

**Emeline BICHET**

*Psychologue clinicienne*

Consultation Pluridisciplinaire de la Douleur

Pôle de Psychiatrie Adulte

# Douleurs chroniques et sexualité

Quelle implication ?

# Quand on dit douleur et sexualité...

1. Sexualité douloureuse (douleurs pelvi-périnéales, dyspareunies, vaginisme...)
2. Douleurs chroniques autres ayant un retentissement sur la sexualité (lombalgies, céphalées...) : aspect dissociant de la douleur
3. Notion de **plaisir** ? Plus fugace et moins mémorisée... vs. Surinvestissement de l'organe douloureux ou clivage

# Quand on dit douleur et sexualité...

- Donc le couple premier impacté !  
Importance de bien **communiquer**
- Pourtant... rarement investiguée par les professionnels
- Sentiment d'être « intrusif » pour le thérapeute
- Sexualité non-satisfaisante : « mal perçu », sentiment de honte, culpabilité

# Difficulté à investiguer/exprimer

- **Pression sociale** du positivisme, de l'idéalisation de l'image du corps, de la pseudo-normalité et de la performance
- Pas d'échelle de mesure... Et une pudeur à l'entretien clinique. *Notre* tendance à dichotomiser ?
- Recentrer sur la **possibilité du plaisir** (parfois anxiogène !!)



# Sexualité douloureuse

Quand les zones érogènes font souffrir

# Le sexuel !

- Selon Freud, **en 1912**, les troubles de la fonction sexuelle constituaient **le motif manifeste le plus fréquent de consultation** auprès d'un psychanalyste (impuissance et frigidité psychogènes)
- Maintenant : demande avec solution immédiate
- **Qu'est-ce qui a déclenché le symptôme ?**
- **Sexualité = construction** involontaire et inconsciente
- Sexualité personnelle vs. sexualité dans la société

(Source : Boudellon, G & Bournova, K. (2012). Argument : impuissance et frigidité. Revue française de psychanalyse, 2012/1, 76, 5-9.)

# Un état des lieux...

- **Environ 30% des femmes et 7% des hommes** ont ressenti des douleurs lors de leur dernier rapport sexuel vaginal avec pénétration

(Source : Herbenick, D., Schick, V., Sanders, S., Reece, M., Fortenberry J.D. (2015). Pain Experienced During Vaginal and Anal Intercourse with Other-Sex Partners: Findings from a Nationally Representative Probability Study in the United States. The Journal Of Sexual Medicine, 12, 4, 1040-1051.)

- De 2 à 5 minutes, 2/3 n'en parlent pas avec leur partenaire

# Impact des représentations

- Poids de l'annonce et des représentations : exemple du cancer de la prostate et tb sexuels liés

Après annonce d'un cancer de prostate, 7% de troubles de l'érection par **anxiété de performance**, chez des patients jusque-là indemnes de difficultés sexuelles, et qui vont doubler (15%) dans la semaine et le mois qui suivent la biopsie (Zismanetal.,2001)

- Composante somatopsychique intriquée : image de soi, confiance en soi, représentations et symboliques associées

# Différents types de symptômes

- **Symptôme sexuel primaire** : a toujours existé
- **Symptôme sexuel secondaire** : la sexualité a été satisfaisante jusque-là et il arrive à un moment donné de la vie
  - plus simples, car on s'appuie ce qui a déjà été vécu, que ce soit en couple ou en individuel.
- **Symptôme sexuel circonstanciel** : trouble avec le mari mais pas avec l'amant...

# Impact des représentations

- Appuyer sur les **points positifs**
- Le patient se réduit à ses symptômes et limite sa propre image de lui-même...
- C'est la **logique médicale**
- Plus difficile sur symptômes lourds et ancrés dans le temps...
- Ecoute sans jugement, sans tabou
- PEC globale

# Patients douloureux chroniques

La sexualité comme  
dommage collatéral...

GRANDE ENQUÊTE SUR  
LA SEXUALITÉ DES FRANÇAIS

LES RÉSULTATS VONT DE PAIR  
AVEC L'ENQUÊTE SUR LE MORAL



LASSERRE.

# Un état des lieux...

- Patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et présentant des difficultés sexuelles : 69%, dont 31% de dysfonctions sévères

(Helland et al., 2008 cités par Colson, M-H)

- Les difficultés sexuelles sont entre **2 à 6 fois plus fréquentes** chez les patients souffrant de pathologie chronique que dans la population générale de même tranche d'âge et de même sexe
- Encore plus prégnant dans les pathologies bouleversant **l'image du corps et le schéma corporel** (cancer du sein, blessés médullaires)...

# Dans la douleur chronique : une souffrance muette

- Sous-estimées et peu questionnées, -> elles ne sont pas la cause principale de consultation !
- Un vécu de « **dégénérescence** » lié à la pathologie chronique (Cyrulnik)

# Dans la douleur chronique : une souffrance muette

- Des remaniements au long cours... donc dans la sexualité aussi qui *s'adapte*
- Conséquences sur **la sexualité.... donc le couple**
- Intrication dans le **cercle vicieux** douloureux

(asthénie, vécu émotionnel fort voire dépression, majoration douleurs, évitement...)

# Douleurs chroniques et traumatismes sexuels

- Intrication dans la clinique
- Traumatisme : dissociation
- Effraction de l'enveloppe corporelle, notion de **Moi-Peau** comme interface (Anzieu)
- Désinvestissement libidinal de la sexualité génitale (Report ? Repli derrière la douleur ?) qui rappelle le **trauma ancré** dans le corps
- Rapport au médical complexe et ambivalent (passivité ++, conflictualité...)

## Effet des pathologies sur la fonction sexuelle

### Condition

<b>Dépression</b>	Diminution du désir
<b>Diabète</b>	Diminution de l'excitation et de l'orgasme
<b>Maladie thyroïdienne</b>	Diminution du désir
<b>Maladie cardiovasculaire</b>	Diminution de l'excitation
<b>Maladies neurologiques</b>	Diminution de l'excitation et de l'orgasme
<b>Insuffisance androgénique</b>	Diminution du désir
<b>Déficience œstrogénique</b>	Diminution de l'excitation

Basson R, Schultz WW. *Lancet*. 2007;369:409-424; Kingsberg SA, Janata JW. *Urol Clin North Am*. 2007;34:497-506.

9

Poitras, F. (2012). Approche globale de la pharmacothérapie de la dysfonction sexuelle

# Evoquer librement la sexualité avec le patient...

- En lui proposant de...
  - Exprimer ses souffrances
  - Réajuster les positions d'un point de vue pratique
  - Expliquer une cause organique/iatrogène/psychogène supposée
  - Revoir son traitement
  - Orienter !

Position la plus « *paresseuse* »



# Evoquer l'aspect pratique

- Positions en cas de lombalgies mais aussi dyspareunies

(Sidorkewicz, N., McGill, Stuart M., (2014). Male Spine Motion During Coitus: Implications for the Low Back Pain Patient. Spine: September 15, 2014 - Volume 39 - Issue 20 - p 1633–1639)



- Redécouvrir la sexualité et le plaisir... ce n'est pas seulement la pénétration

# La question du plaisir

- Notion de plaisir/déplaisir qui construit le développement psychique, sexualité qui joue entre plaisir **et attente du plaisir...**
- Accumulation de douleur : déconstruit l'image corporelle, impact sur le psychisme
- Zone érogène et douleur !
- Plaisir dans la douleur : douleur supposée maîtrisable

## Et le sexe comme antalgique ?

- Le sexe réduirait le taux de **cortisol** et augmente le taux **d'endorphine et d'ocytocine**... ce qui réduirait le stress et la douleur...

(Université de Münster, l'University of the West of Scotland – 1 fois toutes les 2 semaines)

- Cela implique une sexualité sans problématique intriquée
- Moment de partage intense, communion dans la relation

# Et l'antalgique sur le sexe...

- Comme de nombreux médicaments, effets iatrogènes sur la sexualité :
  - Le patient pense qu'il y a un choix à faire !  
Confort ou sexualité ? Ou situe-t-il la qualité de vie ?
- Qui investigate cette sphère ?

# Effet des médicaments sur la fonction sexuelle

## Agents cardiovasculaires

<b>B-Bloquants</b>	Propranolol 10%-15% Aténolol 2% Nadolol 3% Timolol??	DÉ, diminution de la libido
<b>Diurétiques thiazidiques</b>	10-20%	DÉ, diminution de la libido, problème éjaculatoire
<b>Digoxine</b>	36%	DÉ, baisse libido, gynécomastie
<b>Clonidine</b>	20-30%	DÉ, baisse libido, trouble éjaculatoire, gynécomastie

## Antidépresseurs

<b>Tricycliques</b>	7 (A) -30% (I)	DÉ, baisse libido. Problème éjaculatoire, anorgasmie
<b>ISRS, venlafaxine</b>	Ad 70%	DÉ, trouble éjaculatoire, baisse libido, anorgasmie
<b>IMAO</b>	16-31%	DÉ, baisse libido, trouble éjaculatoire et anorgasmie

**Dose-dépendant généralement, réversible  
à l'arrêt, patho traitée parfois en cause!**

10

Poitras, F. (2012). Approche globale de la pharmacothérapie de la dysfonction sexuelle

## Causes médicamenteuses (suite..)

### Autres

<b>Antipsychotiques</b>	30-60% (m=45%)	DÉ, baisse libido, trouble ejaculatoire et priapisme
<b>Lithium</b>	5-50%	DÉ, diminution libido
<b>Dépresseurs SNC (BZD) Alcool</b>	50-75%	DÉ, diminution libido, trouble ejaculatoire
<b>Phénytoïne et CMZ</b>	???	DÉ, baisse libido, anorgasmie
<b>Finastéride</b>	33%	DÉ, baisse libido, trouble ejaculatoire, gynécomastie
<b>Opioïdes (usage chronique)</b>	14-33%	DÉ, diminution libido, anorgasmie

Poitras, F. (2012). Approche globale de la pharmacothérapie de la dysfonction sexuelle

# En conclusion

- Sexualité largement impactée dans plusieurs cas : maladie chronique, douleurs, dépression, antécédents de trauma sexuels, médicaments...
- Importance de **communiquer** car **importance dans la qualité de vie !**
- Importance d'appuyer sur les **points positifs** de la sexualité
- Alliance thérapeutique essentielle

# Bibliographie

- Boudellon, G & Bournova, K. (2012). Argument : impuissance et frigidity. *Revue française de psychanalyse*, 2012/1, 76, 5-9.)
- Colson, M.-H. (2016). Dysfonctions sexuelles de la maladie chronique, l'état des lieux. Première partie : fréquence, impact et gravité. In *Sexologies*
- Poitras, F. (2012). Approche globale de la pharmacothérapie de la dysfonction sexuelle
- Herbenick, D., Schick, V., Sanders, S., Reece, M., Fortenberry J.D. (2015). Pain Experienced During Vaginal and Anal Intercourse with Other-Sex Partners: Findings from a Nationally Representative Probability Study in the United States. *The Journal Of Sexual Medicine*, 12, 4, 1040-1051.)
- Sidorkewicz, N., McGill, Stuart M., (2014). Male Spine Motion During Coitus: Implications for the Low Back Pain Patient. *Spine*: September 15, 2014 - Volume 39 - Issue 20 - p 1633–1639



Merci !