiques	Oui	17 (40)	7 (36)	0.78	1.380 IC [0.394 – 5.122]
	NR	4 (10)	1 (5)		
ATCD de VFF physiques	Oui	12 (29)	9 (45)	0.24	0.468 IC [0.126 – 1.706]
	NR	4 (10)	2 (10)		

NR = Non renseignées

**Tableau III. Prévalence des antécédents de violences faites aux femmes (VFF), dans la population de patientes souffrant les troubles de la pénétration sexuelle douloureuse et diagnostiquées endométriosiques**

Les troubles de la pénétration sexuelle douloureuse concernaient 61 patientes. Parmi elles, 38 déclaraient avoir des antécédents de violences faites aux femmes (VFF), contre 18 patientes sans cet antécédent ( $p\text{-value} = 0,546$ ). Les antécédents de violences physiques et ceux de violences sexuelles concernaient respectivement 16 et 25 d'entre elles. L'association

de trouble de la pénétration sexuelle douloureuse et d'antécédents de violences psychologiques est observée pour 21 patientes ( $p\text{-value} = 0,556$ ).

Un diagnostic d'endométriose était posé chez 28 patientes ayant des antécédents de VFF, contre 10 patientes sans cet antécédent ( $p\text{-value} = 0,76$ ). Parmi les patientes ayant des antécédents de VFF physiques, 12 étaient diagnostiquées endométriosiques, contre 9 patientes sans diagnostic posé ( $p\text{-value} = 0,24$ ). Concernant les antécédents de VFF sexuelles, 18 patientes étaient atteintes d'endométriose, contre 20 patientes non diagnostiquées ( $p\text{-value} = 1$ ). Un total de 17 patientes ayant un diagnostic confirmé d'endométriose déclaraient des antécédents de violences psychologiques contre 7 patientes sans ce diagnostic ( $p\text{-value} = 0,78$ ).

Le *Tableau IV* illustre les différentes orientations et prises en charges proposées à la suite de la consultation en sexologie.

Consultations spécialisées		n = 65 (%)
Médecin douleurs endopelviennes	Oui	58 (89)
Psychologue	Oui	57 (88)
Médecine intégrative	Oui	44 (68)
Acupuncture	Oui	42 (65)
Physiothérapie	Kinésithérapie	3 (5)
	Kinésithérapie + ostéopathie	38 (58)
	Kinésithérapie + ostéopathie + auto-étirement	20 (30)
	Non	4 (6)
Consultations Violences faites aux femmes	Oui	28 (43)
Suivi gynécologique	Oui	27 (42)
Addictologue	Oui	17 (26)
Suivi PMA	Oui	17 (26)
Uro-gynécologue	Oui	16 (25)
Chirurgien gynécologue	Oui	11 (17)
Prestataire à domicile ASDIA	Oui	10 (15)
Nutritionniste	Oui	6 (9)

**Tableau IV.** Description des prises en charge proposées à la suite de la consultation en sexologie

Prescriptions traitements médicaux		n=65 (%)
Topiques vulve	Oui	19 (29)
Traitement antalgique	Oui	12 (18)
Education thérapeutique	Oui	11 (17)
Traitement hormonal	Oui	8 (12)
Dilatateurs vaginaux	Oui	8 (12)
Prescriptions outils thérapeutiques		
Guide sexualité et douleurs	Oui	55 (85)
Exercice de respiration	Oui	50 (77)
Lectures, podcasts érotiques	Oui	42 (65)
Prendre soin de son intimité	Oui	41 (63)
Fiches réponse sexuelle féminine	Oui	39 (60)
Sentate focus	Oui	38 (58)
Exercice de Kegel	Oui	30 (46)
Pleine conscience	Oui	7 (11)
Prise de contact corporel	Oui	1 (2)

**Tableau IV bis. Description des prises en charge proposées à la suite de la consultation en sexologie (suite)**

Les patientes étaient majoritairement orientées vers des spécialistes des douleurs endopelviennes (89%) des psychologues (88%). La physiothérapie incluant la kinésithérapie était prescrite pour 61 patientes soit 94%. L'orientation vers des thérapies alternatives telles que l'acupuncture était prescrite dans 65% des cas.

Seuls les traitements médicaux prescrits à la suite de la consultation en sexologie sont recensés dans ce tableau. Près du tiers des patientes (29%) avait une prescription de topiques vulves, 18% recevait des traitements antalgiques.

De nombreux outils thérapeutiques étaient utilisés. Des guides axés sur la sexualité (85%), des exercices de respiration (77%) ou encore des lectures ou podcast érotiques (65%) étaient proposés aux patientes.

### 3.2. Caractéristiques générales de la population incluse à T0, T1 et T2

Variables	Total des patientes T0-1-2 n=16
<b>Age (années) :</b> <i>Moyenne ± ET</i> <i>Médiane [Min-Max]</i>	33 ± 6 33.5 [21 – 45]
<b>Origine géographique</b> <i>France métropolitaine</i> <i>Afrique Sub-Saharienne</i> <i>DROM-TOM</i> <i>NR</i>	12 2 1 1
<b>Catégories Socio-Professionnelles</b> <i>Inactifs</i> <i>Cadres et professions intellectuelles supérieures</i> <i>Professions intermédiaires</i> <i>Artisans, commerçants, chefs d'entreprise</i> <i>Employés</i> <i>Etudiants</i>	4 3 3 2 2 2
<b>Profession médicale</b> <i>Oui</i>	3
<b>Situation familiale</b> <i>En couple</i> <i>Célibataire</i>	14 2
<b>Antécédant VFF</b> <i>Oui</i> <i>NR</i>	11 1
<b>Antécédant VFF physiques</b> <i>Oui</i> <i>NR</i>	4 1
<b>Antécédant VFF sexuelles</b> <i>Oui</i> <i>NR</i>	7 1
<b>Antécédant VFF psychologiques</b> <i>Oui</i> <i>NR</i>	4 1
<b>Troubles psychologiques</b> <i>Oui, avant</i> <i>Oui, actuellement</i> <i>Non</i> <i>NR</i>	1 4 7 4
<b>Début des douleurs pelviennes chroniques</b> <i>Ménarches</i> <i>Premier rapport sexuel</i> <i>Acquis</i> <i>NR</i>	2 2 9 3
<b>Diagnostic d'endométriose prouvé</b> <i>Oui</i> <i>NR</i>	10 1
<b>Fatigue chronique</b> <i>Oui</i>	9
<b>Troubles digestifs et/ou urinaires</b> <i>Oui</i>	6
<b>Dysménorrhées primaires</b> <i>Oui</i>	3

NR : donnée non renseignée

**Tableau V. Données sociodémographiques et cliniques des patientes incluses dans les études comparatives**

Le *Tableau V* décrit les caractéristiques de la population incluse à T0, T1 et T2 (n=16) recueillis lors de l’anamnèse au cours de la première consultation en sexologie. Les 16 patientes ayant répondu aux trois questionnaires (*Tableau V*), présentaient des profils généraux similaires à la population précédente (*Tableau I*). Plus de la majorité d’entre elles, soit 11 sur 16, avait également des antécédents de violences faites aux femmes. Des douleurs pelviennes chroniques acquises au cours de la vie étaient décrites par 9 patientes. Un total de 7 patientes ne déclarait pas de trouble psychologique. La fatigue chronique touchait 9 patientes. Les troubles digestifs et/ ou urinaires concernaient 6 patientes, tandis que 3 patientes déclaraient souffrir de dysménorrhées primaires. Ce groupe restreint a servi de base pour les analyses comparatives.

Le *Tableau VI* décrit les caractéristiques des dysfonctions sexuelles recueillies lors de l’anamnèse des patientes incluses dans les études comparatives T0-1-2.

Variables	Total des patientes T0-1-2 n=16
<b>Trouble de la pénétration douloureuse</b>	
<i>Oui</i>	14
<i>Permanent</i>	5
<i>Acquis</i>	9
<i>Situationnel</i>	8
<i>Généralisé</i>	5
<i>NR</i>	1
<b>Localisation de la douleur*</b>	
<i>Intromission</i>	8
<i>De présence</i>	2
<i>Profonde</i>	13
<b>Syndrome myofascial</b>	
<i>Oui</i>	8
<b>Contraction musculaire perçue</b>	
<i>Oui</i>	7
<b>Manque de lubrification</b>	
<i>Oui</i>	6
<b>Hypersensibilité pelvienne centrale</b>	
<i>Oui</i>	5
<b>Vaginisme diagnostiqué</b>	
<i>Oui</i>	4

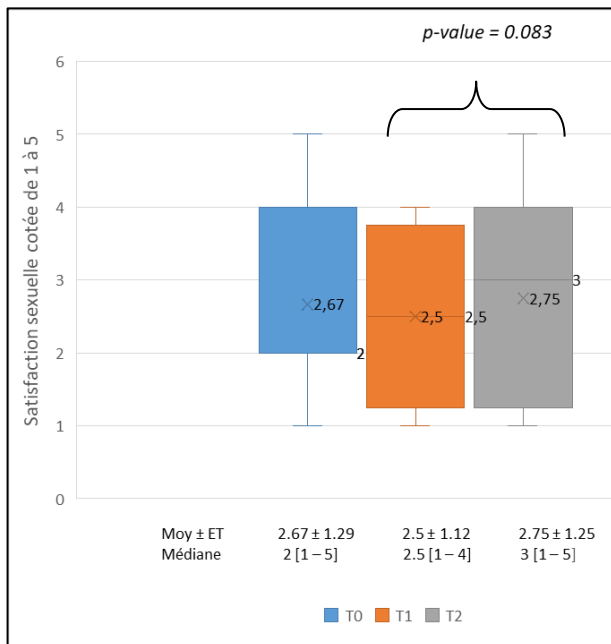
\* n ≠ 16 car association de plusieurs types possibles  
NR = donnée non communiquée

**Tableau VI. Trouble de la pénétration douloureuse : caractéristiques et facteurs associés (T0-T1-T2)**

Le trouble de la pénétration sexuelle douloureuse concernait 14 patientes, il était acquis pour 9 d’entre elles. Parmi ces 14 patientes, 8 présentaient une association entre les

différents types : intromission, de présence et/ ou profonde. Le syndrome myofascial (8), des contractions involontaires des muscles pelviens (7) et le manque de lubrification (6) étaient les troubles les plus représentés dans la population cible. L'hypersensibilité pelvienne centrale touchait 5 patientes, tandis que 4 patientes déclaraient souffrir de vaginisme. Les patientes de cet échantillon ne présentaient pas d'adénomyose, de syndrome de l'intestin irritable, ni de vulvodynie.

La Figure 1 ainsi que le Tableau VII illustrent l'évolution de la satisfaction sexuelle entre T0, T1 et T2.



Variables regroupées	T0 n = 15	T1 n = 16	T2 n = 16	p-value	OR IC [95%]
Insatisfaisante	10	12	11	0.121	1.364 [0.29 – 6.415]
Satisfaisante	5	4	5		

Tableau VII. Evolution de la satisfaction sexuelle au cours du temps

Figure 1. Evolution au cours du temps de la satisfaction sexuelle sur une échelle de 1 à 5

Concernant la satisfaction sexuelle, les réponses ont été cotées de 1 à 5 :

- 1 = Très insatisfaisante
- 2 = Insatisfaisante
- 3 = Plutôt insatisfaisante
- 4 = Satisfaisante
- 5 = Très satisfaisante

Une patiente n'ayant pas répondu à la question à T0 a été exclue de l'analyse. Ainsi à T0, la moyenne des résultats était  $2.67 \pm 1.29$ , elle a diminué à T1 ( $2.5 \pm 1.12$ ), puis augmenté à T2 ( $2.75 \pm 1.25$ ). Cette tendance positive a été évaluée par le test de Friedman ( $p\text{-value} =$

0.083). La médiane augmentait également au cours du temps, passant de 2 à T0, 2.5 à T1 à 3 à T2.

Dans le *Tableau VII*, les réponses « très insatisfaisante », « insatisfaisante » et « plutôt insatisfaisante » ont été regroupées en « insatisfaisante ». Les réponses « satisfaisante » et « très satisfaisante » ont été regroupées en « satisfaisante ». Ainsi, le test de Mc Nemar confirme cette légère tendance à l'amélioration ( $p\text{-value} = 0.121$ ).

En lien avec le questionnaire QPS-F, le *Tableau VIII* explore les corrélations entre les différentes dimensions de la réponse sexuelle féminine évaluées à T0, T1, et T2. Le questionnaire comporte une dimension « a » pour la fréquence d'un trouble spécifique et une dimension « b » pour l'impact perçu de ce trouble (cf Annexe). La corrélation de Spearman analyse la force et la direction de la relation entre ces deux dimensions.

Corrélation entre les questions « a/b »	T0 n = 16	T1 n = 16	T2 n = 16
Question n°1 Désir sexuel	$r_s = 0.77$ $P\text{-value} < 0.001$	$r_s = 0.72$ $P\text{-value} < 0.001$	$r_s = 0.77$ $P\text{-value} < 0.001$
Question n°2 Excitation sexuelle physique	$r_s = 0.27$ $P\text{-value} = 0.32$	$r_s = 0.57$ $P\text{-value} = 0.02$	$r_s = 0.61$ $P\text{-value} = 0.01$
Question n°3 Sensations agréables	$r_s = 0.55$ $P\text{-value} = 0.03$	$r_s = 0.51$ $P\text{-value} = 0.04$	$r_s = 0.67$ $P\text{-value} = 0.003$
Question n°4 Orgasme	$r_s = 0.76$ $P\text{-value} < 0.001$	$r_s = 0.32$ $P\text{-value} = 0.22$	$r_s = 0.38$ $P\text{-value} = 0.14$
Question n°5 Douleur génitale	$r_s = 0.71$ $P\text{-value} < 0.001$	$r_s = 0.66$ $P\text{-value} = 0.005$	$r_s = 0.77$ $P\text{-value} < 0.001$
Question n°6 Pénétration vaginale	$r_s = 0.44$ $P\text{-value} = 0.09$	$r_s = 0.68$ $P\text{-value} = 0.004$	$r_s = 0.73$ $P\text{-value} = 0.001$
Question n°7 Excitation génitale	$r_s = 0.41$ $P\text{-value} = 0.11$	$r_s = 0.23$ $P\text{-value} = 0.34$	$r_s = 0.36$ $P\text{-value} = 0.17$

**Tableau VIII.** Analyse de l'évolution de chaque dimension de la réponse sexuelle féminine : Test de Spearman : corrélation entre la question « a » et « b » n=16

La première question concernait le désir sexuel. Une forte corrélation significativement positive était observée à T0, T1 et T2 ( $p\text{-value} < 0.001$ ). La force de la relation entre la fréquence (dimension « a ») et son impact perçu (dimension « b ») était stable dans le temps ( $r_s = 0.77$  à T0 et T2).

L'excitation sexuelle physique était explorée dans la deuxième question. Une tendance positive était observée à T0 et T1. Elle devenait significative dès T1 ( $p\text{-value} = 0.02$  à T1/  $p\text{-value} = 0.01$  à T2). La force de la relation entre les deux dimensions augmentait dans le temps, passant d'un coefficient  $r_s = 0.27$  à T0, à un coefficient  $r_s = 0.61$  à T2.

La troisième question portait sur l'absence d'excitation sexuelle cérébrale et l'absence de sensation agréable ressentie pendant l'activité sexuelle. Une corrélation positive s'intensifiait significativement avec le temps. Le coefficient de Spearman augmentait, passant de 0.55 à T0 ( $p\text{-value} = 0.03$ ) à 0.67 à T2 ( $p\text{-value} = 0.003$ ).

Concernant la difficulté à atteindre l'orgasme, qui était explorée dans la quatrième question, une forte corrélation était observée à T0 ( $r_s = 0.76$  ;  $p\text{-value} < 0.001$ ). Cette corrélation tendait à rester positive, mais diminuait avec le temps (à T2 :  $r_s = 0.38$  ;  $p\text{-value} = 0.14$ ).

La cinquième question s'intéressait aux douleurs génitales conséquentes à l'activité sexuelle. Une forte corrélation significativement positive se maintenait dans le temps (T0 et T2 :  $p\text{-value} < 0.001$  / T1 :  $p\text{-value} = 0.005$ ).

A propos de la difficulté à la pénétration vaginale, analysée dans la sixième question, la corrélation avait une tendance positive à T0 ( $p\text{-value} = 0.09$ ). La fréquence de ce trouble et son impact perçu (dimensions « a » et « b ») évoluaient dans la même direction, avec une force et une significativité qui augmentaient avec le temps (à T2 :  $r_s = 0.73$  :  $p\text{-value} = 0.001$ ).

La dernière question portait sur l'excitation génitale persistante et non désirée. Une faible tendance positive, mais variable dans le temps, était mise en évidence.

Le *Tableau IX* s'intéresse aux conséquences psychologiques des douleurs pelviennes chroniques affectant la vie intime des patientes à T0, avec n=65.

Variables	T0 n=65 (%)	p-value
<b>Anxiété d'anticipation</b>		/
<i>Oui, fréquemment</i>	37 (57)	
<i>Parfois, occasionnellement</i>	11 (17)	
<i>Rarement</i>	2 (3)	
<i>Non, jamais</i>	8 (12)	
NR	7 (11)	
<b>Eviction des rapports sexuels</b>		/
<i>Oui, régulièrement</i>	25 (38)	
<i>À l'occasion</i>	14 (22)	
<i>Non, jamais</i>	16 (25)	
NR	10 (15)	
<b>Image corporelle</b>		/
<i>Satisfaite</i>	14 (22)	
<i>Plutôt satisfaite</i>	11 (17)	
<i>Insatisfaite</i>	32 (49)	
NR	8 (12)	
<b>Gestion de la douleur</b>		/
<i>Compétente</i>	8 (12)	
<i>Plutôt compétente</i>	13 (20)	
<i>Pas vraiment à l'aise</i>	31 (48)	
NR	13 (20)	
<b>Exploration de solutions alternatives</b>		/
<i>Oui activement</i>	30 (46)	
<i>Non, je ne vois aucune solution</i>	13 (20)	
<i>Non, je ne souhaite pas</i>	16 (25)	
NR	6 (9)	
	n=41	p-value
<b>Impact des douleurs pelviennes sur la vie intime</b>		<b>&lt; 0.01</b>
<i>Moyenne ± ET</i>	6.63 ± 2.84	
<i>Médiane [Min – Max]</i>	7.0 [0 – 10]	

**Tableau IX. Impact psychologique des douleurs pelviennes chroniques sur la vie intime à T0 (n=65)**

Une anxiété d'anticipation avant une relation intime était fréquemment ressentie pour la majorité des patientes à T0 (57%). Un total de 25 patientes, soit 38%, évitaient régulièrement les rapports sexuels, contre 25% déclarant ne jamais éviter une relation sexuelle. Près de la moitié des patientes (49%) étaient insatisfaites de leur image corporelle. Alors que 12% des patientes se sentaient compétentes pour gérer leur douleur, 48% déclaraient ne pas se sentir à l'aise dans ce domaine. Une recherche active de solutions alternatives aux troubles de la sexualité était rapportée par 46 % des patientes, tandis que 45 % ne manifestaient pas cette démarche ou ne trouvaient pas de solutions adaptées.

L'impact des douleurs pelviennes chroniques sur la vie intime a été coté sur une échelle de 0 à 10 (0 = *impact très faible* à 10 = *impact très important*). À T0, la moyenne était de  $6.63 \pm 2.84$ . Une atteinte significative des douleurs pelviennes chroniques sur la qualité de vie intime a été démontrée par le test de Shapiro-Wilk ( $p\text{-value} < 0.01$ ).

Le *Tableau X* illustre l'impact des douleurs pelviennes chroniques sur la vie intime à T0-1-2. Il explore la dimension psychologique au travers de l'anxiété d'anticipation, l'éviction des rapports sexuels, la perception de l'image corporelle et la gestion de la douleur. L'attitude des patientes a été analysée grâce à l'exploration de solutions alternatives.

Variables	T0 n=11*	T1 n=16	T2 n=16	p-value	OR [IC 95%]	
<b>Anxiété d'anticipation</b>	<i>Plutôt oui</i>	12	8	0.273	2.89 [0.544 - 18.03]	
	<i>Plutôt non</i>	4	8			
<b>Eviction des rapports sexuels</b>	<i>Oui</i>	13	13	1	1 [0.112 - 8.929]	
	<i>Non, jamais</i>	3	3			
<b>Image corporelle</b>	<i>Satisfaite</i>	1	0	1	/	
	<i>Plutôt satisfaite</i>	9	10			
	<i>Insatisfaite</i>	6	6			
<b>Gestion de la douleur</b>	<i>Compétente</i>	1	3	0.547	3.46 [0.320 - 37.47]	
	<i>Plutôt compétente</i>	6	4			
	<i>Pas vraiment à l'aise</i>	9	9			
<b>Exploration de solutions alternatives</b>	<i>Oui activement</i>	5	9	0.285	0.366 [0.065 - 1.845]	
	<i>Plutôt non</i>	11	7			
	n=7**	n=16	n=16	p-value	Différence de moyenne IQR ± IC [95%]	
<b>Impact des douleurs pelviennes chroniques sur la vie intime</b>	<i>Moyenne ± ET</i>	6.71 ± 2.71	7.44 ± 2.58	6.75 ± 2.54	0.504	3.53 [-2 - 4]
	<i>Médiane [Min - Max]</i>	7.0 [2 - 10]	7.5 [0 - 10]	7.5 [1 - 10]		

\* 5 données non renseignées/ \*\* 9 données non renseignées

**Tableau X. Evolution des facteurs psychologiques et comportementaux en lien avec la vie intime à T0-T1-T2 (n=16)**

À propos du *Tableau X*, seules les réponses à T1 et à T2 ont été incluses dans les analyses statistiques, réalisées avec le test de Fisher.

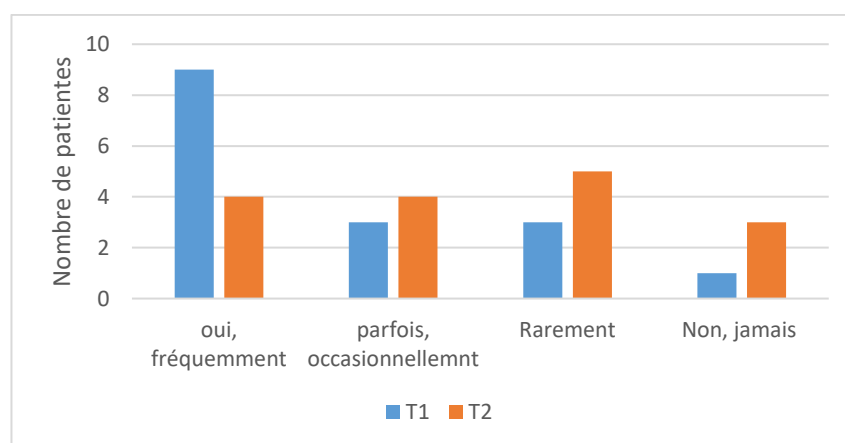
Concernant l'anxiété d'anticipation, des regroupements ont été faits pour l'analyse des données. Les réponses « oui, fréquemment » et « parfois, occasionnellement » ont été regroupées en « plutôt oui ». Les réponses « rarement » et « non jamais » ont été regroupées en « plutôt non ». L'anxiété d'anticipation tendait à diminuer entre T1 et T2 ( $p\text{-value} = 0.273$ ).

À propos de l'éviction des rapports sexuels, des regroupements ont également été faits. Les réponses « oui, régulièrement » et « à l'occasion » ont été regroupées en « oui ». Le nombre de patiente déclarant éviter des rapports sexuels est resté stable entre T1 et T2 (13 patientes ;  $p\text{-value} = 1$ ).

La perception de leur image corporelle est stable dans le temps. Leur faible satisfaction persistait avec le temps avec 9 patientes plutôt satisfaites à T1, 10 à T2. Aucune variation significative a été mise en évidence ( $p\text{-value} = 1$ ).

Le nombre de patientes qui déclaraient se sentir compétentes pour gérer leur douleur tend à augmenter avec le temps, passant de 1 patiente à T1, à 3 patientes à T2 ( $p\text{-value} = 0.547$ ). Un total de 9 patientes ne se sentaient pas vraiment à l'aise dans la gestion de leur douleur. Ce nombre est resté stable dans le temps.

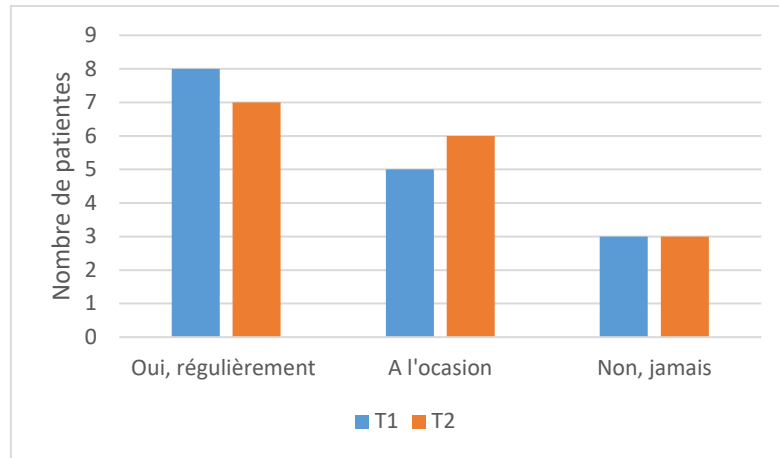
L'impact des douleurs pelviennes chroniques sur la vie intime a été mesuré sur une échelle de 0 (*impact très faible*) à 10 (*impact très important*). Le test de Wilcoxon a été utilisé pour l'analyse statistique. Les médianes à T1 et T2 étaient de 7.5 (IQR = 3.53 ; IC95% [-2 – 4] ;  $p\text{-value} = 0.504$ ). La moyenne diminuait légèrement entre T1 ( $7.44 \pm 2.58$ ) et T2 ( $6.75 \pm 2.54$ ).



**Figure 2. Variation du nombre de patientes présentant ou non de l'anxiété d'anticipation au cours du temps n=16**

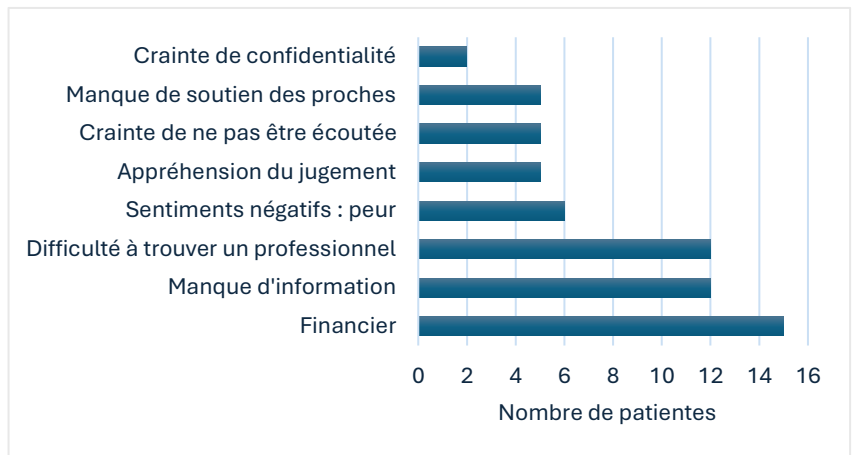
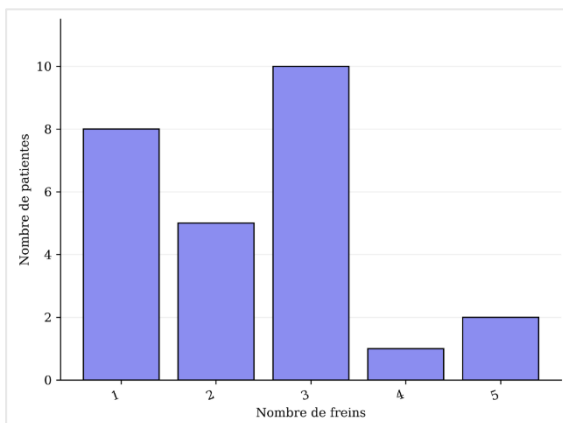
Concernant la *Figure 2*, le nombre de patientes ressentant fréquemment de l'anxiété d'anticipation avant les rapports sexuels diminuait entre T1 et T2, passant respectivement de 9 à 4 patientes. Parallèlement, le nombre de patientes déclarant ne jamais ou rarement en

ressentir augmentait avec le temps. Ces nombres évoluaient respectivement de 1 à 3 et de 3 à 5 patientes.



**Figure 3. Variation au cours du temps du nombre de patientes décrivant ou non une éviction des rapports sexuels n=16**

L'éviction des rapports sexuels est stable au cours du temps (*Figure 3*). Le nombre de patientes déclarant éviter régulièrement une activité sexuelle est passé de 8 (à T1) à 7 (à T2).



\* le total est 62 ( $\neq$  26) car les patientes peuvent choisir plusieurs items à la fois

**Figure 4 et 5. Freins à la prise de rendez-vous pour une consultation en sexologie avec n=26**

Le nombre de freins par patiente est illustré dans la *Figure 4*. Les patientes rencontraient majoritairement plusieurs freins à la fois. La moitié des patientes se heurtait à trois freins ou plus (13 patientes sur 26). Toutes les patientes déclaraient au moins un frein à la prise de rendez-vous pour une consultation en sexologie.

Les freins à la prise de rendez-vous pour une consultation en sexologie sont décrits dans les *Figure 5*. Parmi eux, les principales barrières identifiées étaient financières (15 patientes), suivies par le manque d'information (12 patientes) et la difficulté à trouver un professionnel spécialisé (11 patientes). Les patientes exprimaient également des craintes liées au jugement ou à la confidentialité.

Le *Tableau XI* explore la perception des patientes dans leur prise en charge de leurs troubles de leur vie intime ainsi que l'évolution de leur qualité de vie sexuelle.

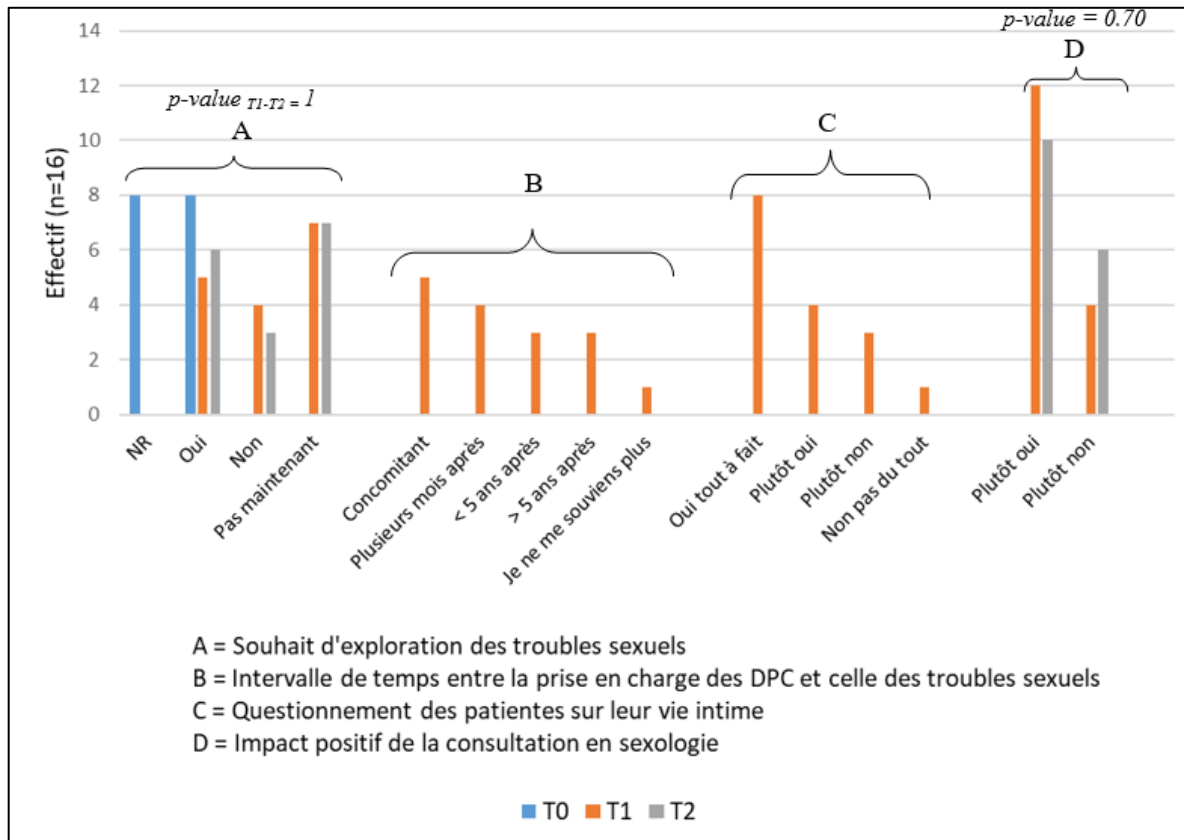
Variables N=16	T2 n=16	P-value	Différence de moyenne [IC 95%]
<b>Degré d'implication</b>		0.09	/
Moyenne ± ET	7.19 ± 2.01		[6.08 – 8.29]
Médiane [Min – Max]	8.0 [4 – 10]		
<b>Degré de motivation</b>		0.057	/
Moyenne ± ET	6.69 ± 2.11		[5.52 – 7.85]
Médiane [Min – Max]	6.5 [4 – 10]		

**Tableau XI. Perception des patientes dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles**

Les degrés d'implication et de motivation étaient mesurés sur une échelle de 0 (*faible implication/ motivation*) à 10 (*très forte implication/ motivation*). Les patientes étaient en moyenne très impliquées ( $7.19 \pm 2.01$ ) et modérément motivées ( $6.69 \pm 2.11$ ).

Il existe une corrélation significativement positive entre le niveau d'implication et le niveau de motivation des patientes (Spearman  $r_s$  0,5371 ; *p-value* 0,032).

La *Figure 6* explore l'implication des professionnels de santé et des patientes dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles.



\*NR = données non renseignées/ DPC = douleurs pelviennes chroniques

**Figure 6. Implication des professionnels de santé et des patientes dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles**

La *Figure 6* explore la perception des patientes concernant la consultation en sexologie et l'intérêt que les professionnels de santé ont pu porter à leur vie intime.

La proportion de patientes souhaitant qu'un professionnel de santé explore leurs troubles sexuels était variable au cours du temps (A). Le test de Fisher n'a pas démontré d'évolution significative entre T1 et T2 (*p-value* = 1).

L'intervalle de temps entre la prise en charge des douleurs pelviennes chroniques et celle des troubles sexuels d'une patiente est illustré dans la partie B. Pour 6 patientes sur 16, un professionnel de santé s'est intéressé à leur vie intime plusieurs années après la prise en charge de leurs douleurs pelviennes chroniques. Les prises en charge ont été concomitantes pour 5 patientes.

Plus de la moitié des patientes, soit 12 d'entre elles, se questionnaient sur leur vie intime (C). Une seule patiente déclarait ne jamais s'être posée de question sur sa vie intime et sexuelle.

Concernant la partie D, la majorité des patientes ressentait un impact positif de la consultation en sexologie à T1 (12 patientes) et T2 (10 patientes). Avec le temps, cet impact positif tendait à diminuer ( $p$ -value = 0.70 ; OR=1.77 ; IC95% [0.313 – 11.144]).

## 4. Discussion

### 4.1. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature

L'analyse des résultats permet de mesurer l'impact de la consultation en sexologie sur la qualité de vie intime et sexuelle des patientes souffrant de douleurs pelviennes chroniques. Les analyses descriptives et comparatives mettent en évidence une évolution des troubles sexuels et de leurs conséquences psychologiques.

#### 4.1.1. *Satisfaction sexuelle*

L'amélioration de certaines dysfonctions sexuelles met en lumière l'impact positif de la consultation en sexologie. Néanmoins, certains troubles persistent, tels que le manque ou faible désir sexuel, les troubles orgasmiques, et les troubles de la pénétration sexuelle douloureuse, soulignant la complexité de ces problématiques. Les conséquences des douleurs pelviennes chroniques sur la vie intime et sexuelle demeurent importantes et stables dans le temps, constituant un frein majeur à l'amélioration de la satisfaction sexuelle. Selon le modèle cognitif des attentes négatives, les expériences douloureuses répétées augmentent l'appréhension et diminuent la satisfaction sexuelle [29]. Cependant, à la suite de la prise en charge multidisciplinaire incluant la consultation en sexologie, la satisfaction sexuelle tend à s'améliorer au fil des mois, suggérant une évolution positive à long terme. La médiane de satisfaction augmente entre T1 (trois mois après la première consultation en sexologie) et T2 (six mois après). La taille réduite de l'échantillon étudié limite la puissance statistique des analyses ( $p\text{-value} = 0.08$ ). Ainsi, l'interprétation de ces résultats doit être mise en perspective avec la littérature. Tripoli et al. ont évalué la qualité de vie et la satisfaction sexuelle chez les femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques, associées ou non à l'endométriose. Les résultats indiquent que ces douleurs, indépendamment de leurs origines, entraînent une réduction significative de la qualité de vie et de la satisfaction sexuelle par rapport aux femmes en bonne santé [51]. Une étude cas-témoin réalisée au Liban (2023), a mis en évidence un lien entre une faible satisfaction sexuelle et la présence d'endométriose. Les patientes ne souffrant pas de cette pathologie chronique avaient une satisfaction sexuelle significativement plus élevée. De plus, une faible satisfaction sexuelle influençait négativement la qualité des relations de couple, et était associée à une augmentation des signes de dépression, d'anxiété et de stress [26]. Un des principaux symptômes de

l'endométriose étant la douleur ressentie lors des rapports sexuels, ce lien est largement documenté dans la littérature [13].

#### 4.1.2. *Evolution des dysfonctions sexuelles*

Pour chaque étape de la réponse sexuelle, une corrélation positive entre la fréquence du trouble et son impact psychologique est mise en évidence. Plus un trouble est fréquent, plus son impact est important. Les résultats de l'étude illustrent le bénéfice apporté par la consultation en sexologie dans l'évolution des dysfonctions sexuelles.

Le désir sexuel est une dimension complexe de la réponse sexuelle. L'analyse des questionnaires montre une forte corrélation entre la fréquence et l'impact psychologique des troubles du désir sexuel, stable dans le temps ( $r_s = 0.77$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ). Au cours du suivi, les patientes éprouvent moins fréquemment une absence ou un faible désir sexuel. Cependant, ce trouble reste un problème majeur nécessitant une prise en charge prolongée. Une cohorte multicentrique de 2013 souligne la complexité des dysfonctions sexuelles liées aux douleurs pelviennes chroniques. Les dyspareunies, douleurs génitales récurrentes survenant avant, pendant ou après un rapport sexuel, sont associées à une baisse du désir et de l'excitation sexuelle [20]. La douleur entraîne une détresse sexuelle féminine [28]. Cette interaction entre douleur et désir sexuel a également été mise en évidence par une revue de la littérature parue en 2019. Elle indique que les femmes souffrant d'endométriose et de douleurs pelviennes chroniques présentent des taux significativement plus élevés de manque du désir sexuel. La répétition d'expériences douloureuses ainsi que les traitements de l'endométriose en sont à l'origine [52].

L'étude met en évidence une corrélation significative entre la fréquence et l'impact psychologique du trouble de l'excitation sexuelle physique qui s'intensifie avec le temps. Plus les patientes éprouvent une absence d'excitation sexuelle physique lors d'un rapport ou d'une stimulation, plus ce trouble impacte négativement leur bien-être. Au cours de l'étude cette association s'intensifie, ce qui pourrait signifier que les patientes ont pris conscience de ce manque d'excitation sexuelle physique. Elles le perçoivent alors comme un problème entravant une sexualité épanouissante. Une étude prospective chinoise (2021) a montré que les patientes atteintes d'endométriose présentaient un score d'excitation sexuelle significativement plus bas que les témoins [53]. Cependant, la fréquence de ce trouble tend à diminuer au fil du temps, possiblement grâce à l'accompagnement proposé en sexologie.

Cette évolution suggère un bénéfice de la prise en charge, qui favoriserait une meilleure prise de conscience et gestion de ce trouble. La stratégie proposée en consultation spécialisée en sexologie, associée à des outils thérapeutiques adaptés, pourrait ainsi aider les patientes à mieux comprendre et appréhender leur réponse sexuelle.

La sexualité comprend des facteurs psychosociaux et physiologiques qui influencent non seulement la santé physique, mais aussi le bien-être psychologique et les relations conjugales [54]. Une étude de cohorte multicentrique (2013), a révélé que la dyspareunie, un symptôme courant de l'endométriose, est associée à une diminution des niveaux d'excitation sexuelle cérébrale [29]. Ces résultats sont en accord avec l'étude actuelle. Une corrélation positive entre la fréquence et l'impact de ces troubles s'intensifie avec le temps. Néanmoins, l'absence d'excitation sexuelle cérébrale et de sensations agréables est de moins en moins fréquente. Pour la moitié des patientes de l'étude, ces troubles deviennent soit un léger problème, soit disparaissent. La prise en charge en santé sexuelle a ainsi favorisé le développement de leur capacité à initier une excitation sexuelle cérébrale. Elles sont désormais plus attentives à leur corps et plus réceptives aux sensations agréables liées à l'activité sexuelle.

Dans la présente étude, la fréquence du trouble orgasmique, plus particulièrement la difficulté à atteindre l'orgasme, est stable au fil du temps. Hämmerli et al. (2020) ont mis en évidence une association entre les dyspareunies et une faible capacité à atteindre l'orgasme lors des rapports sexuels. Ces résultats sont intéressants, ils révèlent que le trouble orgasmique est lié aux dyspareunies et affecte les patientes uniquement lors des rapports sexuels, et non lors de la masturbation ou des activités sexuelles non coïtales avec un partenaire. De plus, la capacité à atteindre l'orgasme pendant ces activités ( $p\text{-value} = 0,006$  pour les activités sexuelles non coïtales et  $p\text{-value} = 0,038$  pour les rapports sexuels) était associée à une satisfaction sexuelle plus élevée chez les femmes atteintes d'endométriose. Il est donc pertinent d'explorer et de proposer ces pratiques aux patientes atteintes d'endométriose [44]. En revanche, l'impact psychologique des troubles orgasmiques diminue progressivement au cours du suivi. Ainsi, la consultation en sexologie, associée à une prise en charge multidisciplinaire, aide à réduire la détresse psychologique liée à ces troubles. Fritzer et al. (2013) rappellent que ces troubles sont souvent causés par une appréhension de la douleur, et non par un dysfonctionnement physiologique [29]. Par ailleurs, la perception des patientes concernant l'importance de l'orgasme évolue. Une sexualité épanouie n'est plus dépendante de l'orgasme. Il est intéressant de souligner que le trouble orgasmique n'est pas seulement la

difficulté à atteindre l'orgasme, il comprend également la douleur pelvienne aggravée par l'orgasme. Cette dimension n'a pas été abordée dans notre étude. Les mécanismes physiopathologiques de la douleur provoquée par l'orgasme chez les femmes souffrant d'endométriose sont complexes. Les contractions utérines réflexes de l'orgasme peuvent être exacerbées, et, associées au processus de l'inflammation chronique de l'endométriose, elles vont induire une hypersensibilité des nerfs pelviens. La localisation des lésions d'endométriose pourrait également expliquer ce trouble [15]. Ding et al (2024) ont mis en évidence une association entre douleur orgasmique et présence d'une myalgie du plancher pelvien chez les patientes atteintes d'endométriose. Le dysfonctionnement du plancher pelvien semble donc jouer un rôle dans ce trouble. De plus, ils soulignent le rôle de la sensibilisation centrale dans l'exacerbation des douleurs pelviennes associée à l'orgasme [55].

Selon l'ISSWSH (Société Internationale pour l'Etude de la Santé Sexuelle des Femmes) l'excitation génitale persistante et non désirée est caractérisée par des sensations d'excitation génitale constantes ou récurrentes, indésirables, en l'absence de désir sexuel. Un impact psychosocial négatif important y est associé. Sa prévalence pourrait atteindre 0.6 à 3% de la population générale [56]. Un faible effectif de la population étudiée souffrait d'excitation génitale persistante et non désirée. En effet, la majorité des patientes n'étaient pas concernées par ce trouble : dix patientes à T1 et douze patientes à T2 déclaraient ne « jamais, presque jamais » le rencontrer. Cette dimension présente alors une faible corrélation variable dans le temps, sans évolution significative. L'interprétation de ces résultats nécessite un échantillon plus important. Une revue publiée en 2022 met en évidence la complexité de ce trouble et le manque d'étude à ce sujet. L'étiologie, la physiopathologie et les traitements de ce trouble ne sont pas encore clairement identifiés. Certaines hypothèses étiologiques incluent des facteurs vasculaires, neurologiques, hormonaux, psychologiques, pharmacologiques ou mécaniques [57]. Une seconde revue parue en 2024 insiste sur la nécessité d'améliorer les schémas thérapeutiques et la nécessité de poursuivre les recherches sur ce trouble. Son impact psychologique est important, les patientes déclarent des sentiments de honte, des idées suicidaires, un isolement social, une diminution du sommeil et une faible qualité de vie [58].

Cette étude met en évidence qu'une seule consultation en sexologie peut déjà avoir un impact positif sur la perception des patientes. Toutefois, face à la complexité des troubles sexuels associés aux douleurs pelviennes chroniques, cet accompagnement reste insuffisant. Une prise en charge prolongée et multidisciplinaire est essentielle pour apporter des réponses adaptées et surtout durables aux patientes.

#### *4.1.3. Evolution des troubles de la pénétration sexuelle douloureuse*

Le trouble de la pénétration sexuelle douloureuse est caractérisé par des douleurs vulvovaginales ou pelviennes persistantes ou récurrentes lors de la pénétration vaginale. Il inclut également une difficulté à la pénétration vaginale, appelée vaginisme, caractérisée par des contractions involontaires des muscles du plancher pelvien. Enfin, il comprend une dimension psychologique marquée par une anxiété concernant ces douleurs [20]. Dans la présente étude, 94% des patientes atteintes de douleurs pelviennes chroniques présentaient ce trouble. Ces résultats sont nettement supérieurs à ceux d'une étude américaine publiée en 2021, qui estime cette prévalence de 10 à 28% [59]. Cette différence s'explique par des modes de recrutement distincts. Ce travail de recherche a inclus des femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques associées à des troubles de la sexualité, plus particulièrement centré sur une composante douloureuse. Cela suggère un biais de sélection avec une forte probabilité de ce trouble. En revanche, Bergeron et al. ont d'abord recruté leurs patientes dans des cliniques spécialisées de la gestion de la douleur pelvienne et des troubles sexuels, ils ont ensuite étudié plus spécifiquement les femmes souffrant de douleur génito-pelvienne à la pénétration [59]. Dans la population générale, une revue systématique portugaise a estimé que les troubles de la pénétration sexuelle douloureuse touchait entre 14 et 34% des femmes pré-ménopausées [60].

Une étude transversale (2016) a révélé que l'altération du fonctionnement sexuel chez les femmes atteintes d'endométriose est liée aux douleurs, notamment aux dyspareunies [23]. Le mécanisme de la douleur est complexe. Il implique non seulement des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux [28], mais aussi une réaction inflammatoire chronique, une composante neuropathique, et parfois résulte de traitements inadaptés [52]. Les différents types de dyspareunies ressentis par les femmes atteintes d'endométriose ont été analysés dans une étude datant de 2021. Les résultats indiquent une grande variabilité des schémas douloureux. Diverses localisations ont été décrites : à l'intromission, de présence ou en profondeur. La nature était variable : brûlures, picotements, crampes, douleurs lancinantes. Enfin, l'intensité perçue et l'impact émotionnel de la douleur diffèrent d'une patiente à l'autre [43]. Dans ce travail de recherche, les différents types de dyspareunies ont été distingués au cours de l'anamnèse. Cependant seule la perception d'une douleur génitale pendant ou juste après une activité sexuelle a été étudiée, au travers des trois questionnaires. La fréquence de ces douleurs tend à diminuer au cours du suivi. La corrélation entre la fréquence et l'impact psychologique de ce trouble est importante et persiste au fil du temps. La douleur est un obstacle majeur à une sexualité épanouie. Elle engendre un évitement des rapports sexuels qui

entraîne une baisse de l'estime de soi et impact négativement les relations conjugales [27]. Par ailleurs, As-Sanie et al. (2013) ont démontré que les femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques présentent une amplification centrale de la douleur. Ce phénomène accentue les troubles sexuels, en raison d'une hypersensibilité douloureuse [8].

Pour certaines femmes, le trouble de la pénétration sexuelle douloureuse se manifeste par une difficulté à la pénétration, aussi appelé vaginisme. Dans la présente étude, la fréquence de ce trouble tend à diminuer au fil du suivi. Une corrélation positive entre la fréquence et l'impact de cette difficulté s'intensifie au cours du temps. Le vaginisme peut être lié à des facteurs mécaniques, tels que l'hypertonie musculaire, mais aussi à des facteurs psychologiques, notamment l'anxiété d'anticipation [20]. Une revue systématique et méta-analyse publiée en 2018 a évalué l'efficacité des traitements médicaux et psychosexuels dans la prise en charge du vaginisme. L'origine du trouble (primaire ou secondaire), sa durée, l'âge des patientes, l'implication du partenaire et la situation géographique n'ont pas influencé les résultats. Parmi les approches étudiées, la thérapie cognitivo-comportementale et l'utilisation de dilateurs vaginaux ont montré une amélioration significative des symptômes. Les auteurs soulignent l'importance d'associer des approches médicales et psychosexuelles pour optimiser l'efficacité des traitements [61]. Ainsi, bien que la prise en charge proposée au CHU de Nice corresponde aux attentes soulevées par la littérature, la complexité de ce trouble explique son impact persistant sur le bien-être des patientes.

#### *4.1.4. Impact psychologique des douleurs pelviennes chroniques*

Les douleurs pelviennes chroniques associées aux troubles de la sexualité entraînent des conséquences psychologiques importantes. Une étude suédoise de 2022 confirme l'impact négatif des douleurs pelviennes chroniques sur le bien-être mental. Elle établit un lien entre ces douleurs, les troubles mentaux et les dysfonctions sexuelles chez les patientes atteintes d'endométriose [39]. Le rôle des douleurs pelviennes chroniques dans la survenue de dépression et d'anxiété chez les patientes endométriosiques est également souligné dans une revue de la littérature de 2022 [24]. De plus, une étude néerlandaise (2020) a mis en évidence une association significative entre les dyspareunies et une moins bonne qualité de vie [36]. Cette dernière est affectée à plusieurs niveaux, notamment sur le bien-être émotionnel, la satisfaction conjugale et la santé mentale. Cette dimension est représentée par une forte prévalence de l'anxiété d'anticipation précédant une activité sexuelle (57% des patientes à

T0) et un évitement des rapports sexuels pour trente-neuf patientes sur soixante-cinq. Toutefois, l'anxiété d'anticipation tend à diminuer au fil des mois. La consultation en sexologie, les conseils apportés et l'éducation thérapeutique contribuent à améliorer la gestion de ces émotions. Les travaux de Payne et al. (2005) ont démontré que l'anxiété et la peur de la douleur engendrent une hypervigilance à la douleur coïtale. Les troubles sexuels et leur impact émotionnel sont ainsi aggravés. Cette amplification cognitive explique l'importance de prendre en compte la détresse sexuelle dans la stratégie thérapeutique [47].

L'image corporelle est également un déterminant du bien-être sexuel. Dans l'échantillon étudié, près de la moitié des patientes (49%) étaient insatisfaites de leur apparence. La stabilité des réponses dans ce domaine reflète sa complexité. Cela souligne la nécessité d'une prise en charge prolongée et approfondie, telle qu'une psychothérapie axée sur l'estime de soi. Une étude multicentrique (2013) met en évidence l'importance de l'estime de soi et du sentiment de féminité en tant que facteurs majeurs de la détresse psychologique chez les femmes souffrant de troubles de la sexualité [29].

En revanche, la gestion de la douleur montre une tendance positive dans l'étude, avec une amélioration progressive du sentiment de compétence des patientes dans ce domaine. Ces résultats rejoignent ceux d'études antérieures, mettant en avant l'efficacité des stratégies multidisciplinaires. La physiothérapie du plancher pelvien (Del Forno et al., 2023) [31], les techniques de focalisation sensorielle (Tajik et al., 2023) [32] et l'acupuncture (Li et al., 2023) [33], se sont révélées efficaces pour réduire la douleur et améliorer la fonction sexuelle. Cependant, des études longitudinales incluant un échantillon plus large et un suivi prolongé seraient nécessaires pour démontrer ces observations.

#### *4.1.5. Place du partenaire dans l'évolution des troubles sexuels*

Bien que la présente étude ne se concentre pas sur les conséquences des douleurs pelviennes chroniques sur le partenaire, il est indispensable d'aborder le sujet. Lors de la consultation en sexologie, une question était posée sur la communication au sein du couple. La majorité des patientes (57%) déclarait communiquer ouvertement avec leur partenaire, contre 8.5% qui se trouvait face à un manque de communication sur le sujet. Ces résultats correspondent à ceux de l'enquête réalisée en 2021 par EndoFrance, 7% des femmes endométriosiques déclarait ne pas pouvoir en parler avec leur partenaire. Dans 64.1%,

l'échange avec le partenaire était perçu comme bénéfique pour améliorer la sexualité du couple [62]. L'enquête menée par EndoVie, publiée fin 2024, s'est intéressée à l'impact de l'endométriose sur les partenaires. Elle révèle que 26% des personnes interrogées évitent les rapports sexuels à cause de l'endométriose de leur partenaire, tandis que 49% craignent de la blesser. Plus d'un quart des répondants déclarent avoir du mal à comprendre les attentes et les besoins de leur partenaire lors des épisodes de douleur causés par l'endométriose [63]. Bergeron et al. (2021) ont étudié l'impact de la réactivité perçue du partenaire, c'est-à-dire la manière dont il répond aux besoins émotionnels et sexuels, sur la satisfaction sexuelle des femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques. Ils ont constaté que cette réactivité est positivement associée au bien-être sexuel des femmes et contribue à réduire l'impact négatif de la douleur. L'étude souligne l'importance d'une dynamique relationnelle positive dans la gestion de la douleur sexuelle [59]. Une seconde étude, parue la même année, révèle que dans 71.9% des cas les femmes estiment que l'endométriose a un retentissement non seulement sur leur sexualité mais aussi sur celle de leur partenaire [64]. Ainsi la place du partenaire dans le parcours de soin ne doit pas être négligée. Il serait pertinent d'évaluer la satisfaction sexuelle des patientes souffrant de douleurs pelviennes chroniques et de leur partenaire, en comparant les couples où le partenaire est impliqué dans la prise en charge à ceux où il ne l'est pas.

#### *4.1.6. Les antécédents de violence*

Dans l'étude initiale, 65% des patientes atteintes de douleurs pelviennes chroniques avaient subi des violences avec une prévalence importante des violences sexuelles (42%). De plus, une prévalence élevée (62%) d'antécédents de violences dans la population de femmes souffrant de trouble de la pénétration sexuelle douloureuse était observée, ainsi que chez les patientes atteintes d'endométriose (67%). Ces résultats sont corrélés avec ceux de Grinberg et al, 2020 [6]. En effet, ils ont mis en évidence un lien entre une hyperactivation du système nerveux central et une altération de la perception de la douleur. Ce phénomène influence le développement des douleurs pelviennes chroniques et impact la sexualité. Une revue de la littérature publiée en 2021, appuie également cette idée. Elle souligne l'importance du rôle des expériences traumatisantes dans la modulation de la douleur [1]. L'association entre ces antécédents et les troubles sexuels n'est pas significative dans la présente étude, suggérant l'existence d'autres facteurs dans la survenue de ces dysfonctions. Néanmoins, une méta-analyse datant de 2006, a analysé les facteurs prédisposants les femmes aux douleurs pelviennes chroniques. Une association entre les antécédents d'abus sexuel et la survenue de

douleurs pelviennes chroniques et de dyspareunies a été mise en évidence [65]. Une seconde méta-analyse publiée en 2021, a démontré un lien significatif entre les antécédents de violences sexuelles et la survenue de dyspareunie [66]. Une revue systématique paru en 2023 a étudié les conséquences fonctionnelles d'une agression sexuelle chez les adultes. Des effets négatifs étaient retrouvés sur chaque dimension étudiée : psychologique, physique et sociale. Les victimes signalaient des dysfonctions sexuelles comme la vulvodynie et la dyspareunie, ainsi qu'une baisse de la satisfaction sociale, de l'estime de soi et de la qualité de vie par rapport à la population générale. Cependant, les preuves de ces altérations fonctionnelles restent insuffisantes, limitant la compréhension des effets de ces traumatismes [67]. Des recherches plus approfondies sont nécessaires dans ce domaine. Une approche multifactorielle est donc essentielle pour comprendre et prendre en charge les violences passées et les dysfonctions sexuelles présentes. Il est important d'adapter l'accompagnement des patientes en fonction de la temporalité et du vécu de chacune.

Dans ce travail de recherche, les violences ont été classées en trois types : physiques, sexuelles et psychologiques, sans distinction avec la maltraitance infantile. En revanche, Netzl et al. (Allemagne, 2020), se sont intéressés à un possible lien entre les antécédents de maltraitance infantile et la survenue de douleurs pelviennes chroniques, mais il n'ont pas montré d'association significative ( $p\text{-value} = 0.074$ ) [39]. Une étude multicentrique à plus grande échelle semble nécessaire pour confirmer ou infirmer cette association.

#### *4.1.7. Impact de la prise en charge en santé sexuelle*

L'évaluation réalisée lors de la première consultation en sexologie met en évidence la complexité des troubles sexuels chez les patientes souffrant de douleurs pelviennes chroniques. Ces troubles ne se limitent pas à des causes organiques, mais impliquent également des facteurs psychologiques, conjugaux, sexuels et environnementaux [1]. Face à cette réalité, une prise en charge multidisciplinaire au long cours s'avère essentielle pour briser les tabous et permettre aux patientes de redéfinir une sexualité épanouissante, libérée des injonctions sociales.

Au CHU de Nice, la prise en charge des douleurs pelviennes chroniques associées aux troubles de la sexualité repose sur une approche multidisciplinaire et individualisée. Elle associe des consultations avec divers professionnels, notamment des spécialistes en douleurs

pelviennes (89 %) et des psychologues (88 %), ainsi que des traitements médicaux. Des outils thérapeutiques, tels que des exercices de respiration (77%) et des guides sur la sexualité et la douleur (85%) sont également proposés. En parallèle, des thérapies alternatives comme l'acupuncture (65%) et les médecines intégratives (68%) sont utilisées. Cette approche globale intègre ainsi des dimensions physiques, psychologiques et éducatives.

De nombreuses études concernant l'approche thérapeutique de ces troubles sont recensées dans la littérature. Parmi elles, la rééducation périnéale semble particulièrement prometteuse. Une revue systématique et méta-analyse, publiée en 2024, souligne son efficacité pour améliorer plusieurs dimensions de la sexualité féminine, tels que l'excitation, l'orgasme, la satisfaction sexuelle, et la réduction de la douleur [68]. En raison du faible niveau de certitude de cette méta-analyse, il est nécessaire de poursuivre l'évaluation de cette approche sur la population cible. Un essai contrôlé randomisé (2023) a étudié cette pratique chez les femmes atteintes d'endométriose profonde. La physiothérapie du plancher pelvien apparaît alors efficace dans la prise en charge des dyspareunies superficielles et des douleurs pelviennes chroniques. [31]. Intégrer la rééducation périnéale dans le parcours de soins des patientes souffrant de douleurs pelviennes chroniques et de troubles de la sexualité pourrait améliorer leur fonction sexuelle.

D'autres stratégies thérapeutiques ont également été explorées. Selon une revue systématique publiée en 2016, les traitements médicaux, qu'ils soient topiques ou systémiques, réduisent les douleurs sexuelles mais n'offrent pas toujours un soulagement complet. Ils s'accompagnent fréquemment d'effets secondaires [69]. Bien que les interventions chirurgicales soient souvent efficaces, elles présentent une variabilité dans la réduction de la douleur. Cela justifie de privilégier des approches moins invasives en première intention [69]. Selon une étude de cohorte prospective publiée en 2023, un traitement médical ou chirurgical spécialisé permet de diminuer la douleur chez les patientes atteintes d'endométriose [30]. Après une chirurgie de l'endométriose profonde, l'association de la technique de concentration sensorielle et des changements de position sexuelle réduit significativement la douleur lors des rapports [32]. Les thérapies physiques et psychologiques apparaissent alors comme des alternatives prometteuses, renforçant l'importance d'une prise en charge biopsychosociale des troubles sexuels douloureux.

Des thérapies alternatives, telle que l'acupuncture, trouvent également leur place dans les stratégies thérapeutiques visant à réduire la douleur dans la population cible. Un essai

multicentrique randomisé réalisé en Chine, a évalué l'impact de l'acupuncture dans le soulagement des douleurs liées à l'endométriose. Elle a montré une efficacité dans le soulagement des dysménorrhées, douleurs lors des menstruations, et dans l'amélioration de la qualité de vie des patientes endométriosiques. Cependant, son effet dans le soulagement des dyspareunies et des douleurs pelviennes chroniques n'a pas été démontré. Il est important de noter que l'efficacité de l'acupuncture est limitée dans le temps, elle s'estompe quelques semaines après la fin du traitement [33].

Malgré ces traitements, de nombreuses patientes continuent de souffrir, suggérant la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire, associant professionnels de santé et participation active des patientes pour optimiser les résultats thérapeutiques [69]. Netzl et al. (2022) soulignent l'importance de cette collaboration interprofessionnelle intégrant un soutien psychologique et des conseils en santé sexuelle [39]. Dans ce contexte, la consultation en sexologie joue un rôle essentiel. Elle permet d'évaluer les troubles sexuels et de mesurer leurs impacts psychosociaux. En proposant des conseils et des outils thérapeutiques, elle favorise l'implication des patientes dans la recherche de solutions alternatives adaptées. Six mois après cette consultation, la majorité des femmes de l'étude déclarent chercher activement des stratégies pour améliorer leur sexualité. La consultation en sexologie contribue ainsi à une prise en charge centrée sur leurs besoins spécifiques, plus de la majorité des patientes de l'étude ressentent un impact positif de cette consultation. Ces résultats sont corrélés avec la littérature. Selon une revue publiée en 2021, une prise en charge optimale repose sur plusieurs facteurs et doit être centrée sur la patiente. Sa participation dans la prise de décision doit être systématique. Les professionnels doivent être à l'écoute de la patiente et proposer une stratégie thérapeutique impliquant une équipe pluridisciplinaire [1].

#### *4.1.8. Implication et freins à la prise en charge des troubles sexuels*

Alors que la moitié des patientes se questionnent sur leur vie intime, seules cinq sur seize ont bénéficié d'une prise en charge simultanée de leurs troubles sexuels et de leurs douleurs pelviennes chroniques. Pourtant, dès le début de l'étude, la moitié des patientes souhaitaient une exploration de leurs dysfonctions sexuelles. Cette discordance de temps entre les deux prises en charge est cohérente avec la littérature. Selon l'enquête réalisée par EndoFrance en 2021, une femme sur deux n'avait jamais été interrogée sur sa sexualité par l'équipe soignante [62]. Une seconde enquête menée la même année souligne que la sexualité

est rarement abordée en consultation. Les patientes atteintes d'endométriose souffrant de troubles sexuels expriment un besoin d'information et de prise en charge. Selon elles, une consultation en sexologie devrait être proposée dès le début du parcours de soins [64]. Cependant, Lemaire et al. (2006) insistent sur l'importance d'évaluer le contexte personnel du patient atteint de pathologie chronique. Il est essentiel d'apprécier son niveau d'évolution et de réceptivité afin d'aborder la question de la sexualité au moment le plus adapté [70]. La présente étude met en évidence une corrélation significativement positive entre le degré d'implication des patientes et leur niveau de motivation à suivre la prise en charge. En moyenne, les patientes étaient très impliquées ( $7.19/10 \pm 2.01$ ).

Selon la définition de l'OMS, la santé sexuelle fait partie intégrante du bien-être général. Pourtant, ce besoin demeure insuffisamment pris en charge [46]. De nombreuses patientes expriment une forte demande de consultation en sexologie, mais se heurtent à plusieurs obstacles : des freins financiers, un manque d'information et des difficultés à trouver un professionnel spécialisé. Il est donc crucial de développer un meilleur accès aux soins en sexologie afin d'apporter des réponses adaptées aux attentes des patientes et d'améliorer leur qualité de vie. Près de la moitié (46%) des patientes de l'étude ignorent l'existence ou le rôle des consultations en sexologie. Seulement 8.2% des personnes interrogées au cours de l'enquête Endofrance (2021) avait consulté un sexologue [62]. L'accès perçu comme restreint pour de telles consultations témoigne d'une offre mal répertoriée et limitée. Ces résultats reflètent un véritable problème de santé publique actuel. Une meilleure accessibilité économique des soins, des campagnes d'information et de sensibilisation au grand public et une augmentation de la formation des professionnels paraissent essentiels dans l'amélioration de la prise en charge des dysfonctions sexuelles. En réponse à ces difficultés, une stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) a débuté en 2017. Elle vise notamment à promouvoir la santé sexuelle et répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables [46].

Par ailleurs, l'appréhension du jugement et la crainte de ne pas être écoutée sont des obstacles notables. Ces barrières à la consultation soulignent l'influence de la stigmatisation sociale et la persistance des tabous dans la société actuelle [64]. Cependant, elles ne sont pas spécifiques à la population étudiée. En 2015, l'OMS a identifié plusieurs obstacles à l'abord de la sexualité lors des consultations médicales, notamment le manque de formation des professionnels de santé, les normes socioculturelles et le manque de temps lors de ces consultations [71].

Enfin, un parcours médical long, composé souvent de plusieurs interventions à visées diagnostiques, entrave également la prise en charge en santé sexuelle [15]. La difficulté de diagnostiquer l'étiologie des douleurs pelviennes chroniques a été étudiée par Zondervan et al. en 2013, notant qu'environ 50% des patientes ne reçoivent pas de diagnostic précis [9]. Dans la présente étude, 30% des patientes étaient dans ce cas. Ces données suggèrent l'impact négatif des douleurs pelviennes chroniques sur la vie intime et sexuelle des patientes [9]. Une approche bienveillante et sécurisante est donc essentielle pour favoriser le dépistage et la prise en charge des troubles de la vie intime et sexuelle.

#### 4.2. Points forts de l'étude

La validité récente (2024) du questionnaire utilisé assure la fiabilité des données recueillies. Bien que ce questionnaire ait été validé par une étude française s'intéressant à une population atteinte de sclérose en plaque, son extension pour des populations atteintes d'autres pathologies chroniques a été confirmé. Ce questionnaire met en évidence non seulement la fréquence d'un trouble de la réponse sexuelle mais aussi son impact psychologique, souvent négligé dans les études. En effet, l'analyse des facteurs psychologiques et comportementaux influençant les douleurs pelviennes chroniques est souvent sous-estimée dans la littérature. Il offre donc une vision globale des différentes dimensions de la réponse sexuelle, en intégrant des aspects émotionnels. Les résultats de l'étude sont ainsi cohérents avec les objectifs du QPS-F [50].

Ce travail de recherche s'intéresse à une cohorte de patientes suivies sur plusieurs mois, permettant une analyse longitudinale des troubles de la sexualité associés aux douleurs pelviennes chroniques. L'évolution des symptômes et l'impact de la consultation spécialisée ont pu être analysés sur le long terme. La présence d'un questionnaire à trois et six mois permet une analyse approfondie des variations dans le temps.

La consultation spécialisée en sexologie constitue l'élément central de l'étude. Elle permet une prise en charge spécifique par des professionnels formés, apportant ainsi des solutions adaptées à chaque patiente. Cette approche permet une meilleure compréhension des mécanismes impliqués et favorise l'élaboration de stratégies thérapeutiques individualisées.

L'étude se distingue ainsi par son approche multidisciplinaire. Des dimensions psychologiques, physiologiques et sociales ont été intégrées.

Enfin, ce travail de recherche se distingue par son caractère innovant et sa pertinence clinique. Les troubles de la sexualité associés aux douleurs pelviennes chroniques demeurent sous-évalués, malgré leur impact majeur sur la qualité de vie des patientes. Cette étude apporte des données récentes en soulignant l'importance d'une approche globale en santé sexuelle.

### 4.3. Points faibles de l'étude

Le nombre restreint de patientes ayant répondu aux trois questionnaires (n=16) réduit la puissance statistique des analyses comparatives. Dans les études longitudinales, le taux de réponses tend à diminuer avec le temps, créant ainsi une limite de l'étude. Plusieurs facteurs peuvent expliquer la difficulté à recueillir des réponses au cours du temps : un manque d'implication des patientes dans leur prise en charge, l'absence de résultat visible, ou, au contraire, l'amélioration des dysfonctions qui peuvent diminuer l'intérêt pour le suivi. Un manque de temps ou de disponibilité peut également expliquer l'absence de réponses aux questionnaires. Ainsi, la taille réduite de l'échantillon empêche la généralisation des résultats. Cependant, malgré la faible taille de l'échantillon les analyses permettent d'identifier des tendances générales et d'évaluer l'impact d'une prise en charge multidisciplinaire.

L'absence d'un groupe témoin empêche de conclure sur l'efficacité spécifique de la prise en charge étudiée. Un biais de sélection doit être pris en compte dans l'interprétation des résultats. En effet, on peut s'interroger sur les raisons de l'interruption du suivi des patientes. Les difficultés d'accès aux soins ou la perception négative de la consultation en sexologie peuvent expliquer cette rupture dans la prise en charge. Par ailleurs, les facteurs psychologiques et socioculturels ont un impact majeur dans la réussite des interventions thérapeutiques. Or une analyse plus approfondie aurait permis de les définir et ainsi de mesurer leur influence sur la prise en charge des patientes.

Le questionnaire QPS-F a été validé en comparaison avec le FSFI, cependant, il n'a pas été validé par un diagnostic clinique. Sa validation a été réalisée sur une population atteinte de sclérose en plaque. Bien que l'étude ait précisé son extension sur les maladies

chroniques en général, il serait pertinent de valider ce questionnaire spécifiquement sur les patientes souffrant de douleurs pelviennes chroniques [50]. Une étude supplémentaire semble donc nécessaire pour confirmer sa validité et sa pertinence dans cette population. Par ailleurs, il ne prend pas en compte le partenaire, limitant ainsi son approche relationnelle. Il serait intéressant d'inclure le partenaire dans l'étude, d'évaluer sa perception et son implication dans les douleurs pelviennes chroniques et les dysfonctions sexuelles. Analyser les conséquences psychologiques et relationnelles permettrait une approche globale du couple, non centré uniquement sur la femme. De plus, le QPS-F intègre la lubrification à la dimension « excitation », elle n'est pas évaluée de manière distincte, ce qui peut influencer l'interprétation des résultats [50].

Les questionnaires utilisés reposent sur une auto-évaluation de la vie sexuelle des mois précédents (six mois pour T0 et trois mois pour T1 et T2), ce qui expose à un biais de mémorisation. En effet, les patientes peuvent avoir des souvenirs imprécis de leurs dysfonctions sexuelles, la fiabilité des réponses est ainsi influencée. Des biais émotionnels ou culturels sont également à prendre en compte. L'évaluation des troubles est subjective, chaque patiente interprète son vécu. Les expériences passées, l'éducation ou l'environnement socioculturel dans lequel elles évoluent risquent d'influencer leurs réponses.

L'ajout d'un questionnaire complémentaire évaluant la qualité de vie globale aurait permis d'obtenir une vision plus complète de l'impact des douleurs pelviennes chroniques sur le bien-être général des patientes. Les conséquences de ces troubles sur les différents aspects de la vie quotidienne auraient pu être évaluées.

La durée de la consultation en sexologie n'a pas toujours été suffisante pour recueillir toutes les informations nécessaires à une anamnèse détaillée. Etendre la durée de la consultation aurait permis d'explorer chaque facteur impactant la vie intime et sexuelle des patientes. Par ailleurs, l'étude a débuté simultanément à l'ouverture de ces consultations, ainsi les professionnels ont ajusté progressivement leur pratique. Cette concomitance entre le lancement de l'étude et l'ouverture des consultations explique également le nombre limité de patientes incluses, restreint par la durée de l'étude.

Le délai entre la première consultation en sexologie et la réévaluation de la qualité de la vie intime des patientes est parfois trop court pour mettre en évidence une évolution significative. La complexité des troubles de la sexualité associés aux douleurs pelviennes chroniques explique le besoin de temps et d'ajustement thérapeutique pour constater une

amélioration significative de la qualité de vie des patientes. Il est important de souligner que les consultations en sexologie font face à une forte demande, entraînant des délais d'attente relativement longs, de deux à trois mois. Cette contrainte réduit le nombre de consultations possibles, limitant ainsi la possibilité d'un suivi approfondi et d'une intervention thérapeutique prolongée. Par conséquent, l'évaluation rigoureuse de l'impact de la sexothérapie reste complexe, d'autant plus que les bénéfices d'une telle prise en charge nécessitent souvent un accompagnement sur une période plus longue, en particulier dans le cadre du traitement des douleurs pelviennes chroniques.

Enfin, aucune définition précise du rapport sexuel n'a été donnée aux patientes. Si cela permet d'inclure tous types de rapport, il ne permet pas d'évaluer les différences selon leur nature. L'orientation sexuelle n'a pas été explorée. Les pratiques d'autostimulation et de masturbation ne sont pas mentionnées dans les questionnaires utilisés. Cette absence de précision peut induire des biais dans l'interprétation des réponses et influencer l'analyse des résultats. Il serait intéressant de faire une étude comparative en fonction du type de rapport ou de l'orientation sexuelle.

#### 4.4. Proposition de champs d'action

L'amélioration de la prise en charge des troubles sexuels associés aux douleurs pelviennes chroniques repose sur plusieurs axes complémentaires. La formation des professionnels de santé constitue une étape essentielle pour garantir un accompagnement adapté et sans tabou [46]. Une meilleure connaissance des dysfonctions sexuelles permettrait aux soignants d'aborder cette thématique avec plus d'aisance et de répondre de manière adaptée aux préoccupations des patientes. Des formations spécifiques axées sur la santé sexuelle, la gestion de la douleur chronique et l'écoute active favoriseraient un environnement bienveillant et sécurisant.

L'intégration systématique d'un questionnaire d'évaluation des troubles sexuels lors des consultations de suivi des pathologies chroniques pourrait favoriser leur dépistage précoce et efficace, facilitant ainsi une prise en charge adaptée. Le questionnaire QPS-F pourrait être validé dans le cadre des douleurs pelviennes chroniques et son utilisation serait alors standardisée. Cet outil permet une évaluation rapide et précise des symptômes et de leur retentissement [50]. La dimension sexuelle pourrait alors faire partie intégrante de la prise en

charge globale des patientes. Un dépistage précoce permet de limiter l'aggravation des troubles en proposant des interventions adaptées. Ainsi, la qualité de vie des patientes serait améliorée. En systématisant cette approche, les professionnels de santé normalisent la discussion autour de la sexualité, il réduisent la réticence des patientes à évoquer leurs difficultés.

L'information et la sensibilisation des patientes sur l'importance d'exprimer leurs troubles et l'existence de solutions thérapeutiques est une étape essentielle pour favoriser un dépistage et une prise en charge efficace. De nombreuses personnes hésitent à consulter par peur du jugement ou de la banalisation de leurs symptômes. Tandis que d'autres personnes ignorent totalement l'existence de consultations spécialisées pouvant apporter des solutions thérapeutiques adaptées à leur trouble. Des campagnes d'éducation et de sensibilisation, intégrant des supports pédagogiques variés et accessibles, permettent de normaliser ces problématiques et d'encourager les patientes à rechercher une aide appropriée. Par ailleurs, l'accessibilité aux consultations spécialisées en sexologie doit être améliorée par un renforcement du nombre de professionnels formés et une meilleure coordination entre les différentes structures de soins [46]. Les démarches pour bénéficier d'une telle consultation doivent être facilitées par une meilleure orientation des patientes et une prise en charge financière adéquate.

Une approche multidisciplinaire est indispensable pour une prise en charge globale des troubles sexuels liés aux douleurs pelviennes chroniques. La coordination entre sexologues, psychologues, kinésithérapeutes spécialisés, gynécologues et algologues permet d'aborder l'ensemble des dimensions impliquées, tant physiologiques que psychologiques. L'association de plusieurs stratégies thérapeutiques, telles que les techniques de relaxation, la thérapie cognitivo-comportementale, la physiothérapie et les traitements médicaux ciblés, renforce l'efficacité de la prise en charge et améliore la qualité de vie des patients.

Enfin, l'implication du partenaire est essentielle dans la prise en charge des troubles sexuels. Une communication ouverte et bienveillante au sein du couple permet de mieux comprendre l'impact de ces troubles sur la relation. La présence du partenaire lors des consultations et les thérapies adaptées favorisent une meilleure compréhension des besoins et des attentes de chacun, contribuant ainsi à préserver leur bien-être sexuel et relationnel. La nécessité d'impliquer le partenaire dans la stratégie thérapeutique a été mise en évidence par une revue de la littérature, datant de 2020, concernant les femmes atteintes d'endométriose.

Les résultats démontrent un impact profond de la maladie sur les partenaires [72]. Cette observation rejoint les résultats de Kfoury et al. (2023), qui ont mis en évidence un lien entre la satisfaction du couple et la satisfaction sexuelle chez les patientes souffrant d'endométriose [26].

## 5. Conclusion

Les troubles de la sexualité associés aux douleurs pelviennes chroniques constituent un enjeu majeur de santé publique, impactant significativement la qualité de vie des patientes. Cette étude a permis de mesurer l'impact d'une consultation en sexologie incluse dans un parcours de soins pluridisciplinaire.

Les résultats montraient une forte prévalence des dysfonctions sexuelle, notamment du trouble de la pénétration sexuelle douloureuse, dans la population étudiée, souvent associés avec l'endométriose. Une prévalence élevée d'antécédents de violence faites aux femmes était observée dans la population étudiée. Une corrélation entre la fréquence des troubles et leur retentissement émotionnel a été mise en évidence. Si des améliorations ont été observées sur certaines dimensions, telles que l'anxiété d'anticipation et les troubles du désir, d'autres problématiques, comme les troubles orgasmiques et les troubles de la pénétration vaginale, persistent.

Cette étude souligne l'importance d'une prise en charge globale et multidisciplinaire des troubles de la sexualité associés aux douleurs pelviennes chroniques. L'intégration d'une consultation spécialisée en santé sexuelle dans un parcours de soins pluridisciplinaire semble apporter un bénéfice aux patientes. Cependant, l'amélioration de la satisfaction sexuelle reste limitée, soulignant la nécessité d'un suivi prolongé et individualisé.

L'accessibilité aux soins en santé sexuelle et la formation des professionnels de santé à cette prise en charge doivent être renforcées pour optimiser l'accompagnement des patientes. Sensibiliser davantage et améliorer l'orientation vers des consultations spécialisées permettraient d'accroître l'efficacité des interventions thérapeutiques.

Pour conclure, ces travaux mettent en avant la nécessité de poursuivre les recherches afin de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents aux interactions entre douleurs pelviennes chroniques et troubles sexuels. L'objectif est d'affiner les stratégies thérapeutiques et de proposer des solutions adaptées aux besoins spécifiques de chaque patiente.

## Bibliographie

1. Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, Rapkin A. Chronic Pelvic Pain in Women: A Review. *JAMA*. 15 juin 2021;325(23):2381-91.
2. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. sept 2005;34(5):513.
3. Dydyk AM, Gupta N. Chronic Pelvic Pain. *StatPearls*. [En ligne].2023 [cité le 4 déc 2024]. Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554585/>
4. Ayorinde AA, Macfarlane GJ, Saraswat L, Bhattacharya S. Chronic pelvic pain in women: an epidemiological perspective. *Womens Health (Lond)*. nov 2015;11(6):851-64.
5. Cheong Y, William Stones R. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 1 oct 2006;20(5):695-711.
6. Grinberg K, Sela Y, Nissanholtz-Gannot R. New Insights about Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS). *International Journal of Environmental Research and Public Health*. janv 2020;17(9):3005.
7. Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, Abbiati A, Barbara G, Fedele L. Chronic pelvic pain in women: etiology, pathogenesis and diagnostic approach. *Gynecol Endocrinol*. mars 2009;25(3):149-58.
8. As-Sanie S, Harris RE, Harte SE, Tu FF, Neshewat G, Clauw DJ. Increased Pressure Pain Sensitivity in Women With Chronic Pelvic Pain. *Obstetrics & Gynecology*. nov 2013;122(5):1047.
9. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. Chronic pelvic pain in the community—Symptoms, investigations, and diagnoses. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 mai 2001;184(6):1149-55.
10. Cid M. Violences faites aux femmes : quel impact sur les douleurs du pelvis [diaporama]. Nice ; 2023 [cité 11 févr 2025]. Document interne.
11. Riant T. Comprendre les douleurs pelvi-périnéales chroniques en 2021. Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement. 1 avr 2021;22(2):75-93.
12. Levesque A. Différents types de douleurs [diaporama]. Nantes : Faculté de médecine de Nantes ; 2019 [cité le 06 fev 2025]. Document interne.
13. OMS. Endometriosis. [En ligne]. 2023 [cité le 9 avr 2024]. Disponible : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>
14. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, de Cicco Nardone F, de Cicco Nardone C, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril*. août 2011;96(2):366-373.e8.

15. Pašalić E, Tambuwala MM, Hromić-Jahjefendić A. Endometriosis: Classification, pathophysiology, and treatment options. *Pathol Res Pract.* nov 2023;251:154847.
16. Sampson JA. Metastatic or Embolic Endometriosis, due to the Menstrual Dissemination of Endometrial Tissue into the Venous Circulation - PMC [En ligne]. 1927 [cité le 10 mars 2024]. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1931779/>
17. Gouesbet S. Endométriose : perspectives des patientes pour améliorer la prise en charge et trajectoires d'évolution des douleurs dans la cohorte ComPaRe-Endométriose [Thèse de doctorat]. Paris, France : Université Paris-Saclay ; 2023
18. Gruber TM, Mechsner S. Pathogenesis of Endometriosis: The Origin of Pain and Subfertility. *Cells.* 3 juin 2021;10(6):1381.
19. Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update.* 2005;11(6):595-606.
20. CIM-11. Trouble de la pénétration sexuelle douloureuse [En ligne]. 2024 [cité le 20 juin 2024]. Disponible : <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/fr#1932194482>
21. Taylor HS, Kotlyar AM, Flores VA. Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations. *Lancet.* 27 févr 2021;397(10276):839-52.
22. Casalechi M, Vieira-Lopes M, Quessada MP, Araújo TC, Reis FM. Endometriosis and related pelvic pain: association with stress, anxiety and depressive symptoms. *Minerva Obstet Gynecol.* juin 2021;73(3):283-9.
23. De Graaff AA, Van Lankveld J, Smits LJ, Van Beek JJ, Dunselman G a. J. Dyspareunia and depressive symptoms are associated with impaired sexual functioning in women with endometriosis, whereas sexual functioning in their male partners is not affected. *Hum Reprod.* nov 2016;31(11):2577-86.
24. van Barneveld E, Manders J, van Osch FHM, van Poll M, Visser L, van Hanegem N, et al. Depression, Anxiety, and Correlating Factors in Endometriosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Womens Health (Larchmt).* févr 2022;31(2):219-30.
25. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, Laufer MR, Leyland N, Missmer SA, et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 1 avr 2019;220(4):354.e1-354.e12.
26. Kfoury M, Barakat H, Hallit S, Saliba S. Association between endometriosis and sexual satisfaction among a sample of lebanese women. *BMC Womens Health.* 6 avr 2023;23(1):164.
27. Denny E, Mann CH. Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. *J Fam Plann Reprod Health Care.* juill 2007;33(3):189-93.
28. Rossi V, Tripodi F, Simonelli C, Galizia R, Nimbi FM. Endometriosis-associated pain: a review of quality of life, sexual health and couple relationship. *Minerva Obstet Gynecol.* oct 2021;73(5):536-52.

29. Fritzer N, Haas D, Oppelt P, Renner S, Hornung D, Wölfler M, et al. More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* juill 2013;169(2):392-6.
30. Halici BNA, Aktoz F, Kabakci M, Kiran G, Ozcan P. Analysis of preoperative and postoperative quality of life, sexual function, and sleep in patients with endometriosis: a prospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet.* janv 2023;307(1):113-20.
31. Del Forno S, Cocchi L, Arena A, Pellizzone V, Lenzi J, Raffone A, et al. Effects of Pelvic Floor Muscle Physiotherapy on Urinary, Bowel, and Sexual Functions in Women with Deep Infiltrating Endometriosis: A Randomized Controlled Trial. *Medicina (Kaunas).* 29 déc 2023;60(1):67.
32. Tajik P, Shahali S, Padmehr R. Effects of sensate focus technique and position changing on sexual function of women with deep-infiltrating endometriosis after surgery: A clinical trial study. *Int J Reprod Biomed.* juin 2023;21(6):509-20.
33. Li PS, Peng XM, Niu XX, Xu L, Hung Yu Ng E, Wang CC, et al. Efficacy of acupuncture for endometriosis-associated pain: a multicenter randomized single-blind placebo-controlled trial. *Fertil Steril.* mai 2023;119(5):815-23.
34. Barbara G, Buggio L, Facchin F, Vercellini P. Medical Treatment for Endometriosis: Tolerability, Quality of Life and Adherence. *Front Glob Womens Health.* 2021;2:729601.
35. Giudice LC, Oskotsky TT, Falako S, Opoku-Anane J, Sirota M. Endometriosis in the era of precision medicine and impact on sexual and reproductive health across the lifespan and in diverse populations. *FASEB J.* sept 2023;37(9):e23130.
36. van Poll M, van Barneveld E, Aerts L, Maas JWM, Lim AC, de Greef BTA, et al. Endometriosis and Sexual Quality of Life. *Sex Med.* sept 2020;8(3):532-44.
37. De Graaff AA, D'Hooghe TM, Dunselman G a. J, Dirksen CD, Hummelshoj L, WERF EndoCost Consortium, et al. The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Hum Reprod.* oct 2013;28(10):2677-85.
38. Ferrero S, Esposito F, Abbamonte LH, Anserini P, Remorgida V, Ragni N. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertil Steril.* mars 2005;83(3):573-9.
39. Netzl J, Gusy B, Voigt B, Sehouli J, Mechsner S. Chronic Pelvic Pain in Endometriosis: Cross-Sectional Associations with Mental Disorders, Sexual Dysfunctions and Childhood Maltreatment. *J Clin Med.* 27 juin 2022;11(13):3714.
40. Privitera G, O'Brien K, Misajon R, Lin CY. Endometriosis Symptomatology, Dyspareunia, and Sexual Distress Are Related to Avoidance of Sex and Negative Impacts on the Sex Lives of Women with Endometriosis. *Int J Environ Res Public Health.* 14 févr 2023;20(4):3362.
41. Alappattu MJ, Bishop MD. Psychological factors in chronic pelvic pain in women: relevance and application of the fear-avoidance model of pain. *Phys Ther.* oct 2011;91(10):1542-50.

42. Tayyeb M, Gupta V. Dyspareunia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cité 21 juin 2023]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562159/>
43. Wahl KJ, Imtiaz S, Lisonek M, Joseph KS, Smith KB, Yong PJ, et al. Dyspareunia in Their Own Words: A Qualitative Description of Endometriosis-Associated Sexual Pain. *Sex Med.* févr 2021;9(1):100274.
44. Hämmerli S, Kohl-Schwartz A, Imesch P, Rauchfuss M, Wölfli MM, Häberlin F, et al. Sexual Satisfaction and Frequency of Orgasm in Women With Chronic Pelvic Pain due to Endometriosis. *J Sex Med.* déc 2020;17(12):2417-26.
45. Dijk-Coombes V, Marian R. Towards a new understanding of the curse of Eve: female sexual pain in Genesis 3:16 and other ancient texts. *Scriptura.* 2020;119(1):1-14.
46. Ministère de la Santé et de l'Accès aux Soins. Santé sexuelle [En ligne]. 2024. [cité le 5 déc 2024]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
47. Payne KA, Binik YM, Amsel R, Khalifé S. When sex hurts, anxiety and fear orient attention towards pain. *Eur J Pain.* août 2005;9(4):427-36.
48. Hill DA, Taylor CA. Dyspareunia in Women. *Am Fam Physician.* 15 mai 2021;103(10):597-604.
49. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191-208.
50. Bresch S, Joly H, Colamarino R, Bentellis I, Tur S, Fakir S, et al. French validation of the sexual complaints screener (SCS) for patients with multiple sclerosis. *Rev Neurol (Paris).* 14 oct 2024;S0035-3787(24)00601-5.
51. Tripoli TM, Sato H, Sartori MG, de Araujo FF, Girão MJBC, Schor E. Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *J Sex Med.* févr 2011;8(2):497-503.
52. Grangier L, Aerts L, Pluchino N. [Clinical investigation of Sexual pain in patients with endometriosis]. *Rev Med Suisse.* 23 oct 2019;15(668):1941-4.
53. Yang X, Xu X, Lin L, Xu K, Xu M, Ye J, et al. Sexual function in patients with endometriosis: a prospective case-control study in China. *J Int Med Res.* avr 2021;49(4):3000605211004388.
54. Aerts L, Grangier L, Dallenbach P, Wenger JM, Streuli I, Bianchi-Demicheli F, et al. Understanding sexual pain in endometriosis. *Minerva Ginecol.* juin 2019;71(3):224-34.
55. Ding A, Noga H, Bouchard KN, Bedaiwy MA, Lee C, Allaire C, et al. Pain with orgasm in endometriosis: potential etiologic factors and clinical correlates. *J Sex Med.* 3 sept 2024;21(9):807-15.
56. Goldstein I, Komisaruk BR, Pukall CF, Kim NN, Goldstein AT, Goldstein SW, et al. International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Review of

- Epidemiology and Pathophysiology, and a Consensus Nomenclature and Process of Care for the Management of Persistent Genital Arousal Disorder/Genito-Pelvic Dysesthesia (PGAD/GPD). *J Sex Med.* avr 2021;18(4):665-97.
57. Kapuśniak NE, Piegza M. Persistent genital arousal disorder - the present knowledge. *Psychiatr Pol.* 31 déc 2022;56(6):1203-19.
  58. Magana K, Howard H, Fitzgerald K, Hemmerich C, Babb C, Vassar M. Treatment in persistent genital arousal disorder: a scoping review. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2024;37(6):970-5.
  59. Bergeron S, Pâquet M, Steben M, Rosen NO. Perceived partner responsiveness is associated with sexual well-being in couples with genito-pelvic pain. *J Fam Psychol.* août 2021;35(5):628-38.
  60. Dias-Amaral A, Marques-Pinto A. Female Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: Review of the Related Factors and Overall Approach. *Rev Bras Ginecol Obstet.* déc 2018;40(12):787-93.
  61. Maseroli E, Scavello I, Rastrelli G, Limoncin E, Cipriani S, Corona G, et al. Outcome of Medical and Psychosexual Interventions for Vaginismus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med.* déc 2018;15(12):1752-64.
  62. EndoFrance. Endometriose et Vie Affective et Sexuelle [En ligne].2021 [cité le 24 nov 2024]. Disponible : <https://endofrance.org/wp-content/uploads/2022/07/Endometriose-et-Vie-Affective-et-Sexuelle.pdf>
  63. Santulli P, Giraudet G, Estrade JP, Indersie E, Morin S, Solignac C, et al. Impact of endometriosis on partners: Results from the French EndoVie survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* déc 2024;303:310-6.
  64. Schmitt C, Mézan deMalartic C, Morel O, Ramseyer F. L'évaluation de la santé sexuelle des femmes porteuses d'endométriose. *Sexologies.* 1 sept 2021;30(3):180-8.
  65. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ.* 1 avr 2006;332(7544):749-55.
  66. Tetik S, Yalçinkaya Alkar Ö. Vaginismus, Dyspareunia and Abuse History: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Sex Med.* sept 2021;18(9):1555-70.
  67. Schalk T, Olierio J, Fedele E, Troussset V, Lefèvre T. Evaluation of Multidimensional Functional Impairment in Adult Sexual Assault Survivors, with a Focus on Its Psychological, Physical, and Social Dimensions, Based on Validated Measurements: A PRISMA Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 15 juill 2023;20(14):6373.
  68. Jorge CH, Bø K, Chiazuto Catai C, Oliveira Brito LG, Driusso P, Kolberg Tennfjord M. Pelvic floor muscle training as treatment for female sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* juill 2024;231(1):51-66.e1.
  69. Al-Abbadey M, Lioffi C, Curran N, Schoth DE, Graham CA. Treatment of Female Sexual Pain Disorders: A Systematic Review. *J Sex Marital Ther.* 2016;42(2):99-142.

70. Lemaire A, Alexandre B. Évolution de la personne porteuse d'une pathologie chronique et conséquences sur la sexualité. *Sexologies*. 1 avr 2006;15(2):108-15.
71. OMS. Communication brève relative à la sexualité (CBS) : recommandations pour une approche de santé publique [En ligne]. Genève. 2015 [cité le 5 févr 2025]. Disponible : <https://iris.who.int/handle/10665/204278>
72. Norinho P, Martins MM, Ferreira H. A systematic review on the effects of endometriosis on sexuality and couple's relationship. *Facts Views Vis Obgyn*. 8 oct 2020;12(3):197-205.

## Annexes I. Questionnaires

### 1. Questionnaire QPS-F : Evaluation des troubles sexuels chez la femme (*questionnaire donné aux patientes à T0*)

1a) Certaines femmes ressentent un manque ou un faible intérêt ou désir sexuel. Cela vous est-il arrivé au cours des 6 derniers mois ?

- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps/ Presque toujours

1b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

2a) Certaines femmes ne ressentent pas d'excitation sexuelle physique pendant une stimulation et/ou une activité sexuelle (par exemple : gonflement génital, humidité vaginale, sensation de frisson ou picotement). Cela vous est-il arrivé au cours des 6 derniers mois ?

- Pas d'activité sexuelle
- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps

2b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important

- Un problème très important

3a) Certaines femmes ne se sentent pas excitées ou ne ressentent pas de sensations agréables lorsqu'elles se livrent à des activités sexuelles. Cela vous est-il arrivé au cours des 6 derniers mois ?

- Pas d'activité sexuelle
- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps

3b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

4a) Certaines femmes éprouvent des difficultés à atteindre l'orgasme lors d'activités sexuelles même si elles sont excitées sexuellement. Cela vous est-il arrivé au cours des 6 derniers mois ?

- Pas d'activité sexuelle
- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps

4b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

5a) Certaines femmes ressentent une douleur génitale pendant ou juste après une activité sexuelle. Cela vous est-il arrivé au cours des 6 derniers mois ?

- Pas d'activité sexuelle
- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps

5b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

6a) La pénétration vaginale est difficile chez certaines femmes bien qu'elles le souhaitent. Cela vous est-il arrivé au cours des 6 derniers mois ?

- Pas d'activité sexuelle
- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps

6b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

7a) Certaines femmes éprouvent une excitation génitale persistante et non désirée (sensation de picotements, battements, pulsations) en l'absence de tout intérêt sexuel. Cela vous est-il arrivé au cours des 6 derniers mois ?

- Pas d'activité sexuelle

- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps

7b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

8a) Au cours des 6 derniers mois, ma vie sexuelle a été :

- Très insatisfaisante
- Insatisfaisante
- Plutôt insatisfaisante
- Satisfaisante
- Très satisfaisante

9) Y aurait-il autre chose que vous souhaiteriez nous dire concernant votre vie sexuelle ? Pour les personnes sexuellement inactives au cours de 6 derniers mois, pourriez-vous s'il vous plaît expliquer pourquoi ?

10) Voudriez-vous que votre médecin (ou soignant) explore davantage les difficultés et/ou problèmes sexuels ?

- Non
- Pas maintenant
- Oui

**3. Questionnaire proposé à T1** (le QPS-F adapté à la sexualité des trois derniers mois associé à de nouveaux items proposé aux patientes 3 mois après leur première consultation en sexologie) :

1a) Certaines femmes ressentent un manque ou un faible intérêt ou désir sexuel. Cela vous est-il arrivé au cours des 3 derniers mois ?

- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps/ Presque toujours

1b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

2a) Certaines femmes ne ressentent pas d'excitation sexuelle physique pendant une stimulation et/ou une activité sexuelle (par exemple : gonflement génital, humidité vaginale, sensation de frisson ou picotement). Cela vous est-il arrivé au cours des 3 derniers mois ?

- Pas d'activité sexuelle
- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps

2b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

3a) Certaines femmes ne se sentent pas excitées ou ne ressentent pas de sensations agréables lorsqu'elles se livrent à des activités sexuelles. Cela vous est-il arrivé au cours des 3 derniers mois ?

- Pas d'activité sexuelle
- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps

3b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

4a) Certaines femmes éprouvent des difficultés à atteindre l'orgasme lors d'activités sexuelles même si elles sont excitées sexuellement. Cela vous est-il arrivé au cours des 3 derniers mois ?

- Pas d'activité sexuelle
- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps

4b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

5a) Certaines femmes ressentent une douleur génitale pendant ou juste après une activité sexuelle. Cela vous est-il arrivé au cours des 3 derniers mois ?

- Pas d'activité sexuelle
- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps

5b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

6a) La pénétration vaginale est difficile chez certaines femmes bien qu'elles le souhaitent.

Cela vous est-il arrivé au cours des 3 derniers mois ?

- Pas d'activité sexuelle
- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps

6b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

7a) Certaines femmes éprouvent une excitation génitale persistante et non désirée (sensation de picotements, battements, pulsations) en l'absence de tout intérêt sexuel. Cela vous est-il arrivé au cours des 3 derniers mois ?

- Pas d'activité sexuelle
- Jamais/ Presque jamais

- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps

7b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

8) Au cours des 3 derniers mois, ma vie sexuelle a été :

- Très insatisfaisante
- Insatisfaisante
- Plutôt insatisfaisante
- Satisfaisante
- Très satisfaisante

9) Y aurait-il autre chose que vous souhaiteriez nous dire concernant votre vie sexuelle ?

Pour les personnes sexuellement inactives au cours de 3 derniers mois, pourriez-vous s'il vous plait expliquer pourquoi ?

10) Voudriez-vous que votre médecin (ou soignant) explore davantage les difficultés et/ou problèmes sexuels ?

- Non
- Pas maintenant
- Oui

11) Au cours des 3 derniers mois, avez-vous ressenti une anxiété d'anticipation (appréhension des rapports sexuels) ?

- Oui, fréquemment
- Parfois, occasionnellement
- Rarement
- Non, jamais

- 12) Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé d'éviter un rapport sexuel ?
- Oui, régulièrement
  - Oui, à l'occasion
  - Non, jamais
- 13) À la suite de votre consultation en sexologie, avez-vous exploré des solutions alternatives pour pallier les difficultés que vous êtes susceptible de rencontrer dans votre vie intime et/ou sexuelle ?
- Oui, je cherche activement et je tente de trouver des solutions/ des moyens pour pallier ces difficultés
  - Plutôt oui, je cherche des solutions/ des moyens pour pallier ces difficultés mais je ne les ai pas encore essayés
  - Non, à ce jour je ne vois aucune solution/ aucun moyen de dévier ces difficultés
  - Non, je ne souhaite pas explorer des solutions alternatives
- 14) Dans votre vie intime, comment vous sentez-vous face à la gestion de la douleur et du stress ?
- Je me sens compétente, j'arrive à maîtriser efficacement ma douleur et mon stress
  - Je me sens plutôt compétente, cela dépend des situations
  - Je ne me sens pas vraiment à l'aise face à la gestion de la douleur et du stress
- 15) Comment percevez-vous votre image corporelle ?
- Très satisfaite
  - Plutôt satisfaite
  - Non satisfaite
- 16) Avant cette première consultation en sexologie au CHU de Nice, avez-vous déjà bénéficié d'une telle consultation ?
- Oui, plusieurs fois
  - Oui, une seule fois
  - Non, jamais
- 16bis) Si « Non, jamais », auriez-vous souhaité aborder le sujet plus tôt dans votre parcours médical ?
- J'ai répondu « Oui » à la question précédente
  - Oui, tout à fait
  - Plutôt oui
- Plutôt non
  - Non, pas du tout
- 17) Quels ont été les principaux freins qui vous ont empêché de bénéficier d'une consultation en sexologie jusqu'à présent ? (*Plusieurs réponses possibles*)
- Sentiments négatifs tels que la honte ou la gêne.
  - Contraintes financières car ces consultations ne sont pas prises en charge en ville.
  - Manque d'informations et de connaissances sur l'existence de telles consultations.
  - Crainte quant à la confidentialité des informations partagées.
  - Appréhension du jugement de la part du professionnel de la santé.
  - Difficulté à trouver un professionnel spécialisé en endométriose/ douleurs pelviennes chroniques et sexualité.
  - Crainte de ne pas être écoutée ou comprise.
  - Manque de soutien ou d'encouragement de la part de proches.
  - Autre(s)
- 18) Par rapport à vos douleurs pelviennes chroniques et/ou douleurs pelvi-périnéales et/ou douleurs abdomino-pelviennes, à quel moment les professionnels de santé se sont-ils intéressés à votre vie intime et/ou sexuelle ?
- Avant la prise en charge des douleurs endopelviennes
  - Concomitant à la prise en charge des douleurs endopelviennes
  - Plusieurs mois après la prise en charge des douleurs endopelviennes
  - Plusieurs années après la prise en charge des douleurs endopelviennes (moins de 5ans)
  - Plusieurs années après la prise en charge des douleurs endopelviennes (plus de 5ans)
  - Je ne me souviens plus
- 19) Avez-vous spontanément parlé de votre vie intime/ vie sexuelle à un professionnel de santé ?
- Oui
  - Non, c'est le professionnel de santé qui a abordé le sujet en premier
  - Je ne me souviens plus

- 20) Avant cette consultation de sexologie, vous étiez-vous posé des questions sur votre vie intime et/ou sexuelle ?
- Oui, tout à fait
  - Plutôt oui
  - Plutôt non
  - Non, pas du tout
- 21) Selon vous, la consultation en sexologie a-t-elle eu un impact positif sur votre vie intime et/ou sexuelle ?
- Oui, tout à fait
  - Plutôt oui
  - Plutôt non
  - Non, pas du tout
- 22) Sur une échelle de 1 à 10, quel est l'impact de vos douleurs endopelviennes sur votre vie intime et/ou sexuelle ? (0 = impact très faible/ 10 = impact très important)

## 5. Questionnaire proposé à T2 (6 mois après la première consultation de sexologie)

1a) Certaines femmes ressentent un manque ou un faible intérêt ou désir sexuel. Cela vous est-il arrivé au cours des 3 derniers mois ?

- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps/ Presque toujours

1b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

2a) Certaines femmes ne ressentent pas d'excitation sexuelle physique pendant une stimulation et/ou une activité sexuelle (par exemple : gonflement génital, humidité vaginale, sensation de frisson ou picotement). Cela vous est-il arrivé au cours des 3 derniers mois ?

- Pas d'activité sexuelle
- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps

2b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

3a) Certaines femmes ne se sentent pas excitées ou ne ressentent pas de sensations agréables lorsqu'elles se livrent à des activités sexuelles. Cela vous est-il arrivé au cours des 3 derniers mois ?

- Pas d'activité sexuelle
- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps

3b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

4a) Certaines femmes éprouvent des difficultés à atteindre l'orgasme lors d'activités sexuelles même si elles sont excitées sexuellement. Cela vous est-il arrivé au cours des 3 derniers mois ?

- Pas d'activité sexuelle
- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps

4b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

5a) Certaines femmes ressentent une douleur génitale pendant ou juste après une activité sexuelle. Cela vous est-il arrivé au cours des 3 derniers mois ?

- Pas d'activité sexuelle
- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps

5b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

6a) La pénétration vaginale est difficile chez certaines femmes bien qu'elles le souhaitent. Cela vous est-il arrivé au cours des 3 derniers mois ?

- Pas d'activité sexuelle
- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps

6b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

7a) Certaines femmes éprouvent une excitation génitale persistante et non désirée (sensation de picotements, battements, pulsations) en l'absence de tout intérêt sexuel. Cela vous est-il arrivé au cours des 3 derniers mois ?

- Pas d'activité sexuelle
- Jamais/ Presque jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Presque tout le temps

7b) Est-ce que cela a été un problème pour vous ?

- Pas du tout un problème
- Un léger problème
- Un problème modéré
- Un problème important
- Un problème très important

8a) Au cours des 3 derniers mois, ma vie sexuelle a été :

- Très insatisfaisante
- Insatisfaisante
- Plutôt insatisfaisante
- Satisfaisante
- Très satisfaisante

9) Y aurait-il autre chose que vous souhaiteriez nous dire concernant votre vie sexuelle ? Pour les personnes sexuellement inactives au cours de 3 derniers mois, pourriez-vous s'il vous plaît expliquer pourquoi ?

10) Voudriez-vous que votre médecin (ou soignant) explore davantage les difficultés et/ou problèmes sexuels ?

- Non
- Pas maintenant
- Oui

11) Ressentez-vous une anxiété d'anticipation (appréhension des rapports sexuels) ?

- Oui, fréquemment
- Parfois, occasionnellement

- Rarement
- Non, jamais

12) Vous arrive-t-il d'éviter les rapports sexuels ?

- Oui, régulièrement
- Oui, occasionnellement
- Non, jamais

13) Au cours des trois derniers mois, avez-vous exploré des solutions alternatives pour pallier les difficultés que vous êtes susceptible de rencontrer dans votre vie intime et/ou sexuelle ?

- Oui, je cherche activement et je tente de trouver des solutions/ des moyens de dévier ces difficultés
- Plutôt oui, je cherche des solutions/ des moyens de dévier ces difficultés mais je ne les ai pas encore essayés
- Non, à ce jour je ne vois aucune solution/ aucun moyen de dévier ces difficultés
- Non, je ne souhaite pas explorer des solutions alternatives

14) Dans votre vie intime, comment vous sentez-vous face à la gestion de la douleur et du stress ?

- Je me sens compétente, j'arrive à maîtriser efficacement ma douleur et mon stress
- Je me sens plutôt compétente, cela dépend des situations
- Je ne me sens pas vraiment à l'aise face à la gestion de la douleur et du stress

15) Comment percevez-vous votre image corporelle ?

- Très satisfaite
- Plutôt satisfaite
- Non satisfaite

16) Selon vous, la consultation en sexologie a-t-elle eu un impact positif sur votre vie intime et/ou sexuelle ?

- Oui, tout à fait
- Plutôt oui

- Plutôt non
- Non, pas du tout

17) Sur une échelle de 0 à 10, quel est l'impact de vos douleurs endopelviennes sur votre vie intime et/ou sexuelle ? (0 = impact très faible/ 10 = impact très important)

18) Selon vous, quel a été votre degré d'implication pour la mise en place des conseils et des axes thérapeutiques proposés lors la première consultation en sexologie ? (0 = pas d'implication/ 10 = très impliquée)

19) Sur une échelle de 0 à 10, comment qualifieriez-vous votre degré de motivation depuis la première consultation en sexologie ? (0 = pas de motivation/ 10 = très motivée)

## Annexe II. Tableaux descriptifs de chaque question du QPS-F à T0, T1 et T2

Q 1a	T0	T1	T2	Q 1b	T0	P-value 0.096	T1	P-value 0.013	T2	P-value 0.078
Jamais/ Presque jamais	0	1	0	Pas du tout un problème	0		1		0	
Rarement	3	2	2	Pas du tout un problème	1		0		2	
				Léger problème	2		1		0	
				Problème important	0		1		0	
Parfois	2	5	7	Pas du tout un problème	0		2		1	
				Léger problème	0		0		2	
				Problème modéré	1		3		3	
				Problème important	1		0		1	
Souvent	6	3	3	Léger problème	1		0		1	
				Problème modéré	2		0		0	
				Problème important	3		1		1	
				Problème très important	0		2		1	
Presque tout le temps/ Presque toujours	5	5	4	Problème important	3		3		3	
				Problème très important	2		2		1	

Annexe II, Tableau I. Manque ou faible intérêt ou désir sexuel

Q 2a	T0	T1	T2	Q 2b	T0	P-value 0.522	T1	P-value 0.007	T2	P-value 0.050
Pas d'activité sexuelle	3	2	2	Léger problème	0		0		1	
				Problème modéré	1		0		0	
				Problème important	1		2		1	
				Problème très important	1		0		0	
Jamais/ Presque jamais	3	3	5	Pas du tout un problème	2		3		4	
				Léger problème	0		0		1	
				Problème modéré	1		0		0	
Rarement	4	3	3	Pas du tout un problème	2		1		1	
				Léger problème	1		2		1	
				Problème modéré	1		0		1	
Parfois	2	3	3	Léger problème	1		0		0	
				Problème modéré	0		2		2	
				Problème important	1		1		0	
				Problème très important	0		0		1	
Souvent	1	2	2	Problème important	1		1		1	
				Problème très important	0		1		1	
Presque tout le temps/ Presque toujours	3	3	1	Problème important	2		2		1	
				Problème très important	1		1		0	

Annexe II, Tableau II. Absence d'excitation sexuelle physique

Q 3a	T0	T1	T2	Q 3b	T0	P-value 0.077	T1	P-value 0.025	T2	P-value 0.0002
Pas d'activité sexuelle	2	2	1	Problème modéré	1		0		0	
				Problème important	1		2		1	
Jamais/ Presque jamais	4	4	6	Pas du tout un problème	2		3		6	
				Léger problème	1		1		0	
				Problème important	1		0		0	
Rarement	1	1	2	Pas du tout un problème	1		0		0	
				Léger problème	0		0		1	
				Problème modéré	0		0		1	
				Problème important	0		1		0	
Parfois	5	5	4	Léger problème	1		0		1	
				Problème modéré	2		2		2	
				Problème important	0		2		1	
				Problème très important	2		1		0	
Souvent	2	3	3	Problème important	2		3		2	
				Problème très important	0		0		1	
Presque tout le temps/ Presque toujours	2	1	0	Problème très important	2		1		0	

Annexe II, Tableau III. Absence d'excitation sexuelle cérébrale et de sensation agréable

Q 4a	T0	T1	T2	Q 4b	T0	P-value 0.047	T1	P-value 0.376	T2	P-value 0.824
Pas d'activité sexuelle	1	2	2	Pas du tout un problème	0		0		1	
				Problème modéré	1		0		0	
				Problème important	0		2		1	
Jamais/ Presque jamais	4	3	3	Pas du tout un problème	3		2		3	
				Léger problème	1		1		0	
Rarement	3	2	2	Pas du tout un problème	1		0		1	
				Léger problème	2		1		0	
				Problème modéré	0		1		0	
				Problème important	0		0		1	
Parfois	3	4	5	Pas du tout un problème	0		0		1	
				Léger problème	0		0		2	
				Problème modéré	1		1		1	
				Problème important	2		2		1	
				Problème très important	0		1		0	
Souvent	4	5	4	Pas du tout un problème	0		1		1	
				Problème modéré	2		1		1	
				Problème important	1		1		1	
				Problème très important	1		2		1	
Presque tout le temps/ Presque toujours	1	0	0	Problème très important	1		0		0	

Annexe II, Tableau IV. Difficulté à atteindre l'orgasme

Q 5a	T0	T1	T2	Q 5b	T0	P-value	T1	P-value	T2	P-value
Pas d'activité sexuelle	2	2	2	Pas du tout un problème	1	<b>0.72</b>	0	<b>0.24</b>	1	<b>0.002</b>
				Problème important	1		2		1	
Jamais/ Presque jamais	2	2	5	Pas du tout un problème	2		2		4	
				Léger problème	0		0		1	
Rarement	0	3	1	Léger problème	0		2		1	
				Problème important	0		1		0	
Parfois	2	1	2	Problème modéré	1		0		0	
				Problème important	1		0		1	
				Problème très important	0		1		1	
Souvent	3	4	3	Problème modéré	1		0		1	
				Problème important	1		2		2	
				Problème très important	1		2		0	
Presque tout le temps/ Presque toujours	7	4	3	Problème important	3		1		0	
				Problème très important	4		3		3	

Annexe II, Tableau V. Douleur génitale pendant ou juste après une activité sexuelle

Q 6a	T0	T1	T2	Q 6b	T0	P-value	T1	P-value	T2	P-value
Pas d'activité sexuelle	2	2	2	Pas du tout un problème	0	<b>0.363</b>	0	<b>0.001</b>	1	<b>0.108</b>
				Léger problème	1		0		0	
				Problème important	1		2		1	
Jamais/ Presque jamais	2	3	4	Pas du tout un problème	2		3		3	
				Problème modéré	0		0		1	
Rarement	0	0	3	Léger problème	0		0		1	
				Problème modéré	0		0		1	
				Problème important	0		0		1	
Parfois	3	4	1	Léger problème	0		1		0	
				Problème modéré	0		2		0	
				Problème important	2		1		1	
				Problème très important	1		0		0	
Souvent	3	1	3	Problème important	2		0		3	
				Problème très important	1		1		0	
Presque tout le temps/ Presque toujours	6	6	3	Pas du tout un problème	1		0		0	
				Problème important	2		2		2	
				Problème très important	3		4		1	

Annexe II, Tableau VI. Difficulté à la pénétration vaginale

Q 7a	T0	T1	T2	Q 7b	T0	P- value 0.004	T1	P- value /	T2	P- value 0.007
Pas d'activité sexuelle	1	3	2	Pas du tout un problème	0		2		1	
				Problème important	1		1		1	
Jamais/ Presque jamais	10	9	12	NC	1		8		0	
				Pas du tout un problème	9		0		12	
				Léger problème	0		1		0	
Rarement	4	2	0	Pas du tout un problème	1		2		0	
				Léger problème	2		0		0	
				Problème important	1		0		0	
Parfois	1	1	0	Léger problème	0		1		0	
				Problème modéré	1		0		0	
Souvent	0	1	2	Problème important	0		0		1	
				Problème très important	0		1		1	
Presque tout le temps/ Presque toujours	0	0	0							

Annexe II, Tableau VII. Excitation génitale persistante et non désirée



**Titre : Troubles de la sexualité associés aux douleurs pelviennes chroniques : Impact de la prise en charge en santé sexuelle**

**Résumé**

**Objectif :** Evaluer l'impact d'une consultation en sexologie sur la qualité de vie intime et sexuelle des patientes souffrant de douleurs pelviennes chroniques. Secondairement, analyser l'évolution de la réponse sexuelle féminine.

**Méthode :** Etude descriptive, comparative, transversale, prospective menée auprès de patientes consultant en sexologie au CHU de Nice entre février et juin 2024. Les patientes ont été recontactées 3 et 6 mois après la consultation pour répondre au questionnaire QPS-F adapté.

**Résultats** 65 patientes ont été incluses dans les analyses descriptives et 16 dans les comparatives. La majorité présentait des troubles de la pénétration douloureuse (94%) et des antécédents de violences (65%), avec un diagnostic d'endométriose chez 65%. Une amélioration de la satisfaction sexuelle a été observée ( $p = 0,083$ ), mais l'impact des douleurs sur la vie intime est resté stable ( $p = 0,504$ ). La fréquence des troubles sexuels était corrélée à leur impact psychologique. La consultation était perçue comme bénéfique à court terme (12/16 à T1). Une corrélation positive a été observée entre l'implication des patientes et leur motivation ( $r_s = 0,5371$ ,  $p = 0,032$ ).

**Conclusion** La consultation en sexologie, intégrée dans un parcours de soins pluridisciplinaire, est essentielle dans la stratégie thérapeutique des troubles sexuels. Former les professionnels, sensibiliser les patientes et améliorer l'accès aux soins spécialisés sont nécessaires pour une prise en charge optimale.

**Mots-clés :** douleurs pelviennes chroniques, dysfonctions sexuelles, endométriose

---

**Title: Sexual Disorders Associated with Chronic Pelvic Pain : Medical care impact's in sexual health**

**Abstract**

**Objective** Evaluate the impact of a sexology consultation on the intimate and sexual quality of life of patients suffering from chronic pelvic pain. Analyze the evolution of female sexual response dimensions.

**Methods** Descriptive, comparative, cross-sectional, and prospective study conducted with patients consulting for sexology at the CHU of Nice between February and June 2024. Patients were recontacted between 3 and 6 months later to complete an adapted QPS-F questionnaire.

**Results** 65 women were included in the descriptive analysis and 16 in the comparative analysis. The majority had painful intercourse (94%) and a history of violence (65%), with a diagnosis of endometriosis in 65%. An improvement in sexual satisfaction was observed ( $p = 0.083$ ), but the impact of pain on intimate life remained stable ( $p = 0.504$ ). The frequency of sexual dysfunctions was correlated with their psychological impact. The consultation was beneficial in the short term (12/16 at T1). A positive correlation was observed between patient involvement and motivation ( $r_s = 0.5371$ ,  $p = 0.032$ ).

**Conclusion** A sexology consultation, integrated into a multidisciplinary care pathway, is essential in the therapeutic strategy for sexual dysfunctions. Training healthcare professionals, raising patient awareness, and improving access to specialized care are necessary for optimal care.

**Key-words** chronic pelvic pain, sexual dysfunction, endometriosis

---