

Douleur et sexualité: comment faire bon ménage

Châteauroux 2019



Gwen Le Balleur - Périnéologue sexologue – Aurillac
gwen.le-balleur@orange.fr

Quand on parle de sexualité



La sexualité n'est pas
déterminée mais
soumise aux aléas de
l'existence
et aux influences
Socio culturelles

NB : Contrairement aux idées reçues la sexualité n'est pas innée , n'est pas naturelles . Elle varie en fonction de l'époque , de la culture, de la religion, du milieu social et surtout de nos APPRENTISSAGES



Quelques dates historiques

- L'origine: 1880 à 1914
Durkheim, Havelock Ellis, Freud
- Période de maturation: 1914 à 1939
Th Van de Velde, W Reich
- Période expérimentale: 1939 à 1968
Master et Jonhson, Kinsey, Marie Bonaparte
- Période clinique: 1968 à 1980
Master et Jonhson, Gérard Zwang, pasini, H Kaplan
- La sexologie moderne: 1980 à 2010



Les grandes dates

- 1920 Loi qui réprime l'avortement
- 1967 apparition de la pillule contraceptive (Contexte social)
- 1975 Loi Simone Veil - Légalisation de l'avortement
- 1974 Remboursement de la Pillule. Planning familial
- 1975 Concept de santé sexuelle
- 1982 Naissance d'Amandine (Pr Frydman)
- 1980 Les injections intra caverneuses (R Varig)
- 1998 Les IPDE 5
- 2013 Le mariage pour tous



Les grandes enquêtes

- Kinsey (USA) 1947
- Master et Johnson (USA) 1966 les réactions sexuelles
- Rapport Hite (USA) 1959 Libération sexuelle de la femme
- Enquête Simon (FR) 1970 Contraception éducation sexuelle
- ACSF(FR) 1992 Sida
- CSF (FR) 2006 Bajos et Bozon Prévention HIV et MST

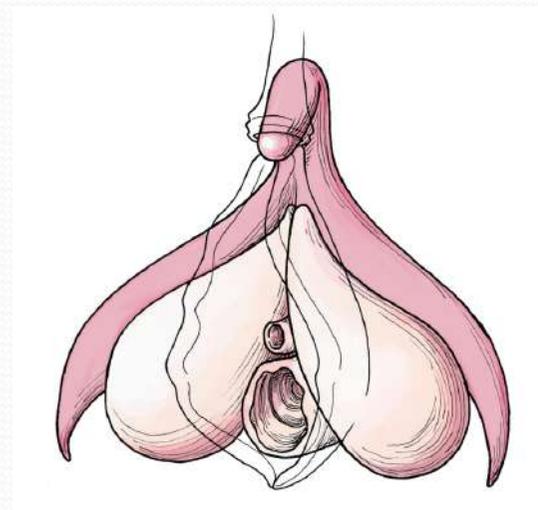
Santé sexuelle

OMS 1975

- La sexualité rentre dans le cadre de santé physique, psychique et sociale.
- Tabous, peurs , fausses croyances...
- La sexologie se différencie de la psychiatrie psychanalytique.
- Reconnaît le rôle utile du clitoris

Anatomie du clitoris

- Zones érogènes identiques : gland du clitoris / gland du pénis
- Partie visible très différente
- Partie visible du clitoris 10 fois inférieure à la partie invisible



Epiderme du clitoris

- Rapport de la peau avec le cerveau
- Peau est parfois le porte parole du corps
- Epiderme : antenne signal, relais extérieur / intérieur
- Cette sensibilité clitoridienne permet de mieux comprendre l'importance que la composante douloureuse peut prendre dans cette zone

Epiderme du clitoris

- 2 cm² = 1/10 000 de la surface corporelle
- Clitoris : 8 000 à 10 000 capteurs sensitifs
- Pénis : 3 000 à 4 000 capteurs sensitifs
- Richesse de la sensibilité clitoridienne... Ne mérite pas l'oubli, le déni ni la censure !

Les zones érogènes

- Les zones primaires : zones qui peuvent directement créer l'orgasme (gland du pénis, gland du clitoris, vagin)
- Les zones secondaires : zones qui augmentent les chances d'obtenir un orgasme en amplifiant l'excitation sexuelle. (grandes lèvres, seins, face interne cuisses....., potentiellement tout le corps)



Particularités des zones primaires

- La sensibilité de ces zones évoluent lors d'une relation sexuelle.
- Zone de plaisir peut devenir douloureuse
- Besoin de connaître son partenaire



Les dysfonctions sexuelles

- Trouble du désir
- Trouble de l'excitation
- Trouble du plaisir

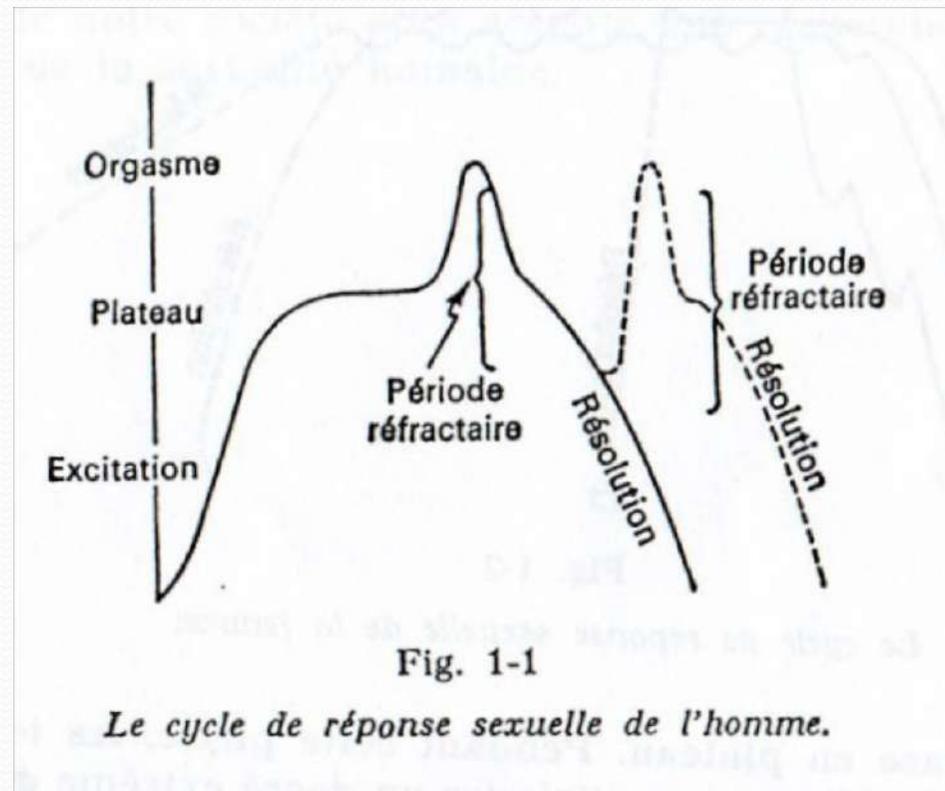
<i>CIM - 10</i>	<i>Réf.</i>	<i>DSM IV</i>	<i>Pratique clinique</i>
Absence ou perte de désir sexuel	F52.0	Baisse de désir sexuel	– Désir sexuel hypoactif – Anaphrodisies
Aversion sexuelle et absence de plaisir sexuel	F52.1	Aversion sexuelle	– Aversions sexuelles – Anhédonies
Échec de la réponse génitale	F52.2	– Troubles de l'excitation chez l'homme – Troubles de l'excitation chez la femme	– Dysfonctions érectiles – Troubles de l'excitation féminine (lubrification...)
Dysfonctions orgasmiques	F52.3	– Troubles de l'orgasme chez l'homme – Troubles de l'orgasme chez la femme	Anorgasmies et dysorgasmies masculines et féminines et leurs différentes formes cliniques
Éjaculation précoce	F52.4	Ejaculation précoce	Éjaculation précoce
Vaginisme	F52.5	Troubles sexuels avec douleur	Vaginisme
Dyspareunies	F52.6	– Vaginisme – Dyspareunies	Dyspareunies masculines et féminines et leurs différentes formes cliniques
Activité sexuelle excessive	F52.7		Activité sexuelle excessive, addictions sexuelles
Troubles de l'identité sexuelle Transsexualisme (F64.0)	F64.x	Troubles de l'identité sexuelle	Dysphories de genre, troubles de l'identité



Le désir sexuel

- Le désir est une anticipation de l'excitation sexuelle
- Il existe différents désirs :
 - Désir fusionnel
 - Désir de reproduction
 - Désir coïtal, génital
- Le désir demande un imaginaire érotique
- La composante douloureuse (physique ou psychique) peut avoir un impact sur ces différents désirs . Inversement les troubles du désir peuvent majorer une composante douloureuse

L'excitation sexuelle





Le syndrome d'excitation génitale permanente

- Sensation d'excitation sexuelle qui peut durer de quelques heures à quelques jours
- Excitation sexuelle sans désir, sans plaisir, sans fantasme
- Syndrome rare, reconnu comme maladie depuis 2004
- Etiologie ??? Psychologique, émotionnelle, hormonale, neurologique
- Source de souffrance psychologique et physique

Etapes de l'orgasme

(Permet de comprendre les dysorgasmies ou les anorgasmies ; de comprendre l'impact que la douleur peut avoir sur ces différentes étapes)

- Disponibilité érotique: **Désir du désir**
- Désir : **Désir de plaisir, désir sexuel**
- Excitation sexuelle corporelle: **Plaisir**
- Imaginaire sexuel : **renforcement du plaisir**
- Abandon corporel et psychique: **Abandon au plaisir**
- Orgasme: **Volupté**

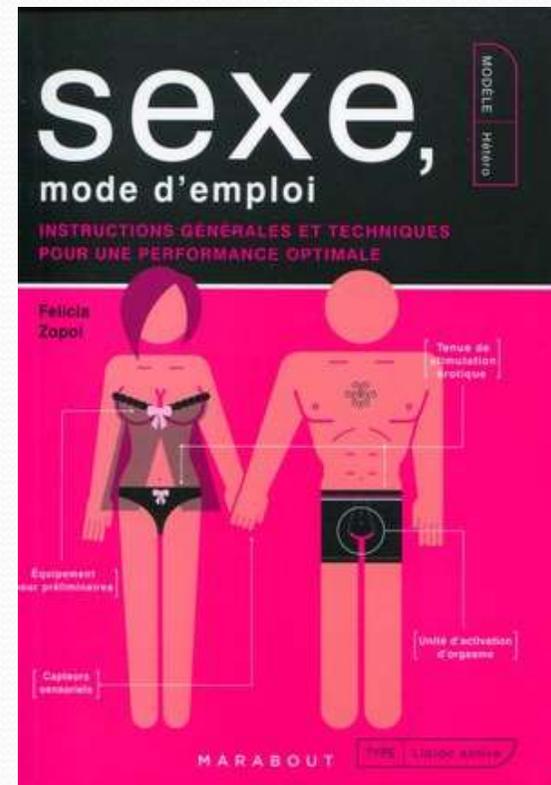
Plaisir ou Déplaisir peut dépendre de nos connaissances

- Représentation de la sexualité
- Vécu de la sexualité (autorisation/censure)
- Utilité de la sexualité (reproduction/plaisir)
- Respectabilité (intimité/ pornographie)
- Sécurisation (conduites à risque/violence)
- Composante douloureuse ou non

Trop de choses vues, entendues, cachées, ou directement vécues peuvent être sources de dysfonctions sexuelles.

Maturation érotique

- Maturation érotique
- Vaginalité
- Réceptivité/
Intrusivité
- Décoder les signes
d'excitation sexuelle
- Connaître son
anatomie pour guider
son ou sa partenaire

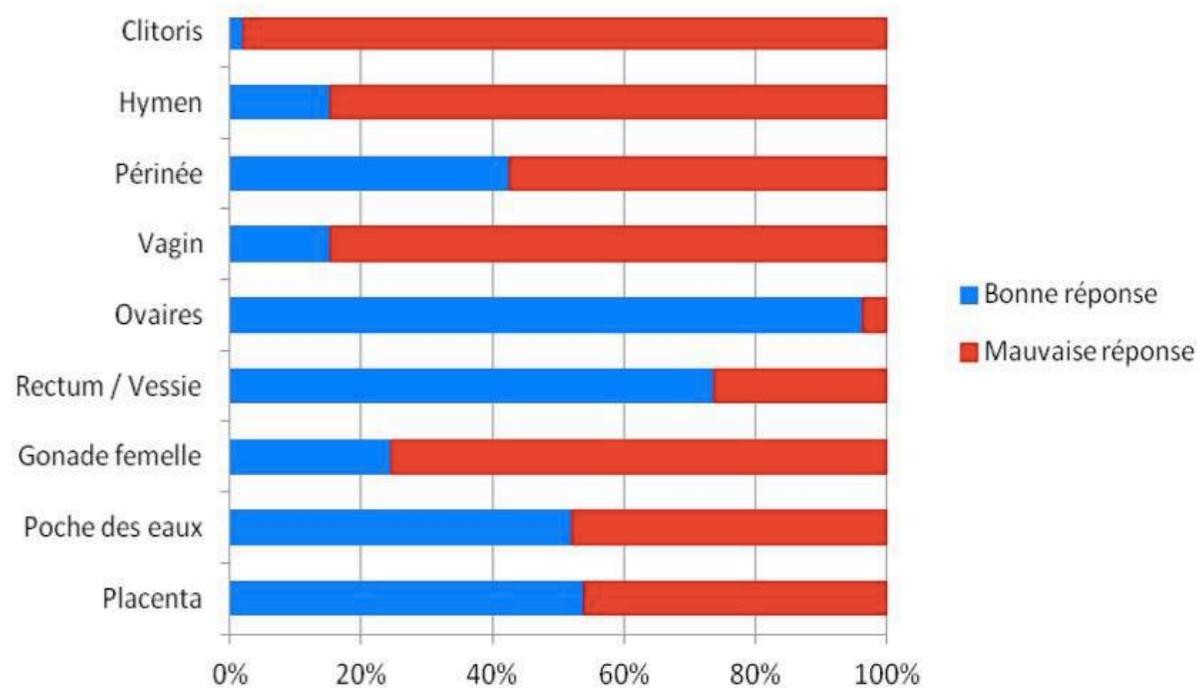


« On ne nait pas femme on le devient »
Simone de Beauvoir

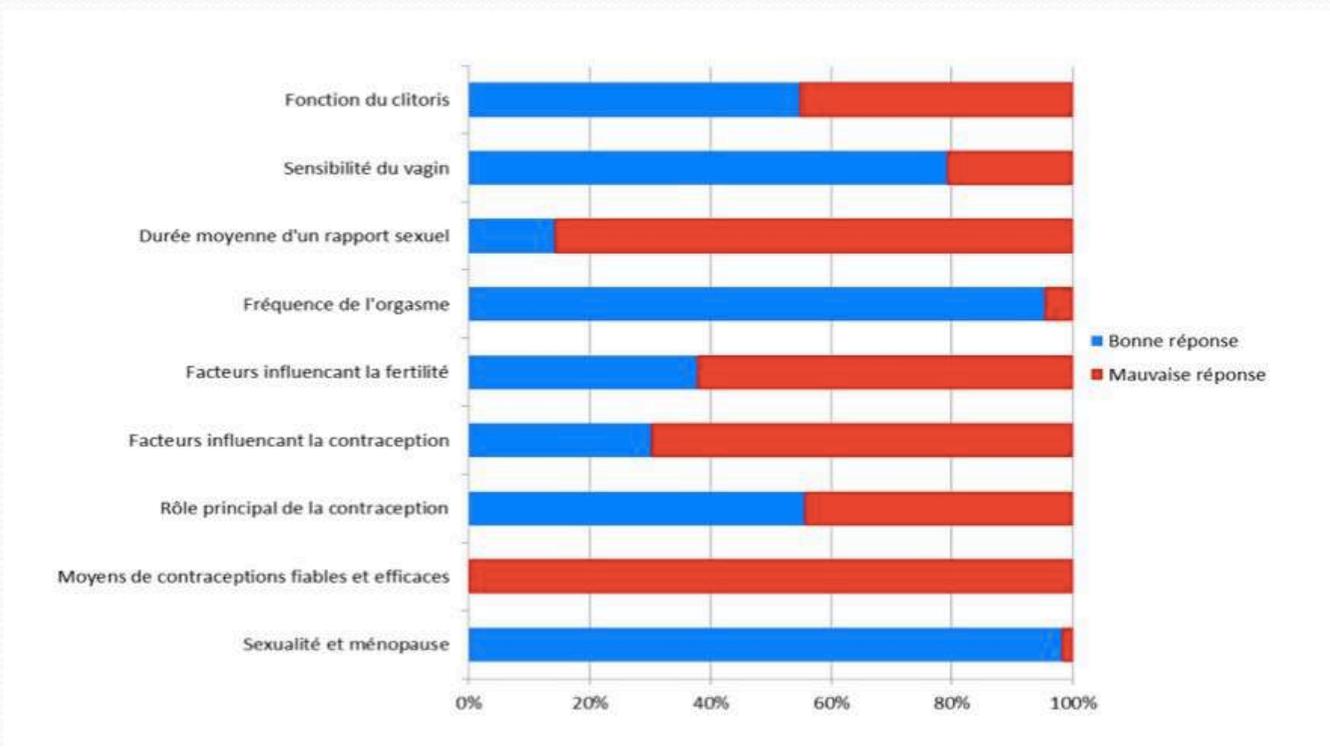


Connaissances anatomiques des femmes

95% situent l'utérus et les ovaires 3% situent le clitoris alors que ...



Connaissances des femme concernant la sexualité: Mais 60% des femmes connaissent la fonction du clitoris...





40% des Dysfonctions sexuelles sont liées aux :

- Tabous
- Manque d'informations
- Fausses informations



Vieillesse et sexualité

- Processus physiologique, lié à l'âge et au capital génétique
- Ménopause : effet systématique
- Andropause/DALA: 10% à 50 ans 50% à 80 ans
- Modification physique : physiologique et pathologique
- Modification psychologique : image de soi, couple
- Modification sociale: retraite, nid vide

ENQUÊTE C. S.F

2006

12000 hommes et
femmes interrogés

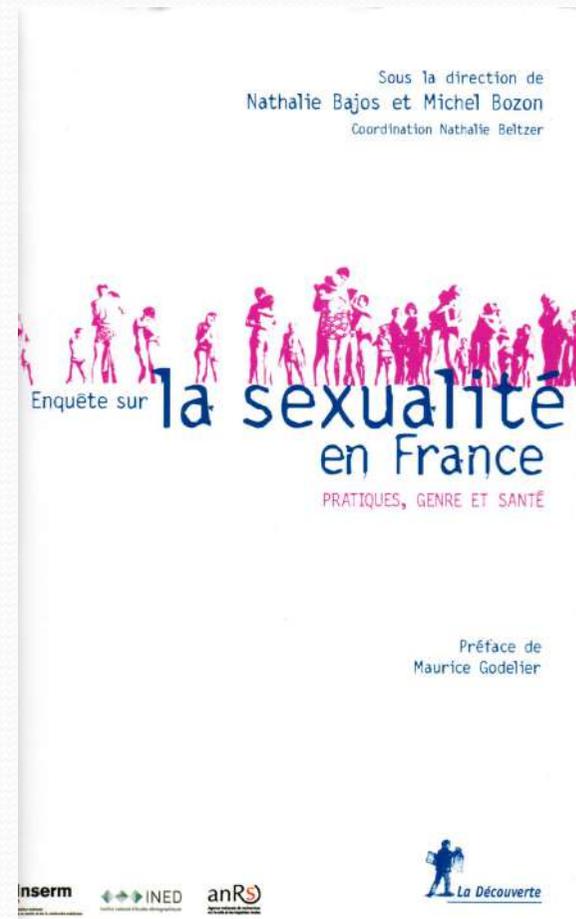


Tableau 1. Pratiques sexuelles déclarées par sexe et âge

Pratiques sexuelles	Sexe	18-19 ans	20-24 ans	25-34 ans	35-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	Total
Effectifs	F	204	611	1 691	1 140	734	747	636	5 763
	H	194	539	1 376	946	621	542	424	4 642
Masturbation, expérience au moins une fois (vie)	F	48,8	54,5	66,0	68,3	64,7	60,6	43,9	60,1
	H	90,6	94,1	93,4	92,5	93,2	89,5	85,5	91,4
Masturbation, pratique régulière (souvent ou parfois dans les 12 mois)	F	10,2	16,3	22,3	23,1	21,7	14,3	10,1	17,9
	H	56,4	52,5	47,9	47,4	42,4	31,1	20,5	40,3
Fellation, expérience au moins une fois (vie)	F	58,3	73,6	86,5	88,5	86,0	81,2	65,8	80,4
	H	65,2	82,2	88,4	90,5	89,9	82,2	73,4	83,3
Fellation, pratique régulière (souvent ou parfois dans les 12 mois)	F	38,1	53,0	67,5	67,0	61,6	45,7	22,1	52,8
	H	46,8	61,2	68,9	64,6	61,5	49,5	32,1	56,4
Cunnilingus, expérience au moins une fois (vie)	F	68,9	80,4	90,8	92,5	90,5	86,4	71,7	85,5
	H	67,3	78,4	86,2	90,5	92,2	85,4	76,4	85,0
Cunnilingus, pratique régulière (souvent ou parfois dans les 12 mois)	F	44,9	59,6	70,5	72,3	67,7	49,5	26,0	57,6
	H	46,1	57,7	68,4	70,7	70,6	58,3	40,0	61,4
Pénétration anale, expérience au moins une fois (vie)	F	15,6	28,3	42,9	43,9	42,7	38,6	25,7	37,3
	H	24,0	36,1	49,0	54,9	52,7	43,5	33,7	45,1
Pénétration anale, pratique régulière (souvent ou parfois dans les 12 mois)	F	7,2	6,4	12,0	12,2	12,5	7,0	3,4	9,2
	H	7,6	15,1	15,6	17,9	18,4	13,3	4,8	14,2

Moins de lubrification avec l'âge

(peu de traitement demandé ou proposé pour ces femmes)

réalités EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE # 161_ Mars/Avril 2012

LE DOSSIER

La vulve à la cinquantaine

Items	Pb désir	Anorgas	Dyspareunie	Sexe non agréable	Anxiété/ Sexualité	Pb lubrif
Totaux	1486	1477	1479	1479	1482	1475
18-29	32 %	26%	21%	27%	16%	19%
30-39	32%	28%	15%	24%	11%	18%
40-49	30%	22%	13%	17%	11%	21%
50-59	27%	23%	8%	17%	8%	27%

TABLEAU II : L'enquête épidémiologique de Laumann, 1999.

Iatrogénie et sexualité

- Iatrogénie médicamenteuse : facteur de non compliance au traitement
 - Les IRS (Inhibiteur Recapture Serotonine)
 - Les neuroleptiques
 - Les antalgiques
-
- Iatrogénie chirurgicale

Quand on parle de composante douloureuse



De quelle douleur s'agit il?

- Les douleurs physiques : génitales et périnéales
appareil locomoteur
douleurs projetées
- Les douleurs psychiques : accident de la vie
maladie
couple / enfants / environnement
travail



Pour faire un tour d'horizon , parlons de

- Les douleurs sexuelles de l'homme et de la femme
- Les mutilations sexuelles
- Les abus sexuels
- Le cancer
- Les maladies neurologiques



Les douleurs sexuelles de l'homme et de la femme

- Plaintes courantes en gynécologie, urologie, dermatologie et en sexologie
- Prise en charge complexe car interactions possibles entre de nombreux facteurs incluant :
 - la douleur génitale
 - les réactions comportementales et émotionnelles
 - les pathologies associées

Les douleurs gynécologiques

- Douleur primaire
 - Douleur secondaire
 - Douleur superficielle
 - Douleur profonde
-
- Etiologie organique / psychogène
 - Prévalence : évaluation difficile car multifactorielle et pas toujours recherchée



• Les douleurs sexuelles de la femme

- Les dyspareunies superficielles : vulvodynie , vestibulodynie
- Les dyspareunie profondes
- Les dyspareunies de novo post chirurgicale cure prolapsus
- le vaginisme
- Les anodyspareunies

Le vaginisme

- DSM IV: spasme involontaire de la musculature du tiers externe du vagin qui empêche les RS , dû à une peur ou une méconnaissance, entraînant une détresse ou des difficultés interpersonnelles.
- Primaire ou secondaire
- Organique ou fonctionnel
- Faux vaginisme

Les douleurs sexuelles de l'homme

- Douleur aigue : rupture du frein , fracture corps caverneux
- Douleur chronique: lichen, maladie de lapeyronie , maladie de Mondor
- Douleur à l'éjaculation
- Les anodyspareunies

Les mutilations sexuelles

- 200 millions de femme ou de jeune filles dans le monde selon l'OMS (2018)
- 60 000 en France
- 500 000 en europe
- Se pratique encore dans 30 pays d'Afrique, du moyen orient et en Asie
- 3 millions de jeunes filles sont menacées / an
- Problème mondial

• Mémoire de l'HELB Bruxelles en kinésithérapie 2015 Makima Mabuilu Mirna « les spécificités de la prise en charge kinésithérapique des femmes ayant subi des mutilations génitales

Les mutilations sexuelles

- OMS Interventions qui altèrent ou lèsent intentionnellement les organes génitaux externes de la femme pour des raisons non médicales.
- UNICEF : MGF représente une violation des droits de l'enfant et de la femme
- Lutte depuis 1997 (engagement international, organes de surveillance, cadres juridiques)
- Illégalité obligation de signalement
- Statut de demandeur d'asile
- Remboursement des soins

Les Mutilations Génitales Féminines (MGF)

- Type 1 : clitoridectomie 5% des MGF
- Type 2: Excision 80% des MGF
- Type 3: infibulation 15 % des MGF

Les Mutilations Génitales Féminines

- **Conséquences physiques:** hémorragie, anémie, rétention U , lésion organes voisins , fistule, abcès, dyspareunie, dysménorrhées, infections septicémie choc hémorragique ou septique devenir obstétrical
- **Conséquences psychologiques :** détresse, insécurité, hallucinations, psychose, suicide.
- 1/6 des MGF subissent un stress post traumatique
- **Conséquences sociales:** complexes car interactions culturelles religieuses financières . Ses mères sont capables de reproduire cet acte sur leur fille

IMPACT DES MGF SUR LA SEXUALITE

- Etude Saoudienne (2007 /2008)
- 130 MGF/ 130 non MGF
- DS dans le groupe MGF : désir ↘
dyspareunie ↗
lubrification ↘
éveil sexuel ↘
- Sexualité de l'homme: perturbation

Étude du département d'obstétrique et de gynécologie de l'université King Addulaziz à jeddah (Arabie Saoudite) « la fonction sexuelle chez les femmes ayant subi des mutilations sexuelles »

Les réparations des mutilations génitales féminines (MGF)

- Centre de référence
- Actes remboursés
- Reconstruction du clitoris: récent
- Reconstruction physique psychologique sociale

IMPACT DES REPARATIONS DES MGF SUR LA SEXUALITE

- Etude sur 2938 femmes , dont 866 sont évaluées à 1 an
- 75% amélioration de la fonction sexuelle.
- Demande en augmentation
- Revendication identitaire
- Revendication sexuelle
- Revendication de douleur

Hommage: l'homme qui répare les femmes

- Dr Denis Mukwege : prix nobel de la paix 2018
- Dr Guy Bernard Cadière
- Dr Pierre Foldès



LES ABUS SEXUELS

- Toute atteinte sexuelle (attouchement, viol) commise avec violence, contrainte, menace ou surprise .
- Crime
- Prévalence difficile à évaluer (variations)
- Importance des viols intra familiaux
- 12 à 33 % des filles 8 à 16% des garçons

Conséquence des abus sexuels sur la sexualité

- Trouble de l'attachement
- Aversion sexuelle
- Diminution du désir et des fantasmes sexuels
- Trouble de l'orgasme
- Trouble du désir
- Sentiment de culpabilité/ Image de soi
- Peur de l'intimité , pensées intrusives angoissantes
- Image de la sexualité

Abus sexuels/ Conséquences physiques

- Symptômes digestifs : anisme, SII, dyspepsie
- Symptômes urinaires: dysurie, cystites, infections , lésion de l'urètre
- Symptômes gynécologiques dont vaginisme
- Syndrome douloureux pelvi périnéal
- Moindre défense aux agressions physiques et psychologiques
- Augmentation de la sensibilité à la douleur (Scarinci et al)
- Relation directe entre symptôme et gravité de l'abus et nombre agresseurs (Freidriech et al)
- Consommation importante de médicaments

Abus sexuels et syndrome douloureux pelvien

- Corrélation entre abus sexuelles et algies pelviennes (Lampe et al)
- Abus sexuels avec pénétration
- ASE et syndrome douloureux pelvien de l'homme (Bach)
- ASE et symptômes du bas appareil chez l'enfant (Ellworth 1995) syndrome Hinman
- Violences conjugales: syndrome douloureux pelvien souvent retrouvé

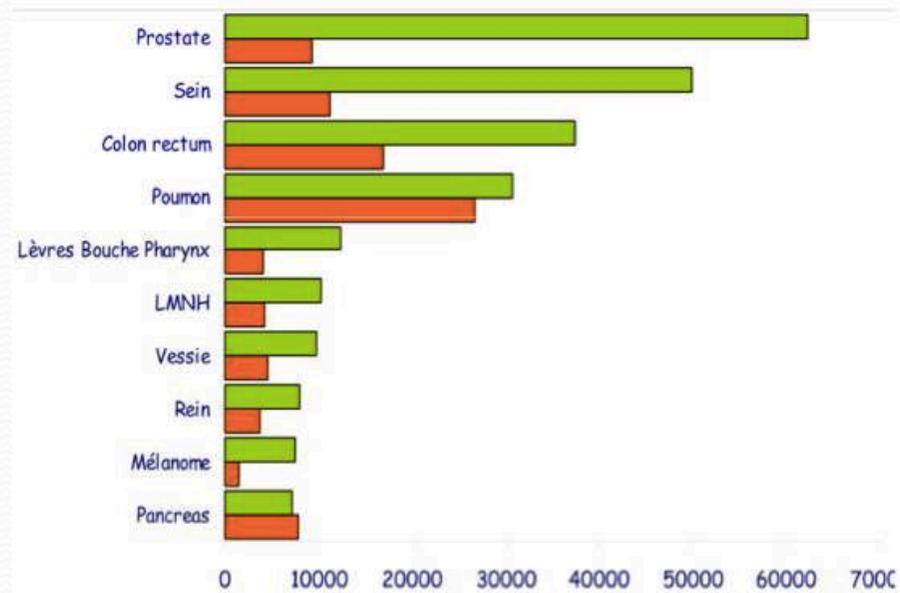
Diagnostic d'antécédents d'abus sexuels ?

- Symptôme sentinelle d'abus sexuelle
- Lien de causalité entre troubles fonctionnels anaux et urinaires, des dysfonctions sexuelles et des abus sexuelles
- Arrêter l'escalade thérapeutique
- Adapter un traitement global non centré sur le symptôme

Cancer et sexualité

Incidence et mortalité par cancer en France en 2005 (source Francim)

50% de guérison du Cancer – source INCa 2010



Epidémiologie

- Une **prévalence élevée des cancers**, concerne finalement un adulte sur dix (personne malade/partenaire).
- Un vieillissement de la population (vieillissement et cancers, vieillissement et sexualité).
- Une **incidence élevée des cancers de la sphère génitale** ou relationnel (répartition).
- Une **réelle atteinte de la sexualité** pour 2/3 des malades (enquête 2 ans après).
- Une **réelle demande des malades** (enquêtes malades, associations) :
 - Tous souhaitent avoir une information et considèrent important de pouvoir en parler.
 - 1/3 s'adapte sans plainte, 1/3 demande des choses simples, 1/3 souhaite un accompagnement plus spécialisé.

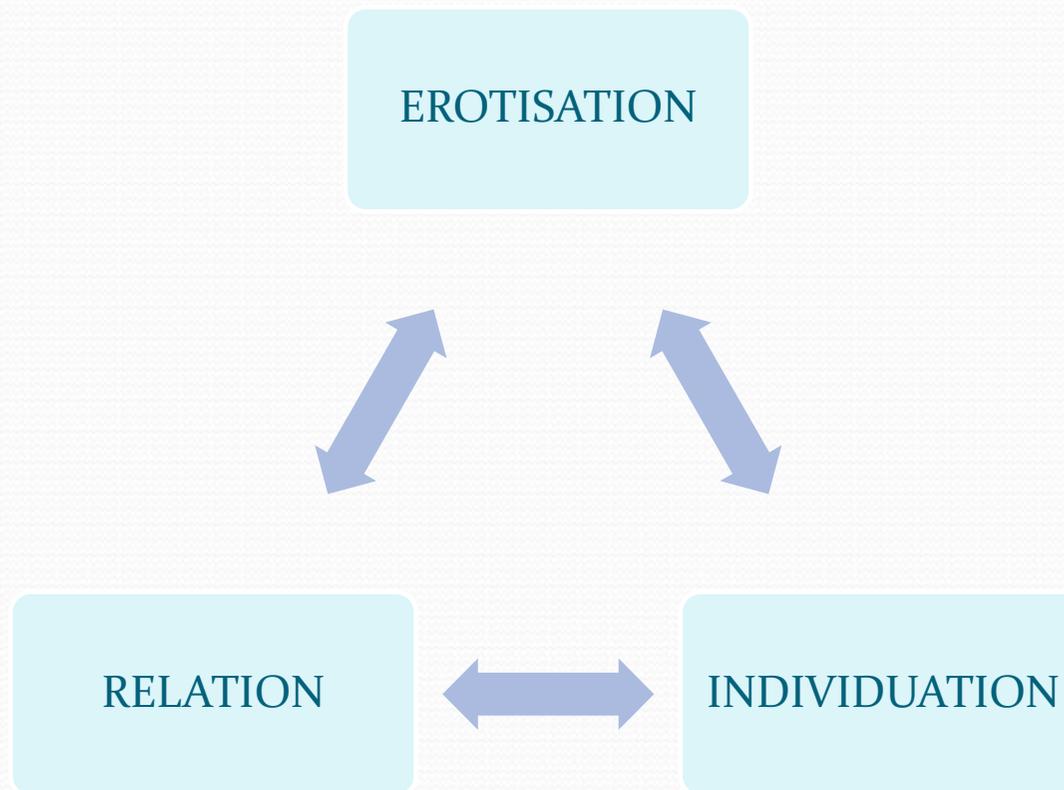
Maladie neurologique et sexualité

- SEP , diabète , AVC, parkinson
- Modification de la sensibilité vaginale et vulvaire
- Diminution de la lubrification
- Paresthésies /dysesthésies périméales
- Hyperactivité vésicale, fécalome, douleurs spastiques des organes voisins aggravés lors des rapports sexuelles
- Iatrogénie

Quand on parle du ménage entre composante douloureuse et sexualité



DYSFONCTION SEXUELLE : RUPTURE DE L'EQUILIBRE



Critères de recherche dans les Dysfonctions Sexuelles

- Age et prévalence
- Problème cognitif
- Caractère clinique
- Troubles associés
- Facteurs organiques
- Retentissement biologique
- Rôle du partenaire
- Système de valeurs
- Les apprentissages

Les freins pour aborder les questions sur la sexualité dans une consultation

Pour le patient :

- peur de dévoiler
- sentiment de honte de culpabilité
- Pas envie de parler de sa sexualité même si conscience du retentissement de la dysfonction sexuelle
- Ne se sent pas assez à l'aise

Thèse de doctorat en médecine université de Clermont Ferrand 2016 Lyaudet Hugues : « troubles sexuels en médecine générale :attentes et attitudes des patients »

Les freins pour aborder les questions sur la sexualité dans une consultation

Pour le praticien :

- le temps
- Le manque de formation et expérience
- La sexualité n'est pas considérée comme vitale
- Personnel , éducation, culture
 - Thèse de doctorat en médecine université de Clermont Ferrand 2016 Lyaudet Hugues : « troubles sexuels en médecine générale :attentes et attitudes des patients »



Pour lever ces freins

- Recommandation de l'OMS (2009)
- Prise en charge dans la globalité Counseling : approche bio-psycho-sociale
- Reconnaît la carence sur la thématique affective et sexuelle dans les formations médicales et paramédicales
- Besoin d'un travail en réseau et de décroisonner les pratiques
- Besoin de faire sentir au patient qu'il est écouté, compris
- Utiliser des questions ouvertes

Qui doit en parler ?

- Médecins généralistes,
 - Médecins spécialistes référents,
 - Les médecins et l'ensemble des professionnels de santé (pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes...),
 - Les sexologues,
 - Les psychologues.
- **Les spécialistes en cancérologie** : pour légitimer la démarche des soignants et entendre la demande de qualité de vie des patients.
- **Les professionnels de santé** : pour assurer le devoir d'information sur les modifications possibles de la sexualité et adopter une attitude pro-active à la recherche de troubles, afin de répondre aux demandes ou à défaut orienter vers des professionnels identifiés.
- **Les professionnels partenaires des soins de support** :
esthéticiennes, stomathérapeutes, assistantes sociales, professionnels du bien être corporel.

Comment en parler ?

- **Rester dans sa compétence et sa légitimité de soignant** :
 - approche centrée sur la recherche d'une altération de la **santé sexuelle** (et pas de sexe),
 - évaluation de la plainte ou des craintes,
 - saisir l'opportunité d'aborder le sujet (contraception; prothèse; soins corporels; hygiène de vie....).
- **En leur demandant ce qu'on leur a déjà dit, ce qu'ils ont pu lire** (brochures, sources Internet plus ou moins fiables, les bons amis et leur expérience qui fait généralité).
- **En utilisant tous les moyens et supports d'information du patient et des partenaires (brochures, plaquettes des sociétés savantes ou des associations...).**
- **A l'aide d'une sémantique adaptée et pédagogique** en restant simple car les problématiques sont souvent simples et abordables en pratique quotidienne.

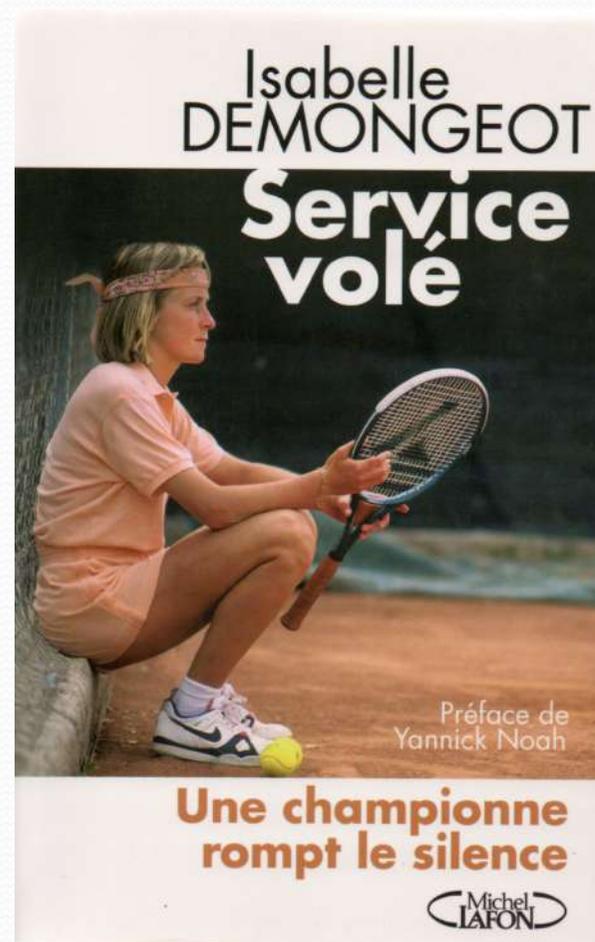
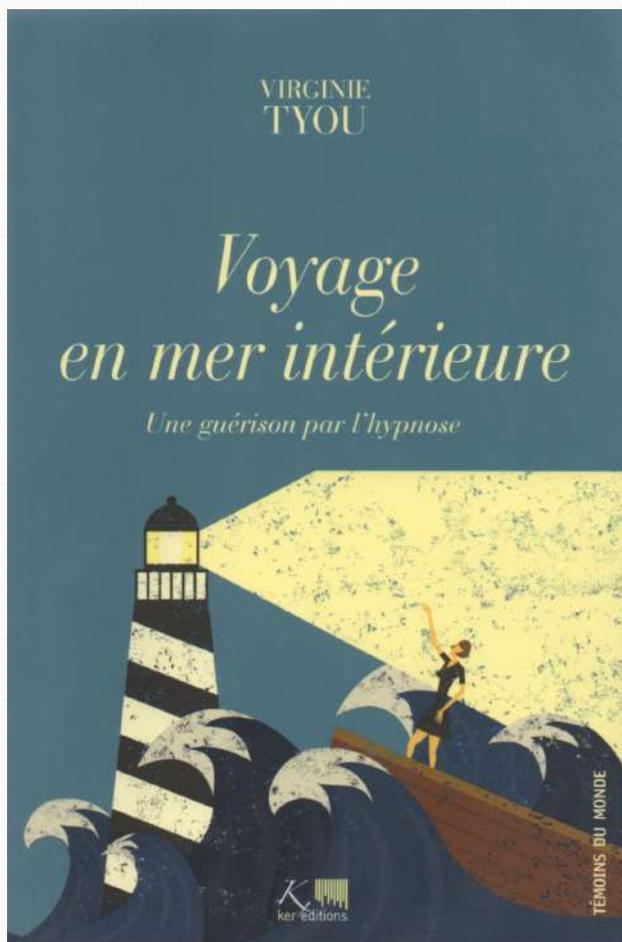




Programme thérapeutique

Prise en charge plurifactorielle :

- **Prise en considération et traitement de la douleur**, mais pas uniquement!!!
- **Travail sexologique et ou psychologique**





Pour une sexualité sans douleur !

Association Les Clés de Vénus
BP 20317
22203 GUINGAMP CEDEX

lesclesdevenus@gmail.com

www.lesclesdevenus.org

Association Loi 1901

Membre fondateur du RDCP
Réseau Douleurs Chroniques Pelvi-périnéales



Vous avez mal pendant l'amour ?

**La pénétration est
douloureuse ou impossible ?**



Vous n'êtes pas seule !

**L'association Les Clés de Vénus
peut vous aider !**





C'est une folie de haïr toutes les roses parce que une épine vous a piqué, d'abandonner tous les rêves parce que l'un d'entre eux ne s'est pas réalisé - *St Exupéry*

Laisse errer mes doigts dans la mousse où le bouton de rose brille - *Verlaine*