

Agnès WEIRICH
2, rue des Cèdres
F-71850 Charnay-lès-Mâcon
agweirich@gmail.com

UNIVERSITE DE GENEVE
Certificat de formation continue en
SEXOLOGIE CLINIQUE
2009-2011

**IMAGE CORPORELLE ET SANTE SEXUELLE
CHEZ DES PATIENTES CONSULTANT
POUR INCONTINENCE URINAIRE**

DANS NOTRE CABINET DE REEDUCATION PELVI-PERINEALE



Sous la direction du Docteur Francesco BIANCHI-DEMICHELI

INTRODUCTION

Le 4 juin 2011, Madame M. a consulté dans notre cabinet pour pratiquer dix séances de rééducation pelvi-périnéale, prescrites par son médecin traitant, pour une Incontinence Urinaire d'Effort (I.U.E.) durant depuis plus d'un an. Cette patiente âgée de quarante ans, en couple pour la deuxième fois et maman de deux enfants de 15 et 12 ans, n'a signalé aucun autre souci de santé au cours de l'anamnèse. La prescription médicale spécifiait une rééducation avec biofeedback et électrostimulation.

Notre prise en charge commence toujours par un apprentissage en décubitus dorsal, de la respiration physiologique, de l'étirement de la colonne vertébrale et des points d'appui du corps avec le tapis. Puis au cours des séances, la patiente apprend à corriger sa statique, à prendre conscience de son périnée et à en contracter différentes parties grâce à des postures adaptées et évolutives, guidées par notre voix et dans une atmosphère de détente. Dans un deuxième temps, si la différenciation des muscles périnéaux est maîtrisée, le biofeedback et l'électrostimulation peuvent être pratiqués.

A la fin des séances, la récupération du tonus périnéal de Madame M. était à 100%, entraînant ainsi la disparition de ses symptômes d'I.U.E., et elle nous a signalé que « les découvertes de son corps étaient bien au-delà de ses espérances », et que maintenant elle ressentait un besoin de consultation en sexologie. En effet la connaissance des différentes parties de son périnée et la récupération de son tonus musculaire avaient amélioré son orgasme et sa participation pendant les rapports sexuels, mais elle souffrait d'un manque de désir depuis de nombreuses années.

Madame M. fut « le facteur déclenchant » de la rédaction de ce mémoire, et ces constatations sur les bienfaits sexuels de la rééducation pelvi-périnéale se sont ajoutées à celles de nombreuses patientes depuis onze ans de pratique. Ces témoignages de satisfaction sur « la découverte de leur corps » pour certaines, « d'une partie de leur corps » pour d'autres ou encore « de ressentir un bien-être », « de retrouver une meilleure image corporelle », « de trouver une amélioration dans leur sexualité » nous ont souvent questionné et touché. Nous sommes arrivés à comprendre que le travail effectué dans notre cabinet était une aide pour une meilleure santé sexuelle, mais pourquoi ? Il fallait pouvoir le vérifier avec d'autres explorations. Et si notre travail sensibilisait nos patientes dans leur intimité et dans leurs activités sexuelles, nous avons besoin de formations complémentaires afin d'acquérir des données scientifiques dans le domaine de la sexologie.

Beaucoup d'auteurs ont étudié la question de l'impact de la rééducation sur la sexualité (Kegel en 1949, Lavoisier en 1988, Graber, Kline)¹. Mais les techniques de rééducation et les approches thérapeutiques sont diverses et variées : citons les exercices du Docteur Arnold Kegel² (l'un des premiers à imposer des auto-exercices pour renforcer le dynamisme du périnée), le biofeedback³ (BFB), l'électrostimulation fonctionnelle⁴ (ESF), la rééducation

¹ A. MAMBZERTI-DIAS, *La réhabilitation du plancher pelvien peut-elle être un facteur d'amélioration des rapports sexuels ?* in *La fonction périnéale : méthodes d'optimisation pour une meilleure sexualité*, Atelier Aihus, Copyright Mamberti-Dias-Mars 2006.

² A. H. KEGEL est assistant professeur de gynécologie à l'école de médecine de l'Université de Californie du sud. Voir <http://www.dothekegel.com/arnie/index.html>.

³ C'est une technique qui permet d'objectiver la contraction des muscles périnéaux. L'apprentissage de la rééducation se fait par l'utilisation d'une sonde endovaginale qui capte l'information transmise par la contraction musculaire globale du périnée, et le relâchement afin de les traduire en signaux visuels sur un écran d'ordinateur.

⁴ Technique d'aide pour obtenir des gains de force musculaire ou une inhibition vésicale. L'intensité de la contraction électro-induite dépend de l'intensité du courant de stimulation dans la limite de la tolérance du patient.

manuelle intravaginale⁵, le stretch-réflexe⁶, la Connaissance et Maîtrise du Périnée (CMP)⁷, le concept Abdo-Périnée de M. Guillame⁸, la Gymnastique Abdominale Hypopressive de M. Caufriez⁹, la rééducation périnéale du post-partum de B. De Gasquet¹⁰, la rééducation comportementale périnéale¹¹ et l'eutonnie¹², principalement en rééducation post-natale. A ce jour, nous n'avons pas trouvé d'étude, concernant les bienfaits de la sexualité en rééducation périnéale chez des femmes consultant pour incontinence urinaire, qui associe des dessins d'auto-représentation avec des questionnaires.

C'est pourquoi nous allons essayer de démontrer en quoi notre méthode de rééducation périnéale permet aux patientes d'explorer leur potentiel en terme de corporéité et pourquoi elle exerce une influence sur la santé sexuelle, tout en supprimant ou soulageant les symptômes d'incontinence urinaire (I.U.) et en améliorant l'image corporelle. Nous nous sommes souvent demandés pourquoi certaines femmes, qui ont pu comparer d'autres méthodes, apprenaient beaucoup sur leur perception corporelle dans notre cabinet et pourquoi elles parvenaient à s'exprimer au sujet de leur sexualité alors que la démarche première n'était pas de cet ordre.

Pour connaître l'évolution et les bienfaits de notre rééducation sur l'image corporelle et la santé sexuelle, nous allons analyser et comparer la situation de quinze femmes vivant en couple et dont les âges varient de 25 à 65 ans, consultant pour incontinence urinaire et ce, au début et à la fin de la rééducation.

Dans un premier temps, nous allons présenter notre approche thérapeutique basée sur des postures facilitant la perception des différentes parties des muscles périnéaux.

Madame M. nous avait aidés à poursuivre dans la voie des dessins grâce à son attitude très positive et à sa capacité de mise en situation devant une feuille quand nous lui avons proposé de représenter l'image de son corps. C'est pourquoi dans un second temps, pour notre étude, nous nous sommes appuyés sur des dessins, l'un réalisé par la patiente sur l'image de son corps et l'autre exécuté par nous-mêmes sur ce que nous percevions d'elle.

A partir de questionnaires qualitatifs standardisés (QIC¹³, PISQ-12¹⁴, IFSF¹⁵, FSFI-6¹⁶ et LW¹⁷) remplis par nos patientes « AVANT » et « APRES » la rééducation pelvi-périnéale,

⁵ Le travail de contraction/relâchement et mise en tension des releveurs de l'anus (RA) s'effectue avec un toucher intravaginal, en position gynécologique. Voir D. GROSSE, J. SENGLER, *Rééducation périnéale*, Paris : Masson, 2005, p. 65.

⁶ Le travail du thérapeute se fait par voie intravaginale avec étirement intense et bref des RA qui entraîne une réponse réflexe de ces muscles, puis la patiente prend le relais en effectuant une contraction volontaire.

⁷ Connaissance et maîtrise du périnée qui fait appel au toucher vaginal et à la représentation mentale de toutes les parties du vagin.

⁸ Le concept Abdo-Périnée est une méthode de rééducation/tonification de la sangle abdominale et du périnée en associant le souffle guidé par un embout spécifique et l'électrostimulation proprioceptive déclenchée par la fréquence du souffle dans cet embout. Voir www.abdo-mg.com.

⁹ « Prévention des ptoses viscérales pelviennes, principalement la ptose de la Jonction Urétero-Vésicale (J.U.V.), de loin la plus fréquente génératrice d'I.U.E. », « La ptose de la J.U.V. chez la femme a généralement pour origine le relâchement du plancher pelvien, trouvant lui-même son étiologie dans l'hypotonie de la sangle abdominale », cités dans M. CAUFRIEZ, *Gymnastique Abdominale Hypopressive*, Bruxelles : M. CAUFRIEZ, 1997, p. 15, 17.

¹⁰ B. DE GASQUET, *Bien-être et maternité*, Paris : Implexe Edition SECI, 1997, p. 352-355.

¹¹ Une technique pour apprendre à différer la miction par la contraction périnéale.

¹² Une méthode élaborée par GERDA ALEXANDER dans les années 1950, qui se base sur une expérience vécue de son corps relié à ses émotions et à l'autre. En rééducation périnéale, l'action est proprioceptive, donnant un accès conscient à la thérapie mais aussi un accès inconscient.

¹³ M. BRUCHON-SCHWEITZER, *L'image du corps : Quelques facettes de cette image d'après le questionnaire Q.I.C.*, Bulletin de psychologie, tome XL, n. 382, p. 904, extrait de : *Corps et personnalité*, thèse d'état, Université de Paris X Nanterre 1984.

¹⁴ B. FATTON, V. LETOUZEY, E. LAGRANGE, P. MARES, B. JAVQUETIN, R. DE TAYRAC, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2009, n. 38, p. 666.

nous analyserons de façon quantitative les données des résultats et comparerons l'évolution de l'image corporelle, des différents items de la sexualité, ainsi que de la relation dans le couple.

Enfin, nous avons trouvé intéressant de tenter d'établir des liens entre ces dessins et les outils d'évaluation cités ci-dessus.

Puis nous essayerons de comprendre pourquoi nous sommes arrivés à ces résultats.

¹⁵ R. ROSEN, C. BROWN, J. HEIMAN, and al., « The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function », in *Journal of sex and Marital Therapy*. Londres : Brunner-Routledge, n. 31, 2005, p. 8.

¹⁶ FSFI-6, version à 6 items du IFSF, *op cit.*, p.8.

¹⁷ H. LOCKE, K. WALLACE, *Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity*. Marriage and family living, 1959, p. 222.

<u>- LA REEDUCATION PELVI-PERINEALE</u>	7
I – GENERALITES	7
II - LE PERINEE	7-8
III - L’AMBIANCE AU CABINET	8
IV - LA METHODE	8
1. <u>Premier contact</u>	8
a. Interroger et écouter	8-9
b. Bilan anatomique et fonctionnel	9
2. <u>La position</u>	9
3. <u>La repiration et l’étirement</u>	9
4. <u>Les postures</u>	10
a. Postures de découvertes et de renforcement des différentes parties du périnée	11
b. Exercices pour tous les muscles	12
c. Travail en dynamique	12
d. Exercices ciblés selon les symptômes urinaires	12
e. Le périnée au quotidien	12
5. <u>Complément avec BFB et ESF pour un renforcement musculaire</u>	12
6. <u>Bilan à la fin de séances</u>	13
a. Interrogatoire	13
b. Examen anatomique et fonctionnel	13
 <u>- LES DESSINS ET LES QUESTIONNAIRES</u>	 14
 I - MATERIEL ET METHODES	 14
1. <u>L’étude : présentation générale</u>	14
2. <u>Le profil de la population</u>	14
a. Inclusion	14
b. Critères d’inclusion	14
c. Critères d’exclusion	14
d. Les refus	15
e. La démarche	15
3. <u>La méthode</u>	15
A. <u>Phase 1. Au début des séances de rééducation</u>	15
a. Examen clinique	15

<ul style="list-style-type: none"> • Le testing des releveurs de l'anوس (RA) • Le bilan fonctionnel et anatomique 	
b. L'entretien	15
<ul style="list-style-type: none"> • Le lieu 	
c. Les dessins	16
<ul style="list-style-type: none"> • Le dessin de la patiente et les directives • Le dessin du thérapeute 	
d. Les commentaires et les observations	
<ul style="list-style-type: none"> • Les commentaires de la patiente sur son dessin • Les observations du thérapeute sur son dessin • Les commentaires brefs de l'interprétation des dessins 	
e. Passation des tests standardisés	16-17
<ul style="list-style-type: none"> • Le QIC • Le PISQ-12 • L'IFSF • Le FSFI-6 • Le LOCKE-WALLACE 	

B. Phase 2. La dernière séance de rééducation et le dernier entretien 16

a. L'examen clinique	17
<ul style="list-style-type: none"> • Le testing des releveurs de l'anوس (RA) • Bilan anatomique et fonctionnel 	
b. L'entretien	17
<ul style="list-style-type: none"> • Le lieu 	
c. Les dessins	17
<ul style="list-style-type: none"> • Le dessin de la patiente et les directives • Le dessin du thérapeute 	
d. Les commentaires et les observations	17
<ul style="list-style-type: none"> • Les commentaires de la patiente sur son dessin • Les observations du thérapeute sur son dessin • Les commentaires brefs de l'interprétation des dessins 	
e. Passation des tests standardisés	18
<ul style="list-style-type: none"> • Le QIC • Le PISQ-12 • L'IFSF • Le FSFI-6 • Le LOCKE-WALLACE 	
f. Appréciation de la rééducation par les patientes	18

II - REALISATION DES DESSINS 18

Madame M.	Patiente 1 : Avant / Après
	Patiente 2 : Avant / Après
	Patiente 3 : Avant / Après
	Patiente 4 : Avant / Après
	Patiente 5 : Avant / Après
	Patiente 6 : Avant / Après
	Patiente 7 : Avant / Après
	Patiente 8 : Avant / Après
	Patiente 9 : Avant / Après

Patiente 10 : Avant / Après
Patiente 11 : Avant / Après
Patiente 12 : Avant / Après
Patiente 13 : Avant / Après
Patiente 14 : Avant / Après
Patiente 15 : Avant / Après

<u>- LES CHIFFRES</u>	20
I - EXPLICATION DE LA METHODE	20
II - MISE EN PLACE DE LA METHODE	20
1. <u>Choix de la méthode</u>	20
a. Etude globale	
b. Etude séparée	
2. <u>Préparation</u>	20
a. Préparation du scoring	
b. Inversion et classification des questions	21
• Inversion des questions	
• Classification des questions	21-22
• Tableau de l'inversion et de la classification des questions	23
c. Mise en place des items de la sexualité dans le tableau des questionnaires	
3. <u>La démarche pour l'analyse</u>	25
a. Recueil des données pour une étude globale et mise en place du scoring	
• Histogramme des résultats des questionnaires avec le scoring	
b. Recueil des scores par question pour chaque patiente	26
• Tableau des scores par question et par patiente	
c. Etude de chaque patiente d'après ce recueil des scores	
• Histogramme représentant la moyenne avant et la moyenne après, en score, de chaque patiente	27
• Histogramme représentant la moyenne avant et la moyenne après en pourcentage, de chaque patiente	27
II - VALEURS DES RESULTATS OBTENUS	28
1. <u>Tableau global après le recueil des résultats</u>	28
2. <u>Histogramme de l'évolution des patientes par question</u>	28
3. <u>Histogramme de l'évolution globale par patiente d'après tous les questionnaires</u>	
III - ETUDE APPROFONDIE	29
1. <u>Etude séparée des questionnaires</u>	29-30
a. QIC	

b. PISQ-12	
c. IFSF	
d. FSFI-6	
2. <u>Etude de l'évolution par patiente et par questionnaire</u>	31
3. <u>Etude de l'évolution globale par questionnaire</u>	32
4. <u>Etude de l'évolution par item concernant la sexualité</u>	32
a. Réalisation du tableau pour lire l'évolution par item de la sexualité	
b. Histogramme de l'évolution dans les dimensions sexuelles	33
V - LOCKE WALLACE	33
1. <u>Analyse des résultats</u>	33
a. L'évolution globale	34
b. L'évolution des relations sexuelles du couple	
VI - INTERPRETATION DE TOUS LES RESULTATS	34
1. <u>Relations entre les cinq questionnaires et les dessins</u>	34
2. <u>Diagramme pour résumer</u>	35
VII - CORRELATION ET P-VALUE	
1. <u>La corrélation</u>	36
a. Test de Pearson	
2. <u>La p-value</u>	
a. Paired Test	
<u>- DISCUSSION</u>	37
<u>- CONCLUSION ET PERSPECTIVES</u>	40
<u>- REMERCIEMENTS</u>	41
<u>- BIBLIOGRAPHIE</u>	42
<u>- ANNEXES</u>	

I - GENERALITES

La rééducation pelvi-périnéale pratiquée dans notre cabinet est le fruit d'expériences acquises au yoga, pratique de Jacques Thiébault¹⁸, ainsi qu'au cours de formations professionnelles validantes, complétées par nos lectures et par notre pratique professionnelle. Nous avons beaucoup adhéré aux théories du Docteur Bernadette De Gasquet en associant les fondements de la gymnastique hypopressive de M. Caufriez, tout en séparant les différentes parties du périnée dans le travail de renforcement musculaire préconisé dans la CMP. Mais avec une grande différence puisque nous ne travaillons pas manuellement à partir d'un toucher digital intra-vaginal. Et suivant la prescription médicale et pour certaines patientes, nous utilisons le BFB et l'ESF en complément.

II - LE PERINEE

Nous avons choisi de définir le périnée non d'un point de vue anatomique comme le décrit Pierre Kamina¹⁹, mais à la façon de différents auteurs :

- Le Larousse : « Partie inférieure ou plancher du petit bassin, entre l'anus et les parties génitales. »

- Marcel Caufriez: « Le Plancher Pelvien est une structure musculo-aponévrotique constituée de trois plans : le Périnée, le Diaphragme Uro-Génital, le Diaphragme Pelvien. Son rôle principal est de limiter l'expansion de la masse viscérale vers le bas, et surtout, d'amortir par son déplacement à l'effort, l'énergie potentielle de poussée. »²⁰

- André Van Lysebeth : « [...] le périnée englobe tous les tissus mous qui colmatent l'ouverture inférieure du bassin, donc une zone assez étendue [...] Sa situation entre l'anus et le yoni (= organes de génération féminine) en fait un vrai Gibraltar tantrique : tous les muscles génitaux majeurs (huit !), plus des fibres musculaires du rectum et de l'anus y convergent et s'y imbriquent. »²¹

- Blandine Calais Germain: « Le périnée comporte deux types de musculatures : le plancher musculaire pelvien qui est disposé en deux étages principaux : un superficiel et un profond [...] mais il y a également les muscles qui appartiennent aux orifices des trois viscères : les sphincters de l'urètre et de l'anus, les muscles du rectum et de la colonne vaginale. »²²

- Bernadette De Gasquet: « [...] il n'y a pas qu'un seul périnée mais au contraire des muscles dont le fonctionnement présente certains antagonismes, l'anatomie traditionnelle enseignée ne

¹⁸ Jacques Thiébault, « chercheur en mouvement » est un personnage inattendu dans le monde du yoga [...] Il avait été kinésithérapeute, professeur de judo, danseur de salon et dans sa connaissance du mouvement, autodidacte. Il était le formateur attiré des professeurs », cité dans J. P. BOUTELOUP, *Yoga sans dégâts*, Paris : Robert Jauze, juillet 2006, p. 8.

¹⁹ P. KAMINA, *Petit bassin et périnée, tome 2 : rectum et organes uro-génitaux (Anatomie, introduction à la clinique)*, Paris : Maloine, 1995.

²⁰ M. CAUFRIEZ, *Gymnastique Abdominale Hypopressive*, Bruxelles : M. CAUFRIEZ, 1997, p. 19.

²¹ A. VAN LYSEBETH, *Tantra le culte de la féminité*, Paris : Flammarion, septembre 1988, p. 421.

²² B. CALAIS-GERMAIN, *Le périnée féminin et l'accouchement*, Méolans-Revel : éditions DésIris, avril 2006, p. 34.

permet pas de les comprendre »²³, « La contraction profonde entraîne le relâchement superficiel. »²⁴

- Sylvie Nicot : « Le périnée représente un lien très particulier dans la vie des femmes, il est lié à notre féminité, notre sexualité, et nos maternités, lieu émotionnel, énergétique et symbolique. Il est souvent découvert par les femmes après un accouchement où quand survient une pathologie. »²⁵

- Gérard Oudin, sexothérapeute, « Les muscles du plancher pelvien font partie intégrante de la mécanique orgastique. A l'inverse, il serait illusoire d'imaginer qu'il suffit d'avoir un périnée tonique pour atteindre l'orgasme. »²⁶

- Nsekuye Bizimana : « [...] le périnée, la région qui sépare l'anus et l'entrée du vagin »²⁷, l'auteur demande d'observer si cette région a été contractée à l'instant de l'orgasme, partie d'un exercice mental qui consiste à parcourir son corps après l'amour.

- Cheikh Nefzaoui: auteur qui relate quelques adjectifs donnés au vagin en érotologie arabe comme « le broyeur », « le désirant », « le gonfleur », « le remueur », « l'accommodant »²⁸.

- Lynne Robinson, Caroline Brien : « Le périnée est le muscle du vagin chez les femmes et de l'urètre. », « La méthode Pilates [...] les bienfaits de cette méthode sont innombrables [...] : une meilleure posture, une vie sexuelle plus riche, un sentiment de bien être. »²⁹

Nous aurions envie de continuer tant les interprétations sont multiples suivant ce que les auteurs veulent attribuer comme fonction au périnée.

Pour notre pratique de tous les jours, nous donnons une définition anatomique brève inspirée de Nadine Calais-Germain, en montrant les différences entre le périnée superficiel et le périnée profond, aidés de supports comme un bassin en mousse³⁰ et un schéma du périnée³¹ simple et coloré, et, ceux-ci accompagnés d'un vocabulaire adapté à la patiente. Nous indiquons aussi que tous ces muscles interviennent dans la sensibilité. Nous expliquons à la patiente que le but des séances est d'accéder à une auto-connaissance, et de développer ou de retrouver une confiance en soi. Ainsi, au fur et à mesure des postures pratiquées, elle va apprendre à différencier plusieurs parties de son périnée, à les percevoir, à les tonifier et découvrir leur fonctionnement avec le reste du corps. Ces exercices sont exécutés sur le souffle, « l'expir » à partir du périnée. Le périnée superficiel ou dans sa globalité sera toujours présent !

III - L'AMBIANCE DU CABINET

Nous avons pensé qu'il était important de vous faire imaginer l'atmosphère dans laquelle nous travaillons car elle est en grande partie initiatrice du comportement d'ouverture, que nous découvrons petit à petit chez certaines de nos patientes, et de la réussite de la thérapie.

²³ B. DE GASQUET, citée dans F. MOUCHEL, J. MOUCHEL, C. WURST, R. DIJKSTRA, J. BECCO, « L'anatomie du plancher pelvien », in *Périnée et maternité*, coll. Grands sujets, Les dossiers de l'obstétrique, Paris : E.L.P.E.A., juillet 1999, p. 21.

²⁴ B. DE GASQUET, *L'incontinence d'effort chez les multigestes*, in « périnée et maternité », *op. cit.*, p. 54.

²⁵ S. NICOT, « La connaissance et maîtrise du périnée, évaluation des bénéfices d'une méthode d'éducation périnéale », in *Vocation Sage-femme*, n. 78, Paris : Elsevier Masson, janvier 2010, p. 13.

²⁶ G. OUDIN, « La fonction érotique et ses troubles », in *Périnée et maternité*, coll. Grands sujets, Les dossiers de l'obstétrique, Paris : E.L.P.E.A., juillet 1999, p. 150.

²⁷ N. BIZIMANA, *Le secret de l'amour à l'africaine*, Paris : Leduc. S, 2008, p. 69.

²⁸ C. NEFZAOU, *Le Jardin Parfumé. Manuel d'érotologie arabe*, Paris : Méditerranée, 2003, p. 142, 144.

²⁹ L. ROBINSON, C. BRIEN, *La méthode Pilates*, Paris : Marabout, 2008, p. 10, 22.

³⁰ Voir doc. 1 en annexes.

³¹ Voir doc. 1 a en annexes.

Nous avons essayé de créer une ambiance calme, chaleureuse, sans couleur agressive. Une musique adaptée ainsi que la voix monocorde du thérapeute pour guider les postures, imposent la détente et la concentration.

IV- LA METHODE

1. Premier contact

a. Interroger et écouter

Nous avons commencé par constituer le dossier médical de la personne, avec son anamnèse (ses antécédents médicaux, obstétricaux et chirurgicaux) et avec nos observations après à un interrogatoire pour préciser sa plainte et ses attentes. Puis nous nous sommes renseignés sur les examens complémentaires et les démarches déjà effectuées au sujet de ses symptômes. Nous avons recueilli des éléments pour définir notre stratégie thérapeutique (I.U.E. ou I.U. par impériosités) et s'il existait d'autres facteurs associés (pesanteur sus-pubienne, pollakiurie ou nycturie) ou diagnostiqués (prolapsus, cystocèle, rectocèle) et quelques notions sur la sexualité (existence de rapports, dyspareunie, sècheresse vaginale ou prurit).

b. Bilan anatomique et fonctionnel

Nous avons examiné en position gynécologique adaptée (sans étrier) l'anatomie du périnée superficiel, antérieur et postérieur, la vulve pour noter la présence ou l'absence d'une béance, et l'aspect du périnée : soit normal ou descendant.

Ensuite nous avons réalisé une évaluation fonctionnelle par un toucher digital nommé testing des releveurs de l'anus (RA) pour rechercher des lésions (élongation totale ou partielle, déchirure) et pour estimer leur force. Puis nous avons établi une cotation globale des RA (nous disons une « note à vos muscles » à la patiente) qui va de 0 à 5 (0 = pas de contraction, 5 = contraction forte opposant une résistance pendant au moins 5 secondes) et la même cotation en individualisant les muscles, c'est-à-dire les puborectaux et pubococcygiens droits et gauches, les iliococcygiens droit et gauche, les faisceaux ischiatiques droit et gauche, et les ischiococcygiens droit et gauche.

De plus, nous avons recherché l'existence d'une inversion de commande, nous avons évalué les pressions thoraco-abdominales à l'effort (PTAE) responsables d'I.U.E. et nous avons identifié les ptoses présentes. En ce qui concerne notre travail de recherche, nous avons juste noté le testing global, les colpocèles antérieure et postérieure, les rectocèles et les cystocèles. En général nos patientes comprennent bien le fonctionnement pour lutter contre les PTAE, cet apprentissage est acquis en fin de rééducation, donc nous ne l'avons pas retenu pour ce travail.

Nous avons sélectionné les patientes de cette étude après cette phase.

2. La position

Au début, la position en décubitus dorsal permet une meilleure prise de conscience et favorise la concentration. Et progressivement, les postures se font debout, statique, en corrigeant la cambrure, avec une « bonne bascule du bassin »³², celle qui étire le dos, grandit, et avec une rétroversion par rotation externe des fémurs, qui serre le périnée postérieur. Ensuite les postures se font assises en tailleur, ou sur une chaise en respectant un angle inférieur à 90° entre les cuisses et la colonne vertébrale³³ et en mettant un tabouret sous les pieds, ce qui permet de redresser le dos sans cambrer, ou sur un gros ballon pour un travail en mouvement.

3. La respiration et l'étirement

Ni tassée, ni cambrée, la femme allongée ou debout ou assise, éloigne le sommet du crâne des épaules, en prenant garde de ne pas écraser le menton sur le cou, tout en poussant les talons loin des hanches.

Si la position et l'étirement sont respectés, alors « Ca respire tout seul ! », « Laissez faire ! ». Une posture correcte facilite la respiration physiologique. Cette respiration est le premier apprentissage demandé à la patiente : « bien respirer est une science en soi »³⁴. Elle ressent une détente du ventre à l'inspir et un resserrement à l'expir, grâce au diaphragme qui est comparé à un piston par Bernadette De Gasquet³⁵. Puis nous entrons dans la subtilité de la respiration, en dilatant les narines comme pour respirer un parfum délicat, ou sentir la peau de son doigt placé sous le nez. Là, le diaphragme est plus sollicité et la détente est plus facile. Dans un premier temps, il est conseillé de travailler les yeux clos pour une meilleure intériorité et détente. Lorsque le calme est là, la femme sensibilise les narines et elle ressent tout son corps. Laisser tout son corps inspirer, laisser tout son corps expirer.

4. Les postures

Les positions sont importantes pour cibler le travail sur les périnées, superficiel antérieur et postérieur, transverse, et profond³⁶.

Comme au yoga³⁷, qui « [...] est une recherche corporelle faite d'écoute, d'observation, qui permet de vivre dans l'intimité de la structure même du corps³⁸ », « [...] l'objet du yoga est justement « nous-mêmes » [...] nous ignorons presque tout de lui, car nous ignorons presque tout de nous³⁹ », la femme apprend à reprendre possession d'elle-même et à écouter son corps. Elle perçoit et investit l'ensemble de son corps à partir d'exercices du périnée. La posture est choisie suivant le travail musculaire souhaité, elle favorise le ressenti d'une partie du périnée afin de mieux la contracter. Nous dirigeons la patiente, avec des consignes précises, dans une posture, petit à petit, (comme pour le modelage d'une sculpture !) pour lui apprendre à se concentrer afin de découvrir au fur et à mesure les muscles sollicités et « L'intérêt d'un enchaînement, ce n'est pas le simple fait d'enchaîner, c'est le fait que ça donne une ligne de conduite énergétique, en ce qui concerne le mental et le

³² B. DE GASQUET, *Abdominaux : arrêtez le massacre*, Paris : Robert Jauze, 2003, p. 56.

³³ B. DE GASQUET, *Gym autour d'une chaise*, Paris : Robert Jauze, 2004, p. 21.

³⁴ J. CHANG, *Le Tao de l'art d'aimer*, Paris : Calmann-Lévy, 1977, p. 169.

³⁵ B. DE GASQUET, *Bien-être et Maternité*, Paris : SECI, février 1997, p. 20-22.

³⁶ Schéma des représentations des différents périnées, doc. 1 a en annexe.

³⁷ L. COUDRON, *Mieux vivre par le yoga*, Paris : Editions J'ai Lu, 1997, p. 60.

³⁸ Y. AMAR, cité dans B. ESNEAULT GASTINEAU, *Yoga et enfantement*, Aubagne : Editions Quintessence, p. 61.

³⁹ MATHIEU, *Itinéraire vers l'harmonie*, Saint-Martin-Le-Vinoux : L'Or du Temps Editions, mai 1990, p. 19.

corps. »⁴⁰. Notre main repose à peine sur la partie sous-ombilicale, le tan tien inférieur ou second cerveau du Chi Kung (trois doigts au-dessous de l'ombilic⁴¹), de la patiente pour percevoir le travail effectué. Avec l'expérience, nous parvenons à ressentir de façon externe le travail interne, ainsi nous pouvons mieux diriger (ce qui surprend toujours la femme : pas de toucher vaginal mais un contact extérieur). Puis elle doit répondre aux questions : « Que ressentez vous ? », « Quelle est la partie du périnée sollicitée ? » et « Qu'elle est la partie où vous devez forcer pour la ressentir ? »

a. Postures de découverte et de renforcement des différentes parties du périnée

Dans un premier temps, nous installons la femme dans des postures dites de découverte, qui aident à la perception des périnées, superficiel antérieur et postérieur, latéral droit et gauche, puis profond. Nous nous servons quelquefois des fessiers qui sont synergiques du périnée. Les postures étant nombreuses et variées, le thérapeute avance avec chaque patiente de façon différente selon son rythme, sa compréhension, ses ressentis, sa capacité à effectuer les postures, en fonction des symptômes urinaires et des facteurs associés à traiter.

Si, dans une posture, la femme ne perçoit pas les muscles à contracter, nous introduisons des sons. Nous demandons de serrer le périnée sans différencier l'antérieur du postérieur, en prononçant et en laissant vibrer un moment le son LAM qui correspond à la remontée du périnée avec une sensation très superficielle, puis VAM qui tire l'anus vers l'avant et contracte le transverse abdominal profond au-dessus du pubis, et enfin RAM qui contracte le transverse abdominal jusqu'à l'ombilic. LAM, VAM, RAM, sont des sons tirés du Tantra yoga expliqués par Bernadette De Gasquet⁴², qui correspondent aux bijamantra des chakras⁴³, d'après un conseil de Jacques Thiébault pour contracter le périnée.

Si le périnée antérieur n'est pas perçu, ce qui se produit très souvent, nous utilisons le mula bandha⁴⁴ du Tantra, qui demande de contracter de plus en plus fort le sphincter anal externe. La contraction gagnera le second anneau musculaire, puis les RA. Si nous demandons ainsi de faire vibrer la zone anale, les réactions vont déborder cette zone et gagner le périnée antérieur, la vulve, le clitoris et le vagin.

Pour contracter la zone de l'urètre et du clitoris, pour sentir un balayage très superficiel, la femme imagine « un store » qui descend sous la peau afin de fermer le méat urinaire de haut en bas ou de bas en haut et pour avoir un ressenti, elle dirige cette image en s'aidant des sons PEU, TEU, QUEU⁴⁵. Si elle prononce QUEU, TEU, PEU, le sens change !

Pour sentir le périnée superficiel latéralement, installée dans une position adaptée, la femme ferme une « d'une porte électrique » à l'entrée du vagin, si cela est difficile elle contracte avec le son QUEU en le faisant vibrer le plus longtemps possible. Et elle obtient un résultat !

Ou bien, elle se concentre sur le sphincter de la bouche, le contracte fortement, comme si elle faisait une bise en serrant très fort les lèvres pendant plusieurs secondes, puis relâche et par voie réflexe le plancher pelvien se décontracte, donc elle le ressent. Après, elle peut associer une contraction de la bouche et du périnée superficiel. Là, des picotements se

⁴⁰ J. THIÉBAULT, cité dans J. P. BOUTELOUP, *op. cit.*, p.165.

⁴¹ M. CHIA, *Chi Kung du second cerveau*, Paris : Editions Guy Trédaniel, 2004, p. 60.

⁴² B. DE GASQUET, *op. cit.* p. 82.

⁴³ B. ESNEAULT GASTINEAU, *Yoga et enfantement*, Aubagne : Editions Quintessence, 2004, p. 96.

⁴⁴ A. VAN LYSEBETH, *Tantra le culte de la féminité*, Paris : Flammarion, septembre 1988, p. 411.

⁴⁵ A. BRUGER-LENZ, cité dans B. DE GASQUET, *Bien-être et Maternité*, Paris : SECI, février 1997, p. 353.

produiront dans ces deux zones. Une autre façon de percevoir le périnée superficiel postérieur est de tirer la langue légèrement vers le bas, entraînant une répercussion par voie réflexe⁴⁶.

En ce qui concerne le périnée profond, celui-ci est ressenti après un effort, ou après « la fausse-inspiration » qui est une hypopression abdominale, en faisant semblant de prendre de l'air avec les narines, avec fermeture de la glotte. Ces sollicitations périnéales peuvent être obtenues aussi en utilisant des « techniques abdominales hypopressives » décrites par Marcel Caufriez⁴⁷. Cette méthode associe l'activité expiratrice du transverse de l'abdomen à une contraction simultanée du périnée profond. Elle permet une orientation préférentielle des forces vers le haut.

Dans un second temps, nous installons la femme dans des postures de renforcement du périnée. Une zone est plus stimulée que l'autre grâce à des positions de fermeture. Par exemple, les jambes croisées ferment le périnée antérieur et le postérieur doit être plus stimulé ; ou le demi-pont ferme la partie postérieure et la force est ainsi plus ciblée sur l'antérieure. Pour la partie latérale, la patiente peut lever une jambe ou prendre appui sur un pied et alléger l'autre, elle peut exercer une résistance avec un bras ou un accessoire comme un ballon en croisant les chevilles. Mais le souffle part toujours du périnée avant l'effort pour que la contraction soit efficace et celle-ci se maintient jusqu'à la fin de l'expir pour un travail en endurance.

b. Exercices pour tous les muscles

Le ressenti de la femme par elle-même est essentiel, elle découvre son périnée dans sa structure, sa forme, son mouvement, ainsi elle peut observer sa fonction, sa position, son étendue, son élasticité, avec ou sans mise en jeu de sa force. Après une bonne connaissance des différentes parties de son périnée, elle dirige elle-même ses muscles avec des attitudes qui travaillent le renforcement musculaire de toutes les zones du périnée et de tout son corps.

c. Travail en dynamique

L'ensemble musculaire périnéal est localisé dans le bassin qui doit être libre et mobilisable dans tous les plans de l'espace.

Le travail se fait en mouvement, dans un premier temps. La patiente est allongée pour diminuer les pressions et les pesanteurs et pour faciliter les perceptions, par exemple des demi-ponts avec des montées et des descentes du bassin, puis un travail dynamique debout ou assise sur un ballon d'exercice de 65 centimètres de diamètre. Ce ballon permet un bon apprentissage de la mobilité et de la bascule du bassin, des sensations du périnée superficiel, et l'exécution de rebonds tout en aspirant le périnée vers le haut.

d. Exercices ciblés selon les symptômes urinaires.

Toutes les postures de renforcement des muscles périnéaux interviennent dans la réussite du traitement d'I.U. puisque le plan profond soutient les organes, la vessie, l'utérus et le rectum pour empêcher un prolapsus. A travers les sphincters de l'urètre et de l'anus, il assure la fonction de continence urinaire, des gaz et des selles⁴⁸.

⁴⁶ H. HÖLFER, *Gymnastique douce pour le plancher pelvien*, Paris : Editions Vigot, 2000, p. 69.

⁴⁷ M. CAUFRIEZ, *op.cit.*, p. 29-33.

⁴⁸ B. DE GASQUET, *Gym autour d'une chaise*, Paris : Robert Jauze, 2004, p. 133.

Pour remonter la vessie et l'urètre, la posture du demi-pont est bénéfique, ainsi que le travail de fausse inspiration thoracique (appelé uddiyana bandha en yoga) avec hypopression abdominale. La bascule du bassin avec serrage automatique du périnée postérieur suivie d'une contraction dirigée vers l'avant est un bon outil pour limiter les fuites urinaires d'effort ou par impériosité.

Pour lutter contre les PTAE, les troubles fonctionnels statiques et dynamiques en urogynécologie, nous utilisons aussi les « techniques abdominales hypopressives » décrites par Caufriez⁴⁹.

Pour l'urgence mictionnelle, les mictions impérieuses, les exercices qui permettent la découverte des sensations, ceux du périnée superficiel, peuvent aider à restaurer la boucle réflexe de la miction.

e. Le périnée au quotidien

Le périnée travaille pendant les exercices mais aussi à de nombreux moments de la journée : dans de nombreuses situations de la vie courante, il est mis en situation de résistance, la patiente le sent et elle peut le contracter. Pour garder et entretenir son tonus, elle contracte une ou plusieurs parties de la musculature périnéale, que se soit debout, couchée, assise ou pendant une activité sportive. L'expiration se fait pendant un effort et à partir du périnée.

5. Complément avec BFB et ESF pour un renforcement musculaire

Ces techniques ne sont pratiquées que si la patiente y est favorable. Car il faut introduire une sonde dans le vagin.

Le BFB est une démarche éducative et active de la patiente pour un renforcement musculaire du périnée dans sa globalité. Cette méthode permet d'objectiver la contraction des muscles périnéaux, de contrôler la force et la durée de celle-ci. Cet apprentissage peut aider certaines patientes, mais il reste, pour nous, un complément, car la femme doit connaître les différentes parties musculaires de son périnée, pour une bonne perception des sensations. Par contre, là, elle travaille le périnée profond en force, ceci étant intéressant pour sentir les pressions périnéales.

L'ESF est un travail passif pour aider à renforcer un périnée très faible, testing inférieur à 2/5. Elle est utile aussi pour l'I.U. par instabilité vésicale.

6. Bilan à la fin des séances

a. Interrogatoire

Un entretien permet de connaître les ressentis de la patiente : « Que vous a apporté la rééducation ? », et pour savoir si nous avons répondu à sa demande.

⁴⁹ M. CAUFRIEZ, *op. cit.*, p. 33.

b. Examen anatomique et fonctionnel

Pour apprécier le travail, nous examinons notre patiente de la même façon qu'au début des séances. Il y a toujours une amélioration significative du testing.

Le bilan final est noté dans le dossier médical de la patiente et nous adressons un compte-rendu au médecin prescripteur, et parfois au médecin traitant.

I - MATERIEL ET METHODES

1. L'étude : Présentation générale

Nous avons adapté la méthode pour répondre à nos propres objectifs, à savoir l'étude de l'influence de la rééducation périnéale sur l'image corporelle et la santé sexuelle des patientes, tous âges confondus et en couple, consultant pour incontinence urinaire (I.U.), « AVANT » et « APRES » les séances de rééducation dans notre cabinet.

La méthode a consisté à réaliser un entretien individuel de 1h à 1h30 en début de rééducation et un autre à la fin de la rééducation.

2. Le profil de la population

a. Inclusion

Lors de la première consultation, si la demande de la patiente concernait une rééducation pour incontinence urinaire (I.U.) et si, au cours de l'interrogatoire, elle nous parlait de mal-être, nous lui proposons de rentrer dans notre étude. Nous nous sommes donnés deux mois pour cibler toutes les patientes et finalement, sur toutes celles sélectionnées, quinze d'entre-elles ont participé jusqu'au bout et nous avons trouvé intéressant de les garder.

Dans notre dossier « patiente », nous avons l'habitude de poser les questions suivantes « Avez-vous des Rapports Sexuels (RS) ? Avez-vous des douleurs pendant les RS ? Avez-vous des problèmes de sécheresse vaginale ? ». Certaines patientes ont eu une certaine aisance dans le dialogue (surement dû à une attitude différente, de notre part, sensibilisée par la formation en sexologie), ce qui nous a permis une bonne entrée en matière pour leur parler de notre sujet d'étude et pour les sélectionner.

b. Critères d'inclusion

Nous avons retenu toutes les patientes successives adressées pour « rééducation pelvi-périnéale » qui présentaient une I.U. soit d'effort soit par instabilité vésicale avec une insuffisance sphinctérienne, associée ou non à d'autres symptômes comme une incontinence rectale, une rectocèle, une colpocèle, un prolapsus utérin ou une cystocèle de stade I ou II.

Toutes les patientes concernées vivaient en couple, ménopausées ou non, et d'âges variés allant de 25 à 65 ans.

Ces patientes ont été d'accord pour participer à notre travail, dès la première consultation, à l'exception de la « patiente 13 » qui s'est exprimée sur le ressenti positif des séances au niveau de sa sexualité seulement au bout de la cinquième séance. Nous avons donc trouvé intéressant de l'inclure à notre étude (mais nous ne savions pas qu'en parallèle elle suivait une psychanalyse depuis 17 ans).

c. Critères d'exclusion

Nous n'avons pas retenu les femmes en rééducation périnéale du post-partum, les patientes atteintes d'une maladie neurologique connue pour ses implications dans le bon fonctionnement vésico-sphinctérien : sclérose en plaque ou maladie de Parkinson par exemple, et les deux patientes qui n'ont pas pu honorer tous les rendez-vous (problèmes familiaux et autre problème de santé).

d. Les refus

Une seule patiente a répondu négativement : « Mon corps ne m'a jamais intéressé et les RS non plus, ce qui ne plait pas à mon mari ». Cela a renforcé l'idée qu'il y a beaucoup à apporter dans un cabinet de rééducation au niveau de l'image corporelle et de la santé sexuelle.

e. La démarche

Une fois l'accord spontané de la patiente et avant l'entretien, afin de lui laisser un temps de réflexion, nous lui avons donné un formulaire⁵⁰ expliquant sa participation et son aide pour la réalisation de notre étude, avec les informations orales sur le déroulement de l'entretien.

Un premier entretien a été programmé. Il a duré 1h à 1h30 et n'a pas été inclus dans les 10 ou 15 séances de rééducation prescrites.

A la fin des séances de rééducation périnéale, nous avons renouvelé la démarche initiale.

Nous avons été agréablement surpris par la disponibilité dont ces patientes ont fait preuve, par leur facilité, pour certaines, à dialoguer et à adhérer avec beaucoup de sérieux à la démarche.

3. La méthode

Afin de préserver l'anonymat de nos femmes, ainsi que le secret professionnel, nous leur avons attribué un numéro de 1 à 15 (patiente 1, patiente 2,...) au lieu d'un surnom, peut-être aussi parce que notre mémoire se rappelle mieux des numéros.

A. Phase 1. Au début des séances de rééducation

a. Examen clinique

- Le testing des releveurs de l'anus (RA)

Un testing a été effectué en attribuant une « note » aux muscles pubiens droits et gauches, aux muscles iliaques droit et gauche et aux ischio-coccygiens droit et gauche. Nous avons fait la moyenne de ces notes pour obtenir un testing global, qui a été mentionné en bas et à droite des dessins des patientes. Il a été évalué de 1 à 5 (5 étant un bon tonus des muscles périnéaux).

⁵⁰ Voir doc. 2 en annexes.

- Le bilan fonctionnel et anatomique

Pour notre étude nous nous sommes contentés de signaler seulement les symptômes d'I.U., l'existence d'une colpocèle, d'une rectocèle, d'un prolapsus ou d'une cystocèle.

b. L'entretien

- Le lieu

Dans notre bureau de consultation nous avons engagé la patiente à se mettre à notre place devant le bureau⁵¹, (nous avons remarqué que certaines patientes s'exprimaient davantage de cette manière) et nous nous sommes installés de l'autre côté, un peu en retrait, afin de ne pas voir la réalisation de son dessin.

c. Les dessins

- Le dessin de la patiente et les directives

La patiente a dû réaliser un dessin de son image corporelle en trois minutes, chronométrées par un sablier. La feuille de dessin a été posée en format « paysage », la boîte de crayons de couleur a été placée à sa droite, avec les crayons en position verticale sauf le crayon de papier qui a été posé à l'horizontale au-dessus des crayons de couleur⁵². Rien n'a été mis au hasard, et cela pour toutes les patientes.

Nous avons demandé à la personne de se dessiner telle qu'elle se percevait en réponse à la question : « Comment vous voyez-vous ? », « Qu'est ce qui est plus important pour vous ? ». Les directives ont été les mêmes pour toutes les femmes, sans suggestion de notre part, mais avec des encouragements à s'engager car toutes, sans exception, se sont exclamées en riant : « Je ne sais pas dessiner ! ». Avant cette auto-représentation, nous lui avons laissé un petit moment de réflexion et d'adaptation pour qu'elle se sente plus à l'aise.

- Le dessin du thérapeute

Nous avons dessiné la patiente telle qu'elle nous apparaissait, telle que nous l'avons perçue, dans une attitude qui la personnalisait, sans vraiment la connaître. Les seuls renseignements étaient ceux inscrits dans notre dossier médical.

La feuille de dessin était placée en format « paysage ». Le crayon était un crayon de papier. Le temps fut de trois minutes.

d. Les commentaires et les observations

- Les commentaires de la patiente sur son dessin

Après la réalisation de son dessin et les trois minutes écoulées, nous lui avons demandé de le commenter : « Essayez de préciser en quelques mots ce que vous venez de dessiner. »

- Les observations du thérapeute sur son dessin

Les réflexions ont été notées dans le cadre à gauche en bas du dessin du thérapeute.

- Les commentaires brefs de l'interprétation des dessins

Dans un temps plus lointain, nous avons commenté et comparé le dessin de la patiente avec celui du thérapeute, nos réflexions ont été relatées dans le cadre « *notre interprétation* » en bas des dessins.

⁵¹ Voir doc. 3 en annexes.

⁵² *Ibid.*

e. Passation des tests standardisés

Les cinq questionnaires ont été donnés les uns après les autres avec des explications qui caractérisaient chacun d'eux. Nous les avons proposés à chaque patiente dans le même ordre, comme présenté ci-dessous :

- Le QIC⁵³

« L'analyse factorielle de QIC révèle une organisation pluridimensionnelle de l'image du corps. Les dimensions les plus importantes concernent : les perceptions favorables/défavorables – corps perçu comme exhibé/caché – corps perçu comme masculin/féminin – corps perçu comme calme/nerveux. »

- Le PISQ-12⁵⁴

« Le Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire, version courte, regroupe douze questions couvrant trois domaines : comportements/émotions – aspects liés au partenaire – aspects physiques/corporels. »

- IFSF⁵⁵ (Index de la Fonction Sexuelle Féminine)
- FSFI-6⁵⁶ (Female Sexual Function Index, version à 6 items)
- LOCKE-WALLACE⁵⁷ (questionnaire sur le couple)

B. Phase 2. La dernière séance de rééducation et le dernier entretien

a. L'examen clinique

- Le testing des releveurs de l'anus (RA)

Le testing a été calculé afin de voir l'évolution du tonus périnéal, des muscles pubiens droits et gauches, des muscles iliaques droit et gauche et des ischio-coccygiens droit et gauche afin de constater le travail de rééducation effectué par la femme. Nous avons calculé la moyenne pour obtenir un testing global.

- Bilan anatomique et fonctionnel

Nous avons évalué les résultats cliniques et l'amélioration de ses symptômes d'I.U.

b. L'entretien

- Le lieu

Dans notre bureau de consultation, la patiente a pris place au même endroit pour réaliser son dessin. Nous nous sommes mis de l'autre côté, un peu en retrait, afin de ne pas voir ce qu'elle dessinait.

c. Les dessins

- Le dessin de la patiente et les directives

⁵³ M. BRUCHON-SCHWEITZER, *op.cit.*, p. 904.

⁵⁴ B. FATTON, V. LETOUZEY, E. LAGRANGE, P. MARES, B. JAVQUETIN, R. DE TAYRAC, *op. cit.*, p. 666.

⁵⁵ M. WIEGEL, C. MESTON, R. ROSEN, *op. cit.*, p. 1-20.

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ H. LOCKE, K. WALLACE, *op. cit.*, p. 222.

Des consignes identiques au premier entretien sont données : position de la feuille, position des crayons de couleur et du crayon de papier.

- Le dessin du thérapeute

La réalisation s'est faite de manière analogue à la première fois.

d. Les commentaires et les observations

- Les commentaires de la patiente sur son dessin

Les trois minutes écoulées, la patiente a cessé de dessiner et a répondu à la question : « Essayez de préciser en quelques mots ce que vous venez de dessiner. »

- Les observations du thérapeute

Pour réaliser quel a été le changement de son image, nous avons retourné sa feuille où est apparu le dessin « AVANT ».

- Les commentaires brefs de l'interprétation des dessins.

Comme en phase 1, nous avons commenté et comparé le dessin de la patiente avec celui du thérapeute. Ces réflexions ont été notées dans « *notre interprétation* » en bas des dessins.

e. Passation des tests standardisés

Les cinq questionnaires sont donnés les uns après les autres avec des explications qui ont caractérisé chacun d'eux. Nous les avons proposés à chaque patiente dans le même ordre, comme présentés ci-dessous :

- Le QIC (Questionnaire sur l'Image Corporelle)
- Le PISQ-12 (sur sexualité, prolapsus génital et incontinence urinaire)
- IFSF (Index de la Fonction Sexuelle Féminine)
- FSFI-6 (Female Saxual Function Index, version à 6 items)
- LOCKE-WALLACE (questionnaire sur le couple)

f. Appréciation de la rééducation

Nous avons demandé à la patiente de s'exprimer par écrit sur le bienfait de la rééducation en posant la question : « Que vous a apporté cette rééducation périnéale ? »

Les bienfaits sur la sexualité apportés par la rééducation périnéale, qui ont été notés sur ce questionnaire, ont été écrits dans le cadre droit sous le dessin du thérapeute dans la partie « APRES », et « [sexologie](#) ».

II - REALISATION DES DESSINS

Ces dessins ont été des compléments de renseignements sur la personnalité de ces femmes. Comme le décrit Ada Abraham : « L'essence des tests projectifs réside surtout dans le fait qu'ils n'exploitent pas certains traits séparés de la personnalité, mais permettent de décrire la structure même de la personnalité. Ils visent enfin les aspects de cette personnalité dont les couches profondes ne se révèlent pas dans la conduite manifeste [...], la variété des réponses qu'on peut donner dans une telle situation est considérable. Cette variété a pour base un processus humain spécifique que Freud décrit et désigne comme « projection » [...] la

projection au-dehors de perceptions intérieures est un mécanisme primitif auquel sont soumises également nos perceptions sensorielles, par exemple, et qui joue, par conséquent, un rôle capital dans notre mode de représentation du monde extérieur.⁵⁸ »

Les remarques sur ces dessins ont pu être nombreuses, mais nous nous sommes contentés de voir si l'estime de soi changeait après la rééducation, s'il existait un lien avec la représentation faite par le thérapeute et comment s'en servir pour argumenter notre hypothèse avec l'interprétation des résultats des questionnaires. Mais pour noter ces réflexions certaines idées ont pu nous orienter, comme celles de Philippe Comar : « Je retranche le trop, et j'ajoute le trop peu », « Par l'image, l'homme donne un visage à cette part de lui-même qui échappe à toute apparence. Il donne corps à ses émotions et à ses angoisses, à ses croyances et à ses désirs. En renonçant à son enveloppe, il se modèle un corps à son image », « nous n'appréhendons le corps que sous cette forme particulière de nudité, héritée de l'art, qu'on nomme « le nu », c'est-à-dire un ensemble de formes et d'attitudes. »⁵⁹ Ou les réflexions d'Edward Lucie-Smith : « Toutes ces représentations ont un point commun, elles n'imitent pas fidèlement la nature [...] elles accusent certains caractères sexuels, les cuisses surtout, et la poitrine, au détriment d'autres parties de l'anatomie. »⁶⁰

Avec les dessins du thérapeute nous avons obtenu une perception plus recherchée de la patiente car d'après Antonio R. Damasio : « La conscience et l'esprit sont étroitement liés au comportement externe qui peut être observé par des tierces personnes [...] et nous savons parfaitement bien comment ils sont reliés entre eux, d'abord en raison de notre propre auto-analyse, en second lieu en raison de notre propension naturelle à analyser les autres »⁶¹. Mais nous avons aussi retenu la pensée de Paul Schilder : « quand nous ne sommes pas capables de percevoir correctement notre propre corps, nous ne sommes plus capables de percevoir correctement le corps d'autrui. »⁶²

Nous avons décidé, pour une meilleure vision des dessins, de faire deux pages « AVANT » et « APRES ». Chaque feuille comprend deux dessins, d'abord celui de la patiente puis, en dessous, celui du thérapeute. Pour avoir quelques indications sur ces représentations, des commentaires ont été formulés à l'intérieur des cadres qui se situent en dessous de chaque représentation.

⁵⁸ A. ABRAHAM, *Le dessin d'une personne, le test de Machover*, Issy-Les-Moulineaux : EAP, 1985, p. 33.

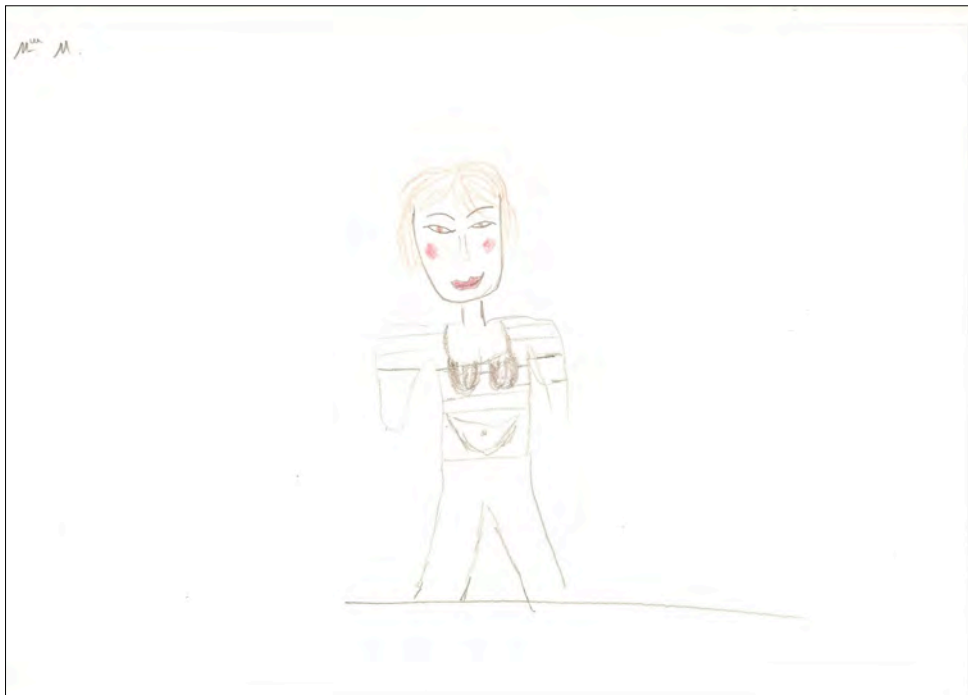
⁵⁹ P. COMAR, *Les images du corps*, Paris : Gallimard, 1993, p. 120-122.

⁶⁰ E. LUCIE-SMITH, *La sexualité dans l'art occidental*, Londres : Thames & Hudson, coll. L'Univers de l'art, 1991, p. 7.

⁶¹ A. R. DAMASIO, *Le sentiment même de soi, corps, émotion, conscience*, Paris : Odile Jacob, octobre 1999, p. 22.

⁶² P. SCHILDER, *op.cit.*, p. 66.

Madame M.



Commentaire par la patiente sur son dessin :
 Couleur sur le visage : visage bien accepté.
 Poitrine imposante cachée sous des habits.
 Corps jamais regardé dans une glace sauf habillé.

Données objectives :
 Patiente de 40 ans consultant pour incontinence urinaire d'effort (I.U.E.) et colprocèle antérieure à la toux.
Testing global des RA : 2/5.



Observations du thérapeute :
 Mal-être.

Compte-rendu en fin de séances :
La rééducation : amélioration totale de son I.U.E.
Testing global des RA : 5/5.
Sexologie : « connaissance de son périnée, Rapports Sexuels (RS) plus satisfaisants pour le couple ».

Notre interprétation : différence de la taille de la femme dans les dessins, cette patiente a peu d'estime de soi, elle est plus dans le relationnel.



Commentaire de la patiente :
 Couleurs claires : parties positives.
 Le rouge : parties douloureuses.
 Le bleu : zones à problèmes.

Données objectives :
 Patiente de 57 ans consultant pour impériosités mictionnelles et incontinence rectale.
Testing global des RA : 4/5
 Suit une psychothérapie depuis 2007.



Observations du thérapeute :
 Aspect souffreteux.

Notre interprétation : différence de la taille de la personne entre les dessins : l'estime de soi est réduite, avec une symptomatologie urinaire exprimée.



Commentaire de la patiente :
 Couleurs claires : plus de bien-être corporel.
 Le bleu : plus d'espérance.



Observations du thérapeute :
 Attitude plus confiante, communication corporelle plus facile.

Compte-rendu en fin de séances :
La rééducation : bonne maîtrise de son périnée, encore plus de ressenti, une amélioration nette de son incontinence. Testing global des RA : 5/5.
Sexologie : « les relations en couple sont plus affectives et plus sensuelles ».

Notre interprétation : amélioration de l'estime de soi et de la symptomatologie.



<p><u>Commentaire de la patiente :</u> Pas de couleur : « pour ne pas être vue ». Honte de son ventre et de son estomac. Corps douloureux. Surpoids mal accepté.</p>	<p><u>Données objectives :</u> Patiente de 62 ans consulte pour impériosités, colposcèles antérieure et postérieure. Activité sexuelle difficile. <u>Testing global des RA : 0/5.</u></p>
---	--



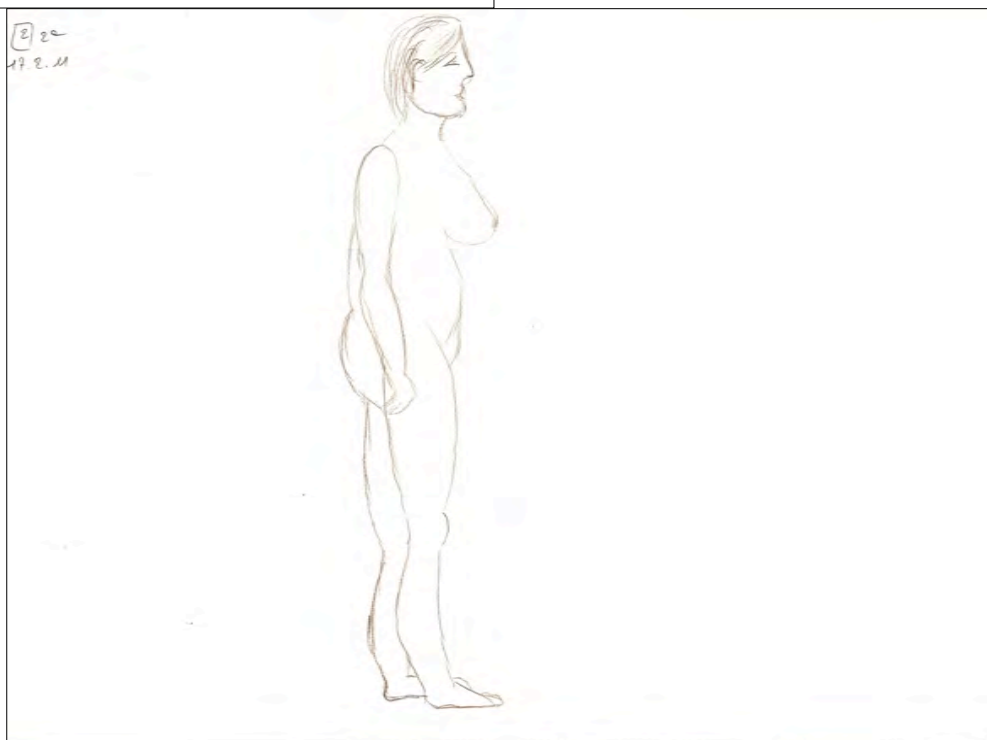
<p><u>Observations du thérapeute :</u> Femme blessée, méfiante.</p>
--

Notre interprétation : discordance entre les deux représentations, la femme se voit plus laide qu'elle n'est. Troubles émotionnels représentés, la colère est exprimée par la qualité de son dessin, et au niveau du ventre et du périnée.



Commentaire de la patiente :

Souriante car l'image corporelle est mieux acceptée, plus de féminité.



Observations du thérapeute :
Meilleure confiance en elle.

Compte-rendu en fin de séances :

La rééducation : amélioration de ses impériosités.
Colpocèle moins importante.

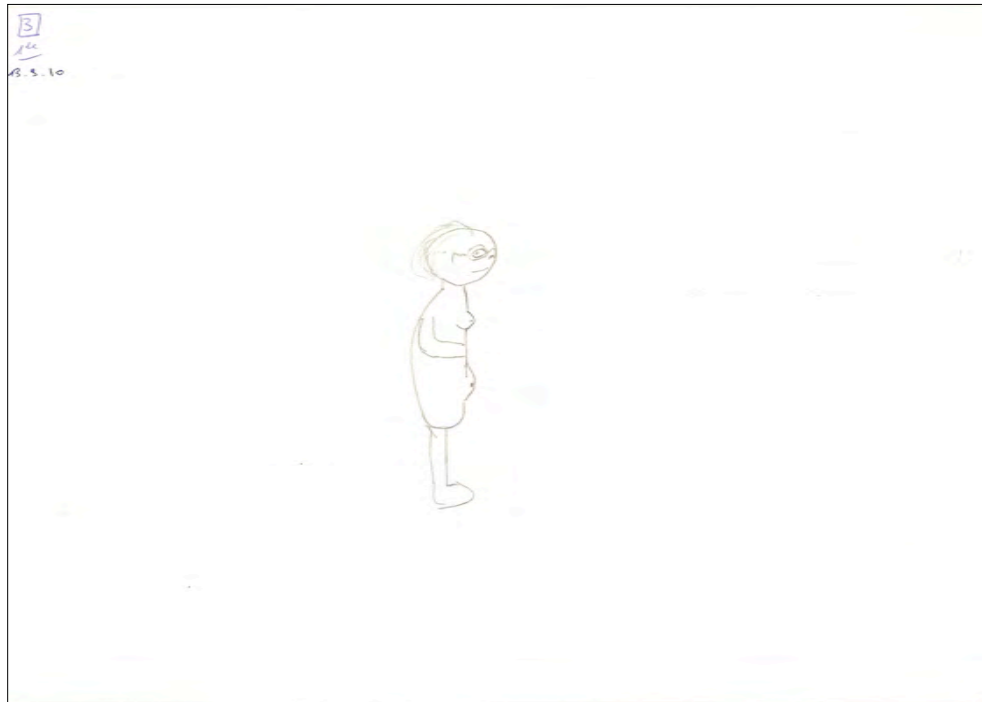
Testing des RA : 2,5/5 (après 10 séances).

Sexologie : « désir d'initier retrouvé ».

Notre interprétation : la thérapie a enlevé une partie du traumatisme. Retour de la sexualité de la bouche.

Patiente 3

AVANT



Commentaire de la patiente :

Attitude voûtée qui la dérange.
Non acceptation de son gros ventre bruyant.

Données objectives :

Patiente de 54 ans consultant pour I.U.E. et pesanteur anale constante.
Testing global des RA : 3/5.
Antécédent de constipation chronique avec des traitements traumatisants dans l'enfance.



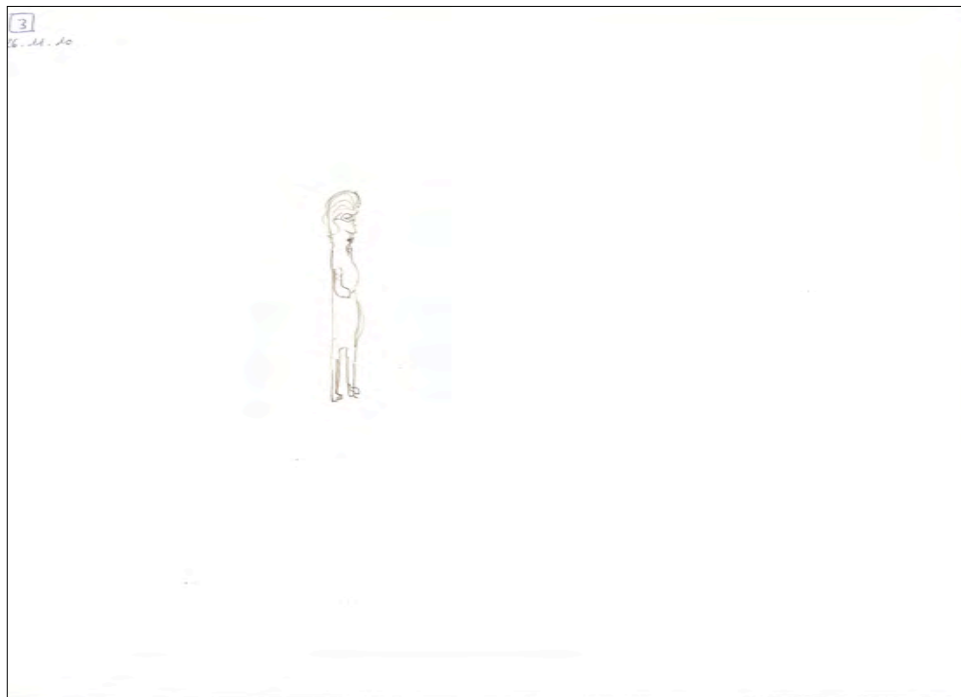
Observations du thérapeute :

Position de mal-être.
Attitude pour compatir.

Notre interprétation : l'attitude de la femme se reflète sur le thérapeute, peu d'estime de soi, la patiente se représente comme une dame âgée avec un ventre douloureux.

Patiente 3

APRES



Commentaire de la patiente :

Ventre moins présent.

Plus de verticalité dans l'aspect.



Observations du thérapeute :

Attitude corporelle plus confiante.

Demande de compassion toujours présente.

Compte rendu en fin de séances :

La rééducation : amélioration à 100% de son I.U.E. et de sa pesanteur au niveau du périnée postérieur.

Testing global des RA : 5/5.

Sexologie : « plus actrice pendant les RS, plus de mobilité corporelle, plus de ressenti ».

Notre interprétation : amélioration de l'attitude mais il existe toujours des troubles émotionnels et peu d'estime de soi.

Patiente 4

AVANT

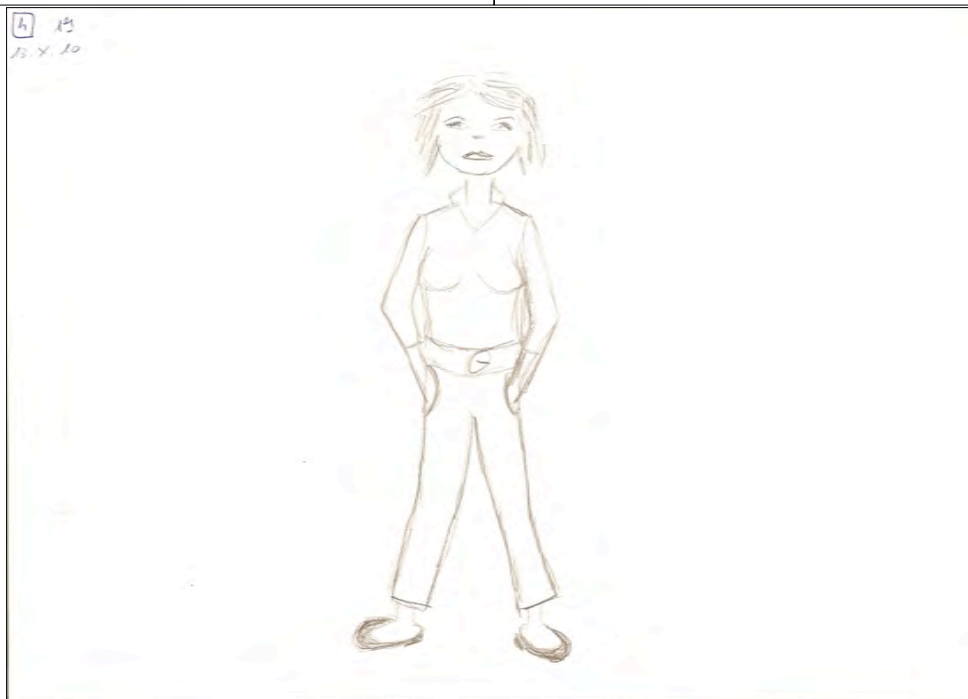


Commentaire de la patiente :

Corps caché par les habits.
Grosse tête : « trop cérébrale d'après mon mari ».

Données objectives :

Patiente de 39 ans consultant pour I. U. E.
Testing globale des RA : 2,5/5.



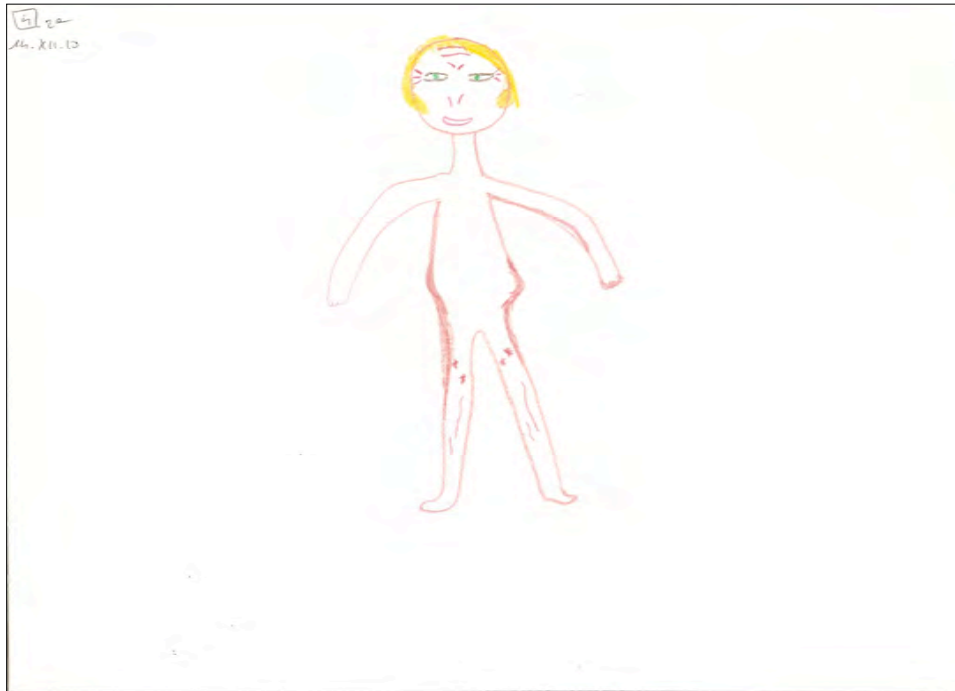
Observations du thérapeute :

Attitude assurée.

Notre interprétation : les deux dessins sont stéréotypés, sans sexualité.

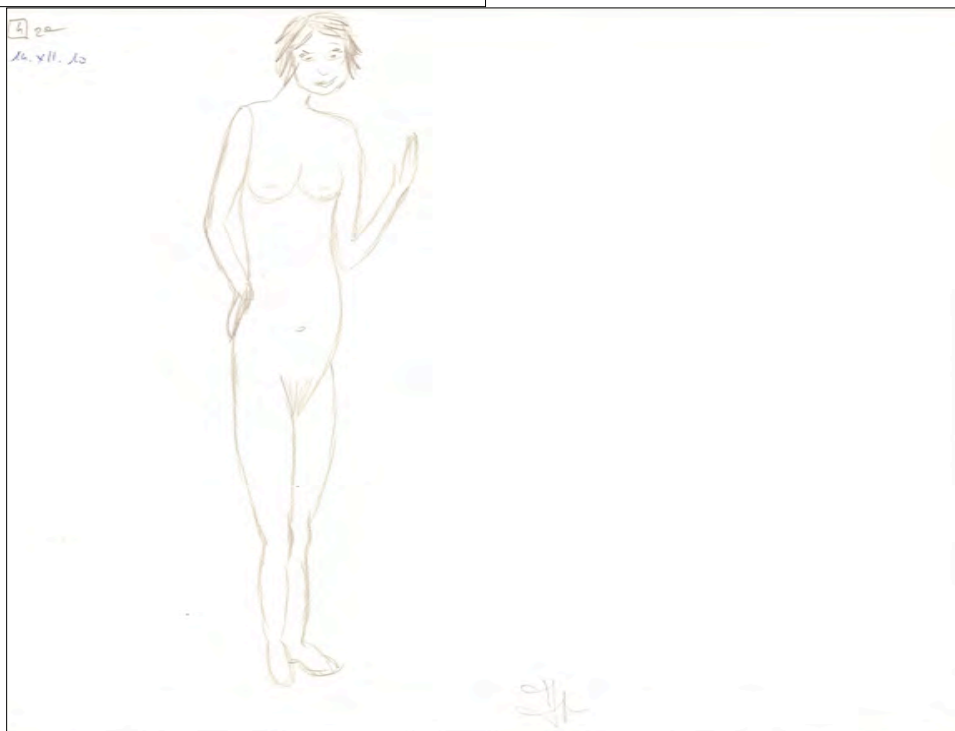
Patiente 4

APRES



Commentaire de la patiente :

Prise de conscience du corps avec ses défauts.



Observations du thérapeute :

Meilleure acceptation de son corps.
Plus communicative.

Compte rendu en fin de séances :

La rééducation : nette amélioration de l'I.U.E.,
bonne prise de conscience de son périnée, bonne
commande des différentes parties.

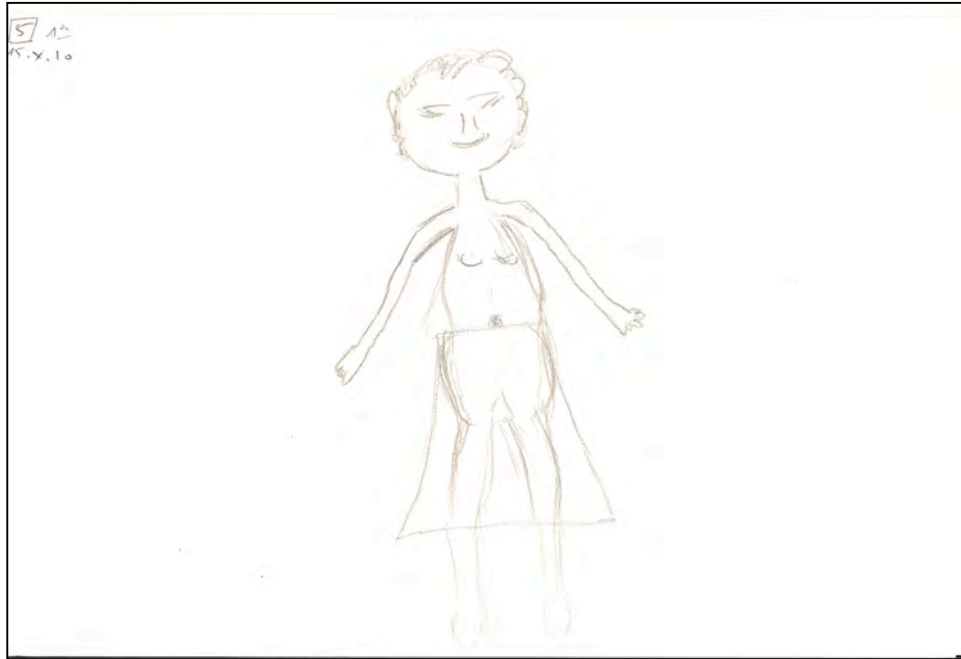
Testing globale des RA : 5/5.

Sexologie : « plus harmonieuse ».

Notre interprétation : la sexualité est revenue dans les deux dessins, plus d'érotisme.

Patiente 5

AVANT



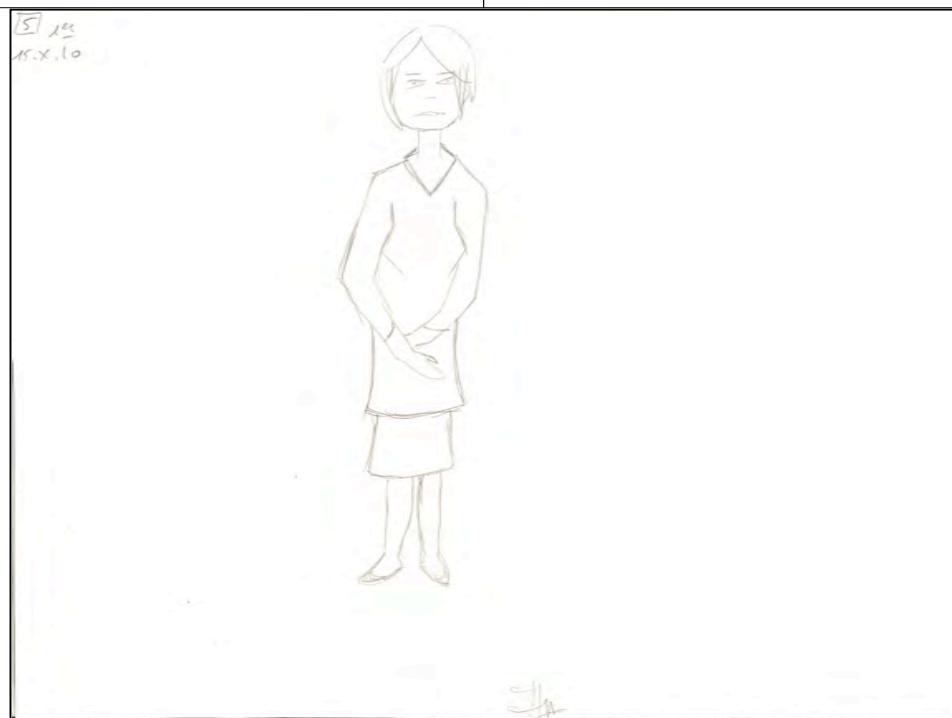
Commentaire de la patiente :

Le visage est mieux accepté que le corps.

Données objectives :

Patiente de 64 ans consultant pour incontinence urinaire mixte.

Testing global des RA : 2/5.



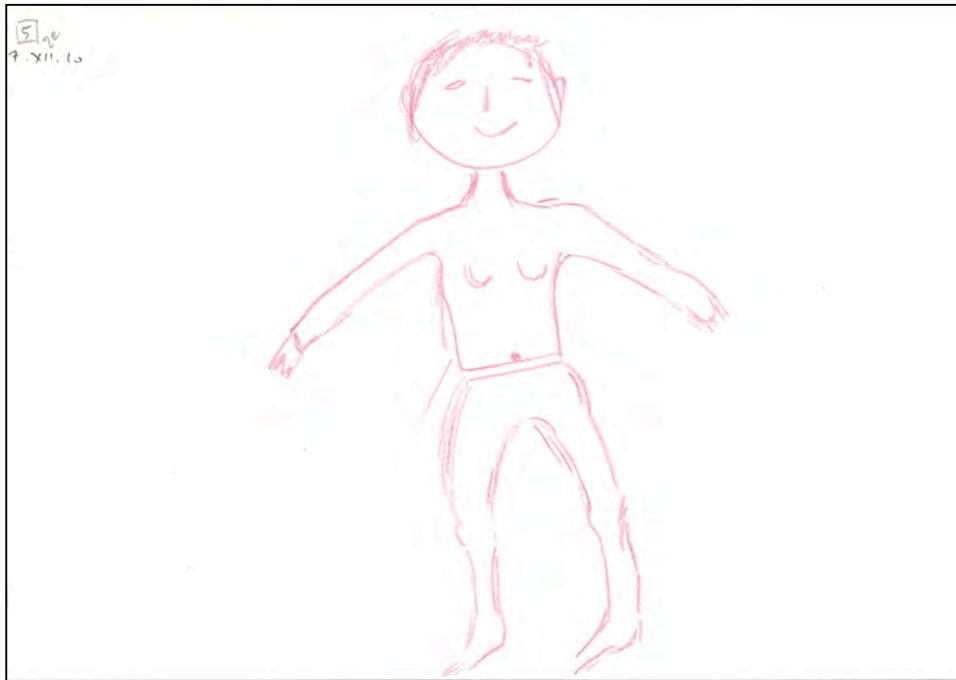
Observations du thérapeute :

Posture de protection.
Attitude réservée.

Notre interprétation : symptomatologie douloureuse représentée sur le bassin, par des traits appuyés sur le dessin de la patiente, et par la position des bras et des mains sur le dessin du thérapeute.

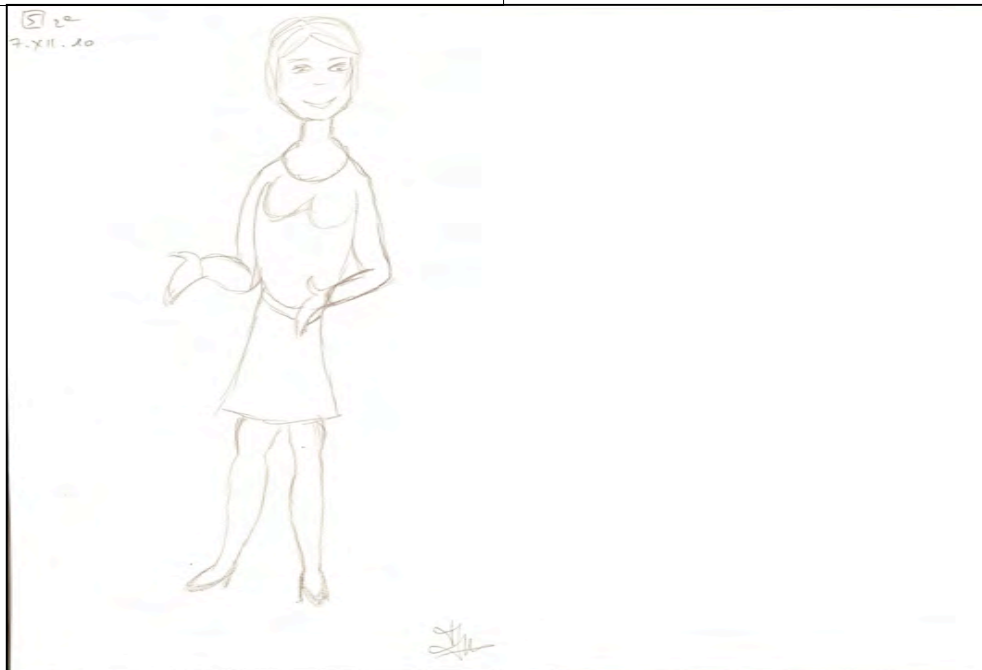
Patiente 5

APRES



Commentaire de la patiente :

Meilleure image corporelle.
Couleur : plus d'énergie et de confiance dans son corps, plus de maîtrise.



Observations du thérapeute :

Position avec plus d'ouverture et moins de réserve.

Compte rendu de fin de séances :

La rééducation : I.U.E. terminée, encore quelques envies impérieuses.

Testing globale des RA : 4,5/5.

Sexologie : « plus de sensibilité vaginale, un rôle plus actif pendant les RS ».

Notre interprétation : les deux dessins sont en accord, la symptomatologie a disparu et pas d'érotisme dans le corps.

Patiente 6

AVANT

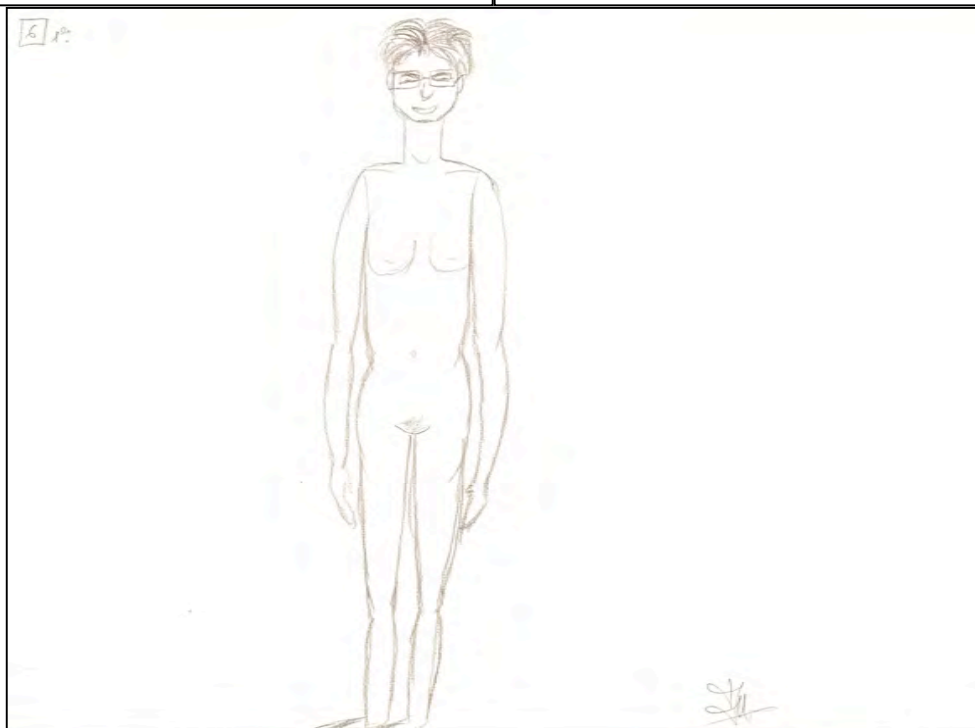


Commentaire de la patiente :

Grandes mensurations.
Mauvaise image corporelle.
Féminité acceptée vers 45 ans.

Données objectives :

Patiente de 64 ans, consultant pour I.U.E. et
cystites récurrentes. Colpocèle antérieure stade I.
Testing global des RA : 2/5.
Suit une psychothérapie depuis 2007.



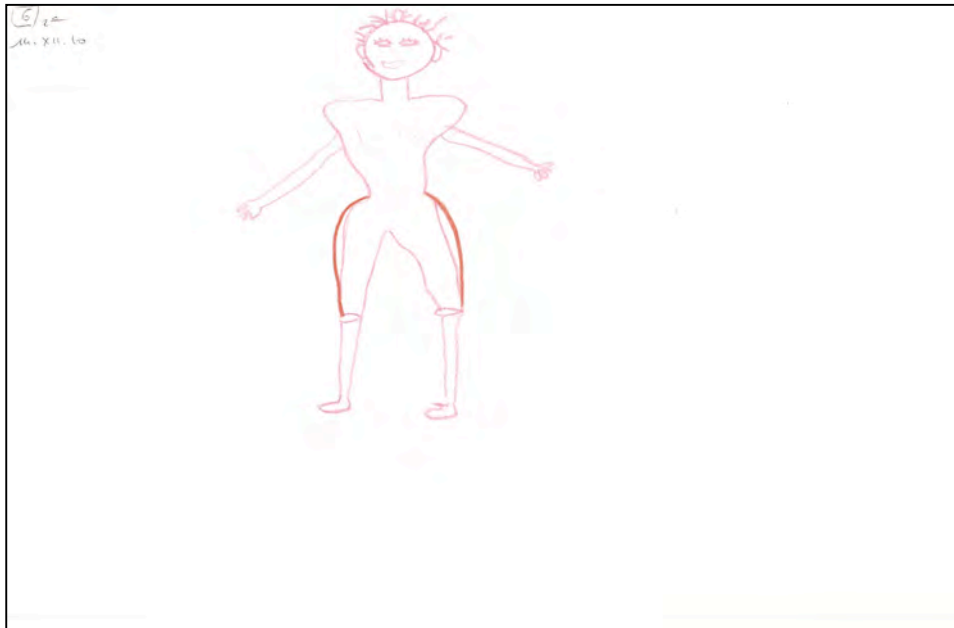
Observations du thérapeute :

Allure androgyne.

Notre interprétation : visage absent et petite tête en rapport avec un problème de relation, d'identité.

Patiente 6

APRES



Commentaire de la patiente :

Meilleure acceptation de son corps. Lever de certaines inhibitions.



Observations du thérapeute :

Progression dans la mouvance de son corps.

Compte rendu de fin de séances :

La rééducation : I.U.E. finie, pas de colpocèle antérieure si verrouillage. Testing des RA : 5/5

Sexologie : «découverte des sensations périnéales»

Notre interprétation : la thérapie a agit sur l'image corporelle et la relation, l'identité est retrouvée.

Patiente 7

AVANT



Commentaire de la patiente :

Corps mal perçu.
Petites fleurs : esprit rêveur.

Données objectives :

Patiente de 37 ans consultant pour impériosités et pesanteur sus-pubienne permanente en journée.
Testing global du RA : 1,5/5.



Observations du thérapeute :

Dépressive, inhibée.

Notre interprétation : dans les deux dessins, la déprime et la mauvaise estime de soi sont représentées.

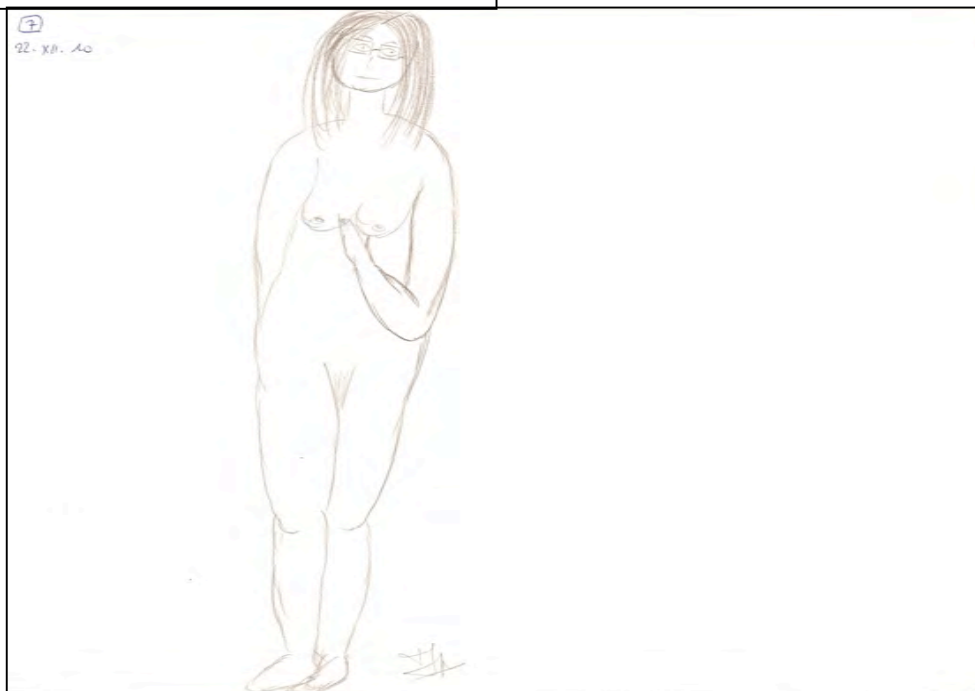
Patiente 7

APRES



Commentaire de la patiente :

Le soleil : plus d'énergie, esprit plus apaisé.
Palmier, fleurs : moyens d'évasion.



Observations du thérapeute :

Un peu plus expressive.
Encore fermée sur elle-même.

Compte rendu en fin de séances:

La rééducation : Absence d'impériosités et de pesanteur sus-pubienne. Testing des RA : 5/5
Sexologie : « bien-être, découverte des sensations du périnée. Meilleur ressenti pendant les RS ».

Notre interprétation : la thérapie a amené de la joie de vivre, plus de formes dans le corps, dans les deux dessins.

Patiente 8

AVANT



Commentaire de la patiente :

Image corporelle positive. Angoisse du vieillissement, surtout au niveau des cheveux.

Données objectives :

Patiente de 59 ans consultant pour I.U.E. et pollakiurie. Colpocèle antérieure stade I.
Testing global: 3,5/5.



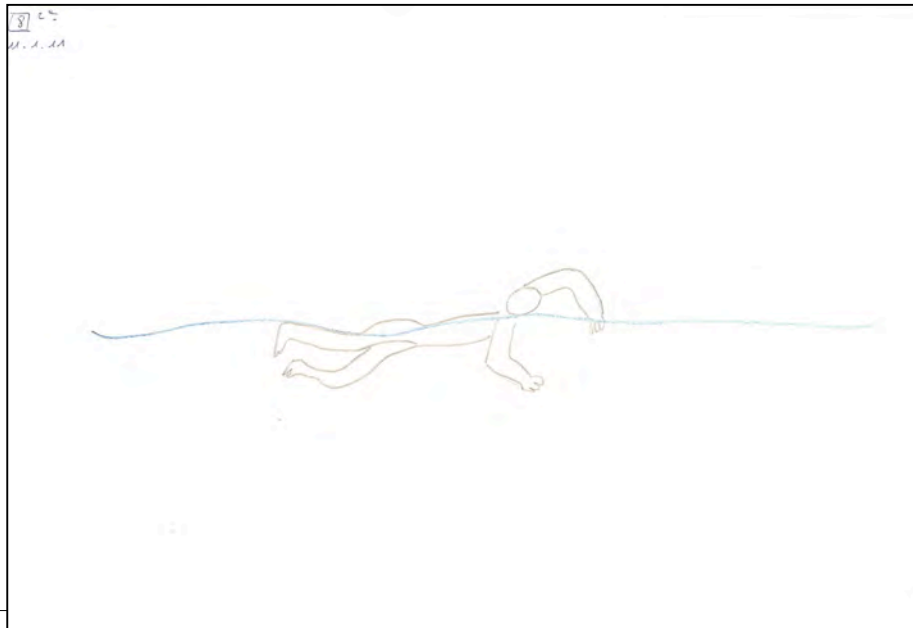
Observations du thérapeute :

Attitude dominatrice.

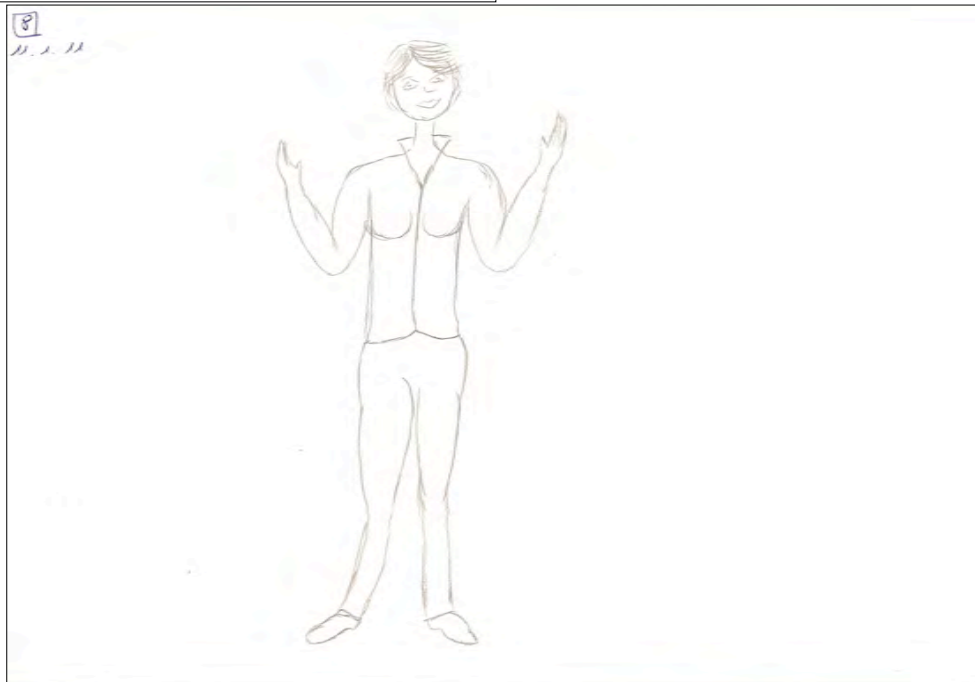
Notre interprétation : bonne estime de soi qui se gâte dans le dessin de la patiente. Importance des bras en mouvement dans les deux dessins : potentiel de sensualité.

Patiente 8

APRES



Commentaire de la patiente :
Image en mouvement, dynamique.
Dans l'eau : milieu pas rassurant.



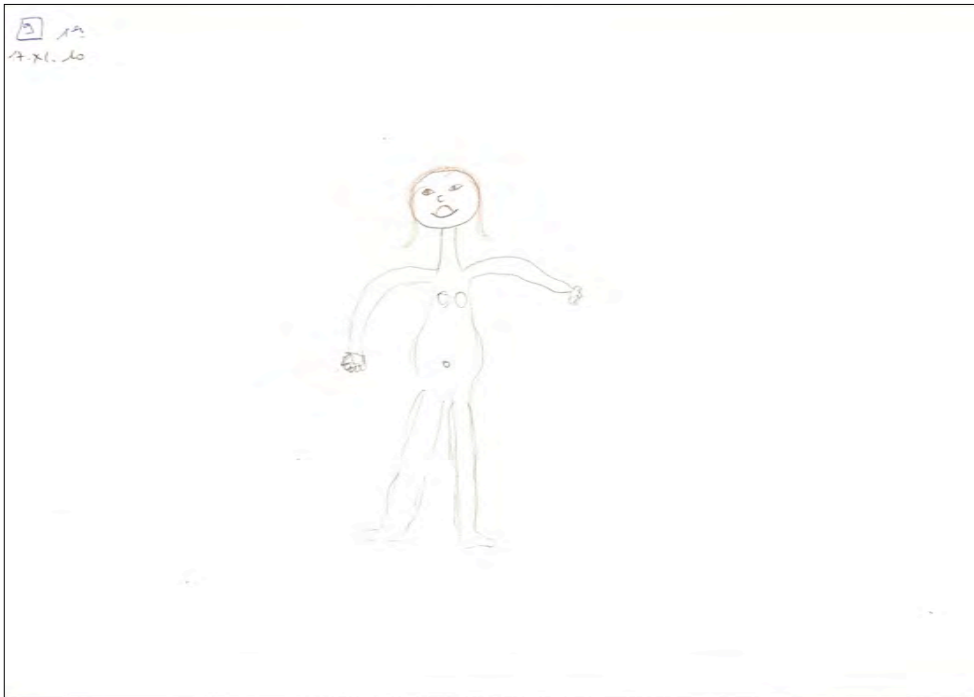
Commentaire du thérapeute :
Apparence inchangée.

Compte rendu en fin de séances :
La rééducation : I.U.E. terminée. Pas de colpocèle antérieure si verrouillage périnéal.
Testing global des RA : 5/5.
Sexologie : « une meilleure connaissance de ses muscles périnéaux, mais pas de nouvelles sensations ». Pas heureuse dans son couple.

Notre interprétation : toujours l'importance des bras dans les deux dessins, et sexualité non représentée.
Patiente qui se sent vieillir.

Patiente 9

AVANT



Commentaire de la patiente :

Satisfaction seulement au niveau des cheveux.
Gros ventre. Regard dur.

Données objectives :

Patiente de 37 ans consultant pour I.U.mixte.
Désire une grossesse.



Observations du thérapeute :

Attitude de fermeture.

Notre interprétation : discordance entre les deux dessins. Corps de la femme un peu sexué, mais mauvaise image de soi.

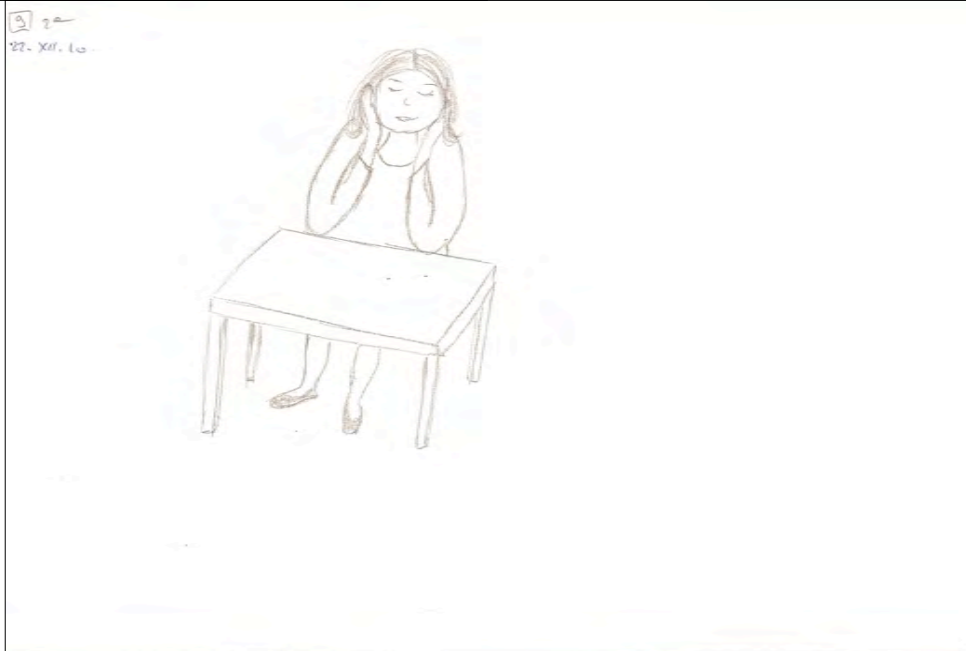
Patiente 9

APRES



Commentaire de la patiente :

Contente, envie de danser, d'accueillir
(grossesse de 4 semaines d'aménorrhée).



Observations du thérapeute :

Position interrogative.

Compte rendu en fin de séances :

La rééducation : amélioration de l'I.U.M.

Testing global des RA : 4,5/5.

Sexologie : « meilleure connaissance de ses muscles. Plus détendue pendant les activités sexuelles ».

Notre interprétation : discordance entre les deux dessins. L'estime de soi a changé, la femme se sent heureuse, enceinte mais la sexualité est absente. Le thérapeute la voit mieux mais toujours emprisonnée dans une situation.

Patiente 10

AVANT



Commentaire de la patiente :

Image féminine.
Une jupe pour cacher son poids.
Couleurs : bonne vivante.

Données objectives :

Patiente de 45 ans consultant pour I.U. mixte.
Testing global des RA : 2/5.
Suit une psychothérapie depuis 2009.



Observations du thérapeute :

Attitude gracieuse et docile.

Notre interprétation : les dessins sont en accord, bonne image corporelle, sexualité non représentée, l'aspect relationnel est présent.

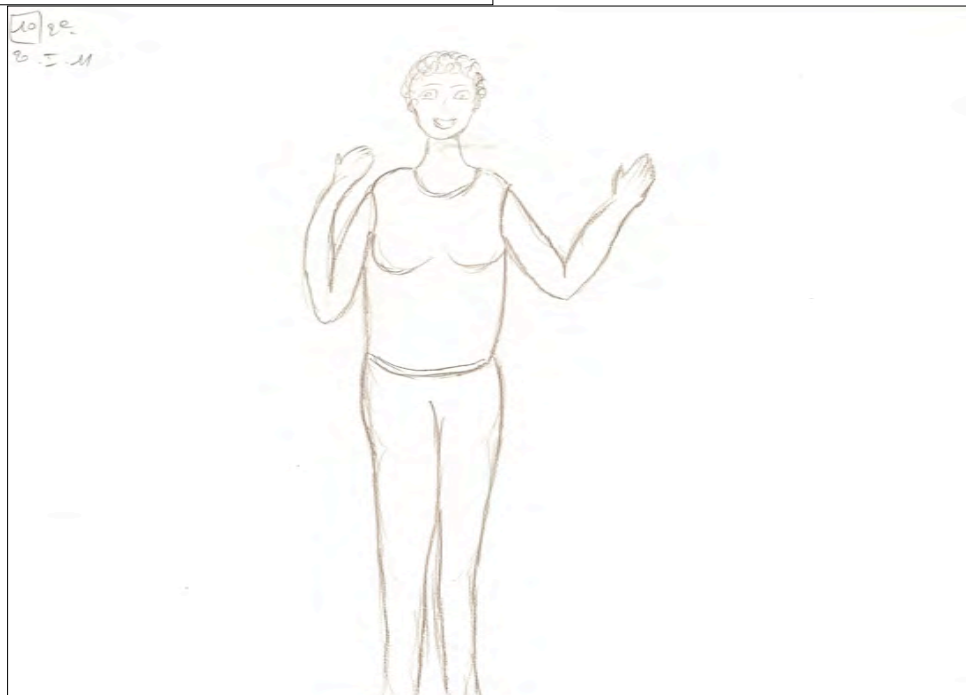
Patiente 10

APRES



Commentaire de la patiente :

Pantalon : plus d'affirmation, même au niveau du couple.



Observations du thérapeute :

Attitude plus affirmée. Gaie, altruiste.

Compte rendu en fin de séances :

La rééducation : I.U.M. terminée.

Testing global des RA : 4,5 /5.

Sexologie : « Bonne connaissance du périnée. Plus de désir. Excitation mieux ressentie au niveau vaginal ».

Notre interprétation : accord des dessins, meilleure acceptation de soi et affirmation par le port du pantalon.

Patiente 11

AVANT



Commentaire de la patiente :

Mauvaise image corporelle. Le corps est comme un tronc. Surpoids depuis l'enfance.
« Une jupe ! Je n'en mets jamais ».

Données objectives :

Patiente de 37 ans consultant pour I.U.E. et incontinence aux gaz.
Testing global des RA : 1,5/5.



Observations du thérapeute :

Corps mal accepté.

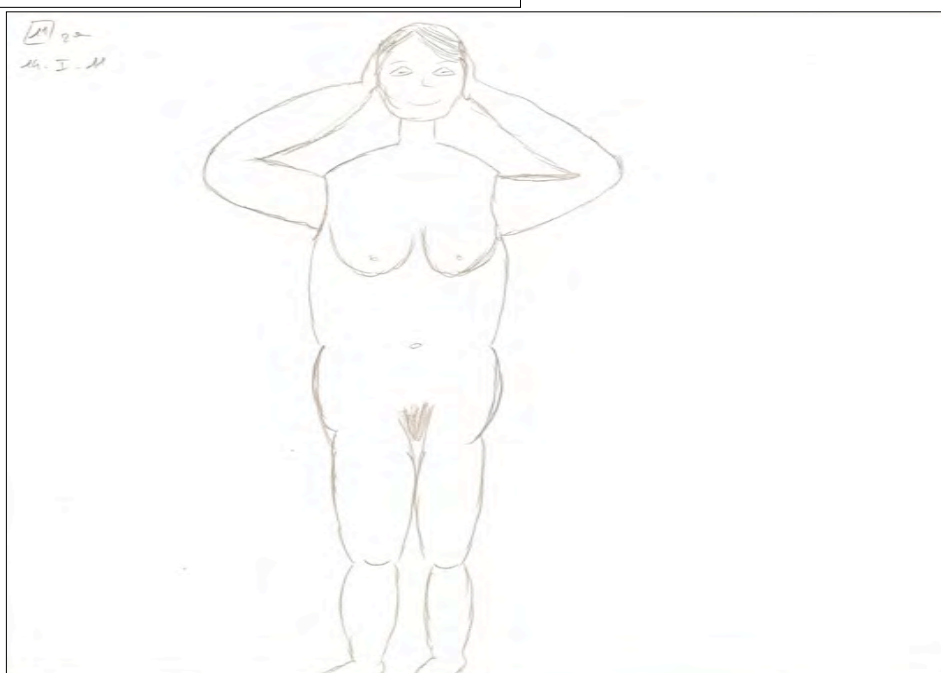
Notre interprétation : pas de forme dans le corps de la patiente, corps mal accepté dans les deux dessins.

Patiente 11

APRES



Commentaire de la patiente :
Image mieux tolérée.
Pantalon : « c'est plus moi ».



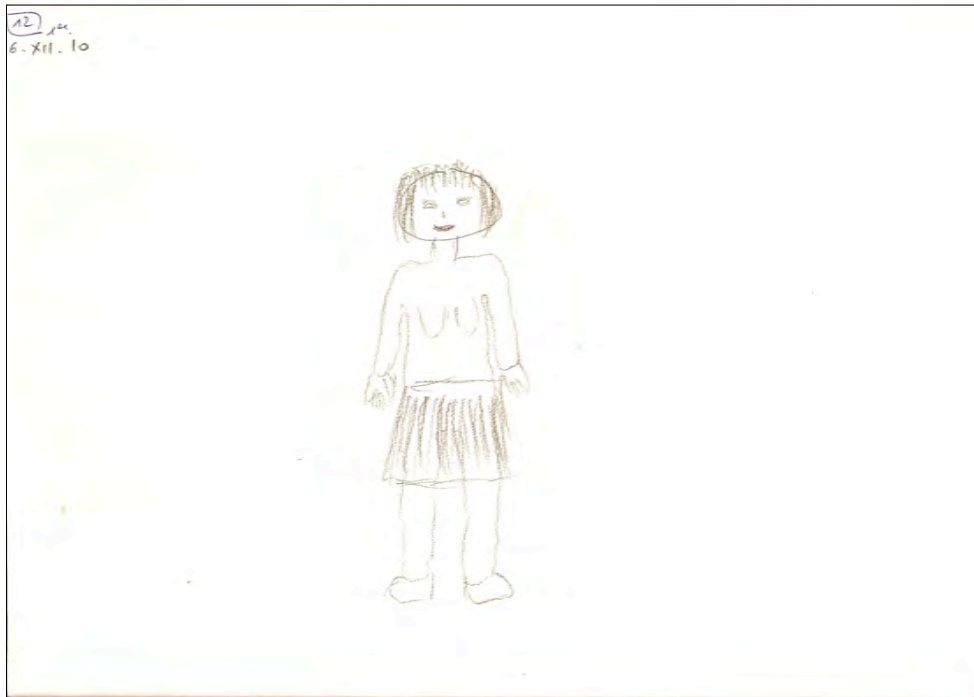
Observations du thérapeute :
Corps libéré.
Esprit surchargé.

Compte rendu en fin de séances :
La rééducation : I.U.E. terminée.
Testing global des RA : 3,5/5.
Sexologie : « augmentation du plaisir en qualité et en durée. Orgasme mieux ressenti ».

Notre interprétation : dans les deux dessins, meilleure image et plus d'affirmation de soi.
La thérapie a fonctionné au niveau des symptômes urinaires mais pas au niveau du psyché.

Patiente 12

AVANT



Commentaire de la patiente :

Pas de couleur : image terme.
Tronc droit : corps sans forme.
Seins tombants.

Données objectives :

Patiente de 33 ans consultant pour I.U.E.
Testing global des RA : 1,5/5.



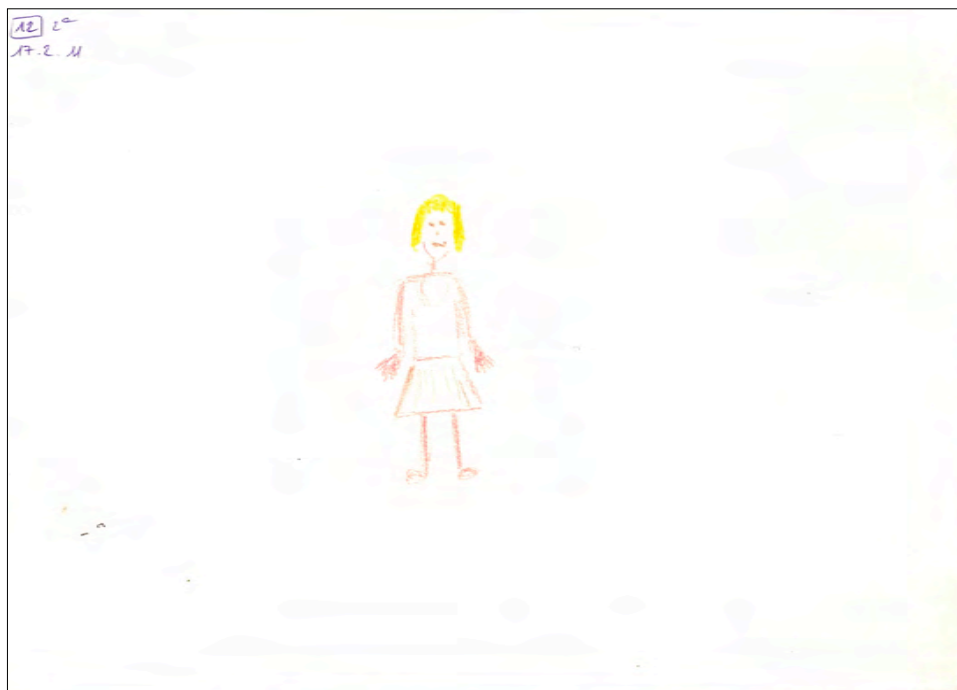
Observations du thérapeute :

Attitude timide.

Notre interprétation : attitude résignée dans les deux dessins.

APRES

Patiente 12



Commentaire de la patiente :

Taille plus fine.

Couleurs : « je me sens mieux, et plus propre car je n'ai plus de fuites urinaires ».



Observations du thérapeute :

Plus d'aisance dans l'attitude.

Compte rendu en fin de séances :

La rééducation : fin de l'I.U.E.

Testing global des RA : 5/5

Sexologie : « changement de comportement au niveau du couple ».

Notre interprétation : image corporelle toujours réduite mais améliorée. Femme heureuse et plus séduisante mais pas très sexuée.

Patiente 13

APRES



Commentaires de la patiente :

Jolies couleurs : gaité et paix en elle.
Cercle : tête pleine. Rectangle : corps plein.
Traits ondulés : conscience d'un corps musclé en mouvement. Le jaune : harmonie.

Données objectives : patiente de 49 ans consultant pour I.U.E. depuis l'enfance et pollakiurie.
Testing global des RA : 3/5.
Thérapie psychanalytique depuis 1993.



Observations du thérapeute :

Attitude excessive, provoquante.

Compte rendu en fin de séances :

La rééducation : I.U.E. terminée. Bonne prise de conscience de ses différents muscles périnéaux.

Testing global des RA : 5/5.

Sexologie : « bien-être qui a mis fin à sa psychanalyse ».

Notre interprétation : différence frappante entre les dessins. Celui de la patiente ne correspond pas à son âge. Aspect défensif derrière l'infantilisme de son dessin.

(A noter pas de dessin avant, car la patiente n'était pas décidée)

AVANT

Patiente 14



Commentaire de la patiente :

Image masculine.
Regard expressif.

Données objectives

Patiente de 25 ans consultant pour impériosités importantes et dyspareunie profonde.
Testing global des RA : 3/5.



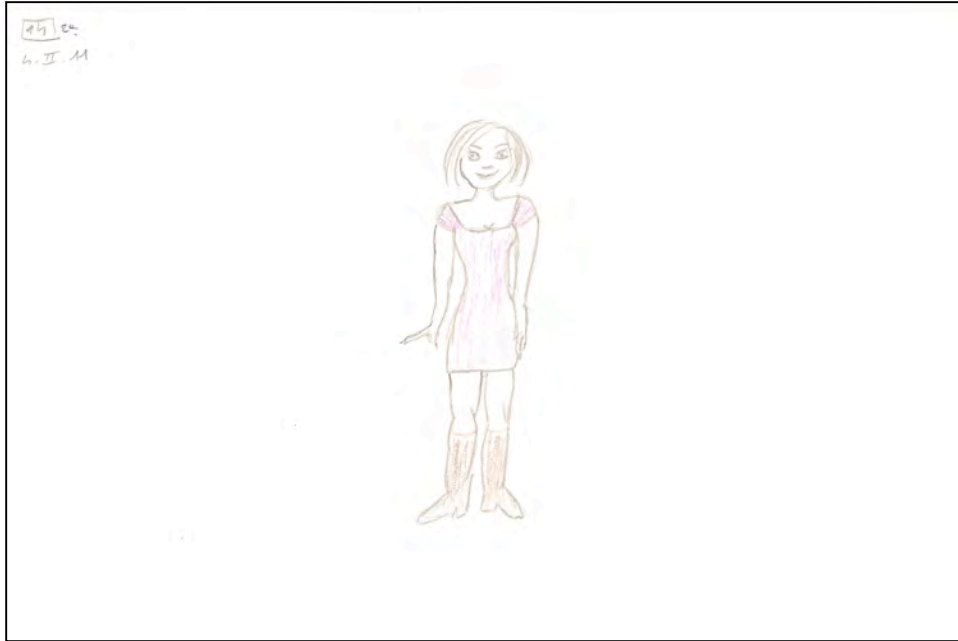
Observations du thérapeute :

Attitude très timide, et de mal-être.

Notre interprétation : image peu féminine, problème identitaire.

APRES

Patiente 14



Commentaire de la patiente :

Aspect féminin.
Bonne image corporelle.
Arrive à mieux se positionner.



Observation du thérapeute :

Attitude libérée.

Compte rendu en fin de séances :

La rééducation : nette amélioration des impériosités. Bonne connaissance du corps dans la globalité. Dyspareunie présente quelquefois.
Testing global des RA : 5/5.
Sexologie : « changement de comportement pendant les AS, plus active. Meilleure connaissance des muscles périnéaux ».

Notre interprétation : changement important, image féminine, heureuse, la séduction est revenue.

Patiente 15

AVANT



Commentaire de la patiente :

Aspect d'ouverture.

Pas de couleur : image corporelle triste.

Données objectives :

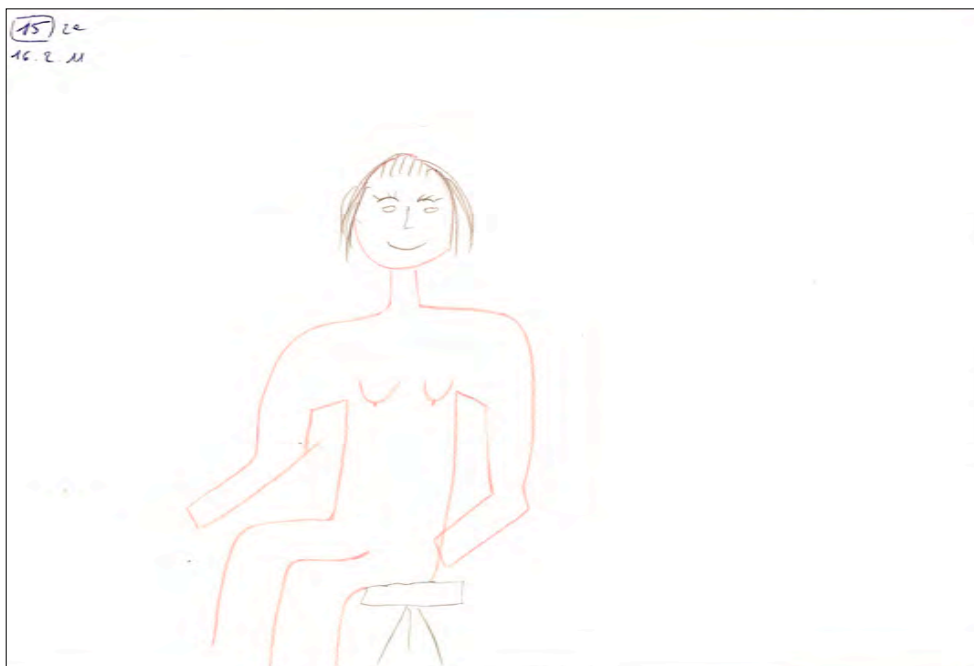
Patiente de 32 ans consultant pour I.U.E., douleur constante sus-pubienne, rectocèle stade I et dyspareunie profonde.

Testing global des RA : 2,5/5.



Attitude réservée, inerte.

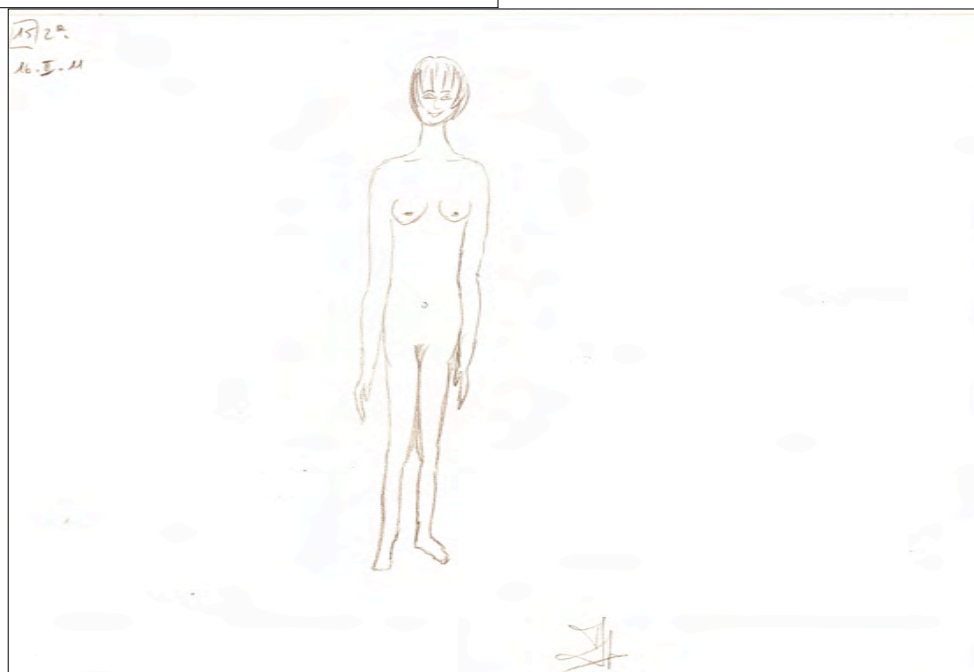
Notre interprétation : différence dans les deux dessins. La sexualité est présente dans le dessin de la femme, avec une demande d'aide dans l'attitude.



Commentaire de la patiente :

Couleur rose : gaité.

Assise : « pour pouvoir dessiner les jambes ».



Observations du thérapeute :

Attitude plus confiante, mais encore réservée.

Compte rendu en fin de séances :

La rééducation : amélioration à 100% de son I.U. et de tous les symptômes.

Testing global des RA : 5/5

Sexologie : « plus de confiance pendant les RS, moins de crainte. Une bonne prise de conscience des muscles périnéaux ».

Notre interprétation : corps sexué dans les deux dessins, attitude d'une femme apaisée.

I - EXPLICATION DE LA METHODE

Nous avons récolté les données des questionnaires (QIC, PISQ-12, IFSF, FSFI-6) et nous avons attribué un score à chacune des questions. Celles-ci ont été catégorisées et rédigées dans un sens positif. Grâce au score obtenu « AVANT » et « APRES » la rééducation, nous avons pu établir un pourcentage d'évolution.

Tout d'abord, nous avons procédé à une démarche globale en analysant la moyenne des scores obtenus et la moyenne de l'évolution, « AVANT » et « APRES » pour chaque patiente.

Puis nous avons étudié les différents items spécifiques de la sexualité, en score et en pourcentage de l'« AVANT » et de l'« APRES ».

Pour être plus précis, nous avons réalisé une étude plus approfondie en séparant les données de chaque questionnaire.

Pour vérifier si notre analyse a été correcte, nous avons établi deux tests statistiques, une corrélation selon Pearson et un Paired test pour calculer la p-value.

Enfin, nous avons analysé le test de L.W. après avoir récolté les données et appliqué son barème spécifique.

II - MISE EN APPLICATION DE LA METHODE D'ANALYSE

- **Choix de la méthode**

- a. Etude globale

Dans un premier temps, nous avons analysé les questionnaires dans leur globalité. Ils sont tous qualitatifs, et les questions concernent des sujets différents, d'où la difficulté de bien interpréter les résultats, plus particulièrement le QIC, car les questions sont plus d'ordre social, donc nous avons choisi d'élaborer un score linéaire pour en faciliter l'analyse. Le QIC s'appuie sur un pivot (3), ce qui a donné le choix à la personne de s'écarter de ce milieu dans un sens ou dans l'autre. Nous avons commencé par mettre en place un scoring (par cette étude, nous avons travaillé le sens des questions, cela ne change pas le sens du questionnaire).

- b. Etude séparée

Dans un deuxième temps, nous avons étudié la progression de l'évolution dans chaque item en rapport avec la sexologie. Nous avons été aidés par un statisticien pour manipuler les tableurs d'Excel[®].

- **Préparation**

- a. Préparation du scoring

L'analyse des données issues des questionnaires a demandé de la méthode. Plusieurs types de méthodes ont été disponibles en fonction du caractère qualitatif ou quantitatif des

questionnaires (soit l'analyse des composantes principales, soit scoring ou datamining) ou de la nature de l'information que nous avons désiré en extraire afin de l'analyser. Ces méthodes permettent d'interpréter les résultats récoltés. Nous avons privilégié l'emploi de la méthode de scoring afin de traiter statistiquement les résultats.

Les questionnaires choisis ont tous été qualitatifs mais ils ont eu la particularité de pouvoir être quantifiés facilement.

En effet, hormis le test de Locke Wallace (LW), car il est associé à une grille spécifique pour les résultats permettant d'effectuer le scoring de chacune des patientes, les autres test sont tous composés de questions dont l'échelle de réponses est dite de Likert⁶³, à plusieurs cases, de « *pas d'accord du tout* » à « *tout à fait d'accord* ». Nous avons mis en place ce système, en appliquant un score à chacune des réponses (de 1 à 5 voire 6 pour certains questions) selon une échelle définie pour chaque questionnaire.

Questionnaire	1	2	3	4	5	6
QIC	0,9	0,7	0,5	0,3	0,1	
PISQ-12	1	0,75	0,5	0,25	0	0
IFSF	1	0,8	0,6	0,4	0,2	0
FSFI-6	1	0,8	0,6	0,4	0,2	0

Par exemple, à la question n°12 du questionnaire PISQ-12 portant sur le degré d'orgasme pendant le rapport sexuel, la patiente ayant répondu 3 « une amélioration » s'est vue attribuer un score de 0,5.

Noter toutefois notre volonté de respecter le choix de l'emploi ou non d'une valeur médiane, pour le questionnaire QIC qui a besoin de cette valeur médiane comme équilibre en s'appuyant sur un pivot (3), alors que le questionnaire IFSF demande à la patiente de donner un sens à sa perception de la question en excluant toute valeur médiane.

b. Inversion et classification des questions

- Inversion des questions

Préalablement à toute analyse, nous avons dû étudier les questions et leur donner un sens qui respecte notre méthodologie de mise en place, c'est pourquoi certaines questions ont été inversées⁶⁴. Et l'échelle de score va de 1 à 0 pour pouvoir être statistiquement inversée (il existe dans les deux sens un milieu qui est 0,5). C'est-à-dire que nous nous sommes réservés le droit de remplacer une question positive par une question négative et d'appliquer au score la fonction $f(X) = 1 - X$ (fonction de probabilité, la non probabilité qu'un évènement survienne est égale à 1 - la probabilité que l'évènement survienne). Nous avons établi un tableau en mettant « vrai » aux questions ayant un caractère négatif, et « faux » aux questions à caractère positif.

⁶³ Une échelle de Likert est une forme de questionnaire psychologique permettant de quantifier les attitudes. Elle est composée d'une série d'affirmations auxquelles le sujet doit indiquer son degré d'accord. Un questionnaire composé d'items de type Likert, est un questionnaire dont la réponse est exprimée sur une échelle graduée entre « complètement d'accord » et « pas d'accord du tout ».

⁶⁴ Notre méthode de scoring par processus d'inversion des scores, lors du traitement, n'a pas d'impact sur les résultats (la volonté de l'utilisation de méthodes rhétoriques par l'auteur du questionnaire reste intacte) et le traitement de l'information se fait en toute transparence par l'emploi bien connu d'une méthode probabiliste $P(X) = 1 - P(\text{non } X)$ (exemple : pour la patiente qui répond 0,7 l'inverse est 0,3, mais si la réponse est 0,9 l'inverse est 0,1 car le pivot est 0,5).

- Classification des questions

Nous avons tenté de classer au maximum les questions. Les questions du QIC sont d'ordre « général ». Dans les 3 autres questionnaires, nous avons retiré de l'intitulé des questions présentes, plusieurs items de la sexualité et nous leur avons attribué six composantes :

- Désir :
 - Général
 - Fréquence
 - Degré
 - Confiance
 - Difficulté
 - Satisfaction
- Excitation :
 - Général
 - Fréquence
 - Degré
 - Confiance
 - Difficulté
 - Satisfaction
- Lubrification :
 - Général
 - Fréquence
 - Degré
 - Confiance
 - Difficulté
 - Satisfaction
- Orgasme :
 - Général
 - Fréquence
 - Degré
 - Confiance
 - Difficulté
 - Satisfaction
- Activités sexuelles (AS)/Rapports sexuels (RS) :
 - Général
 - Fréquence
 - ...
- Douleur :
 - ...

Enfin, nous avons mis en place un outil informatique par le biais d'un tableur Excel[®] pour automatiser les traitements et calculs des différents questionnaires. Cet outil nous a permis de redéfinir les questions, de les inverser ou non, de les classer selon nos catégories.

• Tableau de l'inversion et de la classification des questions

Questionnaire	Numéro	Question	Type	INVERSER	Question Inverse
QIC	1	Mauvaise Santé	General	VRAI	Bonne Santé
QIC	2	Attirante	General	FAUX	Non Attirante
QIC	3	Source de Plaisir	General	FAUX	De Déplaisir
QIC	4	Feminin	General	FAUX	Masculin
QIC	5	Pure, Propre	General	FAUX	Impure
QIC	6	Exprimant la crainte	General	VRAI	Audacieuse
QIC	7	Vide	General	VRAI	Plein
QIC	8	Que l'on touche	General	FAUX	Touche Pas
QIC	9	Indifférent	General	VRAI	Tendre Chaleureux
QIC	10	Colère	General	VRAI	Appaisement
QIC	11	Expressif	General	FAUX	Non Expressif
QIC	12	Que l'on cache	General	VRAI	Que l'on montre
QIC	13	Calme Serein	General	FAUX	Nerveux
QIC	14	Vieux	General	VRAI	Jeune
QIC	15	Erotique	General	FAUX	Non érotique
QIC	16	Fragile, faible	General	VRAI	Fort
QIC	17	Joyeux	General	VRAI	Triste
QIC	18	Que l'on ne regarde pas	General	VRAI	Que l'on regarde
QIC	19	Energique	General	FAUX	Non énergique
PISQ-12	1	Fréquence désir sexuel	Fréquence	FAUX	Fréquence désir sexuel
PISQ-12	2	Orgasme pendant RS	General	FAUX	Orgasme pendant RS
PISQ-12	3	Excitation pendant AS	General	FAUX	excitation pendant AS
PISQ-12	4	Variété AS	Satisfaction	FAUX	Variété AS
PISQ-12	5	Douleur pendant RS	General	VRAI	Pas de Douleur pendant RS
PISQ-12	6	IU pendant AS	General	VRAI	Pas IU pendant AS
PISQ-12	7	Limitation par peur IU	General	VRAI	Limitation par peur IU
PISQ-12	8	Evitement si prolapsus	General	VRAI	PAS Evitement si prolapsus
PISQ-12	9	Emotion négative RS	General	VRAI	Emotion Positive RS
PISQ-12	10	Problème d'érection AS	General	VRAI	PAS d'érection AS
PISQ-12	11	EP pendant AS	General	VRAI	PAS EP pendant AS
PISQ-12	12	Orgasme pendant RS	Degré	VRAI	Orgasme pendant RS
IFSF	1	Désir	Fréquence	FAUX	Désir
IFSF	2	Désir	Degré	FAUX	Désir
IFSF	3	Excitation pendant AS	Fréquence	FAUX	excitation pendant AS
IFSF	4	Excitation pendant AS	Degré	FAUX	excitation pendant AS
IFSF	5	Excitation pendant AS	Confiance	FAUX	excitation pendant AS
IFSF	6	Satisfaction AS	Fréquence	FAUX	Satisfaction AS
IFSF	7	Lubrification AS	Général	FAUX	Lubrification AS
IFSF	8	Lubrification AS	Difficulté	VRAI	Lubrification AS
IFSF	9	Maintien Lubrification AS	Fréquence	FAUX	Maintien Lubrification AS
IFSF	10	Maintien Lubrification AS	Difficulté	VRAI	Maintien Lubrification AS
IFSF	11	Orgasme pendant RS	Fréquence	FAUX	Orgasme pendant RS
IFSF	12	Orgasme pendant RS	Difficulté	VRAI	Orgasme pendant RS
IFSF	13	Orgasme pendant RS	Satisfaction	FAUX	Orgasme pendant RS
IFSF	14	Rapprochement Emotionel	Satisfaction	FAUX	Rapprochement Emotionel
IFSF	15	RS	Satisfaction	FAUX	RS
IFSF	16	Vie Sexuelle	Satisfaction	FAUX	Vie Sexuelle
IFSF	17	Douleur pendant RS	Fréquence	VRAI	Douleur pendant RS
IFSF	18	Douleur Après RS	Fréquence	VRAI	Douleur Après RS
IFSF	19	Douleur pendant et après	Degré	VRAI	Douleur pendant et après
IFSF	20	RS pénétration vaginale	Fréquence	FAUX	RS pénétration vaginale
FSFI-6	1	Désir	Degré	FAUX	Désir
FSFI-6	2	Excitation sexuelle	Degré	FAUX	Excitation sexuelle
FSFI-6	3	Lubrification AS	Fréquence	FAUX	Lubrification AS
FSFI-6	4	Orgasme pendant RS	Fréquence	FAUX	Orgasme pendant RS
FSFI-6	5	Vie Sexuelle	Satisfaction	FAUX	Vie Sexuelle
FSFI-6	6	Douleur pendant RS	Fréquence	FAUX	PAS Douleur pendant RS

Cette classification a été un bon outil pour nous aider plus tard à vérifier la véracité des réponses de chacune des patientes sur les différentes questions portant sur une même dimension.

Puis nous avons classé les questions ci-dessus et nous avons établi un tableau en identifiant, dans chaque questionnaire, les items spécifiques de la sexualité en notant « vrai ». Le terme « Sexe » de la première colonne définit la sexualité en général, et les items spécifiques sont : « Désir », « Excitation », « Lubrification », « Orgasme », « Activité Sexuelle/Rapports Sexuels (AS/RS) », « Douleur ». Le reste a été noté « faux ».

c. Mise en place des items de la sexualité dans le tableau des questionnaires

		Definitions Categories						
	Intitulé Question	SEXO	Désir	Excitation	Lubrification	Orgasme	AS/RS	Douleur
1	QIC: Bonne Santé N° 1 (General)	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	QIC: Attirante N° 2 (General)	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	QIC: Source de Plaisir N° 3 (General)	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	QIC: Feminin N° 4 (General)	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	QIC: Pure, Propre N° 5 (General)	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	QIC: Audacieuse N° 6 (General)	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	QIC: Plein N° 7 (General)	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	QIC: Que l'on touche N° 8 (General)	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	QIC: Tendre Chaleureux N° 9 (General)	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	QIC: Apaisement N° 10 (General)	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	QIC: Expressif N° 11 (General)	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	QIC: Que l'on montre N° 12 (General)	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	QIC: Calme Serein N° 13 (General)	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	QIC: Jeune N° 14 (General)	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	QIC: Erotique N° 15 (General)	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	QIC: Fort N° 16 (General)	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	QIC: Joyeux N° 17 (General)	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	QIC: Que l'on regarde N° 18 (General)	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	QIC: Energique N° 19 (General)	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	PISQ-12: Frequence désir sexuel N° 1 (Fréquence)	VRAI	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	PISQ-12: Orgasme pendant RS N° 2 (General)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX	FAUX
1	PISQ-12: Excitation pendant AS N° 3 (General)	VRAI	FAUX	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	PISQ-12: Variété AS N° 4 (Satisfaction)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX
1	PISQ-12: Pas de Douleur pendant RS N° 5 (General)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX
1	PISQ-12: Pas IU pendant AS N° 6 (General)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX
1	PISQ-12: Limitation par peur IU N° 7 (General)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX
1	PISQ-12: PAS Evitement si prolapsus N° 8 (General)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX
1	PISQ-12: Emotion Positive RS N° 9 (General)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX
1	PISQ-12: PAS d'érection AS N° 10 (General)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX
1	PISQ-12: PAS EP pendant AS N° 11 (General)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX
1	PISQ-12: Orgasme pendant RS N° 12 (Degré)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX	FAUX
1	IFSF: Désir N° 1 (Fréquence)	VRAI	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	IFSF: Désir N° 2 (Degré)	VRAI	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	IFSF: Excitation pendant AS N° 3 (Fréquence)	VRAI	FAUX	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	IFSF: Excitation pendant AS N° 4 (Degré)	VRAI	FAUX	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	IFSF: Excitation pendant AS N° 5 (Confiance)	VRAI	FAUX	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	IFSF: Satisfaction AS N° 6 (Fréquence)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX
1	IFSF: Lubrification AS N° 7 (Général)	VRAI	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX
1	IFSF: Lubrification AS N° 8 (Difficulté)	VRAI	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX
1	IFSF: Maintien Lubrification AS N° 9 (Fréquence)	VRAI	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX
1	IFSF: Maintien Lubrification AS N° 10 (Difficulté)	VRAI	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX
1	IFSF: Orgasme pendant RS N° 11 (Fréquence)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX	FAUX
1	IFSF: Orgasme pendant RS N° 12 (Difficulté)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX	FAUX
1	IFSF: Orgasme pendant RS N° 13 (Satisfaction)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX	FAUX
1	IFSF: Rapprochement Emotionel N° 14 (Satisfaction)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX
1	IFSF: RS N° 15 (Satisfaction)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX
1	IFSF: Vie Sexuelle N° 16 (Satisfaction)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX
1	IFSF: Douleur pendant RS N° 17 (Fréquence)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI
1	IFSF: Douleur Après RS N° 18 (Fréquence)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI
1	IFSF: Douleur pendant et après N° 19 (Degré)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI
1	IFSF: RS pénétration vaginale N° 20 (Fréquence)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX
1	FSFI-6: Désir N° 1 (Degré)	VRAI	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	FSFI-6: Excitation sexuelle N° 2 (Degré)	VRAI	FAUX	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX
1	FSFI-6: Lubrification AS N° 3 (Fréquence)	VRAI	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX
1	FSFI-6: Orgasme pendant RS N° 4 (Fréquence)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX	FAUX
1	FSFI-6: Vie Sexuelle N° 5 (Satisfaction)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	FAUX
1	FSFI-6: Douleur pendant RS N° 6 (Fréquence)	VRAI	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI
57	NB Question	38	4	5	5	6	14	4

• Tableau des scores par question et par patiente

Tableau des scores par question et par patiente (score AVANT) - Doc. 11

Tableau des scores par question et par patiente (score APRES) - Doc. 12

Doc. 11 : « score AVANT ».

Doc. 12 : « score APRES ».

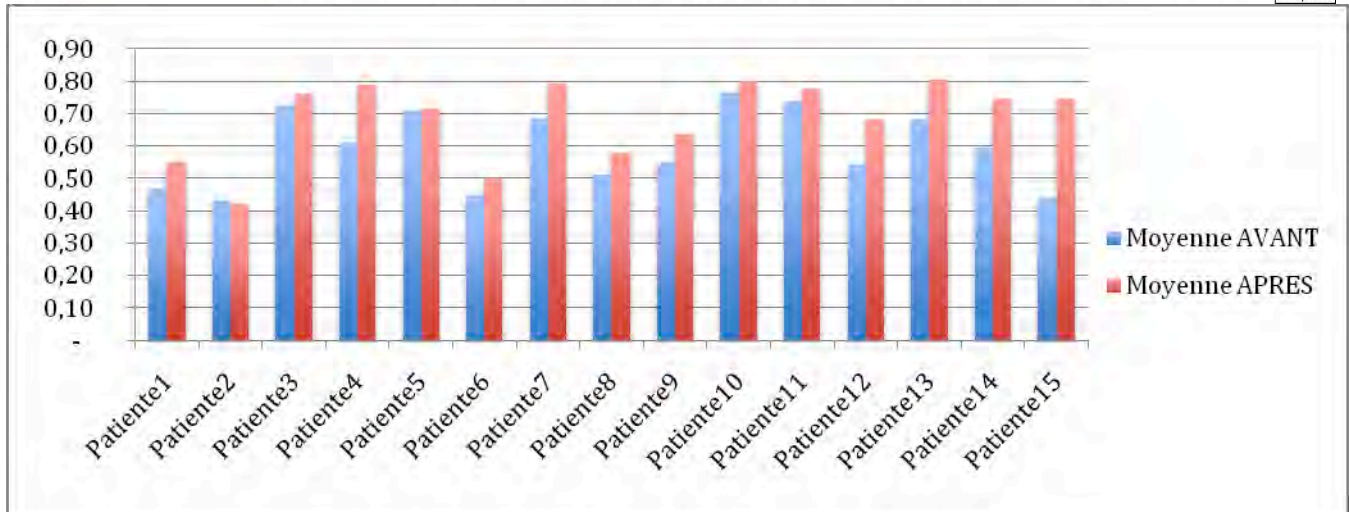
Nous avons donc pu comparer les scores « AVANT » et « APRES » notre rééducation. La moyenne globale est de 0,59 dans le premier tableau est de 0,69 dans le deuxième.

c. L'étude de chaque patiente d'après ce recueil des scores

Nous avons tracé un diagramme pour visualiser les moyennes de chaque patiente qui sont notées dans le tableau des scoring, le doc. 9, cité ci-dessus.

- Histogramme représentant la moyenne « AVANT » et la moyenne « APRES », en score, de chaque patiente :

Comparaison Avant/Après	Patiente1	Patiente2	Patiente3	Patiente4	Patiente5	Patiente6	Patiente7	Patiente8	Patiente9	Patiente10	Patiente11	Patiente12	Patiente13	Patiente14	Patiente15	Total
Moyenne AVANT	0,47	0,43	0,72	0,61	0,71	0,45	0,68	0,51	0,55	0,76	0,74	0,54	0,68	0,59	0,44	0,59
Moyenne APRES	0,55	0,42	0,76	0,79	0,72	0,50	0,79	0,58	0,64	0,80	0,78	0,68	0,81	0,74	0,74	0,69
																15,65%

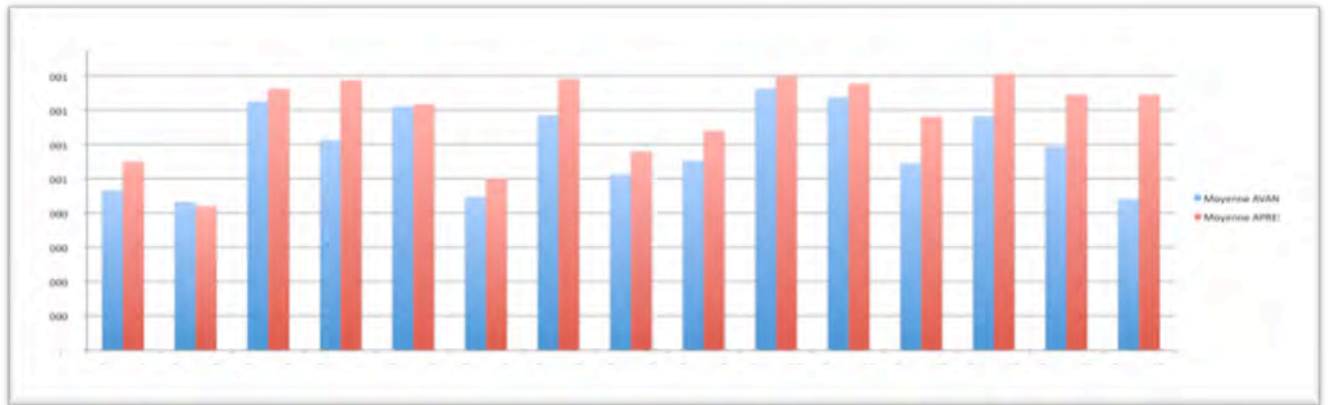


Bleu = avant Rouge = après

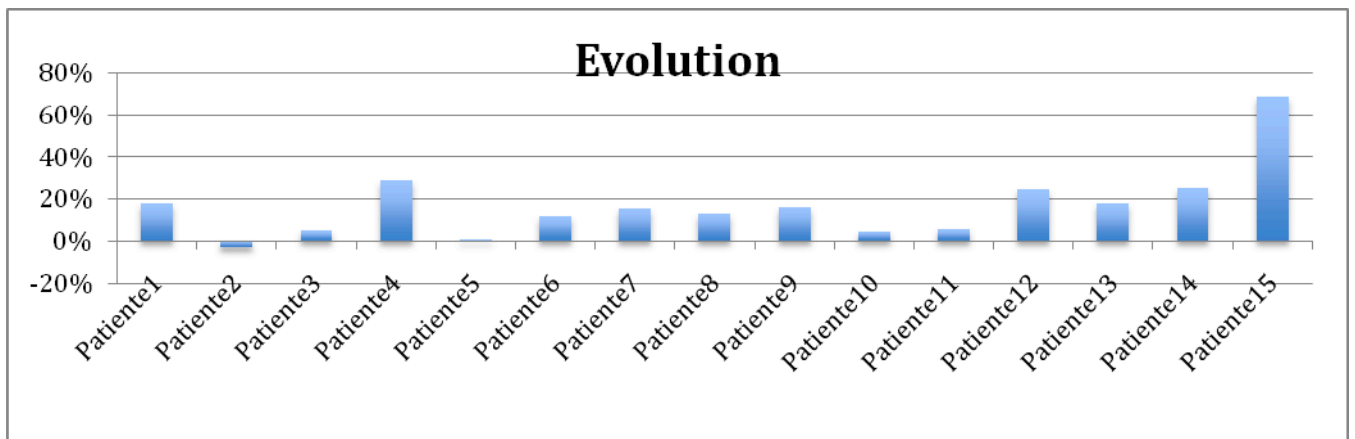
Le résultat des scores a montré un niveau de satisfaction globale, d'amélioration générale de l'estime de soi et de la sexualité des patientes (sauf la patiente 2).

- Histogramme représentant la moyenne « AVANT » et la moyenne « APRES », en pourcentage, de chaque patiente :

Pour noter les évolutions en %, nous avons réalisé un tableau obtenu par Excel[®] d'après la formule : $(\text{score 2} - \text{score 1}) / \text{score 1} = \% \text{ d'évolution}$.



D'où le graphique correspondant qui a défini le pourcentage de l'évolution de leur satisfaction. Mais la moyenne n'a pas été significative parce que les questions ont porté sur des sujets différents.



III - VALEURS DES RESULTATS OBTENUS

1. Tableau global après le recueil des résultats

Interpretation des Résultats

QUESTION	Pourcentage = (Après - Avant)/Avant															Moyenne
	Patiente1	Patiente2	Patiente3	Patiente4	Patiente5	Patiente6	Patiente7	Patiente8	Patiente9	Patiente10	Patiente11	Patiente12	Patiente13	Patiente14	Patiente15	
QIC: Bonne Santé N° 1 (General)	133%		29%	40%	133%	29%	40%	-29%		67%	40%	67%	29%	40%	40%	19%
QIC: Attraction N° 2 (General)	40%	400%	40%	40%	133%	40%	40%	-57%			133%	67%	40%	40%	40%	46%
QIC: Source de Plaisir N° 3 (General)	40%		40%	40%	40%	40%	40%					40%	40%	40%	40%	38%
QIC: Féminin N° 4 (General)					40%	-40%	40%									3%
QIC: Pure, Propre N° 5 (General)			29%	29%	29%	-29%	40%			-67%	-67%	133%	29%	40%	29%	15%
QIC: Audaceuse N° 6 (General)	67%	-40%	29%	29%	-29%	80%	-40%	67%	40%	40%	-29%	40%	29%	40%	133%	60%
QIC: Plein N° 7 (General)	67%		40%	-29%	40%	60%	-40%	40%				40%	29%	40%	40%	47%
QIC: Que l'on touche N° 8 (General)	-40%	67%	40%	133%	133%	60%	29%	40%	67%	67%	133%	40%	40%	40%	40%	34%
QIC: Tendre Chaleureux N° 9 (General)	600%	29%	67%	400%	-22%	-22%	40%	29%				40%	80%	40%	-29%	50%
QIC: Apaisement N° 10 (General)	600%	29%	67%	400%	133%	133%	40%	29%				40%	40%	40%	40%	54%
QIC: Expressif N° 11 (General)	-29%	200%			133%	-29%	80%	40%			-57%	40%	40%	200%	133%	52%
QIC: Que l'on montre N° 12 (General)	67%		600%	400%			67%		67%	-44%	67%	40%	40%	200%	133%	19%
QIC: Calme Serein N° 13 (General)																9%
QIC: Jeune N° 14 (General)			40%	80%			67%	67%		-29%	40%	40%		-22%		16%
QIC: Erotique N° 15 (General)	133%	200%	40%	133%							40%	400%	40%	40%	40%	20%
QIC: Fort N° 16 (General)	133%	67%	40%	133%	-29%	-29%		40%			40%	400%	67%	29%	40%	21%
QIC: Joyeux N° 17 (General)																5%
QIC: Que l'on regarde N° 18 (General)	133%	67%		133%			40%		600%	-22%	29%	67%		-44%	133%	55%
QIC: Energique N° 19 (General)	40%	133%		29%	800%	-40%		40%		-29%	-29%	67%	29%			70%
PISQ-12: Fréquence désir sexuel N° 1 (Fréquence)	-50%		50%	100%	-33%							50%				27%
PISQ-12: Orgasme pendant RS N° 2 (General)	100%	25%					100%	100%		33%		50%				25%
PISQ-12: Excitation pendant AS N° 3 (General)	100%		33%		-33%	50%		100%			33%		50%			24%
PISQ-12: Variété AS N° 4 (Satisfaction)					-100%		-25%									9%
PISQ-12: Pas de Douleur pendant RS N° 5 (General)			50%	50%			33%									11%
PISQ-12: Pas IU pendant AS N° 6 (General)							33%									8%
PISQ-12: Limitation par peur IU N° 7 (General)	-25%	-100%					100%									12%
PISQ-12: PAS Evitement si prolapsus N° 8 (General)	50%	-100%					100%									2%
PISQ-12: Emotion Positive RS N° 9 (General)				33%	33%											23%
PISQ-12: PAS d'érection AS N° 10 (General)								-75%								-7%
PISQ-12: PAS EP pendant AS N° 11 (General)									-25%		-25%	100%	100%			10%
PISQ-12: Orgasme pendant RS N° 12 (Degré)	25%	-100%	50%	100%	100%	-50%	25%	100%			33%	25%	50%			75%
IFSF: Désir N° 1 (Fréquence)	50%		200%	200%	50%		50%			25%	-25%	200%	50%	100%	100%	50%
IFSF: Désir N° 2 (Degré)	200%	-50%										50%	33%	100%	100%	48%
IFSF: Excitation pendant AS N° 3 (Fréquence)	50%		25%	67%	-20%	40%		33%	25%	25%	50%	33%	67%	100%	100%	33%
IFSF: Excitation pendant AS N° 4 (Degré)	50%		33%	33%	40%	67%	50%	33%	25%	33%	33%	25%	150%	80%	100%	46%
IFSF: Excitation pendant AS N° 5 (Confiance)	50%	50%	25%	150%	60%	25%	50%	33%	33%	33%	25%	300%	60%	100%	100%	57%
IFSF: Satisfaction AS N° 6 (Fréquence)	50%	100%	25%	100%	20%		100%	33%	25%	33%	25%	67%	100%	100%	100%	45%
IFSF: Lubrification AS N° 7 (Général)	-33%						100%	25%			25%	25%				17%
IFSF: Lubrification AS N° 8 (Difficulté)		300%	33%	33%	-20%	-40%					50%	33%				24%
IFSF: Maintien Lubrification AS N° 9 (Fréquence)					-40%	20%	25%	100%	67%							11%
IFSF: Maintien Lubrification AS N° 10 (Difficulté)		-25%			-25%	-80%		50%	33%		33%					-20%
IFSF: Orgasme pendant RS N° 11 (Fréquence)			25%	100%	-20%	20%	25%	100%	100%			50%	33%	40%	100%	33%
IFSF: Orgasme pendant RS N° 12 (Difficulté)				40%	-25%	-100%		100%	100%			200%		33%	33%	12%
IFSF: Orgasme pendant RS N° 13 (Satisfaction)	-67%		-80%	300%	-20%	20%	400%	100%	100%			25%	25%	-50%	80%	58%
IFSF: Rapprochement Emotionnel N° 14 (Satisfaction)		100%		25%			40%		50%	300%		25%	25%	25%	200%	43%
IFSF: RS N° 15 (Satisfaction)	33%	-25%	-80%	25%				300%	100%			25%	25%	25%	200%	41%
IFSF: Vie Sexuelle N° 16 (Satisfaction)			-80%	150%				100%	100%	-20%	25%	300%	33%	67%	200%	58%
IFSF: Douleur pendant RS N° 17 (Fréquence)																-9%
IFSF: Douleur Après RS N° 18 (Fréquence)																-20%
IFSF: Douleur pendant et après N° 19 (Degré)																1%
IFSF: RS pénétration vaginale N° 20 (Fréquence)			50%	100%				50%			50%	-50%		100%	40%	23%
FSFI-6: Désir N° 1 (Degré)	50%	-40%		200%			50%	-50%		67%		50%	33%	150%	200%	47%
FSFI-6: Excitation Sexuel N° 2 (Degré)	50%	-50%		33%			80%	25%		67%	25%	100%	25%	150%	100%	42%
FSFI-6: Lubrification AS N° 3 (Fréquence)	50%				60%		60%	25%		25%					100%	12%
FSFI-6: Orgasme pendant RS N° 4 (Fréquence)	50%	200%		100%	-20%	20%									100%	17%
FSFI-6: Vie Sexuelle N° 5 (Satisfaction)				67%					100%		-20%	25%	100%	67%	67%	67%
FSFI-6: Douleur pendant RS N° 6 (Fréquence)	-25%	-50%					100%						400%	50%	100%	38%
Moyenne	18%	-3%	5%	29%	1%	12%	16%	13%	16%	5%	5%	25%	18%	25%	69%	17%

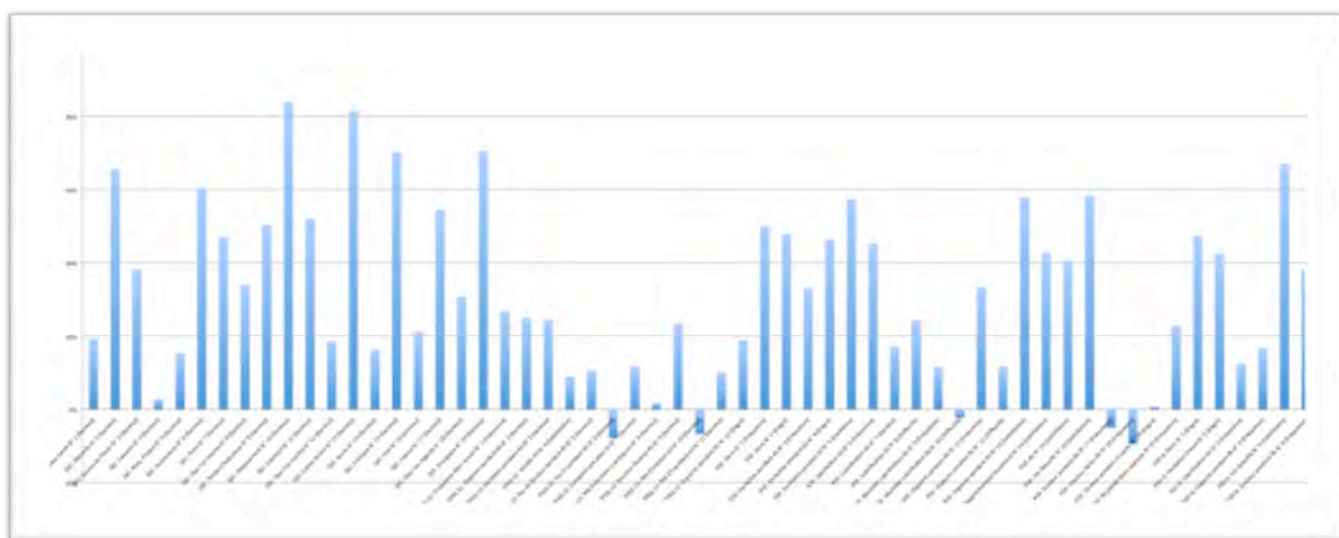
(Le vide correspond à 0%)

Doc.13.

La moyenne globale d'après les quatre questionnaires concernant l'évolution est de **17%**.

2. Histogramme de l'évolution des patientes par question

D'après le tableau global qui précède, nous avons représenté un graphique :



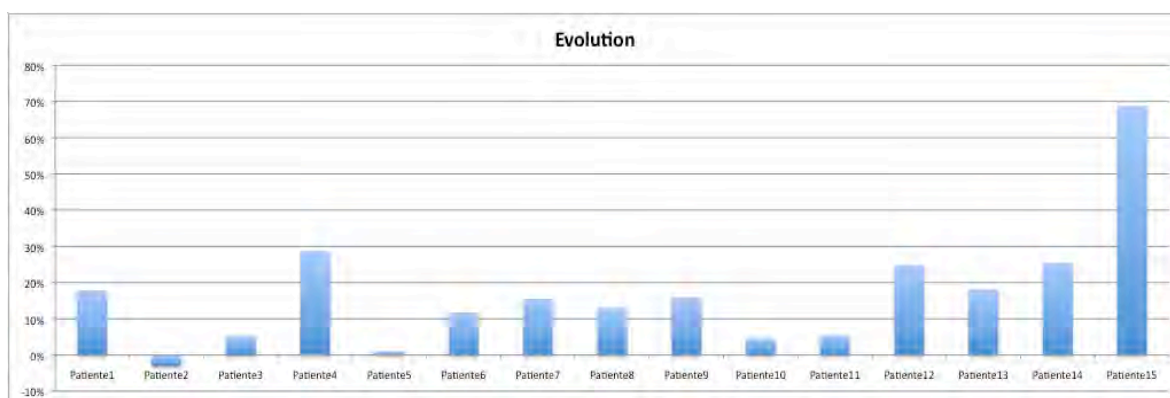
Le tableau complet a été placé dans les annexes, doc.14.

Dans cette partie du graphique, nous avons pu observer les points négatifs et les points positifs de l'évolution de chaque question. Néanmoins, nous avons eu besoin d'autres outils pour voir si ces évolutions se confirmaient.

En regroupant la somme des questions concernant la sexualité par item, nous avons clarifié les données. C'est pourquoi nous avons défini sept composantes, une sur la sexualité en général et six items spécifiques, pour étudier l'évolution dans ce domaine de chaque patiente après la rééducation périnéale.

3. Histogramme de l'évolution globale par patiente d'après tous les questionnaires

Ci-dessous nous avons résumé l'évolution par patiente :



Le résultat a démontré la satisfaction de la majorité des patientes. La patiente 2 a eu une évolution négative, mais en regardant le dessin de son image corporelle, nous avons bien noté un effet de la thérapie. Est-ce que cette patiente a mal interprété les questions ? Nous avons remarqué que la patiente 5 n'a pratiquement pas d'évolution, par contre la patiente 15 a eu un score très positif qui s'est confirmé partout. Cette patiente a été très étonnée du bienfait que notre rééducation lui avait apportée, cherchant cela depuis plusieurs mois.

Par ce résultat nous avons déjà pu observer une satisfaction de la grande majorité des patientes.

Mais en séparant les questions, nous avons vu une amélioration de l'étude des données. C'est pourquoi nous nous sommes intéressés à analyser plus profondément chacune des questions afin d'étudier dans quels domaines les améliorations ont été certaines et dans lesquels il n'y a eu que très peu de changement. Cette étude nous a permis de discerner les phénomènes parasites tels que : non compréhension des questions, réponses divergentes de certaines patientes, comme les patientes 2 et 8.

IV - ETUDE APPROFONDIE

1. Etude séparée des questionnaires

Les résultats des quatre tableaux proviennent du tableau global après le recueil des données (doc.13)

a. QIC

QUESTION	Patient1	Patient2	Patient3	Patient4	Patient5	Patient6	Patient7	Patient8	Patient9	Patient10	Patient11	Patient12	Patient13	Patient14	Patient15	Moyenne
QIC: Bonne Santé N° 1 (General)	13.1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	40%	0%	0%	0%	0%	0%	19%
QIC: Attractive N° 2 (General)	40%	40%	40%	40%	13.3%	0%	40%	-57%	0%	0%	13.3%	67%	40%	0%	40%	66%
QIC: Source de Plaisir N° 3 (General)	40%	13.3%	10%	0%	13.3%	0%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	40%	40%	38%
QIC: Féminin N° 4 (General)	0%	0%	0%	0%	40%	-40%	40%	0%	-40%	-67%	0%	40%	0%	40%	20%	3%
QIC: Pure, Propre N° 5 (General)	0%	0%	0%	0%	0%	-29%	-29%	0%	0%	40%	0%	-29%	13.3%	0%	0%	15%
QIC: Audacieuse N° 6 (General)	67%	0%	0%	0%	-29%	0%	0%	0%	67%	40%	40%	40%	40%	40%	13.3%	60%
QIC: Plein N° 7 (General)	67%	-40%	0%	-29%	0%	60%	-40%	-40%	0%	0%	-29%	0%	0%	40%	40%	47%
QIC: Que l'on touche N° 8 (General)	-40%	67%	0%	0%	13.3%	-67%	0%	-40%	67%	0%	13.3%	0%	40%	0%	0%	34%
QIC: Tendre Chaleureux N° 9 (General)	60%	0%	40%	0%	0%	0%	40%	20%	0%	0%	-22%	0%	0%	0%	60%	50%
QIC: Appaisement N° 10 (General)	60%	0%	67%	40%	-22%	0%	13.3%	0%	0%	0%	0%	0%	40%	40%	-29%	84%
QIC: Expressif N° 11 (General)	-29%	20%	0%	0%	13.3%	0%	0%	0%	0%	-57%	-40%	40%	20%	40%	13.3%	52%
QIC: Que l'on montre N° 12 (General)	67%	0%	0%	0%	0%	0%	-29%	0%	0%	0%	0%	67%	67%	0%	40%	19%
QIC: Calme Sérén N° 13 (General)	0%	0%	40%	40%	0%	0%	67%	0%	67%	-44%	0%	0%	0%	0%	13.3%	81%
QIC: Jeune N° 14 (General)	0%	0%	40%	67%	0%	0%	0%	67%	0%	-29%	0%	40%	0%	40%	13.3%	16%
QIC: Érotique N° 15 (General)	13.3%	20%	0%	13.3%	0%	0%	0%	-67%	0%	0%	40%	40%	40%	0%	0%	70%
QIC: Fort N° 16 (General)	13.3%	67%	40%	0%	-29%	-29%	0%	40%	0%	-40%	67%	0%	0%	0%	0%	21%
QIC: Joyeux N° 17 (General)	0%	67%	0%	0%	0%	0%	40%	0%	0%	60%	-22%	0%	0%	13.3%	55%	
QIC: Que l'on regarde N° 18 (General)	13.3%	13.3%	0%	13.3%	0%	0%	0%	40%	0%	-29%	0%	67%	0%	-44%	0%	31%
QIC: Énergique N° 19 (General)	40%	13.3%	0%	0%	40%	-40%	0%	20%	0%	-29%	67%	0%	0%	0%	0%	70%
Moyenne QIC	104%	73%	52%	64%	70%	25%	28%	23%	11%	34%	13%	58%	20%	46%	36%	-44%

Doc. 15.

Nous obtenons 44 % d'amélioration de l'image corporelle, le résultat est significatif. Il faut noter que les questions du QIC sont simples et ont été bien comprises.

b. PISQ-12

QUESTION	Patient1	Patient2	Patient3	Patient4	Patient5	Patient6	Patient7	Patient8	Patient9	Patient10	Patient11	Patient12	Patient13	Patient14	Patient15	Moyenne
PISQ-12: Fréquence désir sexuel N° 1 (Fréquent)	-50%	0%	50%	100%	-33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	27%
PISQ-12: Orgasme pendant RS N° 2 (General)	100%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	50%	0%	0%	0%	25%
PISQ-12: Excitation pendant AS N° 3 (General)	0%	100%	33%	0%	0%	50%	0%	100%	0%	0%	33%	0%	0%	50%	0%	24%
PISQ-12: Variété AS N° 4 (Satisfaction)	0%	0%	-25%	0%	-33%	-100%	-25%	0%	33%	0%	33%	0%	0%	200%	50%	9%
PISQ-12: Pas de Douleur pendant RS N° 5 (Ger)	0%	-10%	50%	50%	0%	0%	33%	0%	-25%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	11%
PISQ-12: Pas IU pendant AS N° 6 (General)	-25%	-100%	0%	0%	0%	0%	33%	0%	-25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	-8%
PISQ-12: Limitation par peur IU N° 7 (General)	50%	-25%	0%	0%	0%	0%	300%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	-50%	12%
PISQ-12: PAS Evitement si prolapsus N° 8 (Ger)	-50%	-100%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	-25%	0%	0%	100%	2%
PISQ-12: Emotion Positive RS N° 9 (General)	0%	30%	0%	13%	33%	0%	33%	-75%	0%	0%	-25%	100%	100%	0%	100%	23%
PISQ-12: PAS d'irradiation AS N° 10 (General)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	-25%	0%	0%	-50%	0%	-25%	0%	-7%
PISQ-12: PAS EP pendant AS N° 11 (General)	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	10%
PISQ-12: Orgasme pendant RS N° 12 (Degré)	7%	-100%	0%	100%	100%	0%	-50%	25%	0%	0%	3%	25%	50%	0%	25%	19%
Moyenne PISQ-12	4%	-13%	13%	24%	6%	-4%	19%	13%	13%	3%	6%	13%	21%	25%	42%	12%

Doc. 15.

Nous obtenons 12% d'amélioration sur ce questionnaire qui combine sexualité et I.U., le résultat est plus faible, mais interviennent des critères liés au partenaire, et/ou à la douleur.

c. IFSF

QUESTION	Patient1	Patient2	Patient3	Patient4	Patient5	Patient6	Patient7	Patient8	Patient9	Patient10	Patient11	Patient12	Patient13	Patient14	Patient15	Moyenne
IFSF: Désir N° 1 (Fréquence)	50%	0%	0%	200%	50%	0%	50%	0%	0%	25%	0%	-25%	200%	0%	100%	50%
IFSF: Désir N° 2 (Degré)	200%	-50%	0%	200%	0%	0%	50%	0%	0%	25%	0%	33%	50%	33%	100%	48%
IFSF: Excitation pendant AS N° 3 (Fréquence)	50%	0%	25%	67%	-20%	40%	0%	0%	33%	25%	25%	50%	33%	67%	100%	33%
IFSF: Excitation pendant AS N° 4 (Degré)	50%	0%	0%	33%	33%	40%	67%	50%	33%	67%	33%	25%	150%	80%	40%	46%
IFSF: Excitation pendant AS N° 5 (Confiance)	50%	50%	25%	150%	0%	60%	25%	50%	33%	0%	0%	33%	25%	300%	60%	57%
IFSF: Satisfaction AS N° 6 (Fréquence)	50%	100%	25%	100%	0%	20%	0%	100%	33%	0%	25%	33%	25%	67%	100%	45%
IFSF: Lubrification AS N° 7 (General)	-33%	0%	0%	0%	-20%	60%	0%	100%	25%	0%	-25%	25%	25%	0%	100%	17%
IFSF: Lubrification AS N° 8 (Difficulté)	0%	300%	33%	33%	-25%	-40%	0%	0%	0%	0%	50%	33%	0%	0%	0%	24%
IFSF: Maintien Lubrification AS N° 9 (Fréquence)	0%	0%	0%	0%	-40%	20%	25%	0%	67%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	11%
IFSF: Maintien Lubrification AS N° 10 (Difficulté)	0%	-25%	0%	0%	-25%	-80%	0%	50%	33%	0%	33%	0%	0%	0%	-20%	-2%
IFSF: Orgasme pendant RS N° 11 (Fréquence)	0%	0%	25%	100%	-20%	20%	25%	100%	100%	0%	0%	50%	0%	0%	100%	33%
IFSF: Orgasme pendant RS N° 12 (Difficulté)	-67%	0%	0%	40%	-25%	-100%	0%	0%	100%	0%	0%	20%	33%	33%	-40%	12%
IFSF: Orgasme pendant RS N° 13 (Satisfaction)	0%	-33%	-80%	300%	-20%	20%	-40%	100%	100%	0%	0%	25%	25%	0%	100%	58%
IFSF: Rapprochement Émotionnel N° 14 (Satisfaction)	0%	100%	0%	25%	0%	40%	0%	50%	300%	0%	0%	0%	25%	0%	100%	43%
IFSF: RS N° 15 (Satisfaction)	33%	-25%	-80%	25%	-20%	0%	0%	300%	100%	0%	25%	25%	0%	25%	200%	10%
IFSF: Vie Sexuelle N° 16 (Satisfaction)	0%	0%	-80%	150%	0%	0%	0%	100%	100%	-20%	25%	300%	33%	67%	200%	58%
IFSF: Douleur pendant RS N° 17 (Fréquence)	-33%	-100%	0%	0%	0%	-20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	-5%
IFSF: Douleur Après RS N° 18 (Fréquence)	0%	-100%	0%	0%	0%	-20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	-9%
IFSF: Douleur pendant et après N° 19 (Degré)	0%	0%	0%	0%	0%	-20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	0%	0%	1%
IFSF: RS pénétration vaginale N° 20 (Fréquence)	0%	0%	50%	100%	0%	0%	0%	50%	0%	0%	50%	-50%	0%	100%	40%	23%
Moyenne IFSF	18%	11%	-3%	76%	-7%	2%	32%	53%	53%	7%	11%	53%	14%	53%	66%	29%

Doc. 16.

Nous obtenons, pour la fonction sexuelle, une amélioration de 29%.

d. FSFI-6

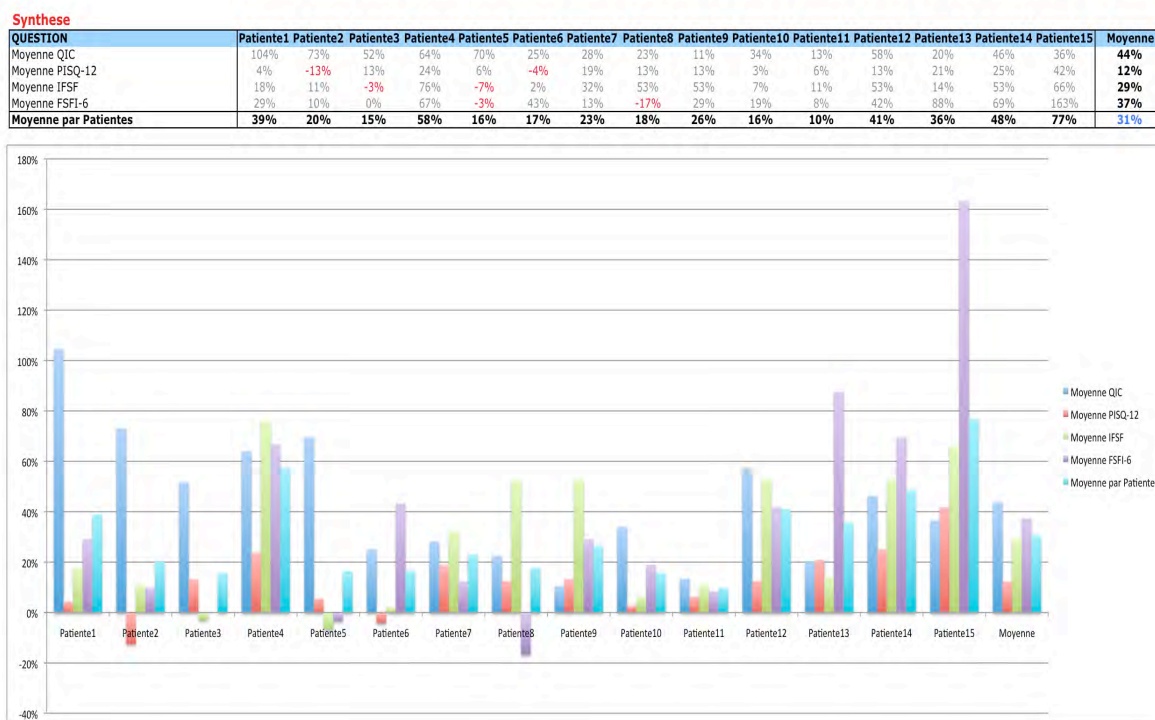
QUESTION	Patient1	Patient2	Patient3	Patient4	Patient5	Patient6	Patient7	Patient8	Patient9	Patient10	Patient11	Patient12	Patient13	Patient14	Patient15	Moyenne
FSFI-6: Désir N° 1 (Degré)	50%	-40%	0%	100%	0%	0%	50%	-50%	0%	67%	0%	50%	33%	150%	200%	47%
FSFI-6: Excitation Sexuel N° 2 (Degré)	50%	-50%	0%	33%	0%	80%	25%	0%	50%	67%	25%	150%	25%	150%	80%	42%
FSFI-6: Lubrification AS N° 3 (Fréquence)	50%	0%	0%	0%	60%	0%	-50%	25%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	100%	12%
FSFI-6: Orgasme pendant AS N° 4 (Fréquence)	50%	0%	0%	100%	-20%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	17%
FSFI-6: Vie Sexuelle N° 5 (Satisfaction)	0%	200%	0%	67%	0%	0%	0%	100%	67%	25%	100%	67%	67%	400%	60%	67%
FSFI-6: Douleur pendant RS N° 6 (Fréquence)	-25%	-50%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	400%	50%	100%	38%
Moyenne FSFI-6	29%	10%	0%	67%	-3%	43%	13%	-17%	29%	19%	8%	42%	88%	69%	163%	37%

Doc 16.

Il existe une nette évolution de 37% pour la fonction sexuelle, mais les questions sont moins nombreuses et moins détaillées.

2. Etude de l'évolution par patiente et par questionnaire

Nous avons pu établir un graphique qui représente la vision globale de l'évolution par patiente et par questionnaire :



Doc. 17.

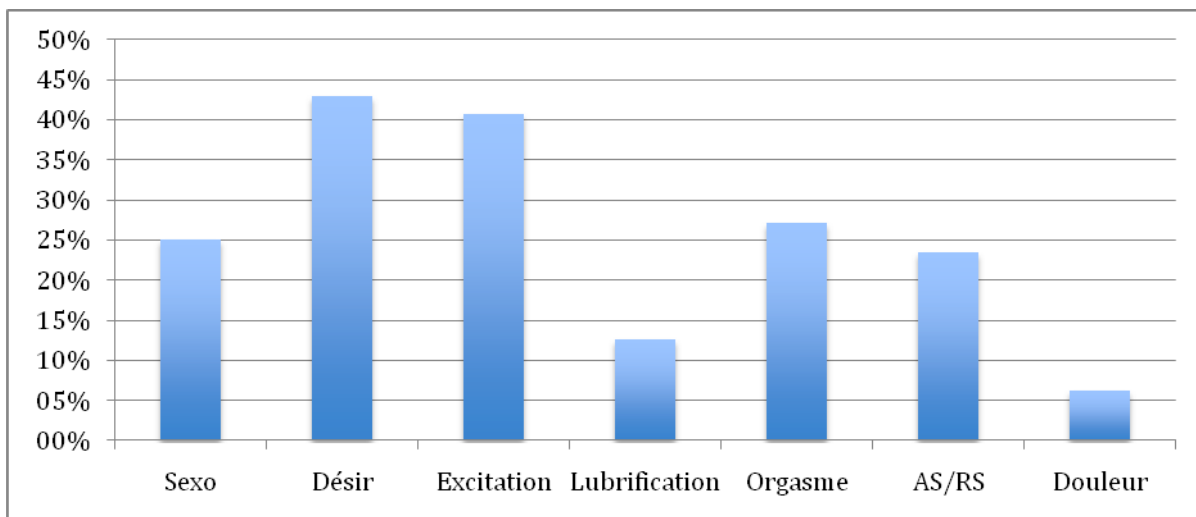
L'évolution par patiente et par questionnaire est de 31 %.

Nous avons vu que les patientes 4, 7, 11, 12 et 14 ont évolué favorablement de façon plus ou moins importante, mais globale.

Nous avons aussi remarqué que pour certaines patientes, comme les 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 12 et 14, l'évolution a concerné plus l'image corporelle (premier graphique en bleu), et pour les patientes 9, 13, 14 et 15, l'évolution satisfaisante a été plus prononcée pour la fonction sexuelle.

Mais il a existé aussi un côté négatif de la thérapie pour certaines patientes, qui provenait soit d'une mauvaise interprétation des questions (la patiente 8 a eu des résultats différents entre le FSFI et le FSFI-6) ou d'un échec dans l'attente de ces patientes.

b. Histogramme de l'évolution dans les dimensions sexuelles



Nous avons observé le pourcentage de satisfaction globale (ce résultat est la moyenne des six autres items) vis-à-vis de la sexualité, et le pourcentage pour les six autres items.

Nous observons un résultat à **25% de satisfaction globale sur la sexualité.**

Nous avons vu que l'approche de cette méthode était en lien avec la sexualité de façon significative, principalement en ce qui concernait le désir et l'excitation. Nous avons moins agi sur la douleur, d'où l'existence aussi d'attentes à approfondir.

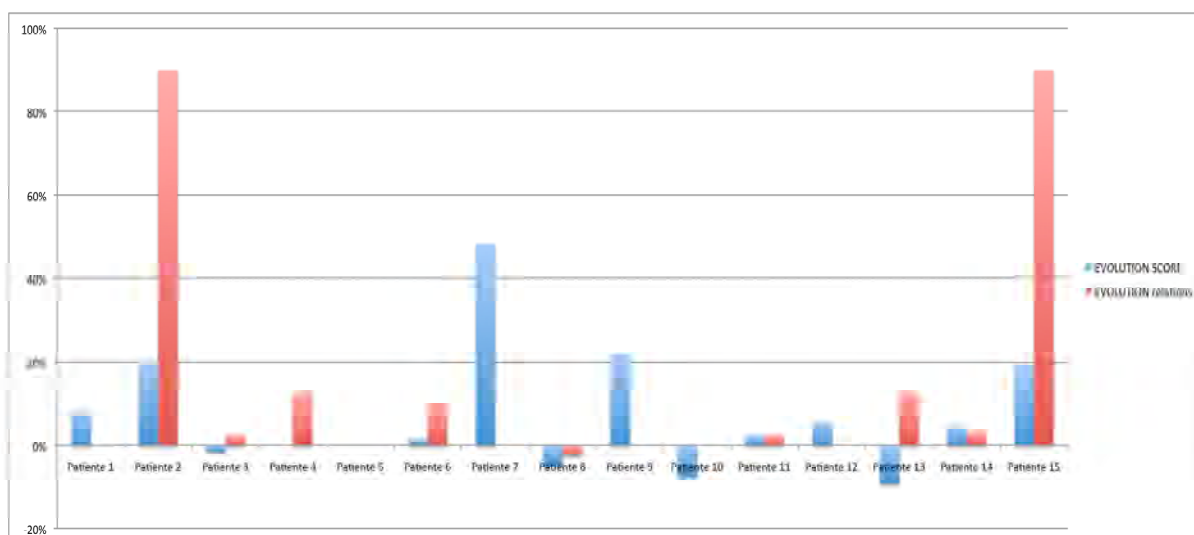
V - LOCKE WALLACE (L.W.)

1. Analyse des résultats

TEST LOCKE-WALLACE

Questions	Patiente 1	Patiente 2	Patiente 3	Patiente 4	Patiente 5	Patiente 6	Patiente 7	Patiente 8	Patiente 9	Patiente 10	Patiente 11	Patiente 12	Patiente 13	Patiente 14	Patiente 15
Score Avant	100	84	132	110	67	59	58	85	83	134	125	127	109	128	100
Score Après	108	101	130	116	67	66	66	81	101	124	128	134	99	134	119
Relation avant	9	0	12	4	12	0	12	12	12	15	12	12	4	9	0
Relation après	9	9	15	9	12	1	12	9	12	15	15	12	9	12	9

	0%	20%	3%	13%	0%	3%	48%	-5%	22%	-3%	3%	6%	-9%	5%	19%	Moyenne
EVOLUTION SCORE	0%	90%	3%	13%	0%	3%	48%	-5%	22%	-3%	3%	6%	-9%	5%	19%	7%
EVOLUTION relation	0%	90%	3%	13%	0%	10%	0%	-3%	0%	0%	3%	0%	13%	3%	90%	15%



a. L'évolution globale (notée en bleu)

Le tableau indique **7% d'amélioration de l'évolution globale**

Les patientes 3, 8, 10, 13 ont un score négatif. Nous pouvons dire que l'évolution globale dans le couple n'a pas été bonne après la rééducation.

Les patientes 4, 5, 11 ont un score presque identique. Il n'y a pas eu de changement.

Les patientes 1, 12, 14 ont une amélioration marquée mais pour les patientes 2, 7, 9 et 15 l'évolution globale du couple, après la rééducation est significative.

b. L'évolution des relations sexuelles du couple (notée en rouge)

(Nous avons isolé la question n° 6 « relations sexuelles »)

Le tableau indique **15% d'amélioration des relations sexuelles dans le couple**

Seule la patiente 8 n'a pas eu de bénéfice sur la relation de son couple après la rééducation.

Les patientes 1, 5, 7, 9, 10 et 12 n'ont pas trouvé de changement au niveau du couple.

Les patientes 2, 4, 6, 11, 13, 14 et 15 ont senti un changement plus ou moins significatif.

VI – INTERPRETATION DE TOUS LES RESULTATS

1. Relations entre les cinq questionnaires et les dessins

Pour compléter et argumenter notre hypothèse, nous avons associé les dessins « APRES » de chaque patiente avec les résultats obtenus de leur évolution visible d'après les cinq questionnaires.

Nous avons remarqué dans « *notre interprétation* » au chapitre des dessins, que la majorité des représentations de l'image corporelle (IC) avait changé de façon plus ou moins significative (sauf pour la patiente 8) et ont été en relation avec les résultats des questionnaires.

La patiente 1 traduit une évolution dans l'estime de soi par son dessin « APRES » et dans le QIC, elle a aussi une satisfaction dans son couple.

La patiente 2 : son auto-représentation a évolué positivement, le changement de son IC se confirme dans les résultats du QIC. Elle a une évolution plus marquée en ce qui concerne le couple que dans les paramètres des autres tests.

Les patientes 3 et 5 ont un changement de leur IC vu par les dessins, confirmé par les résultats du QIC, mais le résultat du test LW, en accord, avec les autres tests, ne montre pas de changement.

Changement visible de la patiente 4 dans tous les domaines d'après les questionnaires, et son dessin montre une vision plus sexuée de son corps.

Les patientes 6, 10, 12 inscrivent une amélioration dans leurs dessins concernant leurs IC, ainsi que dans le QIC. L'évolution est positive globalement dans les autres questionnaires, mais seule la patiente 6 a un changement positif dans les relations sexuelles au sein du couple.

La patiente 8 n'a pas de changement de l'IC dans ses dessins (nous le voyons aussi dans les perceptions picturales du thérapeute). Elle n'a pas d'évolution satisfaisante dans son couple, ni dans les autres questionnaires (sauf l'ISFS mais contredit par le FSFI-6 !).

La patiente 9 nous montre un dessin plus coloré mais un corps non sexué caché derrière une grande jupe, par contre, dans les questionnaires elle a de meilleurs scores au sujet de sa sexualité (à noter un désir de grossesse, qui s'est concrétisé au cours de la rééducation).

La patiente 10 qui n'a pas évolué dans l'étude du L.W., a eu un bénéfice de la rééducation d'après les questionnaires QIC et FSFI-6, dans son IC et sa sexualité ainsi que plus d'affirmation de l'estime de soi dans son dessin.

La patiente 11 a évolué dans l'estime de soi d'après son dessin et d'après le L.W., dans ses relations sexuelles au niveau du couple.

La patiente 13 a des bons scores concernant la sexualité et le fonctionnement du couple, pas sur l'IC. L'interprétation de son dessin est difficile : le premier est inexistant et le deuxième, qu'elle a bien voulu réaliser cette fois, est un dessin d'enfant. Elle a montré une attitude très sexuée transcrite dans le croquis du thérapeute.

Quant aux patientes 7, 14 et 15, toutes montrent une nette amélioration. Les dessins sont parlants.

2. Diagramme pour résumer

Nous avons noté par un x, là où la patiente a évolué favorablement.

PATIENTES :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
IC/ Dessins	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x		x	x
Sexo/Dessin															
QIC	x	x	x	x	x	x	x			x		x		x	x
PISQ-12							x								x
ISFS				x			x	x	x			x		x	x
FSFI-6				x		x	x		x	x		x	x	x	x
Sexologie				x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
LW/ Globale	x	x					x		x				x	x	x
LW/ Relation		x		x		x					x		x	x	x

VII - CORRELATION ET P- VALUE

Pour la véracité de nos valeurs, nous avons calculé deux fonctions. En premier « la corrélation » entre deux données, « AVANT » et « APRES » avec le test de Pearson⁶⁵ afin de savoir s'il y a eu un changement, à partir des résultats du tableau de la page 26. S'il existe une

⁶⁵ Ce test porte sur le coefficient de corrélation linéaire Pearson pour n (deux dans notre cas) observations. En termes de probabilité, si les phénomènes X et Y désignent des variables aléatoires indépendantes, r est nul. Dans notre cas, chaque patiente a 2 vecteurs X et Y qui définissent leur état AVANT X et APRES Y et donc le coefficient r de Pearson est le coefficient liant ces 2 vecteurs X et Y. Une moyenne des coefficients r est un bon estimateur de la corrélation moyenne des matrices des tableaux des résultats AVANT et APRES : $-1 (-100\%) < r < 1 (100\%)$. Pour chaque patiente si r vaut 0 les 2 vecteurs ne sont pas corrélés, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de lien, il existe un changement fort. Les 2 courbes sont d'autant mieux corrélées que r est loin de 0 (c'est-à-dire qu'il y a moins de changement), il existe plus de lien AVANT et APRES. Voir www.serge.mehl.free.fr/chrono/Pearson.html.

corrélation, cela signifie qu'il n'y a pas eu d'évolution. Puis « la p-value » avec un Paired Test à partir du logiciel SPSS⁶⁶.

1. La corrélation

TESTS Statistiques			
	AVANT	APRES	
Moyennes réduites	59,82%	69,53%	
Pearson (r=)	58,39%	(corrélation)	ici pas de corrélation significative, donc il y a eu changement.

Le test de Pearson vaut 58,39%, ce qui signifie qu'il existe un lien entre « AVANT » et « APRES » mais il est faible. Dans notre étude, le r de Pearson se trouve intéressant, car il y a très peu de corrélation. Il existe un changement observable, car r n'est pas égal à 100%. Le r nous conforte dans la qualité de nos résultats car nous observons une amélioration de 25%. Donc nous confirmons l'hypothèse qu'il existe bien un changement après la rééducation.

2. Paired Test pour la p-value

Pour connaître si l'évolution globale des patientes est significative, nous calculons la p-value sur l'ensemble des questions (sauf le LW qui n'était pas notre tableau de recueil des données). Et nous obtenons :

$$t(14) = -3,050, p. = 0,009 **$$

Le résultat est bien significatif (**).

Résultats des calculs : Doc. 20

Nous avons aussi une p-value significative concernant plusieurs questions sur la sexualité :

L'IFSF :

- « Le désir » question n°1, p. = 0,012** p est significatif si = 0,05 (*)
- « Le désir » question n° 2, p. = 0,045* p est moyennement si = 0,01(**)
- « Excitation pendant l'AS » n° 3, p. = 0,00** p est très significatif si = 0,001 (***)
- « Excitation pendant l'AS » n° 4, p. = 0,000***
- « Excitation pendant l'AS » n° 5, p. = 0,000***
- « Satisfaction pendant l'AS » n° 6, p. = 0,002**
- « Orgasme pendant les RS » n° 11, p. = 0,041*
- « Rapprochement émotionnel » n° 14, p. = 0,019**
- « Pénétration vaginale » n° 20, p. = 0,048*

Le FSFI-6 :

- « Excitation sexuelle » n° 2, p. = 0,008 **

⁶⁶ IBM SPSS Statistics 19, Logiciels et solutions d'analyse prévisionnelle SPSS, www.ibm.com/software/fr/analytics/spss/.

- « Vie sexuelle » n° 5,

p. = 0,008 **

Nous confirmons de nouveau notre hypothèse que notre rééducation pelvi-périnéale améliore nettement l'image corporelle et la santé sexuelle.

Ce travail avait pour objet de mettre en relation l'image corporelle (IC) et l'état de la santé sexuelle perçus « AVANT » et « APRES » la rééducation pour des patientes adressées pour incontinence urinaire.

Le résultat montre effectivement une amélioration de l'image corporelle et de la santé sexuelle objectivée par les questionnaires surtout en ce qui concerne le désir, l'excitation et l'orgasme. Notre approche rééducative peut expliquer de tels résultats par la prise en charge globale du corps. Cependant nous ne notons pas d'amélioration subjective de la lubrification et de la douleur.

Nos patientes consultent pour une I.U. qui altère l'estime de soi. L'amélioration ou l'absence des symptômes contribue à une meilleure image d'elles-mêmes, une reprise de confiance dans « leur corps » et une IC plus positive. D'après Paul Schilder : « Des sensations nous sont données [...]. Nous avons des impressions tactiles, thermiques [...] d'autres nous viennent des muscles [...] des sensations nous viennent de l'innervation des muscles [...] nous éprouvons de façon directe qu'il y a une unité du corps. Cette unité est perçue, mais elle est plus qu'une perception. Nous disons qu'elle est un schéma de notre corps, ou schéma corporel. »⁶⁷ Dans notre cabinet, l'action est proprioceptive et sensitive grâce aux nombreuses postures qui participent à cet apprentissage. L'important est la perception de soi pour évoluer. Mais le changement bénéfique, constaté par notre étude, trouve d'autres origines.

Le transverse abdominal, surtout la partie basse, se contracte si l'on dirige bien la force du périnée superficiel de l'arrière vers l'avant. Nous l'avons vu avec les sons : LAM, VAM, RAM, avec le mula bandha du tantra et les exercices d'hypopression abdominale. Grâce à l'étirement et l'auto-grandissement qui vont de pair, le serrage de la ceinture abdominale est favorisée. En général, la patiente ressent un gainage du ventre dans sa partie sous-ombilicale, elle renforce le tonus de base de ce transverse abdominal grâce aux exercices spécifiques du périnée superficiel. D'où un ventre plus plat, plus tonique, mieux perçu et qui influence une meilleure perception d'elle-même.

L'altération de l'image corporelle donne des sentiments d'infériorité, de dépression, d'anxiété et ces répercussions agissent sur la sexualité⁶⁸. Nous avons amélioré l'image corporelle de la majorité de nos patientes, ce qui implique des bénéfices sur leur santé sexuelle car « La perturbation de l'image corporelle peut amener la femme à se sentir moins attirante, à diminuer son désir sexuel. »⁶⁹ et avec l'évolution de la neuroscience, nous savons que toutes les aires cérébrales s'activent et interagissent les unes par rapport aux autres.

Le concept de « santé sexuelle se définit comme un état d'intégration, d'interaction et aussi d'harmonisation des divers éléments qui la composent. »⁷⁰

En améliorant l'IC dans notre approche thérapeutique, la femme se sent plus désirable et désirée, et comme l'écrit Willy Pasini : « Les thérapies corporelles peuvent aussi permettre de retrouver le chemin de l'éros et du désir à travers l'intimité des sens. »⁷¹ Dans notre méthode, nous laissons la femme mettre des sensations sur des mots et des mots sur les

⁶⁷ P. SCHILDER, *L'image du corps*, Paris : Gallimard, 1968, (1^{ère} éd. 1950), p. 35.

⁶⁸ C. PIRARD, « Désir d'enfant, désir sexuel : quand infertilité et sexualité se bousculent », in *Louvain Medical*, n. 129(9), 2010, p. 74-77.

⁶⁹ F. BIANCHI-DEMICHELI, D. MEDICO, H. LUCAS, D. CHARDONNENS, in C. PIRARD, *Désir d'enfant, désir sexuel : quand infertilité et sexualité se bousculent*, op. cit., p. 75.

⁷⁰ J. Y. DESJARDINS, in N. AUDETTE, *Atteindre l'extase*, Outremont au Québec : Les éditions Logiques, 2005, p. 21.

⁷¹ W. PASINI, *La force du désir*, Paris : Editions Odile Jacob, 1999 (1^{ère} édition 1997), p. 239.

sensations. Nous apprenons à la patiente à se familiariser avec ce processus d'écoute intérieure, et progressivement, elle va développer cette faculté, reprendre possession d'elle-même. Elle va investir son corps au quotidien, l'associer aussi à son vagin dans la sexualité. Et nous l'aménonons à s'engager, à avoir confiance en elle et dans son corps. « L'individu, assumant la connaissance intime de son corps propre, pourrait assurer totalement la gestion de ce corps. »⁷² Dans notre travail d'analyse, nous avons mis en évidence une amélioration significative de cette première phase de la réponse sexuelle⁷³, même si le désir a un caractère subjectif et qu'il peut être déclenché par divers types de stimulations⁷⁴. Et même s'il a également été démontré que « des facteurs génétiques peuvent être susceptibles de jouer un rôle dans le désir sexuel. »⁷⁵ Retrouver le désir d'initier ou de répondre à des stimulations sexuelles, est plus favorable si la patiente a une représentation plus positive d'elle-même, si elle a repris confiance en elle et dans son corps sexué et si elle a retrouvé un bien-être corporel et psychique.

Comme pour le désir, l'impact d'une image négative du corps a des répercussions directes et tout aussi négatives sur l'excitation sexuelle, surtout chez la femme⁷⁶. La rééducation commence par le plaisir de respirer librement avec la respiration à dilatation des narines, qui réveille une sensorialité : là, la patiente « apprend à réutiliser son odorat, qui consiste peut-être, après le toucher, le sens essentiel dans l'amour »⁷⁷. Aussi, elle connaît les bienfaits de la double bascule du bassin et de sa mobilité dans un certain rythme pour ne pas le bloquer, et pour éviter une hypertonie musculaire, de même que le positionnement dans l'espace est favorisé grâce aux postures. Tout cela associé à la respiration naturelle, abdominale, qui permet de percevoir des sensations dans tout le corps, et à la base du corps : le périnée qui est source de plaisir, et cette mouvance qui est source de la montée de l'excitation.

Nous insistons sur la perception et le travail des muscles superficiels et excitatoires comme le pubo-coccygien et les ischio-caverneux qui aident à l'érection clitoridienne, les muscles bulbo-spongieux qui jouent un rôle dans cette érection en compressant le bulbe, en comprimant les glandes de Bartholin pour lubrifier le vestibule vulvaire, principalement dans les exercices du store avec PEU, TEU, QUEU. Cet exercice travaille aussi le muscle constricteur de la vulve qui entoure l'orifice vaginal. Les LAM, VAM, RAM remontent le périnée superficiel, le périnée de l'excitation. Les prises de conscience du sphincter de la bouche et l'étirement de la langue en relation avec le périnée superficiel ont un bon impact dans les relations amoureuses. Dans les postures qui renforcent le périnée latéral superficiel, nous mettons en fonction le muscle transverse superficiel qui est adjuvant du bulbo-spongieux, ayant un rôle dans la fonction sexuelle par resserrement vaginal. Le renforcement du périnée profond exerce une bonne pression le long du vagin et « les récentes recherches anatomiques ont révélé l'existence de connexions nerveuses entre les tissus intra-vaginaux et le clitoris. »⁷⁸

Tous ces exercices d'activation sensorielle et de modification des niveaux de conscience influent sur la sexualité de la patiente. La découverte ou la redécouverte du rôle important des différentes parties de la musculature périnéale change l'attitude comportementale de sa sexualité. Par l'acquisition de ces outils, elle peut faire réapparaître

⁷² A. CORBIN, J. J. COURTINE, G. VIGARELLO, *Histoire du corps*, Paris : Editions du Seuil, janvier 2006, p. 69.

⁷³ H. S. KAPLAN, in S. ORTIGUE, F. BIANCHI-DEMICHELI, « Interactions between human sexual arousal and sexual desire : a challenge for social neuroscience », *La Revue Médicale Suisse*, n. 104, p. 809-813.

⁷⁴ S. ORTIGUE, F. BIANCHI-DEMICHELI, *op. cit.*, p. 809.

⁷⁵ I. Z. BEN ZION, R. TESSIER, L. COHEN and al., in S. ORTIGUE and F. BIANCHI-DEMICHELI, *op. cit.*, p. 811.

⁷⁶ M. H. COLSON, « Aimer jusqu'au bout de son âge », in *Sexualités Humaines*, n. 1, Avon : Editions Métawalk, 2009, p. 49.

⁷⁷ J. CHANG, *op. cit.*, p. 179.

⁷⁸ H. E. O'CONNELL, K. V. SANJEEVAN, J. M. HUSTON, in S. ORTIGUE, F. BIANCHI-DEMICHELI, *Le cerveau au cœur du plaisir féminin*, La revue médicale suisse, n. 58, article n. 31131.

ces expériences agréables et vivre cette excitation. Ce qui peut expliquer, en partie, le résultat significatif de notre étude concernant l'excitation sexuelle.

Mais, inversement la sexualité agit sur l'IC : d'après Paul Schilder : « une sexualité génitale pleinement développée nous est indispensable pour assumer totalement notre image du corps. »⁷⁹

En ce qui concerne la troisième phase de la réponse sexuelle, selon Masters et Johnson⁸⁰, qui est l'orgasme où l'insula joue un rôle particulier, et qui intervient aussi dans la représentation de soi par rapport à l'autre, nous obtenons une amélioration. Nous pensons que l'apprentissage de la respiration, la détente, l'écoute de soi, appris et pratiqués dans notre cabinet, sont une aide comportementale pour laisser la montée de l'excitation s'installer. D'autre part, les muscles du plancher pelvien font partie intégrante de la mécanique orgasmique. A l'inverse, il ne suffit pas d'avoir un périnée tonique pour atteindre l'orgasme. La femme apprend à ressentir les effets de la pression de ses muscles profonds. Et nous l'encourageons à exercer ce serrage pendant les RS pour améliorer l'orgasme, comme le conseil Nsekuye Bizimana : « [...] si vous n'arrivez pas à "agripper" le pénis de votre partenaire, les sensations sont moins jouissives, pour l'un ou l'autre »⁸¹ et André Van Lysebeth : « [...] pour donner du plaisir à son mari, elle doit toujours s'efforcer de serrer son yoni. »⁸²

Cependant l'activité sexuelle dépend d'interactions complexes entre les systèmes nerveux, endocriniens, vasculaires et différentes structures en relation avec l'environnement social, culturel ainsi que les facteurs émotionnels. C'est pourquoi nous ne pouvons agir sur tous les éléments de la sexualité en réduisant seulement les symptômes d'incontinence urinaire.

⁷⁹ P. SCHILDER, *op. cit.*, p. 191.

⁸⁰ W. H. MASTERS, V. JOHNSON, *Human sexual response*, Boston : Little Brown, 1966.

⁸¹ N. BIZIMANA, *op. cit.*, p. 96.

⁸² A. VAN LYSEBETH, *op. cit.*, p. 414.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Au regard des analyses et interprétations que nous avons établies tout au long de notre étude, nous pouvons confirmer que notre méthode thérapeutique intervient de façon significative dans l'amélioration de l'image corporelle et de la santé sexuelle chez des patientes consultant pour incontinence urinaire dans notre cabinet de rééducation pelvi-périnéale.

La méthode de Kegel est la base des exercices du périnée, d'autres approches pour le rééduquer existent aussi. Mais dans notre thérapie, c'est beaucoup plus une globalité du corps qui va faire que le périnée « marche bien », et nous associons la posture avec la respiration, la détente et l'écoute intérieure. Par ce biais, et notre étude le montre, nous avons aidé la majorité de nos patientes à retrouver une estime de soi avec des répercussions sur leur fonction sexuelle : effectivement, « outre la correction organique, la thérapie a eu pour objet de restaurer le sentiment de soi, ce schéma corporel sur lequel l'individu construit sa manière d'être au monde et à lui-même. »⁸³ Et puis, toute atteinte somatique interfère sur le psyché, de même que toute altération affective a un retentissement sur le soma.

Il se révèle qu'à travers des dessins, nous pouvons percevoir un certain aspect de la personnalité de la patiente, ceux-ci nous ont donné des renseignements très utiles, « AVANT » pour notre démarche thérapeutique et « APRES » pour constater l'évolution de la thérapie. Ce moment de concentration pour dessiner ou remplir les questionnaires fut riche en informations, à la fois picturales et verbales, car les patientes s'exprimaient facilement au fur et à mesure de l'entretien. C'est un encouragement à poursuivre dans cette voie. Et nous avons été très intéressés d'accompagner ce qui était en train de se vivre. Il a existé une bonne alliance thérapeutique pendant les séances grâce au climat de confiance et au savoir-faire dans l'approche des perceptions. Jacques Thiebault l'affirme : on « ne peut pas enseigner du non-vécu ; parce qu'on ne l'a pas vécu dans son corps, on ne sait pas faire [...]. On ne peut pas dire comment faire un mouvement si l'on n'est pas capable de le vivre dans son corps. Il faut l'avoir vécu [...], la rigueur posturale, c'est l'introduction à la véritable concentration. »⁸⁴. Nous nous sommes adaptés pour pouvoir faire évoluer la patiente et parvenir à répondre à sa demande, car chaque individu est spécifique.

Mais nous nous sommes aperçus que si les demandes pour enrayer les symptômes d'incontinence urinaire étaient satisfaites⁸⁵, nous avons réveillé des émotions, des interrogations sur un sujet sensible et très complexe : la sexualité. Pourrions-nous à présent répondre à toutes les demandes ?

Assurément non. La sexualité est multifactorielle, inhérente à chaque personne, sa fonction dépend de facteurs bio-psycho-sociaux, les étiologies sont diverses et nous ne pouvons avoir toutes les compétences pour traiter les origines des troubles. Nous sommes convaincus qu'un réseau interdisciplinaire de professionnels est primordial pour orienter les patientes en fonction de leurs besoins et de leurs attentes. Lorsque, par exemple, les problèmes sexuels sont le signe de problèmes individuels ou relationnels plus anciens, il est alors nécessaire de référer les patientes à un psychologue ou à un psychiatre. Ou encore, si les problèmes sont d'ordre médicaux, nous devons savoir orienter les femmes vers leurs médecins. Nous devons être conscient de nos limites.

⁸³ G. OUDIN, *op. cit.*, p 150.

⁸⁴ J. THIEBAULT, in J. P. BOUTELOUP, *op. cit.*, p. 160-163.

⁸⁵ Voir le compte-rendu du thérapeute dans le dessin « APRES ».

Mais parviendrons-nous à un résultat satisfaisant pour répondre aux demandes des patientes : harmonie du couple, bonne santé sexuelle, bien-être corporel, si nous ne parlons pas d'amour ?

« Le seul alchimiste capable
de tout changer en or est l'amour,
l'unique sortilège contre la mort, la vie routinière,
est l'amour. »⁸⁶

⁸⁶ NIN A, citée dans J. CHANG, *Le Tao de l'art d'aimer*, Paris : Calmann-Lévy, 1977.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont vers toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire, mais aussi qui m'ont aidé et soutenu depuis mon inscription à l'Université de Genève et pendant ces deux années.

Je tiens à remercier très sincèrement :

- Les patientes, qui par leur participation, ont pu donner naissance à cette étude.
- Le Docteur Francesco Bianchi-Demicheli, pour sa disponibilité, son accueil, son écoute et ses conseils depuis l'idée de ce travail.
- Jean-Louis pour la constance de son appui.
- Pierre pour son aide précieuse en statistiques.
- Anne-Claire pour son esprit critique.
- Armelle pour ses conseils et ses encouragements.

Enfin, je les mentionne en dernier et pourtant je ne passe pas sous silence l'amicale contribution de nos amis de Viuz-En-Sallaz qui pendant ces deux années m'ont offert le gîte et le couvert dans la détente et la bonne humeur : merci Edith et Philippe, merci Sylvie et Philippe.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM Ada, *Le dessin d'une personne, le test de Machover*, Issy-Les-Moulineaux : EAP, 1985.
- AUDETTE Nicole, *Atteindre l'extase*, Outremont : Les éditions Logiques, 2005.
- BIZIMANA Nsekuye, *Le secret de l'amour à l'africaine*, Paris : Leduc. S, 2008.
- BOUTELOUP Jean-Paul, *Yoga sans dégâts*, Paris : Robert Jauze, 2006.
- CALAIS-GERMAIN Blandine, *Le périnée féminin et l'accouchement*, Méolans-Revel : Editions DésIris, 2006.
- CALAIS-GERMAIN Blandine, *Anatomie pour le mouvement : introduction à l'analyse des techniques corporelles*, tome 1, Méolans-Revel : Editions DésIris, 1991.
- CALAIS-GERMAIN Blandine, *Anatomie pour le mouvement, Bases d'exercices*, Méolans-Revel : Editions DésIris, 2005.
- CAUFRIEZ Marcel, *Gymnastique Abdominale Hypopressive*, Bruxelles : M. CAUFRIEZ, 1997.
- CHANG Jolan, *Le Tao de l'art d'aimer*, Paris : Calmann-Lévy, 1977.
- CHIA Manyak, *Chi Kung du second cerveau*, Paris : Editions Guy Trédaniel, 2004.
- COLSON Marie-Hélène, « Aimer jusqu'au bout de son âge », *Sexualités Humaines*, n. 1, Avon : Editions Métawalk, 2009.
- COMAR Philippe, *Les images du corps*, Paris : Gallimard, 1993.
- CORBIN Alain, COURTINE Jean-Jacques, VIGARELLO Georges, *Histoire du corps*, Paris : Editions du Seuil, janvier 2006.
- COUDRON Lionel, *Mieux vivre par le yoga*, Paris : Editions J'ai lu, février 1999.
- DAMASIO Antonio R., *Le sentiment même de soi, corps, émotion, conscience*, Paris : Editions Odile Jacob, octobre 1999.
- DE GASQUET Bernadette, in MOUCHEL F., MOUCHEL J., WURST C., DIJKSTRA R., BECCO J., « L'anatomie du plancher pelvien », in *Périnée et maternité*, coll. Grands sujets, les dossiers de l'obstétrique, Paris : E.L.P.E.A., juillet 1999.
- DE GASQUET Bernadette, *Bien-être et maternité*, Paris : SECI, février 1997.
- DE GASQUET Bernadette, *Abdominaux : arrêtez le massacre*, Paris : Robert Jauze, 2003.
- DE GASQUET Bernadette, *Gym autour d'une chaise*, Paris : Robert Jauze, 2004.
- GROSSE Dominique, SENGLER Jean, *Rééducation périnéale*, Paris : Masson, 2005.
- ESNEAULT GASTINEAU Bernadette, *Yoga et enfantement*, Aubagne : Editions Quintessence, 2004.

- HÖFLER Heike, *Gymnastique douce pour le plancher pelvien*, Paris : Editions Vigot, 2000.
- KAMINA Pierre, *Petit bassin et périnée : rectum et organes uro-génitaux, Anatomie, introduction à la clinique*, tome 2, Paris : Editions Maloine, 1995.
- KEGEL Arnold H., *Physiologic therapy for urinary stress incontinence*, in J.A.M.A, n. 146, 1951.
- KEGEL Arnold H., *Stress Incontinence and Genital Relaxation*, CIBA Clinical Symposia, vol. 4, n. 2, 1952.
- LUCIE-SMITH Edward, *La sexualité dans l'art occidental*, Londres : Thames & Hudson, 1991.
- MAMBERTI-DIAS André, *Approche de la sexualité et de la fonction sexuelle masculine et féminine, Anatomie et physiologie de la musculature féminine*, Montrouge : Editions AMD/GRAP, 2003.
- MAMBERTI-DIAS André, *La fonction périnéale : méthodes d'optimisation pour une meilleure sexualité*, Copyright Mamberti-Dias, mars 2006.
- MASTERS William Howell, JOHNSON Virginia Eshelman, *Human sexual response*, Boston : Little Brown, 1966.
- MATHIEU, *Itinéraire vers l'harmonie*, Saint-Martin-Le-Vinoux : L'Or du Temps Editions, mai 1990.
- NASIO Juan David, *Mon corps et ses images*, Paris : Payot & Rivages, 2008.
- NEFZAOUI Cheikh, *Le Jardin Parfumé. Manuel d'érotologie arabe*, Paris : Paris- Méditerranée, 2003.
- NICOT Sylvie, « La connaissance et maîtrise du périnée, évaluation des bénéfices d'une méthode d'éducation périnéale », *Vocation Sage-femme*, n. 78, Paris : Elsevier Masson 1999, janvier 2010.
- ORTIGUE Stéphanie, BIANCHI-DEMICHELI Francesco, « Le cerveau au cœur du plaisir féminin », *La Revue Médicale Suisse*, n. 58, article n. 31131.
- ORTIGUE Stéphanie, BIANCHI-DEMICHELI Francesco, « Interactions between human sexual arousal and sexual desire : a challenge for social neuroscience », *La Revue Médicale Suisse*, n. 104.
- LOUDIN Gérard, « La fonction érotique et ses troubles », in *Périnée et maternité*, coll. Grands sujets, Les dossiers de l'obstétrique, Paris : E.L.P.E.A., juillet 1999.
- PASINI Willy, *La force du désir*, Paris : Editions Odile Jacob, 1999 (1^{ère} édition 1997).
- PIRARD Céline, « Désir d'enfant, désir sexuel : quand infertilité et sexualité se bousculent », in *Louvain Medical*, 129(9), 2010.
- ROBINSON Lynne, BRIEN Caroline, *La méthode Pilates*, Paris : Marabout, octobre 2008.
- SCHILDER Paul, *L'image du corps*, Paris : Gallimard, 1968 (1^{ère} édition 1950).
- VAN LYSEBETH André, *Tantra le culte de la féminité*, Paris : Flammarion, septembre 1988.

WIEGEL Markus, MESTON Cindy, ROSEN Raymond, « The Female Sexual Function Index (FSFI) : Cross-Validation and Development of Clinical Cut off Scores », in *Journal of Sex and Marital Therapy*, London : Brunner-Routledge, n. 31, 2005.

Sites internet :

<http://www.dothekegel.com/arnie/index.html>

<http://www.abdo-mg.com>

<http://www.serge.mehl.free.fr/chrono/Pearson.html>

<http://www.ibm.com/software/fr/analytics/spss/>

ANNEXES

Doc. 1 p. 1
Doc. 1 a p. 2
Doc. 2 p. 3
Doc. 3 p. 4
Doc. 4 p. 5
Doc. 5 p. 6
Doc. 6p. 7-11
Doc. 7p. 12-13
Doc. 8 p. 14
Doc. 8 a p. 15
Doc. 9 p. 16
Doc. 10 p. 17
Doc. 11 p. 18
Doc. 12 p. 19
Doc. 13 p. 20
Doc. 14 p. 21
Doc. 15 p. 22
Doc. 16 p. 23
Doc. 17 p. 24
Doc. 18 p. 25
Doc. 19 p. 26
Doc. 19 a p. 27
Doc. 20p. 28-29

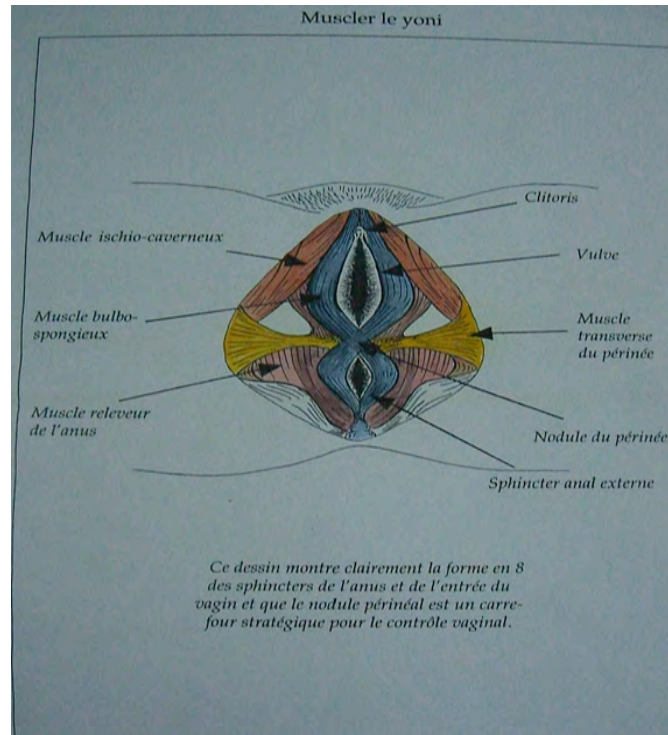
Doc. 1

Le bassin



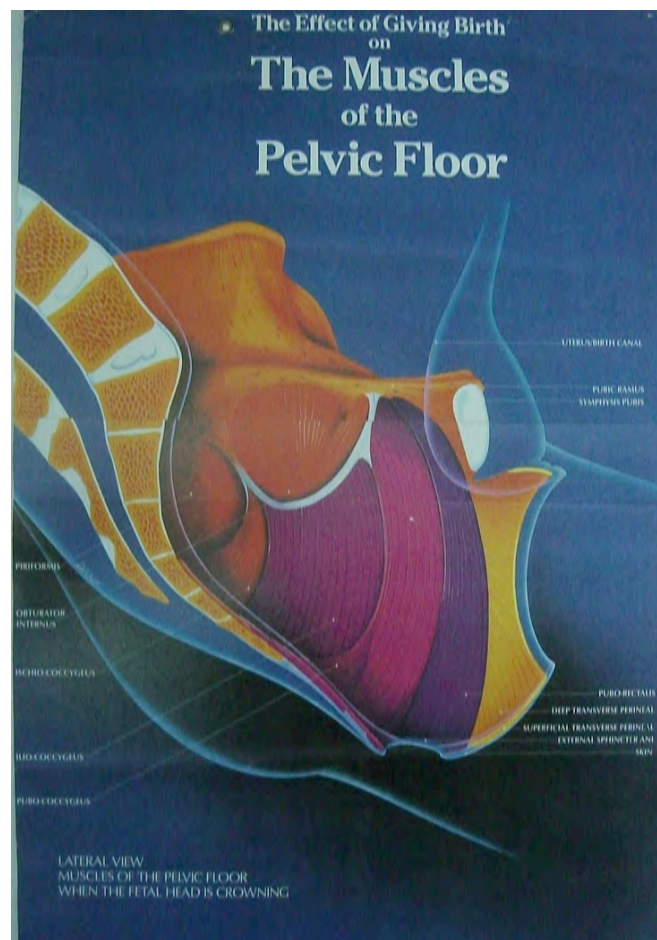
Le périnée superficiel

Schéma extrait du « *Tantra, le culte de la féminité* » A. VAN LYSEBETH, *op. cit.*, p. 415



Le périnée profond

Medical illustrations by Leonard D.DANK, WRS GROUP, INC., WACO, TX 76702-1207



INFORMATION

Ma méthode de rééducation pélvi-périnéale au cabinet consiste à connaître les muscles de son périnée, à apprendre à les individualiser et à les commander grâce à diverses postures, en complément du biofeedback et de l'électrostimulation prescrits par votre médecin.

La connaissance de vos muscles est importante pour améliorer notablement, voire à 100%, vos symptômes urinaires, mais elle a aussi une implication sur la perception de vos sensations au niveau de votre sexualité.

Le travail effectué est aussi un travail global de votre corps, attitudes au quotidien, et renforcement de votre sangle abdominale basse.

Après le témoignage des patientes, depuis 11 ans d'exercice, d'un mieux être global et au sein de leur couple, j'ai senti le besoin d'acquérir des connaissances en sexothérapie pour répondre aux demandes.

Par votre soutien et votre collaboration, vous me permettez de réaliser mon mémoire après une formation universitaire à Genève pour obtenir un diplôme de sexologie clinique. Ce mémoire consiste à comparer la perception de votre image corporelle avant la rééducation et après, sur plusieurs points (urinaires, sexuels, la vie de votre couple) en notant tous les points positifs ou négatifs du travail effectué ensemble.

[Cette étude est strictement confidentielle.](#)

Votre identité n'est pas révélée.

Les questionnaires seront anonymes et notés avec des numéros.

Je vous remercie sincèrement et j'espère que les résultats des soins vous seront très bénéfiques.

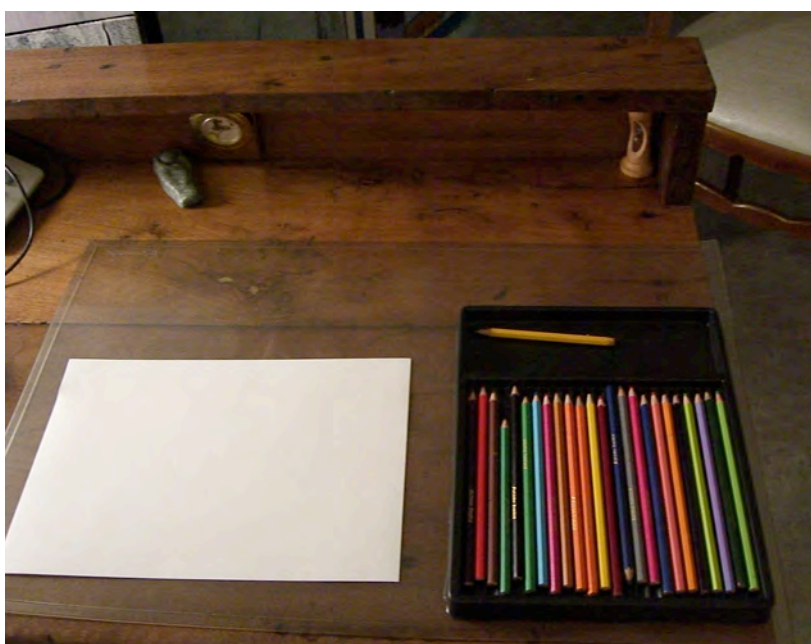
Doc. 3

Le bureau

Le lieu :



La position de la feuille et des crayons :



Q. I. C.

Remplissez ce questionnaire en pensant à comment vous considérez votre corps.
 Choisissez un seul numéro pour chaque ligne.
 Les numéros 1 et 2 se réfèrent à la caractéristique de la colonne de gauche, les numéros 4
 et 5 à celle de la colonne de droite.

1	:	2	:	3	:	4	:	5
beaucoup	:	plutôt	:	entre les deux	:	plutôt	:	beaucoup
ou	:	ou	:	ou	:	ou	:	ou
souvent	:	assez souvent	:	ni l'un ni l'autre	:	assez souvent	:	souvent

Vous considérez votre corps comme :

en mauvaise santé	:	1	2	3	4	5	:	en bonne santé	1. SAN
physiquement attirant	:	1	2	3	4	5	:	non attirant	2. NAT
source de plaisir	:	1	2	3	4	5	:	de déplaisir	3. DEP
féminin	:	1	2	3	4	5	:	masculin	4. MAS
pur, propre	:	1	2	3	4	5	:	impur, sale	5. SAL
exprimant la crainte	:	1	2	3	4	5	:	exprimant l'audace	6. AUD
vide	:	1	2	3	4	5	:	plein	7. PLE
quelque chose que l'on touche	:	1	2	3	4	5	:	quelque chose que l'on ne touche pas	8. PTO
indifférent, froid	:	1	2	3	4	5	:	tendre, chaleureux	9. TEN
exprimant la colère	:	1	2	3	4	5	:	exprimant l'apaisement	10. APA
expressif	:	1	2	3	4	5	:	non expressif	11. NEX
quelque chose que l'on cache	:	1	2	3	4	5	:	quelque chose que l'on montre	12. MON
calme, serein	:	1	2	3	4	5	:	nerveux, inquiet	13. NER
vieux	:	1	2	3	4	5	:	jeune	14. JEU
érotique	:	1	2	3	4	5	:	non érotique	15. PER
fragile, faible	:	1	2	3	4	5	:	résistant, fort	16. RES
joyeux	:	1	2	3	4	5	:	triste	17. TRI
quelque chose que l'on ne regarde pas	:	1	2	3	4	5	:	quelque chose que l'on regarde	18. REC
énergique	:	1	2	3	4	5	:	non énergique	19. NEN

Annexe 1. Version française validée du Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12) (Mapi Research Institute - Traduction française financée par les Laboratoires Coloplast).

Instructions : Les questions suivantes portent sur votre sexualité avec votre partenaire. Vos réponses resteront strictement confidentielles et ne seront utilisées que pour permettre aux médecins de mieux comprendre ce qui est important pour les patientes dans leur sexualité. Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse, en tenant compte de votre sexualité au cours des six derniers mois. Merci pour votre aide !

1. À quelle fréquence ressentez-vous du désir sexuel ?
Cela peut comprendre le fait d'avoir envie ou de prévoir d'avoir des relations sexuelles, de se sentir frustrée par manque d'activité sexuelle, etc.
Tous les jours Au moins une fois par semaine Au moins une fois par mois Moins d'une fois par mois Jamais
2. Avez-vous un orgasme lors de vos rapports sexuels avec votre partenaire ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
3. Ressentez-vous de l'excitation lors des activités sexuelles avec votre partenaire ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
4. Êtes-vous satisfaite de la variété de vos activités sexuelles actuelles ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
5. Avez-vous mal pendant les rapports sexuels ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
6. Avez-vous des fuites d'urine (incontinence urinaire) lors des activités sexuelles ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
7. Limitez-vous les activités sexuelles par peur d'avoir une incontinence (d'urine ou de selles) ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
8. Évitez-vous les rapports sexuels à cause d'une « boule » dans le vagin (descente de l'utérus, de la vessie, du rectum ou du vagin) ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
9. Lorsque vous avez des relations sexuelles avec votre partenaire, ressentez-vous des émotions négatives, par exemple de la peur, de la honte ou de la culpabilité ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
10. Votre partenaire a-t-il des problèmes d'érection qui perturbent vos activités sexuelles ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
11. Votre partenaire a-t-il des problèmes d'éjaculation précoce qui perturbent vos activités sexuelles ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
12. Par rapport aux orgasmes que vous avez eus dans le passé, diriez-vous que les orgasmes que vous avez eus au cours des six derniers mois sont...
Beaucoup moins intenses Moins intenses Aussi intenses Plus intenses Beaucoup plus intenses

Index de la fonction sexuelle féminine (IFSF)

Date de naissance : _____

Ce questionnaire explore vos sensations et votre réponse sexuelle durant ces 4 dernières semaines. Répondez le plus honnêtement possible à ces questions en **cochant une seule case par question**.

Toutes vos réponses resteront confidentielles.

Les définitions suivantes s'appliquent aux questions :

« Activités sexuelles » peuvent inclure des caresses, les préliminaires, la masturbation et/ou une pénétration vaginale.

« Rapport sexuel » est défini par la pénétration du pénis dans le vagin.

« Stimulations sexuelles » peuvent inclure, des caresses, la masturbation sur soi ou le partenaire, les idées sexuelles (fantasmes).

Le désir ou l'intérêt sexuel est un sentiment qui inclut avoir envie d'une activité sexuelle, de se sentir réceptive aux avances sexuelles d'un partenaire, et penser ou avoir des fantasmes d'avoir des relations sexuelles.

1. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle **fréquence** avez-vous ressenti du désir ou de l'intérêt sexuel ?

- Presque toujours ou toujours
- La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- Parfois (environ la moitié du temps)
- Quelquefois (moins de la moitié du temps)
- Presque jamais ou jamais

2. Au cours des 4 dernières semaines, **comment** classeriez-vous votre **degré** de désir ou d'intérêt sexuel ?

- Très élevé
- Élevé
- Modéré
- Faible
- Très faible ou pas du tout

L'excitation sexuelle est un sentiment qui inclut des aspects physiques et mentaux. Elle peut inclure des sensations de chaleur ou picotements des organes génitaux, la lubrification vaginale (humidité) ou des contractions musculaires.

3. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle **fréquence** vous êtes-vous sentie excitée sexuellement lors d'activités sexuelles (rapports sexuels ou autoérotiques)?

- Aucune activité sexuelle
- Presque toujours ou toujours

- La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- Parfois (environ la moitié du temps)
- Quelquefois (moins de la moitié du temps)
- Presque jamais ou jamais

4. Au cours des 4 dernières semaines, comment classeriez-vous votre **degré** d'excitation sexuelle lors d'activités sexuelles (rapports sexuels ou autoérotiques)?

- Aucune activité sexuelle
- Très élevé
- Élevé
- Modéré
- Faible
- Très faible ou pas du tout

5. Au cours des 4 dernières semaines, à quel degré étiez-vous **confiante** de devenir excitée sexuellement lors d'activités sexuelles (rapports sexuels ou autoérotiques)?

- Aucune activité sexuelle
- Très grande confiance
- Grande confiance
- Confiance modérée
- Confiance faible
- Confiance très faible ou aucune confiance

6. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle **fréquence** avez-vous été satisfaite de votre excitation lors d'activité sexuelle (rapports sexuels ou autoérotiques)?

- Aucune activité sexuelle
- Presque toujours ou toujours
- La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- Parfois (environ la moitié du temps)
- Quelquefois (moins de la moitié du temps)
- Presque jamais ou jamais

7. Au cours des 4 dernières semaines, **quand** avez-vous eu une lubrification (humidité) pendant des activités sexuelles (rapports sexuels ou autoérotiques)?

- Aucune activité sexuelle
- Presque toujours ou toujours
- La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- Parfois (environ la moitié du temps)
- Quelquefois (moins de la moitié du temps)
- Presque jamais ou jamais

8. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des **difficultés** pour avoir une lubrification vaginale (humidité) durant des activités sexuelles (rapports sexuels ou autoérotiques) ?

- Aucune activité sexuelle
- Extrêmement difficile ou impossible
- Très difficile
- Difficile
- Légèrement difficile
- Aucunement difficile

9. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle **fréquence** avez-vous pu **maintenir** votre lubrification vaginale (humidité) jusqu'à la fin des activités sexuelle (rapports sexuels ou autoérotiques)?

- Aucune activité sexuelle
- Presque toujours ou toujours
- La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- Parfois (environ la moitié du temps)
- Quelquefois (moins de la moitié du temps)
- Presque jamais ou jamais

10. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des **difficultés** pour garder une lubrification vaginale (humidité) jusqu'à la fin des activités sexuelles (rapports sexuels ou autoérotiques)?

- Aucune activité sexuelle
- Extrêmement difficile ou impossible
- Très difficile
- Difficile
- Légèrement difficile
- Aucunement difficile

11. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous aviez une stimulation sexuelle ou un rapport sexuel, à quelle **fréquence** avez-vous atteint l'orgasme (jouissance) ?

- Aucune activité sexuelle
- Presque toujours ou toujours
- La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- Parfois (environ la moitié du temps)
- Quelquefois (moins de la moitié du temps)
- Presque jamais ou jamais

12. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous aviez une stimulation sexuelle ou un rapport sexuel, quel était le degré de **difficulté** à atteindre l'orgasme (jouissance)?

- Aucune activité sexuelle
- Extrêmement difficile ou impossible
- Très difficile
- Difficile
- Légèrement difficile
- Aucunement difficile

13. Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre degré de **satisfaction** face à votre capacité à atteindre l'orgasme lors d'activités sexuelles (rapports sexuels ou autoérotiques) ?

- Aucune activité sexuelle
- Très satisfaite
- Modérément satisfaite
- Environ autant satisfaite qu'insatisfaite
- Modérément insatisfaite
- Très insatisfaite

14. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point étiez-vous **satisfaite** du rapprochement émotionnel avec votre partenaire pendant les activités sexuelles ?

- Aucune activité sexuelle
- Très satisfaite
- Modérément satisfaite
- Environ autant satisfaite qu'insatisfaite
- Modérément insatisfaite
- Très insatisfaite

15. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point étiez-vous **satisfaite** de vos relations sexuelles avec votre partenaire ?

- Très satisfaite
- Modérément satisfaite
- Environ autant satisfaite qu'insatisfaite
- Modérément insatisfaite
- Très insatisfaite

16. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point étiez-vous satisfaite de votre vie sexuelle en général ?

- Très satisfaite
- Modérément satisfaite
- Environ autant satisfaite qu'insatisfaite
- Modérément insatisfaite

17. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle **fréquence** avez-vous ressenti de l'inconfort ou de la douleur pendant la pénétration vaginale ?

- Aucune activité sexuelle
- Presque toujours ou toujours
- La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- Parfois (environ la moitié du temps)
- Quelquefois (moins de la moitié du temps)
- Presque jamais ou jamais

18. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle **fréquence** avez-vous ressenti de l'inconfort ou de la douleur après la pénétration vaginale ?

- Aucune activité sexuelle
- Presque toujours ou toujours
- La plupart du temps (plus que la moitié du temps)
- Parfois (environ la moitié du temps)
- Quelquefois (moins de la moitié du temps)
- Presque jamais ou jamais

19. Au cours des 4 dernières semaines, comment classeriez-vous votre **niveau** (degré) d'inconfort ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale ?

- Aucun rapport sexuel
- Très élevé
- Élevé
- Modéré
- Faible
- Très faible ou aucun

20. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des relations sexuelles avec pénétration vaginale ?

- Une fois par jour
- 3 à 4 fois par semaine
- 1 ou 2 fois par semaine
- 1 à 3 fois par mois
- Moins d'une fois par mois
- Pas du tout

Merci pour votre participation !

Version à 6-items de l'Index de la fonction sexuelle féminine
(FSFI-6)

Ce questionnaire explore vos sensations et votre réponse sexuelle durant ces 4 dernières semaines. Répondez le plus honnêtement possible à ces questions en **cochant une seule case par question**.

Les définitions suivantes s'appliquent aux questions :

« Activités sexuelles » peuvent inclure des caresses, les préliminaires, la masturbation et/ou une pénétration vaginale.

« Rapport sexuel » est défini par la pénétration du pénis dans le vagin.

« Stimulations sexuelles » peuvent inclure, des caresses, la masturbation sur soi ou le partenaire, les idées sexuelles (fantasmes).

Le désir ou l'intérêt sexuel est un sentiment qui inclut avoir envie d'une activité sexuelle, de se sentir réceptive aux avances sexuelles d'un partenaire, et penser ou avoir des fantasmes d'avoir des relations sexuelles.

1. Au cours des 4 dernières semaines, comment classeriez-vous votre degré de désir ou d'intérêt sexuel ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Très élevé | 5 |
| <input type="checkbox"/> Élevé | 4 |
| <input type="checkbox"/> Modéré | 3 |
| <input type="checkbox"/> Faible | 2 |
| <input type="checkbox"/> Très faible ou pas du tout | 1 |

L'excitation sexuelle est un sentiment qui inclut des aspects physiques et mentaux. Elle peut inclure des sensations de chaleur ou picotements des organes génitaux, la lubrification vaginale (humidité) ou des contractions musculaires.

2. Au cours des 4 dernières semaines, comment classeriez-vous votre degré d'excitation sexuelle lors d'activités sexuelles (rapports sexuels ou autoérotiques)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune activité sexuelle | 0 |
| <input type="checkbox"/> Très élevé | 5 |

- Élevé 4
- Modéré 3
- Faible 2
- Très faible ou pas du tout 1

3. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu une lubrification (humidité) pendant des activités sexuelles (rapports sexuels ou autoérotiques)?

- Aucune activité sexuelle 0
- Presque toujours ou toujours 5
- La plupart du temps (plus de la moitié du temps) 4
- Parfois (environ la moitié du temps) 3
- Quelquefois (moins de la moitié du temps) 2
- Presque jamais ou jamais 1

4. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous aviez une stimulation sexuelle ou un rapport sexuel, à quelle **fréquence** avez-vous atteint l'orgasme (jouissance) ?

- Aucune activité sexuelle 0
- Presque toujours ou toujours 5
- La plupart du temps (plus de la moitié du temps) 4
- Parfois (environ la moitié du temps) 3
- Quelquefois (moins de la moitié du temps) 2
- Presque jamais ou jamais 1

5. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point étiez-vous satisfaite de votre vie sexuelle en général ?

- Très satisfaite 5
- Modérément satisfaite 4
- Environ autant satisfaite qu'insatisfaite 3
- Modérément insatisfaite 2
- Très insatisfaite 1

6. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle **fréquence** avez-vous ressenti de l'inconfort ou de la douleur pendant la pénétration vaginale ?

- Aucune activité sexuelle 0
- Presque jamais ou jamais 5
- Quelquefois (moins de la moitié du temps) 4
- Parfois (environ la moitié du temps) 3
- La plupart du temps (plus de la moitié du temps) 2
- Presque toujours ou toujours 1

Locke-Wallace

4. Locke-Wallace*

1. Encercliez sur l'échelle ci-contre le point qui décrit le mieux le degré de bonheur que vous procure en général votre mariage actuel. Le point intermédiaire « heureux » représente la mesure de bonheur que la plupart des gens retirent du mariage et l'échelle va du point zéro pour ceux dont le mariage est malheureux jusqu'au point 35 pour ceux dont le mariage est parfaitement heureux.

0 2 7 15 20 25 35
 Très malheureux Heureux Parfaitement heureux

2 à 9. Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec votre conjoint à propos des points suivants. Mettez un « X » dans la colonne qui correspond le mieux à votre opinion.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
2. Organisation du budget familial						
3. Loisirs						
4. Marques d'affection						
5. Amis, Ami(e)s						
6. Relations sexuelles						
7. Conventions sociales (bonnes manières, ce qui se fait, ce qui ne se fait pas)						
8. Philosophie de la vie						
9. Relations avec la belle-famille						

Répondez à toutes les questions suivantes en encerclant la réponse appropriée. Si vous ne pouvez donner une réponse exacte à une question, encercler la réponse qui s'adapte le mieux à votre cas.

10. Quand il y a un désaccord entre vous,
 - a) c'est le mari qui cède
 - b) c'est la femme qui cède
 - c) vous arrivez à établir un compromis
11. Est-ce que vous et votre conjoint(e) avez des activités ensemble en dehors de la maison?
 - a) toutes
 - b) quelques-unes
 - c) très peu
 - d) aucune
12. Pour occuper vos moments de loisirs, préférez-vous généralement...
 - a) des activités à l'extérieur?
 - b) rester à la maison?
13. Avez-vous déjà souhaité ne pas être marié(e)?
 - a) fréquemment
 - b) occasionnellement
 - c) rarement
 - d) jamais
14. Si vous pouviez recommencer votre vie, pensez-vous que vous voudriez...
 - a) épouser la même personne?
 - b) épouser une autre personne?
 - c) ne pas vous marier?
15. Vous confiez-vous à votre conjoint(e)?
 - a) presque jamais
 - b) rarement
 - c) très souvent
 - d) toujours

Barème du L.W.

Barème de correction

(faites le total des points obtenus à chaque question)

Question 1.

0	2	7	15	20	25	35
Très malheureux		Heureux			Parfaitement heureux	

Questions 2 à 9.

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
2.	5	4	3	2	1	0
3.	5	4	3	2	1	0
4.	8	6	4	2	1	0
5.	5	4	3	2	1	0
6.	15	12	9	4	1	0
7.	5	4	3	2	1	0
8.	5	4	3	2	1	0
9.	5	4	3	2	1	0

Question 10. a) 0; b) 2; c) 10

Question 11. a) 10; b) 8; c) 3

Question 12. Si vous et votre conjoint préférez rester à la maison : 10
 Si vous et votre conjoint préférez des activités extérieures : 3
 Si vous ne vous entendez pas sur ce point : 2

Question 13. a) 0; b) 3; c) 8; d) 15

Question 14. a) 15; b) 0; c) 1

Question 15. a) 0; b) 2; c) 10; d) 10

Interprétation

Si vous obtenez plus de 100 points au test, vous jouissez d'une bonne ou d'une très bonne relation de couple. Il serait fort surprenant que vous et votre conjoint songiez à divorcer.

Si votre résultat se situe entre 80 et 100 points, vous éprouvez des difficultés marquées, qu'il faudrait résoudre le plus rapidement possible.

Si vous obtenez moins de 80 points, vos problèmes de couple sont très sérieux et, à moins de les régler, vous risquez fort de vous retrouver bientôt dans une situation de crise.

Doc. 9

QUESTIONNAIRE EN FIN DE SEANCE			
1	Que vous a apporté la rééducation ?		
2	A-t-elle répondu à votre demande ?		
	oui	non	
3	La prise de conscience de vos muscles périnéaux a-t-elle mis en évidence autre chose ?		
10	Quel climat avez-vous ressenti au cours des séances de rééducation ?		
4	Y a-t-il quelque chose qui vous semble important dont nous n'avons pas parlé ? Ou pas approfondi ? Ou est resté sans réponse ?		
5	Souhaitez-vous une autre écoute ? À quel sujet ?		
6	La rééducation vous a-t-elle apporté du nouveau dans votre sexualité ? (prise de conscience, comportement, par rapport au couple, ou autoérotisme)		
	oui	non	
	Si oui, souhaitez-vous en parler ?		
	oui	non	
	Si oui, qu'est-ce que la rééducation a mis en évidence sur le plan de votre sexualité ?		
	positif	négatif	
	Si positif, quoi ?		
7	Si vous avez des insatisfactions ou des troubles, désirez-vous y remédier ?		
	oui	non	
8	Qu'est-ce qu'une thérapie en sexologie selon vous ?		
9	Feriez-vous une démarche en couple ?		
	oui	non	
	Si non, pourquoi ?		

Tableau des scores par question et par patiente
Scores avant :

AVANT	SCORE AVANT															MOYENNE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Bonne Santé	0,30	0,70	0,70	0,90	0,70	0,70	0,50	0,70	0,50	0,90	0,50	0,50	0,70	0,90	0,70	0,66
Attrayante	0,50	0,10	0,50	0,50	0,30	0,30	0,50	0,70	0,50	0,30	0,30	0,30	0,50	0,90	0,50	0,45
Source de Plaisir	0,50	0,30	0,50	0,70	0,30	0,10	0,50	0,70	0,50	0,30	0,70	0,30	0,50	0,50	0,50	0,46
Feminin	0,70	0,90	0,70	0,90	0,50	0,50	0,50	0,70	0,50	0,30	0,70	0,50	0,90	0,50	0,70	0,63
Pure, Propre	0,70	0,70	0,70	0,70	0,70	0,70	0,90	0,70	0,50	0,10	0,70	0,30	0,70	0,90	0,70	0,65
Audacieuse	0,30	0,50	0,50	0,50	0,70	0,50	0,30	0,30	0,30	0,50	0,50	0,50	0,50	0,10	0,30	0,42
Plein	0,30	0,50	0,70	0,70	0,70	0,10	0,50	0,50	0,50	0,70	0,70	0,70	0,70	0,50	0,50	0,55
Que l'on touche	0,50	0,30	0,50	0,70	0,30	0,30	0,70	0,50	0,30	0,30	0,30	0,50	0,50	0,10	0,70	0,43
Tendre Chaleureux	0,10	0,70	0,70	0,70	0,70	0,50	0,50	0,70	0,50	0,70	0,90	0,70	0,90	0,50	0,70	0,63
Appaisement	0,10	0,70	0,30	0,10	0,90	0,50	0,30	0,50	0,50	0,70	0,70	0,70	0,50	0,50	0,70	0,51
Expressif	0,70	0,10	0,90	0,90	0,30	0,70	0,50	0,50	0,50	0,70	0,70	0,50	0,50	0,30	0,30	0,54
Que l'on montre	0,30	0,30	0,50	0,70	0,70	0,70	0,10	0,50	0,50	0,50	0,30	0,30	0,70	0,30	0,50	0,46
Calme Serein	0,50	0,10	0,10	0,10	0,70	0,30	0,30	0,70	0,30	0,90	0,70	0,50	0,90	0,30	0,30	0,45
Jeune	0,50	0,50	0,50	0,50	0,70	0,10	0,30	0,30	0,50	0,70	0,50	0,50	0,90	0,90	0,70	0,54
Erotique	0,30	0,10	0,50	0,30	0,50	0,10	0,70	0,30	0,30	0,50	0,50	0,10	0,50	0,50	0,50	0,38
Fort	0,30	0,30	0,50	0,70	0,70	0,70	0,50	0,50	0,30	0,50	0,50	0,30	0,70	0,90	0,70	0,54
Joyeux	0,50	0,30	0,70	0,70	0,70	0,50	0,50	0,70	0,50	0,10	0,90	0,50	0,70	0,90	0,30	0,57
Que l'on regarde	0,30	0,30	0,50	0,30	0,70	0,70	0,50	0,50	0,50	0,70	0,70	0,30	0,70	0,90	0,70	0,55
Energique	0,50	0,30	0,90	0,70	0,10	0,50	0,50	0,70	0,30	0,70	0,70	0,30	0,70	0,90	0,70	0,57
Fréquence désir sexuel	0,50	0,75	0,50	0,25	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,50	0,75	0,50	0,25	0,62
Orgasme pendant RS	0,25	-	0,75	0,75	0,75	-	1,00	0,25	0,25	1,00	1,00	0,50	0,75	0,75	0,75	0,58
Excitation pendant AS	0,50	0,25	0,75	0,75	0,75	0,50	1,00	0,25	0,75	1,00	0,75	0,75	0,75	0,50	0,75	0,67
Variété AS	0,50	0,25	1,00	0,75	0,75	0,25	1,00	0,25	0,75	0,75	0,75	0,50	0,25	0,25	0,50	0,57
Pas de Douleur pendant RS	0,50	-	0,50	0,50	0,75	1,00	0,75	1,00	1,00	1,00	0,75	0,50	1,00	0,25	0,50	0,67
Pas IU pendant AS	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,75	1,00	1,00	1,00	0,75	1,00	1,00	1,00	1,00	0,97
Limitation par peur IU	0,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,90
PAS Evitement si prolapsus	1,00	0,50	1,00	1,00	1,00	1,00	0,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,25	0,88
Emotion Positive RS	0,50	-	1,00	0,75	0,75	1,00	0,75	1,00	1,00	1,00	1,00	0,50	0,25	0,50	0,25	0,68
PAS d'érection AS	0,50	-	0,75	1,00	0,50	0,25	1,00	0,50	1,00	1,00	1,00	1,00	0,25	1,00	1,00	0,72
PAS EP pendant AS	0,50	-	0,50	0,75	0,50	0,25	1,00	0,50	0,25	1,00	1,00	0,50	0,25	1,00	1,00	0,60
Orgasme pendant RS	-	1,00	0,25	0,25	0,25	1,00	0,50	-	-	0,50	0,75	-	-	-	-	0,30
Désir	0,40	0,80	0,80	0,20	0,40	0,80	0,40	0,20	0,60	0,80	0,80	0,20	0,80	0,40	0,20	0,52
Désir	0,20	0,80	0,60	0,20	0,60	0,80	0,40	0,40	0,60	0,60	0,60	0,40	0,60	0,40	0,20	0,49
Excitation pendant AS	0,40	0,40	0,80	0,60	1,00	-	1,00	0,20	0,60	0,80	0,80	0,40	0,60	0,60	-	0,55
Excitation pendant AS	0,40	0,40	0,60	0,60	0,60	-	0,60	0,40	0,60	0,60	0,60	0,60	0,80	0,40	-	0,48
Excitation pendant AS	0,40	0,40	0,80	0,40	0,80	-	0,80	0,40	0,60	1,00	0,60	0,60	0,80	0,20	-	0,52
Satisfaction AS	0,40	0,20	0,80	0,40	0,80	-	1,00	0,20	0,60	1,00	0,80	0,60	0,80	0,60	-	0,55
Lubrification AS	0,60	0,20	1,00	1,00	1,00	-	1,00	0,20	0,80	1,00	0,80	0,80	0,80	0,80	-	0,67
Lubrification AS	0,40	0,20	0,60	0,60	0,80	1,00	0,80	0,40	0,80	0,80	0,40	0,60	0,80	0,60	1,00	0,65
Maintien Lubrification AS	0,40	0,20	1,00	1,00	1,00	-	0,80	0,80	0,60	1,00	0,80	1,00	1,00	0,40	-	0,67
Maintien Lubrification AS	0,40	0,80	0,80	0,80	0,80	1,00	0,80	0,40	0,60	0,80	0,60	0,80	0,80	0,60	1,00	0,73
Orgasme pendant RS	0,40	0,20	0,80	0,40	1,00	-	0,80	0,20	0,20	1,00	1,00	0,40	1,00	1,00	-	0,56
Orgasme pendant RS	0,60	-	0,80	-	0,80	1,00	0,80	0,20	0,20	0,80	0,80	0,20	0,60	0,60	1,00	0,56
Orgasme pendant RS	0,60	0,60	1,00	0,20	1,00	-	0,20	0,20	0,20	1,00	1,00	0,80	0,80	0,80	-	0,56
Rapprochement Emotionnel RS	0,60	0,40	1,00	0,80	0,80	-	1,00	0,40	0,20	1,00	1,00	1,00	0,80	1,00	-	0,67
RS	0,60	0,80	1,00	0,80	1,00	0,20	1,00	0,20	0,40	1,00	0,80	0,80	0,80	0,80	0,20	0,69
Vie Sexuelle	0,60	0,40	1,00	0,40	0,80	0,20	1,00	0,20	0,40	1,00	0,80	0,20	0,60	0,60	0,20	0,56
Douleur pendant RS	0,60	0,60	0,80	0,80	0,80	1,00	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,60	0,80	0,20	1,00	0,75
Douleur Après RS	0,60	0,80	0,80	0,80	0,80	1,00	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,60	0,80	0,80	1,00	0,80
Douleur pendant et après RS pénétration vaginale	0,40	0,80	0,80	0,80	0,80	1,00	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,40	0,80	-	1,00	0,72
Désir	0,40	0,40	0,40	0,20	0,40	-	0,40	0,40	0,60	0,60	0,40	0,40	0,40	0,40	-	0,36
Désir	0,40	1,00	0,60	0,20	0,60	0,80	0,40	0,40	0,60	0,60	0,60	0,40	0,60	0,40	0,20	0,52
Excitation sexuelle	0,40	0,80	0,60	0,60	0,60	-	0,80	0,40	0,40	0,60	0,80	0,40	0,80	0,40	-	0,51
Lubrification AS	0,40	0,20	1,00	1,00	0,80	-	1,00	0,80	0,80	1,00	0,80	1,00	1,00	0,80	-	0,71
Orgasme pendant RS	0,40	0,20	1,00	0,40	1,00	-	1,00	0,20	0,20	1,00	1,00	0,60	1,00	1,00	-	0,60
Vie Sexuelle	0,60	0,20	1,00	0,60	0,80	0,20	1,00	0,40	0,40	1,00	0,80	0,40	0,60	0,60	0,20	0,59
Douleur pendant RS	0,80	0,40	1,00	1,00	1,00	-	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,80	0,20	0,40	-	0,71
Moyenne AVANT	0,47	0,43	0,72	0,61	0,71	0,45	0,68	0,51	0,55	0,76	0,74	0,54	0,68	0,59	0,44	0,59

Tableau des scores par question et par patient
Scores après :

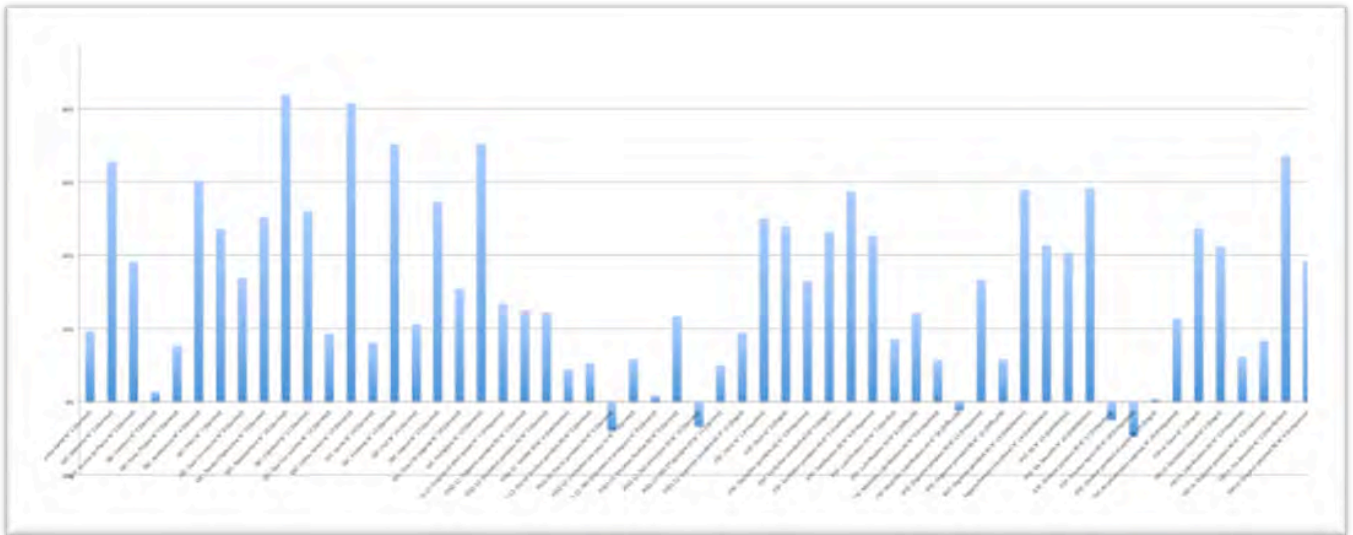
APRES	SCORE APRES															MOYENNE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Bonne Santé	0,70	0,70	0,90	0,90	0,70	0,90	0,50	0,90	0,50	0,90	0,70	0,50	0,90	0,90	0,70	0,75
Attraitante	0,70	0,50	0,70	0,70	0,70	0,30	0,70	0,30	0,50	0,50	0,70	0,50	0,70	0,90	0,70	0,61
Source de Plaisir	0,70	0,70	0,70	0,70	0,70	0,10	0,70	0,70	0,50	0,30	0,70	0,50	0,70	0,70	0,70	0,61
Feminin	0,70	0,90	0,70	0,90	0,70	0,30	0,70	0,70	0,30	0,10	0,70	0,70	0,90	0,70	0,90	0,66
Pure, Propre	0,70	0,70	0,90	0,90	0,90	0,50	0,90	0,70	0,70	0,10	0,50	0,70	0,90	0,90	0,70	0,71
Audacieuse	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,90	0,30	0,50	0,50	0,70	0,70	0,70	0,50	0,50	0,70	0,57
Plein	0,50	0,30	0,90	0,50	0,70	0,70	0,30	0,70	0,50	0,70	0,50	0,70	0,90	0,70	0,70	0,62
Que l'on touche	0,30	0,50	0,70	0,70	0,70	0,10	0,90	0,70	0,50	0,50	0,70	0,50	0,70	0,10	0,70	0,55
Tendre Chaleureux	0,70	0,70	0,90	0,70	0,70	0,50	0,70	0,90	0,50	0,70	0,70	0,70	0,90	0,90	0,70	0,73
Apaisement	0,70	0,90	0,50	0,50	0,70	0,50	0,70	0,50	0,50	0,70	0,70	0,70	0,70	0,70	0,50	0,63
Expressif	0,50	0,30	0,90	0,90	0,70	0,70	0,90	0,70	0,50	0,70	0,30	0,70	0,70	0,90	0,70	0,67
Que l'on montre	0,50	0,30	0,50	0,70	0,70	0,50	0,10	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,70	0,50	0,70	0,51
Calme Serein	0,50	0,10	0,70	0,50	0,70	0,30	0,50	0,70	0,50	0,50	0,70	0,50	0,90	0,30	0,70	0,54
Jeune	0,50	0,50	0,70	0,90	0,70	0,10	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,70	0,90	0,70	0,70	0,59
Erotique	0,70	0,30	0,50	0,70	0,50	0,10	0,70	0,50	0,30	0,50	0,70	0,50	0,70	0,70	0,50	0,53
Fort	0,70	0,50	0,70	0,70	0,50	0,50	0,50	0,70	0,30	0,70	0,30	0,50	0,90	0,90	0,70	0,61
Joyeux	0,50	0,50	0,70	0,70	0,70	0,50	0,70	0,70	0,50	0,70	0,70	0,50	0,70	0,90	0,70	0,65
Que l'on regarde	0,70	0,70	0,50	0,70	0,70	0,70	0,50	0,70	0,50	0,50	0,90	0,50	0,70	0,50	0,70	0,63
Energique	0,70	0,70	0,90	0,90	0,90	0,30	0,50	0,90	0,30	0,70	0,50	0,50	0,90	0,90	0,70	0,69
Frequence désir sex	0,25	0,75	0,75	0,50	0,50	0,75	0,75	0,75	0,75	1,00	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,70
Orgasme pendant F	0,50	0,25	0,75	0,75	0,75	-	1,00	0,50	0,50	1,00	1,00	0,75	0,75	0,75	0,75	0,67
Excitation pendant	0,50	0,50	1,00	0,75	0,75	0,75	1,00	0,50	0,75	1,00	1,00	0,75	0,75	0,75	0,75	0,77
Variété AS	0,50	0,25	0,75	0,75	0,50	-	0,75	0,25	1,00	0,75	1,00	0,50	0,25	0,75	0,75	0,58
Pas de Douleur per	0,50	-	0,75	0,75	0,75	1,00	1,00	1,00	0,75	1,00	0,75	0,50	1,00	0,25	0,75	0,72
Pas IU pendant AS	0,75	-	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,75	1,00	0,75	1,00	1,00	1,00	1,00	0,88
Limitation par peur	0,75	0,75	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,93
PAS Evitement si p	0,50	-	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,75	1,00	1,00	1,00	0,85
Emotion Positive RS	0,50	0,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,25	1,00	1,00	0,75	1,00	0,50	0,50	0,50	0,77
PAS d'érection AS	0,50	-	0,75	1,00	0,50	0,25	1,00	0,50	0,75	1,00	1,00	0,50	0,25	1,00	0,75	0,65
PAS EP pendant AS	0,50	-	0,75	0,75	0,50	0,25	1,00	0,50	0,50	1,00	1,00	0,50	0,25	1,00	1,00	0,63
Orgasme pendant F	0,25	-	0,25	0,50	0,50	1,00	0,25	0,25	-	0,50	1,00	0,25	0,50	-	0,75	0,40
Désir	0,60	0,80	0,80	0,60	0,60	0,80	0,60	0,20	0,60	1,00	0,60	0,60	0,80	0,80	0,40	0,65
Désir	0,60	0,40	0,60	0,60	0,60	0,80	0,60	0,40	0,60	0,80	0,60	0,60	0,80	0,80	0,40	0,61
Excitation pendant	0,60	0,40	1,00	1,00	0,80	0,40	1,00	0,20	0,80	1,00	1,00	0,60	0,80	1,00	1,00	0,77
Excitation pendant	0,60	0,40	0,60	0,60	0,80	0,40	1,00	0,60	0,80	1,00	0,80	0,80	1,00	1,00	0,80	0,76
Excitation pendant	0,60	0,60	1,00	1,00	0,80	0,60	1,00	0,60	0,80	1,00	0,60	0,80	1,00	0,80	0,60	0,79
Satisfaction AS	0,60	0,40	1,00	0,80	0,80	0,20	1,00	0,40	0,80	1,00	1,00	0,80	1,00	1,00	1,00	0,79
Lubrification AS	0,40	0,20	1,00	1,00	0,80	0,60	1,00	0,40	1,00	1,00	0,60	1,00	1,00	0,80	1,00	0,79
Lubrification AS	0,40	0,80	0,80	0,80	0,60	0,60	0,80	0,40	0,80	0,80	0,60	0,80	0,80	0,60	0,80	0,69
Maintien Lubrificati	0,40	0,20	1,00	1,00	0,60	0,20	1,00	0,80	1,00	1,00	0,80	1,00	1,00	0,40	1,00	0,76
Maintien Lubrificati	0,40	0,60	0,80	0,80	0,60	0,20	0,80	0,60	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,60	0,80	0,68
Orgasme pendant F	0,40	0,20	1,00	0,80	0,80	0,20	1,00	0,40	0,40	1,00	1,00	0,60	1,00	1,00	1,00	0,72
Orgasme pendant F	0,20	-	0,80	0,40	0,50	-	0,80	0,20	0,40	0,80	0,80	0,60	0,80	0,80	0,60	0,52
Orgasme pendant F	0,60	0,40	0,20	0,80	0,80	0,20	1,00	0,40	0,40	1,00	1,00	1,00	1,00	0,40	0,80	0,67
Rapprochement Em	0,60	0,80	1,00	1,00	0,80	0,40	1,00	0,60	0,80	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,87
RS	0,80	0,60	0,20	1,00	0,80	0,20	1,00	0,80	0,80	1,00	1,00	1,00	0,80	1,00	0,60	0,77
Vie Sexuelle	0,60	0,40	0,20	1,00	0,80	0,20	1,00	0,40	0,80	0,80	1,00	0,80	0,80	1,00	0,60	0,69
Douleur pendant RS	0,40	-	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,60	0,80	0,40	0,80	0,68
Douleur Après RS	0,60	-	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,60	0,80	0,80	0,80	0,72
Douleur pendant et	0,40	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,80	0,60	0,80	-	0,80	0,71
RS pénétration vag	0,40	0,40	0,60	0,40	0,40	-	0,40	0,60	0,60	0,60	0,60	0,20	0,40	0,80	0,40	0,45
Désir	0,60	0,60	0,60	0,60	0,60	0,80	0,60	0,20	0,60	1,00	0,60	0,60	0,80	1,00	0,60	0,65
Excitation sexuelle	0,60	0,40	0,60	0,80	0,60	0,80	1,00	0,40	0,60	1,00	1,00	0,80	1,00	1,00	0,80	0,76
Lubrification AS	0,60	0,20	1,00	1,00	0,80	0,60	1,00	0,40	1,00	1,00	0,80	1,00	1,00	0,80	1,00	0,81
Orgasme pendant F	0,60	0,20	1,00	0,80	0,80	0,20	1,00	0,20	0,20	1,00	1,00	0,60	1,00	1,00	1,00	0,71
Vie Sexuelle	0,60	0,60	1,00	1,00	0,80	0,20	1,00	0,40	0,80	0,80	1,00	0,80	1,00	1,00	1,00	0,80
Douleur pendant RS	0,60	0,20	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,80	1,00	0,60	1,00	0,88
Moyenne APRES	0,55	0,42	0,76	0,79	0,72	0,50	0,79	0,58	0,64	0,80	0,78	0,68	0,81	0,74	0,74	0,69

Tableau global après le recueil des résultats

Interpretation des Résultats

QUESTION	Patient1	Patient2	Patient3	Patient4	Patient5	Patient6	Patient7	Patient8	Patient9	Patient10	Patient11	Patient12	Patient13	Patient14	Patient15	Moyenne
QIC: Bien Santé N° 1 (General)	33%	400%	40%	40%	29%	40%	40%	40%	67%	133%	100%	67%	40%	40%	40%	19%
QIC: Attriance N° 2 (General)	40%	133%	40%	133%	133%	40%	40%	40%	67%	133%	133%	67%	40%	40%	40%	66%
QIC: Sources de Plaisir N° 3 (General)	40%	133%	40%	133%	133%	40%	40%	40%	67%	133%	133%	67%	40%	40%	40%	38%
QIC: Féminin N° 4 (General)	67%	400%	29%	29%	29%	40%	40%	40%	-40%	-29%	-29%	40%	40%	40%	29%	3%
QIC: Pure, Propre N° 5 (General)	67%	400%	29%	29%	29%	40%	40%	40%	67%	133%	133%	40%	40%	40%	40%	60%
QIC: Audacieuse N° 6 (General)	67%	400%	29%	29%	29%	40%	40%	40%	67%	133%	133%	40%	40%	40%	40%	47%
QIC: Plein N° 7 (General)	67%	400%	29%	29%	29%	40%	40%	40%	67%	133%	133%	40%	40%	40%	40%	34%
QIC: Que l'on touche N° 8 (General)	600%	200%	67%	67%	67%	40%	40%	40%	67%	133%	133%	40%	40%	40%	40%	50%
QIC: Tendre Chaleureux N° 9 (General)	600%	200%	67%	67%	67%	40%	40%	40%	67%	133%	133%	40%	40%	40%	40%	84%
QIC: Appaisif N° 10 (General)	67%	400%	400%	400%	400%	40%	40%	40%	67%	133%	133%	40%	40%	40%	40%	19%
QIC: Expressif N° 11 (General)	67%	400%	400%	400%	400%	40%	40%	40%	67%	133%	133%	40%	40%	40%	40%	81%
QIC: Que l'on montre N° 12 (General)	67%	400%	400%	400%	400%	40%	40%	40%	67%	133%	133%	40%	40%	40%	40%	16%
QIC: Calme Serein N° 13 (General)	133%	200%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	67%	133%	133%	40%	40%	40%	40%	70%
QIC: Eroïque N° 14 (General)	133%	200%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	67%	133%	133%	40%	40%	40%	40%	21%
QIC: Fort N° 15 (General)	133%	200%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	67%	133%	133%	40%	40%	40%	40%	35%
QIC: Joyeux N° 16 (General)	133%	200%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	67%	133%	133%	40%	40%	40%	40%	25%
QIC: Que l'on regarde N° 18 (General)	133%	200%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	67%	133%	133%	40%	40%	40%	40%	37%
QIC: Que l'on regarde N° 18 (General)	133%	200%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	67%	133%	133%	40%	40%	40%	40%	37%
QIC: Que l'on regarde N° 18 (General)	133%	200%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	67%	133%	133%	40%	40%	40%	40%	37%
PISQ-12: Fréquence d'excitation N° 1 (Fréquence)	50%	100%	100%	100%	100%	33%	33%	100%	100%	100%	33%	50%	50%	50%	200%	27%
PISQ-12: Orgasme pendant AS N° 2 (General)	100%	25%	33%	33%	33%	50%	50%	100%	100%	100%	33%	50%	50%	50%	200%	27%
PISQ-12: Excitation pendant AS N° 3 (General)	100%	25%	33%	33%	33%	50%	50%	100%	100%	100%	33%	50%	50%	50%	200%	25%
PISQ-12: Variété AS N° 4 (Satisfaction)	100%	25%	33%	33%	33%	50%	50%	100%	100%	100%	33%	50%	50%	50%	200%	24%
PISQ-12: Pas de Douleur pendant RS N° 5 (General)	100%	25%	33%	33%	33%	50%	50%	100%	100%	100%	33%	50%	50%	50%	200%	9%
PISQ-12: Pas de Douleur pendant AS N° 6 (General)	100%	25%	33%	33%	33%	50%	50%	100%	100%	100%	33%	50%	50%	50%	200%	11%
PISQ-12: Pas de Douleur pendant AS N° 7 (General)	100%	25%	33%	33%	33%	50%	50%	100%	100%	100%	33%	50%	50%	50%	200%	11%
PISQ-12: Limitation par peur IU N° 7 (General)	100%	25%	33%	33%	33%	50%	50%	100%	100%	100%	33%	50%	50%	50%	200%	11%
PISQ-12: PAS Evitement si prolapsus N° 8 (General)	100%	25%	33%	33%	33%	50%	50%	100%	100%	100%	33%	50%	50%	50%	200%	11%
PISQ-12: Emotion Positive RS N° 9 (General)	100%	25%	33%	33%	33%	50%	50%	100%	100%	100%	33%	50%	50%	50%	200%	2%
PISQ-12: PAS d'érection AS N° 10 (General)	100%	25%	33%	33%	33%	50%	50%	100%	100%	100%	33%	50%	50%	50%	200%	23%
PISQ-12: PAS EP pendant AS N° 11 (General)	100%	25%	33%	33%	33%	50%	50%	100%	100%	100%	33%	50%	50%	50%	200%	10%
PISQ-12: Orgasme pendant RS N° 12 (Degré)	100%	25%	33%	33%	33%	50%	50%	100%	100%	100%	33%	50%	50%	50%	200%	10%
IFSF: Desir N° 1 (Fréquence)	25%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	75%	19%
IFSF: Desir N° 2 (Degré)	200%	50%	200%	200%	200%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	50%
IFSF: Excitation pendant AS N° 3 (Fréquence)	200%	50%	200%	200%	200%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	48%
IFSF: Excitation pendant AS N° 4 (Degré)	200%	50%	200%	200%	200%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	33%
IFSF: Excitation pendant AS N° 5 (Confiance)	200%	50%	200%	200%	200%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	33%
IFSF: Excitation pendant AS N° 5 (Confiance)	200%	50%	200%	200%	200%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	45%
IFSF: Excitation pendant AS N° 5 (Confiance)	200%	50%	200%	200%	200%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	45%
IFSF: Excitation pendant AS N° 5 (Confiance)	200%	50%	200%	200%	200%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	45%
IFSF: Lubrification AS N° 7 (Difficulté)	300%	33%	33%	33%	33%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	17%
IFSF: Lubrification AS N° 8 (Difficulté)	300%	33%	33%	33%	33%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	24%
IFSF: Maintien Lubrification AS N° 9 (Fréquence)	25%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	11%
IFSF: Maintien Lubrification AS N° 9 (Fréquence)	25%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	11%
IFSF: Orgasme pendant RS N° 10 (Difficulté)	25%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	2%
IFSF: Orgasme pendant RS N° 11 (Fréquence)	25%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	2%
IFSF: Orgasme pendant RS N° 12 (Difficulté)	25%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	2%
IFSF: Orgasme pendant RS N° 13 (Satisfaction)	25%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	2%
IFSF: Rapprochement Emotionnel N° 14 (Satisfaction)	33%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	41%
IFSF: RS N° 15 (Satisfaction)	33%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	41%
IFSF: Ve Sexuelle N° 16 (Satisfaction)	33%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	58%
IFSF: Douleur pendant RS N° 17 (Fréquence)	33%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	58%
IFSF: Douleur pendant RS N° 17 (Fréquence)	33%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	58%
IFSF: Douleur pendant et après N° 19 (Degré)	33%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	58%
IFSF: RS pénétration vaginale N° 20 (Fréquence)	33%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	58%
FSFI-6: Desir N° 1 (Degré)	50%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	1%
FSFI-6: Excitation Sexuelle N° 2 (Degré)	50%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	1%
FSFI-6: Lubrification AS N° 3 (Fréquence)	50%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	1%
FSFI-6: Orgasme pendant RS N° 4 (Fréquence)	50%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	1%
FSFI-6: Ve Sexuelle N° 5 (Satisfaction)	50%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	1%
FSFI-6: Douleur pendant RS N° 6 (Fréquence)	50%	100%	100%	100%	100%	50%	50%	25%	25%	25%	33%	25%	25%	25%	100%	1%
Moyenne	18%	3%	5%	29%	1%	12%	16%	13%	16%	5%	5%	25%	18%	25%	69%	17%

Histogramme de l'évolution des patientes par question



**Etude séparée des questionnaires
QIC et PISQ-12**

QIC

QUESTION	Patiente1	Patiente2	Patiente3	Patiente4	Patiente5	Patiente6	Patiente7	Patiente8	Patiente9	Patiente10	Patiente11	Patiente12	Patiente13	Patiente14	Patiente15	Moyenne
QIC: Bonne Santé N° 1 (General)	133%	0%	29%	0%	0%	29%	0%	29%	0%	0%	40%	0%	29%	0%	0%	19%
QIC: Attribuant N° 2 (General)	40%	40%	40%	40%	133%	0%	40%	-57%	0%	67%	133%	67%	40%	0%	40%	66%
QIC: Source de Plaisir N° 3 (General)	40%	133%	40%	0%	133%	0%	40%	0%	0%	0%	0%	67%	40%	40%	40%	38%
QIC: Féminin N° 4 (General)	0%	0%	0%	0%	40%	-40%	40%	0%	-40%	-67%	0%	40%	40%	40%	29%	3%
QIC: Pure, Propre N° 5 (General)	0%	0%	29%	29%	29%	-29%	0%	0%	40%	0%	-29%	133%	29%	0%	0%	15%
QIC: Audaceuse N° 6 (General)	67%	0%	0%	0%	-29%	80%	0%	67%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	133%	60%
QIC: Plein N° 7 (General)	67%	-40%	29%	-29%	0%	600%	-40%	40%	0%	0%	-29%	0%	29%	40%	40%	47%
QIC: Que l'on touche N° 8 (General)	-40%	67%	40%	0%	133%	-67%	29%	40%	67%	67%	133%	0%	40%	0%	0%	34%
QIC: Tendre Chaleureux N° 9 (General)	600%	0%	29%	0%	0%	0%	40%	29%	0%	0%	-22%	0%	0%	80%	0%	50%
QIC: Apaisement N° 10 (General)	600%	29%	67%	400%	-22%	0%	133%	0%	0%	0%	0%	0%	40%	40%	-29%	84%
QIC: Expressif N° 11 (General)	-29%	200%	0%	0%	133%	0%	80%	40%	0%	0%	-57%	40%	40%	200%	133%	52%
QIC: Que l'on montre N° 12 (General)	67%	0%	0%	0%	0%	-29%	0%	0%	0%	0%	67%	67%	0%	67%	40%	19%
QIC: Calme Serein N° 13 (General)	0%	0%	600%	400%	0%	0%	67%	0%	67%	-44%	0%	0%	0%	0%	133%	81%
QIC: Jeune N° 14 (General)	0%	0%	40%	80%	0%	0%	67%	67%	0%	-29%	0%	40%	0%	-22%	0%	16%
QIC: Erotique N° 15 (General)	133%	200%	0%	133%	0%	0%	0%	67%	0%	40%	40%	400%	40%	40%	0%	70%
QIC: Fort N° 16 (General)	133%	67%	40%	0%	-29%	-29%	0%	40%	0%	40%	-40%	67%	29%	0%	0%	21%
QIC: Joyeux N° 17 (General)	0%	67%	0%	0%	0%	0%	40%	0%	0%	600%	-22%	0%	0%	133%	0%	55%
QIC: Que l'on regarde N° 18 (General)	133%	133%	0%	133%	0%	0%	0%	40%	0%	-29%	29%	67%	0%	0%	0%	31%
QIC: Energique N° 19 (General)	40%	133%	0%	29%	800%	-40%	0%	29%	0%	0%	-29%	67%	29%	0%	0%	70%
Moyenne QIC	104%	73%	52%	64%	70%	25%	28%	23%	11%	34%	13%	58%	20%	46%	36%	44%

moyenne amélioration

PISQ-12

QUESTION	Patiente1	Patiente2	Patiente3	Patiente4	Patiente5	Patiente6	Patiente7	Patiente8	Patiente9	Patiente10	Patiente11	Patiente12	Patiente13	Patiente14	Patiente15	Moyenne
PISQ-12: Fréquence désir sexuel N° 1 (Fréquent)	-50%	0%	50%	100%	-33%	0%	0%	0%	0%	33%	0%	50%	0%	50%	200%	27%
PISQ-12: Orgasme pendant RS N° 2 (General)	100%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	50%	0%	0%	0%	25%
PISQ-12: Excitation pendant AS N° 3 (General)	0%	100%	33%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	33%	0%	0%	50%	0%	24%
PISQ-12: Variété AS N° 4 (Satisfaction)	0%	0%	-25%	0%	-33%	-100%	-25%	0%	33%	0%	33%	0%	0%	200%	50%	9%
PISQ-12: Pas de Douleur pendant RS N° 5 (Get)	0%	0%	0%	50%	0%	0%	33%	0%	-25%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	11%
PISQ-12: Pas IU pendant AS N° 6 (General)	-25%	-100%	0%	0%	0%	0%	33%	0%	-25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	-8%
PISQ-12: Limitation par peur IU N° 7 (General)	50%	-25%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	-50%	12%
PISQ-12: PAS Évitements si propulsus N° 8 (Get)	-50%	-100%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	-25%	0%	0%	100%	2%
PISQ-12: Emotion Positive RS N° 9 (General)	0%	50%	0%	33%	33%	0%	33%	0%	-75%	0%	-25%	100%	100%	0%	100%	23%
PISQ-12: PAS d'érection AS N° 10 (General)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	-25%	-7%
PISQ-12: PAS EP pendant AS N° 11 (General)	0%	0%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	10%
PISQ-12: Orgasme pendant RS N° 12 (Degré)	25%	-100%	0%	100%	100%	0%	-50%	25%	0%	0%	33%	25%	50%	0%	75%	19%
Moyenne PISQ-12	4%	-13%	13%	24%	6%	-4%	19%	13%	13%	3%	6%	13%	21%	25%	42%	12%

moyenne amélioration

Etude séparée des questionnaires IFSF et FSFI-6

QUESTION	Patiente1	Patiente2	Patiente3	Patiente4	Patiente5	Patiente6	Patiente7	Patiente8	Patiente9	Patiente10	Patiente11	Patiente12	Patiente13	Patiente14	Patiente15	Moyenne
IFSF: Désir N° 1 (Fréquence)	50%	0%	0%	200%	50%	0%	50%	0%	0%	25%	-25%	200%	0%	100%	100%	50%
IFSF: Désir N° 2 (Degré)	200%	-50%	0%	200%	0%	0%	50%	0%	0%	33%	0%	50%	33%	100%	100%	48%
IFSF: Excitation pendant AS N° 3 (Fréquence)	50%	0%	25%	67%	-20%	40%	0%	0%	33%	25%	25%	50%	33%	100%	100%	33%
IFSF: Excitation pendant AS N° 4 (Degré)	50%	0%	0%	33%	33%	40%	67%	50%	33%	67%	33%	33%	25%	150%	80%	46%
IFSF: Excitation pendant AS N° 5 (Confiance)	50%	50%	25%	150%	0%	60%	25%	50%	33%	0%	0%	33%	25%	300%	60%	57%
IFSF: Satisfaction AS N° 6 (Fréquence)	50%	100%	25%	100%	0%	20%	0%	100%	33%	0%	25%	33%	25%	100%	100%	45%
IFSF: Lubrification AS N° 7 (Général)	-33%	0%	0%	0%	-20%	60%	0%	100%	25%	0%	-25%	25%	25%	0%	100%	17%
IFSF: Lubrification AS N° 8 (Difficulté)	0%	300%	33%	33%	-25%	-40%	0%	0%	0%	0%	50%	33%	0%	0%	-20%	24%
IFSF: Maintien Lubrification AS N° 9 (Fréquence)	0%	0%	0%	0%	-40%	20%	25%	0%	67%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	11%
IFSF: Maintien Lubrification AS N° 10 (Difficulté)	0%	-25%	0%	0%	-25%	80%	0%	50%	33%	0%	0%	0%	0%	0%	-20%	-2%
IFSF: Orgasme pendant RS N° 11 (Fréquence)	0%	0%	25%	100%	-20%	20%	100%	100%	100%	0%	0%	50%	0%	0%	100%	33%
IFSF: Orgasme pendant RS N° 12 (Difficulté)	-67%	0%	0%	40%	-25%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	200%	33%	-40%	12%	
IFSF: Orgasme pendant RS N° 13 (Satisfaction)	0%	-33%	-80%	300%	-20%	20%	400%	100%	100%	0%	0%	25%	25%	80%	80%	58%
IFSF: Rapprochement Emotionnel N° 14 (Satisfaction)	0%	100%	0%	0%	40%	0%	0%	50%	300%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	43%
IFSF: RS N° 15 (Satisfaction)	33%	-25%	-80%	25%	-20%	0%	0%	0%	300%	0%	25%	25%	0%	25%	200%	41%
IFSF: RS N° 16 (Satisfaction)	0%	0%	-80%	150%	0%	0%	0%	0%	100%	-20%	25%	300%	33%	200%	200%	58%
IFSF: Douleur pendant RS N° 17 (Fréquence)	-33%	-100%	0%	0%	0%	-20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	-20%	-5%
IFSF: Douleur Après RS N° 18 (Fréquence)	0%	-100%	0%	0%	0%	-20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	-9%
IFSF: Douleur pendant et après N° 19 (Degré)	0%	0%	0%	0%	0%	-20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
IFSF: RS pénétration vaginale N° 20 (Fréquence)	0%	0%	50%	100%	0%	0%	0%	50%	0%	0%	50%	-50%	0%	100%	40%	23%
Moyenne IFSF	18%	11%	-3%	76%	-7%	2%	32%	53%	53%	7%	11%	53%	14%	53%	66%	29%

moyenne amélioration

FSFI-6

QUESTION	Patiente1	Patiente2	Patiente3	Patiente4	Patiente5	Patiente6	Patiente7	Patiente8	Patiente9	Patiente10	Patiente11	Patiente12	Patiente13	Patiente14	Patiente15	Moyenne
FSFI-6: Désir N° 1 (Degré)	50%	-40%	0%	200%	0%	0%	50%	0%	67%	0%	50%	150%	33%	200%	200%	47%
FSFI-6: Excitation Sexuel N° 2 (Degré)	50%	-50%	0%	33%	0%	80%	25%	0%	50%	67%	100%	150%	25%	150%	80%	42%
FSFI-6: Lubrification AS N° 3 (Fréquence)	50%	0%	0%	0%	60%	0%	-50%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	12%
FSFI-6: Orgasme pendant RS N° 4 (Fréquence)	50%	0%	0%	100%	-20%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	17%
FSFI-6: Vie Sexuelle N° 5 (Satisfaction)	0%	200%	0%	67%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%	67%	67%	400%	400%	67%
FSFI-6: Douleur pendant AS N° 6 (Fréquence)	-25%	-50%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	-20%	25%	100%	67%	50%	100%	38%
Moyenne FSFI-6	29%	10%	0%	67%	-3%	43%	13%	-17%	29%	8%	47%	88%	69%	163%	163%	37%

moyenne amélioration

Evolution globale par patiente et par questionnaire

Synthese

QUESTION	Patiente1	Patiente2	Patiente3	Patiente4	Patiente5	Patiente6	Patiente7	Patiente8	Patiente9	Patiente10	Patiente11	Patiente12	Patiente13	Patiente14	Patiente15	Moyenne
Moyenne QIC	104%	73%	52%	64%	70%	25%	28%	23%	11%	34%	13%	58%	20%	46%	36%	44%
Moyenne PISQ-12	4%	-13%	13%	24%	6%	-4%	19%	13%	13%	3%	6%	13%	21%	25%	42%	12%
Moyenne IFSF	18%	11%	-3%	76%	-7%	2%	32%	53%	7%	11%	53%	14%	53%	66%	29%	29%
Moyenne FSFI-6	29%	10%	0%	67%	-3%	43%	13%	-17%	29%	8%	42%	88%	69%	163%	37%	37%
Moyenne par Patientes	39%	20%	15%	58%	16%	17%	23%	18%	26%	16%	10%	41%	36%	48%	77%	31%

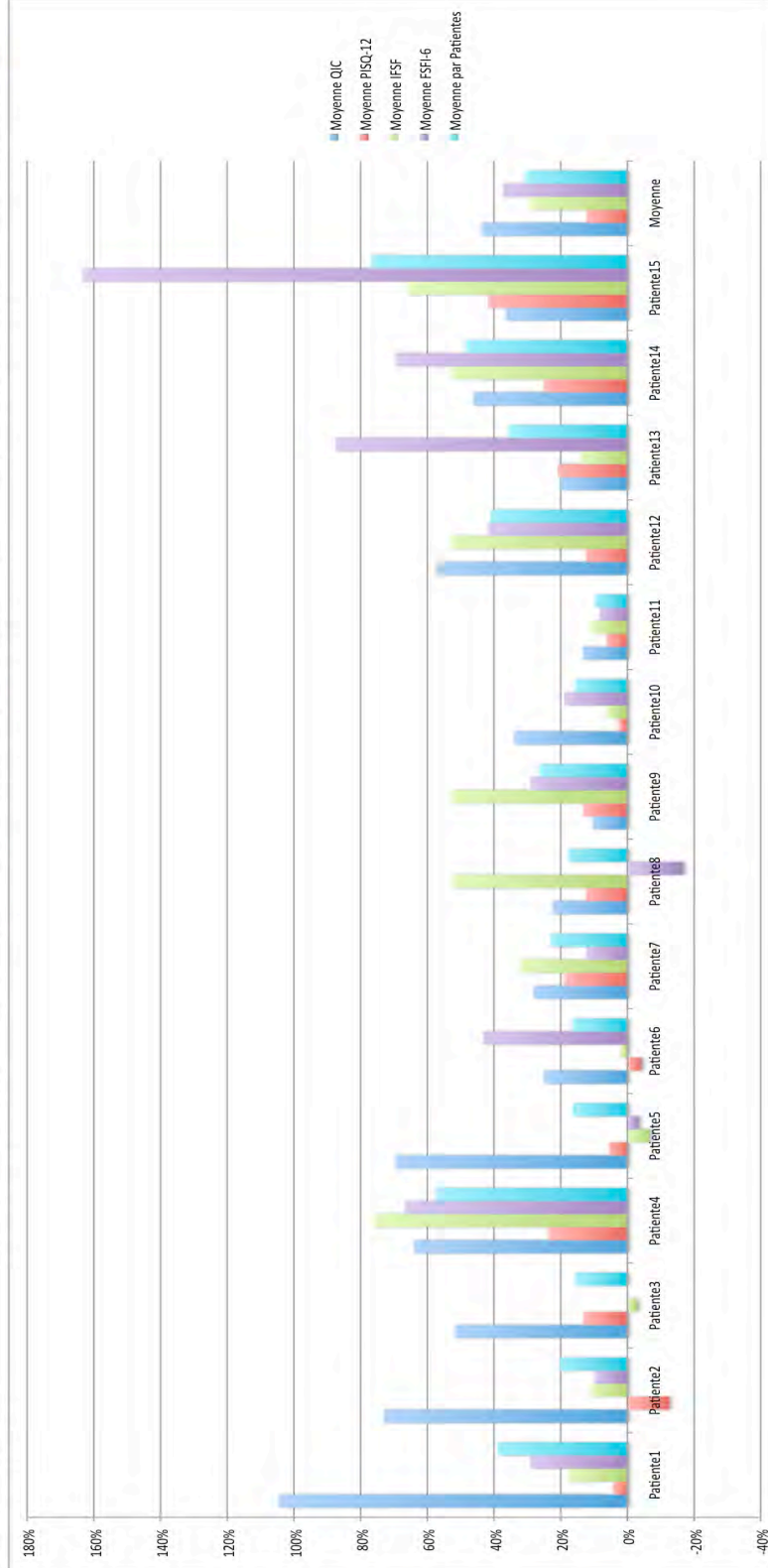


Tableau pour lire les évolutions par item de la sexualité.
Première partie : vue détaillée des tableaux

Etude séparée des Questionnaires

QIC

QUESTION	Patiente1	Patiente2	Patiente3	Patiente4	Patiente5	Patiente6	Patiente7	Patiente8	Patiente9	Patiente10	Patiente11	Patiente12	Patiente13	Patiente14	Patiente15	Moyenne
QIC: Bonne Santé N° 1 (General)	133%	0%	29%	0%	0%	29%	0%	29%	0%	0%	40%	0%	29%	0%	0%	19%
QIC: Attriante N° 2 (General)	-40%	-400%	40%	40%	-133%	0%	40%	-57%	0%	67%	133%	-67%	40%	0%	40%	66%
QIC: Source de Plaisir N° 3 (General)	-40%	-133%	40%	0%	-133%	0%	40%	0%	0%	0%	0%	67%	40%	40%	40%	38%
QIC: Féminin N° 4 (General)	0%	0%	0%	0%	40%	-40%	40%	0%	-40%	-67%	0%	40%	0%	40%	29%	3%
QIC: Pure, Propre N° 5 (General)	0%	0%	29%	29%	29%	-29%	0%	0%	40%	0%	-29%	133%	29%	0%	0%	15%
QIC: Audacieuse N° 6 (General)	67%	0%	0%	0%	-29%	80%	0%	67%	57%	40%	40%	0%	400%	-133%	0%	60%
QIC: Plein N° 7 (General)	67%	-40%	29%	-29%	0%	600%	-40%	40%	0%	0%	-29%	0%	29%	40%	40%	47%
QIC: Que l'on touche N° 8 (General)	-40%	67%	40%	0%	133%	-67%	29%	40%	67%	67%	133%	0%	-40%	0%	0%	34%
QIC: Tendre Chaleureux N° 9 (General)	600%	0%	29%	0%	0%	0%	40%	29%	0%	0%	-22%	0%	0%	80%	0%	50%
QIC: Apaisement N° 10 (General)	600%	29%	57%	400%	-22%	0%	133%	0%	0%	0%	0%	0%	40%	-40%	-29%	84%
QIC: Expressif N° 11 (General)	-29%	-200%	0%	0%	133%	0%	80%	40%	0%	0%	-57%	40%	40%	200%	-133%	52%
QIC: Que l'on montre N° 12 (General)	67%	0%	0%	0%	0%	-29%	0%	0%	0%	0%	67%	67%	67%	67%	40%	19%
QIC: Calme Serein N° 13 (General)	0%	0%	600%	400%	0%	0%	67%	0%	67%	-44%	0%	0%	-0%	-0%	133%	81%
QIC: Jeune N° 14 (General)	0%	0%	40%	80%	0%	0%	67%	67%	0%	-29%	0%	40%	0%	-22%	0%	16%
QIC: Erotique N° 15 (General)	133%	200%	0%	133%	0%	0%	0%	67%	0%	0%	40%	400%	40%	40%	0%	70%
QIC: Fort N° 16 (General)	133%	67%	40%	0%	-29%	-29%	0%	40%	0%	40%	-40%	67%	29%	0%	0%	21%
QIC: Joyeux N° 17 (General)	0%	67%	0%	0%	0%	0%	40%	0%	0%	600%	-22%	0%	0%	0%	-133%	55%
QIC: Que l'on regarde N° 18 (General)	133%	-133%	0%	133%	0%	0%	0%	40%	0%	-29%	29%	67%	0%	-44%	0%	31%
QIC: Energique N° 19 (General)	40%	133%	0%	29%	800%	-40%	0%	29%	0%	0%	-29%	67%	29%	0%	0%	70%
Moyenne QIC	104%	73%	52%	64%	70%	25%	28%	23%	11%	34%	13%	58%	20%	46%	36%	44%

moyenne amélioration

PISQ-12

QUESTION	Patiente1	Patiente2	Patiente3	Patiente4	Patiente5	Patiente6	Patiente7	Patiente8	Patiente9	Patiente10	Patiente11	Patiente12	Patiente13	Patiente14	Patiente15	Moyenne
PISQ-12: Fréquence désir sexuel N° 1 (Fréquent)	-50%	0%	50%	100%	-33%	0%	0%	0%	0%	33%	0%	50%	0%	50%	200%	27%
PISQ-12: Orgasme pendant RS N° 2 (General)	100%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	50%	0%	0%	0%	25%
PISQ-12: Excitation pendant AS N° 3 (General)	60%	100%	33%	0%	0%	50%	0%	100%	0%	0%	33%	0%	0%	50%	0%	24%
PISQ-12: Variété AS N° 4 (Satisfaction)	0%	0%	-25%	0%	-33%	-100%	-25%	0%	33%	0%	33%	0%	0%	200%	50%	9%
PISQ-12: Pas de Douleur pendant RS N° 5 (General)	0%	0%	50%	50%	0%	0%	33%	0%	-25%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	11%
PISQ-12: Pas IU pendant AS N° 6 (General)	-25%	-100%	0%	0%	0%	0%	33%	0%	-25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	-8%
PISQ-12: Limitation par peur IU N° 7 (General)	50%	-25%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	-50%	0%	12%
PISQ-12: PAS Evitement si prolapsus N° 8 (General)	-50%	-100%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	-25%	0%	0%	100%	2%
PISQ-12: Emotion Positive RS N° 9 (General)	0%	50%	0%	33%	33%	0%	33%	-75%	0%	0%	-25%	100%	100%	0%	100%	23%
PISQ-12: PAS d'érection AS N° 10 (General)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	-25%	0%	0%	-50%	0%	0%	-25%	0%	-7%
PISQ-12: PAS EP pendant AS N° 11 (General)	0%	0%	50%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	10%
PISQ-12: Orgasme pendant RS N° 12 (Degré)	25%	-100%	0%	100%	100%	0%	-50%	25%	0%	0%	33%	25%	50%	0%	75%	19%
Moyenne PISQ-12	4%	-13%	13%	24%	6%	-4%	19%	13%	13%	3%	6%	13%	21%	25%	42%	12%

moyenne amélioration

IFSF

QUESTION	Patiente1	Patiente2	Patiente3	Patiente4	Patiente5	Patiente6	Patiente7	Patiente8	Patiente9	Patiente10	Patiente11	Patiente12	Patiente13	Patiente14	Patiente15	Moyenne
IFSF: Désir N° 1 (Fréquence)	50%	0%	0%	200%	50%	0%	50%	0%	0%	25%	-25%	200%	0%	100%	100%	50%
IFSF: Désir N° 2 (Degré)	200%	-50%	0%	200%	0%	0%	50%	0%	0%	20%	0%	50%	33%	100%	100%	48%
IFSF: Excitation pendant AS N° 3 (Fréquence)	50%	0%	25%	67%	-20%	40%	0%	0%	33%	25%	25%	50%	33%	67%	100%	33%
IFSF: Excitation pendant AS N° 4 (Degré)	50%	0%	0%	33%	33%	40%	67%	30%	33%	67%	33%	33%	25%	150%	80%	46%
IFSF: Excitation pendant AS N° 5 (Confiance)	50%	50%	25%	150%	0%	60%	25%	50%	33%	0%	0%	33%	25%	300%	60%	57%
IFSF: Satisfaction AS N° 6 (Fréquence)	50%	100%	25%	100%	0%	20%	0%	100%	33%	0%	25%	33%	25%	67%	100%	45%
IFSF: Lubrification AS N° 7 (Général)	-33%	0%	0%	0%	-20%	50%	0%	100%	25%	0%	-25%	25%	25%	0%	100%	17%
IFSF: Lubrification AS N° 8 (Difficulté)	0%	300%	33%	33%	-25%	-40%	0%	0%	0%	0%	50%	33%	0%	0%	-20%	24%
IFSF: Maintien Lubrification AS N° 9 (Fréquence)	0%	0%	0%	0%	-40%	20%	25%	0%	67%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	11%
IFSF: Maintien Lubrification AS N° 10 (Difficulté)	0%	-25%	0%	0%	-25%	-80%	0%	50%	33%	0%	33%	0%	0%	0%	-20%	-2%
IFSF: Orgasme pendant RS N° 11 (Fréquence)	0%	0%	25%	100%	-20%	20%	25%	100%	100%	0%	0%	50%	0%	0%	100%	33%
IFSF: Orgasme pendant RS N° 12 (Difficulté)	-67%	0%	0%	40%	-25%	-100%	0%	0%	100%	0%	0%	200%	33%	33%	-40%	12%
IFSF: Orgasme pendant RS N° 13 (Satisfaction)	0%	-33%	-80%	30%	-20%	30%	400%	100%	100%	0%	0%	25%	25%	-50%	80%	58%
IFSF: Rapprochement Emotionnel N° 14 (Satisfaction)	0%	100%	0%	25%	0%	40%	0%	50%	300%	0%	0%	0%	25%	0%	100%	43%
IFSF: RS N° 15 (Satisfaction)	-33%	-25%	-80%	25%	-20%	0%	0%	300%	100%	0%	25%	25%	0%	25%	200%	41%
IFSF: Vie Sexuelle N° 16 (Satisfaction)	0%	0%	-80%	150%	0%	0%	0%	100%	100%	-20%	25%	300%	33%	67%	200%	58%
IFSF: Douleur pendant RS N° 17 (Fréquence)	-33%	-100%	0%	0%	0%	-20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	-20%	-5%
IFSF: Douleur Après RS N° 18 (Fréquence)	0%	-100%	0%	0%	0%	-20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	-20%	-9%
IFSF: Douleur pendant et après N° 19 (Degré)	0%	0%	0%	0%	0%	-20%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	0%	0%	-20%	1%
IFSF: RS pénétration vaginale N° 20 (Fréquence)	0%	0%	50%	100%	0%	0%	0%	50%	0%	0%	50%	-50%	0%	100%	40%	23%
Moyenne IFSF	18%	11%	-3%	76%	-7%	2%	32%	53%	53%	7%	11%	53%	14%	53%	66%	29%

moyenne amélioration

FSFI-6

QUESTION	Patiente1	Patiente2	Patiente3	Patiente4	Patiente5	Patiente6	Patiente7	Patiente8	Patiente9	Patiente10	Patiente11	Patiente12	Patiente13	Patiente14	Patiente15	Moyenne
FSFI-6: Désir N° 1 (Degré)	50%	-40%	0%	200%	0%	0%	50%	-50%	0%	67%	0%	50%	33%	150%	200%	47%
FSFI-6: Excitation Sexuel N° 2 (Degré)	30%	-50%	0%	33%	0%	80%	25%	0%	50%	67%	25%	100%	25%	150%	80%	42%
FSFI-6: Lubrification AS N° 3 (Fréquence)	50%	0%	0%	0%	0%	60%	0%	-50%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	12%
FSFI-6: Orgasme pendant RS N° 4 (Fréquence)	50%	0%	0%	100%	-20%	-20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	17%
FSFI-6: Vie Sexuelle N° 5 (Satisfaction)	20%	200%	0%	67%	0%	0%	0%	0%	100%	-20%	29%	100%	67%	67%	400%	67%
FSFI-6: Douleur pendant RS N° 6 (Fréquence)	-25%	-50%	0%	0%	0%	150%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	400%	50%	100%	38%
Moyenne FSFI-6	29%	10%	0%	67%	-3%	43%	13%	-17%	29%	19%	8%	42%	88%	69%	163%	37%

moyenne amélioration

Tableau pour lire l'évolution par item de la sexualité.
Deuxième partie : vue détaillée du tableau de droite

0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
27%	27%	0%	0%	0%	0%	0%
25%	0%	0%	0%	25%	0%	0%
24%	0%	24%	0%	0%	0%	0%
9%	0%	0%	0%	0%	9%	0%
11%	0%	0%	0%	0%	11%	0%
-8%	0%	0%	0%	0%	-8%	0%
12%	0%	0%	0%	0%	12%	0%
2%	0%	0%	0%	0%	2%	0%
23%	0%	0%	0%	0%	23%	0%
-7%	0%	0%	0%	0%	-7%	0%
10%	0%	0%	0%	0%	10%	0%
19%	0%	0%	0%	19%	0%	0%
50%	50%	0%	0%	0%	0%	0%
48%	48%	0%	0%	0%	0%	0%
33%	0%	33%	0%	0%	0%	0%
46%	0%	46%	0%	0%	0%	0%
57%	0%	57%	0%	0%	0%	0%
45%	0%	0%	0%	0%	45%	0%
17%	0%	0%	17%	0%	0%	0%
24%	0%	0%	24%	0%	0%	0%
11%	0%	0%	11%	0%	0%	0%
-2%	0%	0%	-2%	0%	0%	0%
33%	0%	0%	0%	33%	0%	0%
12%	0%	0%	0%	12%	0%	0%
58%	0%	0%	0%	58%	0%	0%
43%	0%	0%	0%	0%	43%	0%
41%	0%	0%	0%	0%	41%	0%
58%	0%	0%	0%	0%	58%	0%
-5%	0%	0%	0%	0%	0%	-5%
-9%	0%	0%	0%	0%	0%	-9%
1%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
23%	0%	0%	0%	0%	23%	0%
47%	47%	0%	0%	0%	0%	0%
42%	0%	42%	0%	0%	0%	0%
12%	0%	0%	12%	0%	0%	0%
17%	0%	0%	0%	17%	0%	0%
67%	0%	0%	0%	0%	67%	0%
38%	0%	0%	0%	0%	0%	38%
25,10%	42,90%	40,70%	12,60%	27,20%	23,40%	6,20%

**Tableau pour le calcul de la p-value
pour l'évolution globale**

T-Test

[Ensemble_de_données1]

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	AMOYENNE	.627105	15	.1564374	.0403920
	MOYENNE	.717281	15	.1598786	.0412805

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	AMOYENNE & MOYENNE	15	.738	.002

Paired Samples Test

		Paired Differences		
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	AMOYENNE - MOYENNE	-.0901754	.1144995	.0295636

Paired Samples Test

		Paired Differences		t
		95% Confidence Interval of the Difference		
		Lower	Upper	
Pair 1	AMOYENNE - MOYENNE	-.1535831	-.0267677	-3.050

Paired Samples Test

		df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	AMOYENNE - MOYENNE	14	.009

Paired Samples Test

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	AFrequence désir sexuel - Frequence désir sexuel	-1.581	14	.136
Pair 2	AOrgasme pendant RS - Orgasme pendant RS	-2.646	14	.019
Pair 3	AExcitation pendant AS - Excitation pendant AS	-3.055	14	.009
Pair 4	AVariété AS - Variété AS	-.292	14	.774
Pair 5	APas de Douleur pendant RS - Pas de Douleur pendant RS	-1.382	14	.189
Pair 6	APas IU pendant AS - Pas IU pendant AS	1.160	14	.265
Pair 7	ALimitation par peur IU - Limitation par peur IU	-.521	14	.610
Pair 8	APAS Evitement si prolapsus - PAS Evitement si prolapsus	.521	14	.610
Pair 9	AEmotion Positive RS - Emotion Positive RS	-1.046	14	.313
Pair 10	APAS d'érection AS - PAS d'érection AS	1.740	14	.104
Pair 11	APAS EP pendant AS - PAS EP pendant AS	-1.468	14	.164
Pair 12	AOrgasme pendant RS - Orgasme pendant RS	-1.000	14	.334
Pair 13	ADésir - Désir	-2.870	14	.012
Pair 14	ADésir - Désir	-2.201	14	.045
Pair 15	AExcitation pendant AS - Excitation pendant AS	-3.238	14	.006
Pair 16	AExcitation pendant AS - Excitation pendant AS	-5.137	14	.000
Pair 17	AExcitation pendant AS - Excitation pendant AS	-4.641	14	.000
Pair 18	ASatisfaction AS - Satisfaction AS	-3.850	14	.002
Pair 19	ALubrification AS - Lubrification AS	-1.457	14	.167
Pair 20	ALubrification AS - Lubrification AS	-.676	14	.510
Pair 21	AMaintien Lubrification AS - Maintien Lubrification AS	-1.200	14	.250
Pair 22	AMaintien Lubrification AS - Maintien Lubrification AS	.845	14	.413
Pair 23	AOrgasme pendant RS - Orgasme pendant RS	-2.256	14	.041
Pair 24	AOrgasme pendant RS - Orgasme pendant RS	.435	14	.670

Paired Samples Test

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 25	AOrgasme pendant RS - Orgasme pendant RS	-.968	14	.349
Pair 26	ARapprochement Emotionel - Rapprochement Emotionel	-2.646	14	.019
Pair 27	ARS - RS	-.945	14	.361
Pair 28	AVie Sexuelle - Vie Sexuelle	-1.468	14	.164
Pair 29	ADouleur pendant RS - Douleur pendant RS	1.435	14	.173
Pair 30	ADouleur Après RS - Douleur Après RS	1.468	14	.164
Pair 31	ADouleur pendant et après - Douleur pendant et après	.564	14	.582
Pair 32	ARS pénétration vaginale - RS pénétration vaginale	-2.168	14	.048
Pair 33	ADésir - Désir	-2.000	14	.065
Pair 34	AExcitation Sexuel - Excitation Sexuel	-3.106	14	.008
Pair 35	ALubrification AS - Lubrification AS	-1.293	14	.217
Pair 36	AOrgasme pendant RS - Orgasme pendant RS	-1.468	14	.164
Pair 37	AVie Sexuelle - Vie Sexuelle	-3.096	14	.008
Pair 38	ADouleur pendant RS - Douleur pendant RS	-1.653	14	.121
Pair 39	MOYENNE G AVANT MOYENNE G APRES	-3.050	14	.009

