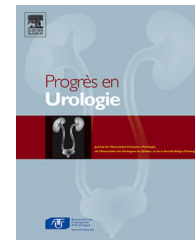




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



En pratique, comment faire devant une femme exprimant une plainte sexuelle ?[☆]

How to manage a woman with a sexual complaint in clinical practice?

F. Collier^a, F. Cour^{b,*}

^a Service de gynécologie, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, 59037 Lille, France

^b Service d'urologie, université de Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines, hôpital Foch, 40, rue Worth, 92150 Suresnes, France

Reçu le 19 septembre 2012 ; accepté le 20 septembre 2012

MOTS CLÉS

Dysfonction sexuelle féminine ;
Vaginisme ;
Dyspareunie ;
Anorgasmie ;
Trouble du désir sexuel

Résumé

Objectif. – L'objet de ce travail est d'exposer les principales dysfonctions sexuelles féminines, leurs mécanismes essentiels et les principes généraux de leur abord thérapeutique.

Matériel et méthodes. – Revue des conférences de consensus et des recommandations publiées sur le sujet, avec une réflexion à partir de notre propre expérience clinique, en pratique urogynécologique.

Résultats. – Les dysfonctions sexuelles féminines sont très fréquentes et s'expriment de manière très différente, phénomènes douloureux, troubles du désir et difficultés à accéder au plaisir. Ces symptômes sont parfois associés à une dysfonction sexuelle masculine concomitante. Le gynécologue, s'il s'intéresse à la question, sera évidemment bien placé pour accueillir la demande de la patiente, et, s'il est formé à cela, la prendre en charge. Cette connaissance est essentielle pour le gynécologue dans sa pratique quotidienne, mais également pour l'urologue prenant en charge l'incontinence urinaire féminine et les troubles de la statique pelvienne, de même que les dysfonctions sexuelles masculines.

Conclusion. – Les troubles sexuels féminins altèrent souvent de manière importante la qualité de vie des patientes et de leur couple. S'agissant de symptômes souvent difficiles à aborder spontanément pour celles-ci, le praticien devra, la plupart du temps, ouvrir le dialogue sur ce sujet par des questions simples, ouvertes.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

[☆] Cet article fait partie intégrante du Rapport « Médecine Sexuelle » du 106^e congrès de l'Association française d'urologie rédigé sous la direction de Florence Cour, Stéphane Droupy et François Giuliano.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : f.cour@hopital-foch.org (F. Cour).

KEYWORDS

Female sexual dysfunction;
Vaginismus;
Dyspareunia;
Anorgasmia;
Sexual desire disorder

Summary

Objective. – To describe the main female sexual dysfunctions, their mechanisms, and the broad outlines of their therapeutic management.

Material and methods. – Review of consensus conferences and published guidelines on this subject and a reflexion from our own clinical experience, in urogynaecological practice.

Results. – Female sexual dysfunction is frequent and can present in different ways; pain, problems concerning desire and satisfaction. These symptoms can be associated with concomitant male sexual dysfunction. These symptoms can be managed by a gynaecologist if he/she is trained accordingly. Knowledge of this is essential for a gynaecologist in daily practice but also for an urologist treating both female urinary incontinence or pelvic prolapse and male sexual dysfunction.

Conclusion. – Women's sexual disorders can considerably affect the quality of life of the partner and the couple. As the patients hesitate to speak of such matters the clinician should begin the dialogue with simple open questions.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS.

La prise en charge des troubles sexuels féminins est assez récente.

D'un point de vue sociétal et religieux, évoquer la sexualité des femmes, sans parler même de ses troubles, pouvait être jugé comme inconvenant : il aura fallu la révolution socioculturelle de la seconde moitié du ^{xx}e siècle et son cortège de bouleversements, pour que les femmes occidentales obtiennent un véritable droit politique, professionnel... et la possibilité d'épanouir leur sexualité. L'avènement d'une contraception efficace leur a permis, au cours des consultations de gynécologie, d'évoquer les difficultés qu'elles pouvaient rencontrer dans le domaine d'une intimité longtemps interdite d'expression par le poids de tabous éducatifs. La prévalence importante des troubles sexuels féminins a été rapidement constatée ainsi que leurs nombreuses conséquences délétères pour les femmes et les couples. Les étiologies de ces troubles sont presque toujours multiples et leurs traitements longs et délicats. Pour autant, la souffrance qu'ils génèrent justifie très certainement de continuer à augmenter le nombre de soignants qualifiés en la matière.

Comment aborder la sexualité en consultation ?

Aborder un problème sexuel en consultation est très souvent une démarche délicate pour la patiente. Elle le fait parfois directement, mais il n'est pas rare qu'il faille décodifier cette demande derrière un discours assez imprécis, ou divers symptômes inexpliqués, gynécologiques ou pas. Dans les études, la plupart des femmes souhaitent que ce soit le médecin qui ouvre le dialogue sur ce sujet. C'est souvent le gynécologue, qui les suit plus régulièrement que le médecin traitant, que ce soit au moment de la première contraception, de leur grossesse ou du suivi après la ménopause, qui est en première ligne pour aborder ce domaine. Cette ouverture du dialogue par le praticien est encore très peu pratiquée d'après les enquêtes épidémiologiques publiées [1,2].

Ainsi, la consultation en gynécologie est le moment privilégié où, selon les symptômes allégués par la patiente, selon

ses silences également, il faudra, par des mots simples, des questions ouvertes, permettre à la patiente d'évoquer son problème.

Situations cliniques les plus fréquentes

En pratique, trois situations cliniques sont les plus fréquentes : les phénomènes douloureux, les troubles du désir et les difficultés à accéder au plaisir.

Les douleurs vulvovaginales

Le vaginisme

Le vaginisme reste le trouble douloureux le plus caricatural. Cette contracture réflexe, involontaire des muscles qui bordent le vagin entraîne une douleur majeure lors de la tentative de pénétration et, de ce fait, l'interdit. Un spasme plus global de toute la région, adducteurs, abdominaux, fessiers, anus, l'accompagne volontiers. Il ne s'agit ni d'un défaut physique, ni d'une maladie, mais d'un mécanisme psychosomatique, un état émotionnel dans lequel des causes psychologiques se manifestent par une réponse physique bien concrète [3,4]. Sa prévalence est difficile à apprécier précisément, mais la majorité des auteurs la situent entre 1 et 2 % des femmes [4].

Le problème s'accompagne très souvent d'une angoisse et d'un sentiment de honte. Dans un environnement culturel qui associe sexualité et pénétration, ces femmes et leurs partenaires acceptent très difficilement de ne pas être capables de faire ce qu'ils imaginent que tous les autres couples font le plus naturellement du monde. Ils souffrent ainsi en silence, répugnent à exposer leurs problèmes, et ne consultent le plus souvent qu'après plusieurs années, parce qu'ils finissent par vaincre l'inertie qui les freinait dans cette démarche, ou parce que le désir de grossesse est devenu tel qu'il les pousse irrésistiblement.

Si la tentative de pénétration est bloquée lors du coït, elle peut aussi l'être lors de la mise en place d'un tampon ou lors de l'examen gynécologique, mais cela n'est pas constant, et, en quelque sorte, les données de cet examen ne

permettent pas de préjuger totalement des réactions lors des tentatives de rapport sexuel.

Le plus souvent, la libido, la capacité d'acquiescer une excitation sexuelle et la possibilité d'accéder à un plaisir orgasmique lors des caresses sont parfaitement normales, ce qui permet à ces couples de décrire une vie sexuelle extra vaginale satisfaisante.

Sur le plan psychologique, un tel problème peut être regardé comme le résultat d'un conditionnement qui fait du pénis un objet de peur, d'angoisse ou de rejet, ce qui entraîne une réaction de défense par la contracture musculaire [5–7]. Les éléments en cause sont nombreux et souvent associés: représentation fantasmatique aberrante d'un sexe féminin minuscule, où la symbolique de creux est exclue, scénarii familiaux, religieux ou culturels empreints de rigidité, qui ont confiné la sexualité dans un climat de culpabilité, de peur ou de dégoût, influence d'une mère qui a depuis toujours créé l'image d'une sexualité subie, facteurs déclenchant dans l'enfance ou dans l'adolescence, comme certains gestes médicaux inopportuns, antécédents d'abus sexuels sous leurs différentes formes, impossibilité de s'ouvrir à l'homme assimilé à un ennemi...

Tout cela amène presque toujours la femme porteuse d'un vaginisme à « choisir » un partenaire réservé, gentil, qui n'exprimera pas une demande sexuelle excessive, et qui, éventuellement, sera lui aussi atteint d'une dysfonction sexuelle [8].

Symptôme psychosomatique par excellence, le vaginisme ne peut être traité efficacement par une approche purement organique. La chirurgie d'une lésion qui, anatomiquement, n'existe pas, n'a ainsi jamais pu être couronnée de succès! Certains auteurs ont rapporté les résultats, probants, d'injections locales de toxine botulique [9,10]. Si, de fait, la contracture vaginale devient ainsi impossible, l'absence de prise en compte de l'angoisse de ces femmes, d'une part, la transformation de leur corps sexué en une zone aréactive, d'autre part, semblent très critiquables dans l'environnement culturel occidental actuel.

La prise en charge thérapeutique efficace est sexothérapeutique. Une anamnèse précise doit d'abord inventorier les paramètres psychologiques à l'origine du problème, pour établir une cohérence entre ces éléments et le symptôme lui-même. Dans certains cas, un travail psychologique préalable est indiqué mais, le plus souvent, c'est vers une thérapie cognitivocomportementale que l'on pourra s'orienter. Les objectifs de celle-ci sont d'apporter les connaissances nécessaires, de corriger les conceptions erronées, de rassurer, pour donner à la patiente une approche structurée qui lui permettra de reconstruire, graduellement, progressivement, une vie sexuelle qui intègre la pénétration. Cette « rééducation » vise à lui faire quitter le scénario habituel, qui est d'essayer de maîtriser totalement le coït, ce en quoi elle finit toujours par échouer. Au contraire, en fragmentant le traitement en petites étapes successives, elle accèdera à une maîtrise progressive des choses. Bien entendu, compte tenu des fréquentes particularités du partenaire, mais aussi le plus souvent de l'ancienneté des habitudes acquises, la prise en charge évitera de nombreux écueils si elle est appliquée au couple et non pas à la femme seule. Si ce type de traitement

est efficace, y compris à long terme [11], il est cependant long, astreignant et demande un investissement important du couple, ce qui doit relativiser l'opinion communément admise qui fait du vaginisme la dysfonction sexuelle féminine la plus facile à traiter [12].

Les dyspareunies

Les dyspareunies sont moins caricaturales, mais beaucoup plus fréquentes. Au moins 15% des femmes en souffrent de manière régulière [13], et celles qui en ont été « victimes » de manière transitoire sont encore plus nombreuses. Les rapports douloureux ou difficiles constituent certainement un des symptômes les plus souvent avancés en consultation de gynécologie [6]. Ici encore, l'interrogatoire est fondamental, la description de la douleur permettant d'orienter le diagnostic, même si la distinction entre dyspareunie superficielle (DS) et profonde (DP) est parfois délicate [14,15].

Une douleur « au bord, à l'entrée... », correspondant à une DS, doit faire rechercher avant tout une étiologie organique, une éventuelle malformation qui peut entraîner un trouble primaire, une infection vulvovaginale le plus souvent responsable d'une DS d'apparition récente, ou une réaction allergique locale.

L'examen clinique doit permettre de diagnostiquer une affection dermatologique, un lichen, une lésion HPV induite en particulier, ou confirmer la responsabilité d'une cicatrice postopératoire ou post-traumatique comme une épisiotomie.

Une place particulière doit être faite à l'atrophie vulvovaginale, conséquence d'une carence estrogénique, très fréquente après la ménopause. Au delà de la polémique très médiatisée survenue il y a une dizaine d'années quant à l'innocuité des traitements hormonaux de la ménopause par voie générale en termes de cancer du sein et de risque cardiovasculaire, le bénéfice du traitement estrogénique local sur la trophicité vulvaire et vaginale est majeur, et le confort sexuel qu'il permet est évident. Il est largement recommandé (dans le respect des contre-indications) [16].

La DP est une douleur « au fond » et doit faire rechercher une endométriose, une infection pelvienne, une pathologie de l'utérus, des ovaires ou des ligaments larges.

Dans tous les cas, les éléments psychologiques du problème doivent aussi être envisagés, car, causes et/ou conséquences, ils s'associent volontiers aux paramètres organiques [17]. La dyspareunie peut donc avoir un autre sens, plus ou moins conscient. C'est parfois un symptôme plus « convenable, présentable », plus facile à avancer que ne le sont, par exemple, une absence de désir ou de plaisir. Un peu comme s'il s'agissait alors d'un « mini vaginisme », la dyspareunie doit quelque fois être considérée comme le résultat d'une problématique psychosexuelle par difficultés éducatives, angoisse, traumatismes, peur du sexe masculin, refus de la sexualité, voire de la féminité.

C'est parfois aussi l'insatisfaction sexuelle, éventuellement liée à une dysfonction masculine, une incapacité au laisser aller ou un défaut de stimulation érotique qui finissent par induire une disparition de la lubrification vaginale.

La dynamique conjugale peut aussi être en cause, quand existe une ambivalence affective vis-à-vis du conjoint, un rejet ou une peur d'être rejetée, un sentiment d'insécurité, quand il est plus facile de dire « j'ai mal » que « je ne veux pas ».

Enfin, un éventuel état dépressif doit aussi être envisagé, quand « j'ai mal » veut dire « je vais mal ».

De la dyspareunie classique, il est logique de rapprocher les infections vulvovaginales ou les problèmes urinaires à répétition, qui ne peuvent trouver d'explication rationnelle dans des bilans étiologiques presque toujours négatifs. La problématique psychosexuelle, souvent négligée, est alors volontiers à l'origine de symptômes qui, à leur tour, aggravent la dysfonction sexuelle. Des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance, fréquents chez les patientes consultant en urogynécologie pour ce type de problèmes, font l'objet d'un chapitre dédié.

Les dyspareunies sont fréquentes et leurs étiologies très variées : c'est la clinique qui permet le diagnostic étiologique (Fig. 1).

Les vulvodynies

Les vulvodynies constituent une entité beaucoup plus rare, mais aussi beaucoup plus floue, à telle enseigne que leur définition même prête encore à discussion. La logique semble cependant les limiter à un inconfort vulvaire chronique, le plus souvent à type de brûlures, sans lésion visible et sans maladie neurologique cliniquement identifiable. Le diagnostic ne semble donc pouvoir être porté que par élimination. Certains auteurs lui attribuent une étiologie organique inconnue jusqu'à présent, mais l'hypothèse d'une somatisation d'une problématique psychique est plus souvent retenue [18–20]. Trois éléments semblent alors indispensables à son apparition :

- un terrain particulier fait d'une personnalité fragile, inquiète, anxieuse ;
- une déstabilisation ou un traumatisme psychologique, parfois minimisé ;
- de manière concomitante, un événement médical concret souvent banal qui touche au sexe, lésion, infection, intervention, qui permettra la somatisation dans cette zone.

Ces femmes ont toujours mal, en toutes circonstances ; la douleur est encore aggravée par le contact, et il n'y a guère que le sommeil qui les soulage. Elles errent souvent

d'un cabinet médical à un autre par le fait d'une médecine somatique qui ne trouve pas de solution, effondrées d'entendre répéter qu'elles « n'ont rien ». Les anesthésiques locaux et les injections de toxine botulique ne sont pas plus utiles qu'un placebo [21,22]. L'efficacité des antidépresseurs n'est pas réellement démontrée [23]. Celle des anti-épileptiques n'est que modeste et leurs effets indésirables ne sont pas négligeables [24]. Les succès de la vestibulotomie sont eux aussi remis en cause [25]. Dans certains cas, les patientes finissent par aborder ce qui peut être le cœur du problème, une sexualité refusée dans son ensemble, « j'ai tellement toujours mal que je ne peux même pas essayer » ; l'approche cognitivo-comportementale peut apporter des résultats intéressants, semblant supérieurs à ceux obtenus par la seule prise en charge psychologique [26].

Les troubles de l'orgasme (carences orgasmique)

Absence et retard persistant d'orgasme, malgré une stimulation appropriée, ne constituent un motif de consultation que depuis quelques dizaines d'années, mais le développement des demandes a été fulgurant, la pression médiatique d'aujourd'hui ayant entraîné une véritable revendication du droit à l'orgasme. La culture occidentale, après avoir longtemps culpabilisé le plaisir, en fait maintenant un passage obligatoire pour une femme déjà obligée de gérer bien d'autres rôles difficiles, et l'orgasme est devenu un repère normatif essentiel pour mesurer sa réussite personnelle de femme moderne.

Il reste cependant que la prévalence de cette dysfonction sexuelle est très importante, de 25 à 30 % en moyenne [27,28], mais avec de très importantes variations en fonction des données socioculturelles [29]. Elle semble diminuer avec l'âge, ce qui tend à confirmer que la capacité d'orgasme d'une femme est très dépendante de son expérience personnelle et affective, mais aussi de la qualité de la relation charnelle et émotionnelle qu'elle entretient avec son ou ses partenaires successifs. Pour la plupart des femmes, l'expérience de l'orgasme n'est ni spontanée, ni facile, et s'apparente davantage à un apprentissage qu'à une révélation.

L'anorgasmie peut être primaire ou secondaire, globale si l'orgasme ne peut être obtenu avec qui que ce soit et en aucune manière, ou simplement coïtale si des orgasmes peuvent être atteints par d'autres stimulations que la pénétration. Si elle est purement coïtale, il peut sembler exagéré de parler de véritable dysfonction sexuelle. Toutefois, c'est bien l'orgasme vaginal qui est aujourd'hui socialement valorisé et des patientes consultent parce qu'elles souffrent de n'avoir « que » l'orgasme clitoridien [30]. De plus, la synchronisation parfaite entre l'orgasme des deux partenaires est souvent considérée comme indispensable à la « réussite » d'un rapport [31]. Il y a lieu de rassurer celles qui goûtent à un réel bonheur lors des rapports, mais sans orgasme, celui-ci n'est pas toujours synonyme de satisfaction et d'harmonie sexuelle !

L'éventuelle association d'une dyspareunie ou d'un trouble du désir doit être recherchée, de même qu'une trop grande maladresse ou une dysfonction masculine.

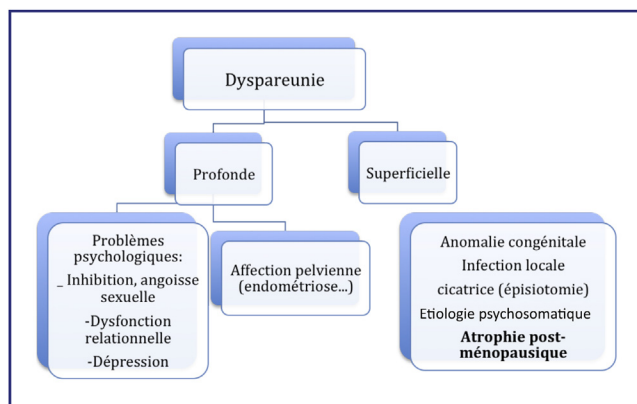


Figure 1. Algorithme diagnostique des dyspareunies.

Sur le plan thérapeutique, c'est sur la méconnaissance du corps et du sexe, d'une part, la difficulté de « lâcher-prise », d'autre part, qu'il faudra le plus souvent travailler.

Cette difficulté à l'abandon peut prendre sa source dans un vieux conflit personnel lié à l'éducation, dans la culpabilité, la honte, le défaut d'apprentissage, le tabou de la masturbation. Elle peut également découler de la perception d'un manque de tendresse, d'un climat d'insécurité dans le couple, parce qu'il y existe un conflit latent, qu'il n'est pas possible d'y « perdre le contrôle » [32,33]. Mais tous les paramètres qui favorisent ce besoin d'hyper-contrôle peuvent être incriminés, surmenage professionnel ou domestique, promiscuité responsable d'un manque d'intimité. . .

Là encore, la prise en charge passera par l'écoute, la réassurance, la déculpabilisation et l'information (Fig. 2).

C'est l'anamnèse détaillée qui permettra d'orienter la sexothérapie, de préciser ses objectifs, appropriation du corps, développement de la réceptivité sexuelle, de la dynamique de la sexualité, familiarisation avec les techniques de relaxation, mais aussi correction des pensées dysfonctionnelles et des idées parasites, développement de la concentration et de l'imaginaire érotique. . .

De manière logique, compte tenu des facteurs étiologiques le plus souvent rencontrés, d'autres axes thérapeutiques pourront concerner également le couple, avec un travail sur la communication verbale et non verbale entre les partenaires, la recherche des causes à d'éventuels conflits larvés, une aide pour gérer l'emprise du quotidien.

Les troubles du désir

Les troubles du désir chez la femme constituent également un motif de consultation très fréquent. Même s'ils hypothèquent grandement la qualité de vie, ils ne sont souvent pas avoués parce que ne pas désirer son partenaire est

encore souvent considéré aujourd'hui comme un manque d'amour.

Le concept même du désir fait toujours débat. C'est une tension vers une accession à un « objet » de plaisir, certes conditionnée par des mécanismes chimiques ou hormonaux que la science cherche à identifier, mais dont le lien avec le symbolique et l'imaginaire reste fondamental.

Les étiologies organiques clairement identifiées en sont rares, maladie chronique, sclérose en plaques ou autre neuropathie, diabète, hypothyroïdie, adénome à prolactine, artériopathie, chirurgies urogénitales ou traumatismes. Une origine iatrogène doit toujours être recherchée, essentiellement avec les psychotropes hyper prolactinémians, les anti androgènes, les antidépresseurs et le tamoxifène. Un chapitre sur la iatrogénie médicamenteuse détaille les effets secondaires des médicaments sur le désir sexuel féminin et sur les autres troubles, en particulier l'orgasme, fréquemment associés.

Les troubles du désir sont volontiers associés aux difficultés à accéder au plaisir. L'absence de désir entraîne souvent un défaut de lubrification et une altération de l'orgasme, et l'anorgasmie engendre souvent un émoussement du désir, à l'origine d'un véritable « cercle vicieux ».

Certaines femmes vivent cette absence de désir dans une apparente indifférence. Le surinvestissement dans l'activité professionnelle, les loisirs ou les enfants semble fréquemment être à la fois cause et conséquence du problème sexuel. Les rapports sont refusés, ou vécus dans la contrainte, ou évités grâce à des alibis divers, véritables conduites d'évitement. Une certaine culpabilité vis-à-vis du partenaire peut être développée, mais aussi souvent une agressivité, voire une hostilité.

Schématiquement, le désir peut être considéré comme la capacité, à un moment donné, de répondre aux stimuli sexuels intrinsèques ou extrinsèques, et il est alors le résultat d'une balance entre la facilité à accéder à une excitation, d'une part, et l'inertie liée au degré d'inhibition sexuelle, d'autre part [34,35]. Cela explique les importantes variations de comportement selon les individus, et chez une même personne, le rôle positif ou négatif de certaines circonstances particulières. La vie des femmes est ainsi souvent émaillée de situations qui vont fragiliser leur équilibre psychosexuel et favoriser le risque de trouble du désir :

- la contraception a globalement un effet bénéfique sur la sexualité, en débarrassant la femme de l'angoisse du risque d'une grossesse non désirée. Dans certains cas, assez rares, le désir semble cependant s'émousser à l'instauration de la contraception. Il n'est pas démontré aujourd'hui que cela puisse passer par des mécanismes organiques ou hormonaux. L'essentiel du problème se situe au niveau des incidences psychoaffectives éventuelles de cette contraception, par exemple quand l'ambivalence du désir de grossesse est importante, ou quand les craintes des effets indésirables de la pilule sont majeures [36] ;
- en revanche, l'infertilité est délétère pour le désir. Elle a un impact négatif sur l'estime de soi, par l'obsession du désir de grossesse qui fait perdre à la sexualité son intérêt hédoniste pour n'être plus qu'un moyen d'accéder à un but unique, la procréation, et est associée à une incidence plus élevée de dépression [37]. Le rôle du partenaire est



Figure 2. L'orgasme féminin : une balance délicate entre de multiples facteurs.

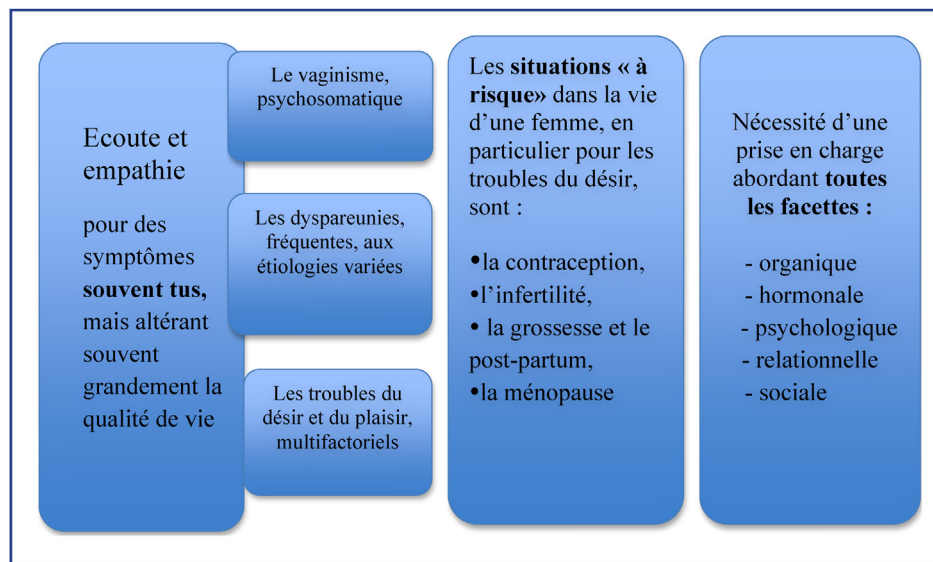


Figure 3. Abord des dysfonctions sexuelles féminines en pratique quotidienne.

important, l'énergie mise en commun pour ce projet de procréation étant souvent un facteur de renforcement du couple, même si le désir masculin peut également être altéré par la « programmation » des rapports ou par la médicalisation imposée par les techniques de procréation médicale assistée [38] ;

- la grossesse, et plus encore la période du post-partum, perturbent souvent le désir sexuel. De nombreux éléments s'associent alors, perturbations hormonales, transformations vulvaires, douleurs locales, modifications de l'image corporelle générale, thymie dépressive, vécu de l'accouchement, perturbation du rythme de vie, relation fusionnelle avec le nouveau né, décompensation d'un problème conjugal ancien... [39]. La crainte des rapports sexuels, par peur d'être délétère sur le bébé, est rapportée dans toutes les études, aussi bien chez la femme que chez l'homme. Elle est maximale au troisième trimestre de la grossesse, période où la fréquence des rapports sexuels diminue dans toutes les études [40] ;
- la ménopause constitue également un facteur de risque majeur. Là encore, de nombreux paramètres sont en cause : symptômes particulièrement inconfortables du climatère, perturbations hormonales, apparition d'une sécheresse vaginale, cascade des symboles : fin de la possibilité de procréer, début de la vieillesse... Il y a aussi le problème du nid familial trop vide parce que les enfants sont partis, ou trop plein parce que leur présence devient un fardeau, sans oublier le vécu souvent désastreux que le partenaire a de cette époque de la vie d'une femme [41].

Plus globalement, les éléments susceptibles d'alimenter l'inhibition sexuelle et le manque de désir sexuel sont, pour la plupart, ceux qui sous-tendent les autres symptômes sexuels féminins : manque d'information, interdits, modèle éducatif négatif de la sexualité, difficultés d'acceptation de l'image corporelle, image inquiétante de l'homme, expérience sexuelle négative, traumatisme ou simple désillusion sentimentale, attachement à un autre homme, troubles de

la communication, essoufflement de la relation avec le partenaire, manque de temps, vie socioprofessionnelle hyper active...

Il n'est ainsi pas rare de constater que la sexualité se situe, pour la patiente qui consulte, en toute dernière position de la hiérarchie des priorités de son quotidien.

Ici aussi, une dysfonction sexuelle masculine peut être associée, et de véritables conflits de couple être sous-jacents. Le symptôme sexuel n'est plus alors qu'un élément de focalisation d'une dysharmonie conjugale qui s'étend à tout le système relationnel, et qui permet de faire l'économie d'un conflit ouvert.

La littérature a fait ses dernières années la nosologie de « désir sexuel hypo-actif » [42] et diverses études cherchent aujourd'hui à lui trouver un remède médicamenteux. Son diagnostic reste sujet à controverse puisqu'il ne repose que sur des critères subjectifs, et aucune molécule ne peut actuellement être considérée comme un traitement indiscutable. Des études ont rapporté qu'en cas de cause reconnue de déficit androgénique, comme une ménopause chirurgicale [43], de petites doses de testostérone semblaient efficaces. Cependant, ces études restent difficiles à interpréter, d'autant que beaucoup ont été faites avec une association avec les estrogènes. L'efficacité de cette substitution androgénique reste modérée, avec une différence modeste par rapport au bras placebo, les effets indésirables ne sont pas négligeables, et l'innocuité à long terme n'est pas établie. Pour toutes ces raisons, le patch de testostérone Intrinsic® n'a pas obtenu l'accord de la FDA aux États-Unis et sa commercialisation vient d'être suspendue en France.

La complexité et l'intrication des paramètres à l'origine d'un trouble du désir sont telles qu'espérer régler ce problème par une molécule miraculeuse ou un conseil magique est illusoire. Au contraire, une prise en charge efficace devra tenir compte de l'ensemble des éléments psychologiques et comportementaux, personnels, conjugaux, familiaux et sociaux. Par ailleurs, le désir n'est jamais définitivement acquis, il nécessite toujours un investissement temps et

un entretien de la relation et de la communication du couple.

Conseils pour la pratique quotidienne

Le gynécologue, tout comme l'urologue qui prend en charge l'incontinence urinaire féminine, les troubles de la statique pelvienne et l'homme présentant une dysfonction sexuelle, sont les praticiens de « première ligne » pour l'écoute de la femme ayant une dysfonction sexuelle.

Après la ménopause, l'atrophie vulvovaginale, aux conséquences multiples, aussi bien à type de dyspareunie que d'aggravation de troubles du bas appareil urinaire, doit être systématiquement recherchée. Le traitement estrogénique local est recommandé [16].

Au-delà du bilan médical organique qui est réalisé de façon régulière et habituelle, l'importance des facteurs psychologiques, comme l'histoire sexuelle de la patiente, sa relation de couple, des événements de vie stressants, est telle que l'approche médicale doit être en fait une véritable approche globale sexologique [44,45].

Conduite à tenir recommandée et accessible à tous les praticiens :

- il faudra vérifier dans la liste des traitements pris par la patiente si certains ne sont pas susceptibles d'être délétères sur la fonction sexuelle (exemple des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, fréquemment prescrits...);
- des explications simples sur l'anatomie, la physiologie des réponses sexuelles féminine et masculine sont requises, notamment dans les périodes « à risque » comme la grossesse, la période post-ménopausique...;
- d'autres situations difficiles, mais fréquentes, comme des antécédents d'abus sexuels, sont également à risque de dysfonction sexuelle à l'âge adulte [46]. Selon le sexe du praticien, la confiance sera peut-être plus difficile pour la patiente [47]. Cependant, tout praticien prenant en charge la pathologie pelvi-périnéale doit toujours y penser, bien au-delà de la dyspareunie, notamment dans des plaintes multiples, mal étiquetées, où le bilan exhaustif est normal; cela évitera une cascade d'exams inutiles et la non-résolution des problèmes [48]. Quel que soit leur spécialité, peu de praticiens posent donc la question de l'existence d'abus sexuels. C'est pourtant bien un souhait des patientes ayant de tels antécédents que le praticien aborde ce sujet; la plupart des femmes n'en parleront pas spontanément, mais attendent en fait qu'une perche leur soit tendue [49];
- si le clinicien n'a pas de compétence ou de souhait pour construire lui-même cette approche, il peut toujours - et doit- ouvrir le dialogue sur la sexualité avec ses patientes. Cela est à la portée de tout praticien et représente la première étape à un travail en réseau multidisciplinaire avec des confrères spécialisés [50].

En pratique, très peu de cliniciens s'intéressent aux dysfonctions sexuelles féminines et posent la question à leur patiente [1], celles-ci n'osant pas, la plupart du temps, aborder d'elles-mêmes la question. Pourtant, quelques questions ouvertes simples, une empathie, une écoute sont des choses simples à mettre en place dans nos consultations (Fig. 3).

Les dysfonctions sexuelles féminines sont fréquentes et souvent spontanément non exprimés par les patientes. Les normes sociétales de performance dans tous les domaines, ainsi que de jeunesse et de beauté, peuvent aggraver le malaise ressenti par ces femmes présentant, à un moment donné de leur vie, un problème sexuel. Elles renforcent l'éternel questionnement sur la frontière entre le normal et le pathologique allant à l'encontre du caractère éminemment personnel du retentissement du trouble sexuel.

CE QU'IL FAUT RETENIR

- La prévalence des dysfonctions sexuelles féminines est élevée et entraîne souvent une altération importante de la qualité de vie. Ce sont la capacité d'écoute et l'empathie du praticien qui permettent aux patientes d'exposer leurs difficultés sexuelles.
- Elles ne peuvent être prises en charge efficacement qu'en les appréhendant sous leurs différentes facettes, organique, psychologique et sociale, et relationnelle avec le partenaire.
- Le vaginisme est une contracture involontaire des muscles du vagin, source d'angoisse, de honte: le délai est souvent très long avant la demande de prise en charge. C'est un symptôme psychosomatique qui ne peut être traité par un simple geste technique, Il nécessite une sexothérapie de type cognitivo comportemental: il s'agit d'une rééducation par étapes, longue, mais efficace, où la participation du partenaire est essentielle.
- Les dyspareunies sont fréquentes. Un interrogatoire exhaustif et l'examen clinique sont essentiels au diagnostic des causes locorégionales à la fois pour les DS (infection, séquelles d'épisiotomie) et DP, aidé alors par l'imagerie (endométriase...). Dans les DP, Si le bilan est négatif, des causes psychologiques doivent être recherchées (anxiété, antécédents d'abus sexuels, problèmes avec le partenaire...).
- Les vulvodynies, après bilan étiologique complet, le plus souvent négatif, peuvent être améliorées par les TCC, associée selon les cas à une prise en charge psychologique.
- Les troubles du plaisir et du désir résultent fréquemment d'une association de facteurs psychologiques et comportementaux, personnels et relationnels avec le partenaire. Un des axes principaux de la prise en charge des carences orgasmiques est le développement de la capacité au « lâcher prise ».
- Contraception, infertilité, grossesse, période du post-partum et ménopause sont autant d'événements de la vie d'une femme qui peuvent déclencher des troubles de la sexualité, notamment une altération du désir. L'information sur la sexualité qui sera donnée par le praticien dans ces moments susceptibles de fragiliser la femme dans ce domaine est essentielle.

Références

- [1] Abdolrasulnia M, Shewchuk RM, Roepke N, Granstaff US, Dean J, Foster JA, et al. Management of female sexual problems: perceived barriers, practice patterns, and confidence among primary care physicians and gynecologists. *J Sex Med* 2010;7:2499–508.
- [2] Elliot AJ, Thrash TM. Approach-avoidance motivation in personality: approach and avoidance temperaments and goals. *J Pers Soc Psychol* 2002;82:804–18.
- [3] Binik YM. The DSM diagnostic criteria for vaginismus. *Arch Sex Behav* 2010;39:278–91.
- [4] Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Women Health* 2010;6:705–19.
- [5] Hawton K, Catalan J. Sex therapy for vaginismus. Characteristics of couples and treatment outcome. *J Sex Marital Ther* 1990;5:39–48.
- [6] Cabanis C. Analyse clinique des dysfonctions sexuelles. In: Lopes P, Poudat FX, editors. *Manuel de sexologie*. Paris: Ed Masson; 2007.
- [7] Harrison CM. Le vaginisme. *Contra Sex Fertil* 1996;24:223–8.
- [8] Grafeille N. La peur de la pénétration : à propos des partenaires des femmes vaginiques. *Cah Sexol Clin* 1994;10:106–12.
- [9] Pacik PT. Vaginismus: review of current concepts and treatment using botox injections, bupivacaine injections, and progressive dilation with the patient under anesthesia. *Aesthetic Plast Surg* 2011;35:1160–4.
- [10] Ghazizadeh S, Nikzad M. Botulinum toxin in the treatment of refractory vaginismus. *Obstet Gynecol* 2004;104:922–5.
- [11] Engman M, Wijma K, Wijma B. Long-term coital behaviour in women treated with cognitive behaviour therapy for superficial coital pain and vaginismus. *Cogn Behav Ther* 2010;39:193–202.
- [12] Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Arch Sex Behav* 2004;33:5–17.
- [13] Colson MH, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. *J Sex Med* 2006;3:121–31.
- [14] Mimoun S. Comment j'explore les dyspareunies chroniques. *Realites Gynecol Obstet* 2005;104:44–9.
- [15] Paniel BJ, Haddad B, Meneux E. Les dyspareunies : approche gynécologique. In: Chapron C, Benhamou D, Belaish-allart J, Dubuisson JB, editors. *La douleur en gynécologie*. Paris: Ed Arnette Blackwell; 1999.
- [16] Sturdee DW, Panay N, International Menopause Society Writing Group. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric* 2010;13:509–22.
- [17] Mimoun S. Prise en charge des dyspareunies et vaginismes. In: Lopes P, Poudat FX, editors. *Manuel de sexologie*. Paris: Ed Masson; 2007. p. 373–9.
- [18] Lynch PJ. Vulvodynia as a somatoform disorder. *J Reprod Med* 2008;53:393–6.
- [19] Plante AF, Kamm MA. Life events in patients with vulvodynia. *BJOG* 2008;115:509–14.
- [20] Groysman V. Vulvodynia: new concepts and review of the literature. *Dermatol Clin* 2010;28:681–96.
- [21] Foster DC, Kotok MB, Huang LS, Watts A. Oral desipramine and topical lidocaine for vulvodynia: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2010;116:583–9.
- [22] Petersen CD, Giraldo A, Lundvall L, Kristensen E. Botulinum toxin type A; a novel treatment for provoked vestibulodynia? Results from a randomized, placebo controlled, double blinded study. *J Sex Med* 2009;6:2523–37.
- [23] Brown CS, Wan J, Bachmann G, Rosen R. Self-management, amitriptyline plus triamcinolone in the management of vulvodynia. *J Women Health* 2009;18:163–9.
- [24] Boardman LA, Cooper AS, Blais LR, Raker CA. Topical gabapentin in the treatment of localized and generalized vulvodynia. *Obstet Gynecol* 2008;112:579–85.
- [25] Bergeron S, Khalifé S, Glazer HI, Binik YM. Surgical and behavioral treatments for vestibulodynia: two-and-one-half year follow-up and predictors of outcome. *Obstet Gynecol* 2008;111:159–66.
- [26] Masheb RM, Kerns RD, Lozano C, Minkin MJ, Richman S. A randomized clinical trial for women with vulvodynia: cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *Pain* 2009;141:31–40.
- [27] Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Baumann EO, Moreira Jr ED, et al. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med* 2010;7:1598–607.
- [28] Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *J Sex Med* 2006;3:589–95.
- [29] West SL, Vinikoor LC, Zolnoun D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annu Rev Sex Res* 2004;15:40–172.
- [30] Jannini EA, Rubio-Casillas A, Whipple B, Buisson O, Komisaruk BR, Brody S. Female orgasm(s): one, two, several. *J Sex Med* 2012;9:956–65.
- [31] Brody S, Weiss P. Simultaneous penile-vaginal orgasm is associated with satisfaction (sexual, life, partnership, and mental health). *J Sex Med* 2011;8:734–41.
- [32] Knudson-Martin C, Mahonney A. Beyond different worlds: a post-gender approach to relational development. *Fam Process* 1999;38:325–40.
- [33] Wright J, Lussier Y, Sabourin S. *Manuel clinique des psychothérapies de couple*. Sainte-Foy (Québec): Presses de l'université du Québec; 2008.
- [34] Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *Urology* 2000;163:888–93.
- [35] Janssen E, Bancroft J. The dual-control model: the role of sexual inhibition and excitation in sexual arousal and behavior. In: Janssen E, editor. *The psychophysiology of sex*. Bloomington: Indiana University Press; 2007.
- [36] Shah MB, Hoffstetter S. Contraception and sexuality. *Minerva Ginecol* 2010;62:331–47.
- [37] Ohl J, Reder F, Fernandez A, Bettahar-Lebugle K, Rongières C, Nisand I. Impact de l'infertilité et de l'Assistance médicale à la procréation sur la sexualité. *Gynecol Obstet Fertil* 2009;37:25–32.
- [38] Monga M, Alexandrescu B, et al. Impact of infertility of quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology* 2004;63:126–30.
- [39] Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *J Sex Med* 2008;5:1915–22.
- [40] Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med* 2010;7:2782–90.
- [41] Lopes P, Lachowski M. Ménopause et sexualité. In: Lopes P, Poudat FX, editors. *Manuel de Sexologie*. Paris: Ed Masson; 2007.
- [42] Palacios S. Hypoactive Sexual Desire Disorder and current pharmacologic options in women. *Women Health* 2011;7:95–107.
- [43] DeRogatis LR, Graziottin A, Bitzer J, Schmitt S, Koochaki PE, Rodenberg C. Clinically relevant changes in sexual desire, satisfying sexual activity and personal distress as measured by the profile of female sexual function, sexual activity log, and personal distress scale in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med* 2009;6:175–83.

- [44] McCabe M, Althof SE, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum SR, Simonelli C, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med* 2010;7:327–36.
- [45] Al-Azzawi F, Bitzer J, Brandenburg U, Castelo-Branco C, Graziottin A, Kenemans P, et al. Therapeutic options for postmenopausal female sexual dysfunction. *Climacteric* 2010;13:103–20.
- [46] Mayer L. The severely abused woman in obstetric and gynecologic care. Guidelines for recognition and management. *J Reprod Med* 1999;40:13–8.
- [47] Wijma B, Schei B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, Pikarinen U, et al. Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *Lancet* 2003;361(9375):2107–13.
- [48] Rellini AH, Meston CM. Sexual self-schemas, sexual dysfunction, and the sexual responses of women with a history of childhood sexual abuse. *Arch Sex Behav* 2011;40:351–62.
- [49] McGregor K, Jülich S, Glover M, Gautam J. Health professionals' responses to disclosure of sexual abuse history: female child abuse survivors' experiences. *J Child Sex Abus* 2010;19:239–54.
- [50] Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 2010;7:314–26.