

Université de Genève
Certificat de formation continue en Sexologie Clinique

Session 2009-2011

**Evaluation de l'impact des atteintes de la
sphère périnéale sur l'image de soi et le
vécu sexuel des femmes**

Directeur de mémoire : Dr. Francesco Bianchi Demicheli

Fabienne Schwab-Egger
Rue de la Paix 23
2300 La Chaux-de-Fonds
fab.schwab@hispeed.ch

Neuchâtel, le 30 octobre 2011

Tout d'abord, je souhaite rendre hommage à mes patientes. A celles qui ont généreusement accepté de répondre à ce questionnaire et à toutes celles que j'ai côtoyées dans ma pratique et qui m'ont tant appris sur l'incroyable créativité dont est capable un être humain.

Je rends également hommage aux enseignants passionnés qui ont jalonné ma route et qui ont su partager leur enthousiasme pour le corps et l'esprit humain.

J'aimerais remercier Francesco Bianchi Demicheli pour le précieux aiguillage donné à ce travail ainsi qu'Agnès Földhàzi pour son excellent travail de coordinatrice et pour ses conseils éclairés.

J'adresse également ma reconnaissance à Nadia Ammar qui a très aimablement réalisé les analyses statistiques de ce mémoire et à Xavier Huther, virtuose d'Excell, pour les sympathiques soirées de travail sur ce programme.

Un immense merci à Daniela Mossenta et Solange Russo pour la relecture de ce texte et à Daniela pour son travail de mise en page.

Mes remerciements vont également à mes amies et amis qui m'ont soutenue de diverses manières dans les bons et les moins bons moments de cette période captivante, mais chargée de ma vie.

Je tiens aussi à témoigner ma reconnaissance à mon époux Emmanuel pour toutes nos heures de discussion, pour son soutien et ses critiques stimulantes et également pour son engagement pratique qui a permis que je consacre du temps à cette recherche.

J'adresse aussi mes remerciements à mes enfants, Manon, Arnaud, Colin et Léo pour leur patience et pour leurs encouragements.

Pour terminer, je remercie mes parents, pour l'amour de la vie et l'enthousiasme des rencontres qu'ils ont su me transmettre.

Introduction

Physiothérapeute de formation, il y a 15 ans que je travaille en tant que rééducatrice en pelvi-périnéologie. J'ai eu la chance pendant toutes ces années de pouvoir accompagner mes patientes dans des problématiques touchant à la sphère périnéale : séquelles d'accouchement, incontinence urinaire ou anale, problématiques liées à des prolapsus pelviens ou simplement modifications de la sphère périnéale dans le post-partum et la ménopause.

Les patientes sont dans la majorité des cas envoyées par leur gynécologue ou médecin traitant pour des problématiques fonctionnelles où la question sexuelle n'est pas explicitée. L'anamnèse pratiquée en début de traitement contient des questions portant sur la sexualité qui peuvent, selon le désir des femmes, être une porte ouverte pour aborder des questions liées à leur vécu sexuel, mais qui peuvent tout aussi bien rester des questions d'intérêt médical.

Au fil des ans, je me suis aperçue que de nombreuses femmes éprouvent le besoin de parler des incidences des changements qui surviennent dans leur sphère génitale sur leur vécu sexuel, mentionnant fréquemment une altération du plaisir et du désir sexuel.

J'ai souvent été interrogée par le fait qu'une même problématique puisse être facilement surmontée par une patiente et puisse être au contraire très destructurante pour une autre, remettant à un degré, plus ou moins important, en question son image d'elle-même, son intégrité corporelle et son désir de relation d'ordre sexuel.

Ces constatations me donnaient l'idée que l'image de soi devait être en quelque sorte un préalable à notre intégrité psychique et corporelle, à notre faculté d'adaptation aux aléas de la vie et également à notre capacité à aller à la rencontre de l'autre.

J'ai pu percevoir à quel point un travail est nécessaire pour intégrer des atteintes corporelles et émotionnelles, travail tout à la fois conscient et inconscient, personnel et relationnel afin de se réapproprier son image de soi et donner une cohérence aux événements.

Le cours de neuroimagerie enseigné par Mme S. Ortigue dans le cadre de la formation de sexologie clinique m'a beaucoup intéressée et j'ai été tout spécialement frappée par les découvertes concernant le désir sexuel.

Dans l'article "Approche sociocognitive du désir sexuel" de S. Ortigue et F. Bianchi Demicheli paru dans la revue médicale suisse, on apprend par les recherches en neuroimagerie

actuelles, que le désir sexuel recrute un réseau limbique régissant les comportements sexuels instinctuels, mais aussi un réseau plus cortical, dont les aires cérébrales impliquées dans la représentation mentale du soi et de l'habileté à intégrer l'autre en soi.

J'ai eu le sentiment d'avoir soudain comme une réponse à des interrogations liées à ma pratique, une confirmation de l'importance de la notion d'image de soi pour ce qui est du mécanisme du désir sexuel.

Je me suis donc plongée dans la lecture d'auteurs qui ont tenté de définir cette notion d'image de soi. Mon choix s'est porté sur les textes de Françoise Dolto et de Didier Anzieu qui m'ont interpellée et touchée car j'avais le sentiment d'y retrouver beaucoup de ressentis décrits par mes patientes.

Françoise Dolto parle d'un "sentiment de soi" comme dépendant directement de l'image inconsciente du corps, Didier Anzieu du "Moi-peau"; il semble que la notion de représentation mentale du soi soit réellement au carrefour du vécu des expériences corporelles et des expériences émotionnelles du sujet.

J'ai alors formulé l'hypothèse que les atteintes de la sphère périnéale ont des répercussions négatives sur le vécu sexuel, et ce notamment par le biais d'une perte de repères au niveau de la représentation mentale de soi.

Etant donné d'une part que la prévalence des problématiques touchant à la sphère génitale est élevée au sein de la population féminine et d'autre part que les troubles du désir sont également très répandus dans cette population, il me semble intéressant de tenter d'évaluer l'impact des troubles de la sphère génitale sur le vécu sexuel.

Je souhaite dans une première partie exposer succinctement les causes et les symptômes des problématiques les plus fréquentes à ma consultation (incontinence urinaire d'effort et d'urgence, prolapsus, bruits d'air vaginaux, séquelles d'accouchement).

Je souhaite ensuite étudier en quoi les atteintes de la sphère périnéale peuvent tout particulièrement remettre en cause la représentation mentale de soi, tant au niveau des aspects corporels qu'au niveau des aspects intrapsychiques. Je m'appuierai pour ce faire sur les travaux d'auteurs et spécialistes qui ont étudié et défini la notion de représentation mentale de soi, Donald Winnicott, Didier Anzieu, et plus particulièrement Françoise Dolto qui voit l'image du corps comme étant le lieu de la source du désir.

Afin de vérifier mon hypothèse, j'ai décidé de réaliser une enquête auprès d'une trentaine de patientes présentant toutes une problématique liée à la sphère périnéale (incontinence

urinaire, prolapsus, bruits d'air vaginaux, séquelles de post-partum), venues en traitement pour une rééducation du plancher pelvien au cours de l'année 2010. Je souhaite pouvoir questionner des patientes entre 25 et 70 ans, réparties en trois groupes (20-38 ans, 39-55 ans et + de 56 ans), dans le but de pouvoir différencier ensuite les résultats selon les étapes de vie et les événements qui en font partie.

La synthèse du questionnaire devrait d'une part me permettre de vérifier l'impact de ces problématiques sur l'image de soi et sur la question du vécu sexuel, et me permettre de vérifier mon hypothèse de départ.

Les questions ouvertes auront pour objectif de cerner les raisons pour lesquelles l'image de soi et le vécu sexuel ont pu être mis à mal.

Je souhaiterais également pouvoir évaluer les éventuels bénéfices de la rééducation périnéale sur l'image de soi et sur le vécu sexuel et tenter de comprendre comment les patientes s'expliquent ce bénéfice et quels aspects du traitement ont été ressentis comme profitables dans leur expérience.

Je souhaiterais ensuite tenter de faire des liens entre les résultats de l'analyse du questionnaire et la notion de représentation mentale de soi, ainsi que pouvoir évaluer les éventuels bénéfices et les limites de ma pratique qui allie le toucher à la parole et en dégager des éléments utiles pour la suite de ma vie professionnelle.

Chapitre I. : Cadre théorique

1. Epidémiologie et symptômes des problématiques uro-génitales prises en compte dans cette étude

Je souhaite dans un premier temps décrire les pathologies de la sphère périnéale les plus fréquentes à ma consultation. Je vais donc aborder l'incontinence urinaire, les prolapsus pelviens, les bruits d'air vaginaux et les douleurs dans les suites d'accouchement. Ces différents symptômes seront par la suite pris en compte dans le questionnaire envoyé aux patientes.

1.1. L'incontinence urinaire

L'incontinence urinaire est une problématique largement répandue et susceptible de perturber considérablement le quotidien des personnes atteintes.

Elle touche majoritairement les femmes, soit environ trois-quarts des personnes concernées, et son incidence augmente avec l'âge.

On considère que 15% des femmes entre 30 et 40 ans souffrent d'incontinence urinaire, 25% chez les 40-60 ans et suivant les études, entre 35 et 60% en seraient victimes au-delà de 60 ans (Schär, 2006).

Selon la définition de l'ICS (International Continence Society), "L'incontinence urinaire correspond à toute plainte exprimée par le patient relative à une fuite involontaire d'urine". Cette définition sous-entend que le retentissement physique et psychologique de l'incontinence prime sur l'importance objectivable des fuites.

Quant à l'OMS, elle en donne la définition suivante : "L'incontinence urinaire est un état dans lequel la perte involontaire d'urine entraîne un problème social ou hygiénique qui peut être observé de façon objective".

On notera ici que les deux définitions relèvent le caractère involontaire de cette fuite. Cette notion-là me semble être capitale lorsque les patientes décrivent leur trouble : la fonction de contrôle et de maîtrise du système urinaire qui avait été acquise dans l'enfance échappe soudain à la volonté et provoque une gêne personnelle et sociale considérable.

Dans cette optique-là, et cela même si l'incontinence urinaire ne représente pas pour l'organisme une menace létale, l'incontinence peut véritablement être considérée comme une maladie. Elle porte atteinte à la personne non seulement dans son intégrité corporelle, mais elle a de clairs retentissements au niveau intrapsychique et au niveau de la vie sociale.

En 1998, l'OMS a organisé la première consultation internationale sur l'incontinence. Les spécialistes qui en ont fait partie proposèrent des modifications au niveau de la CIM (Classification internationale des maladies) afin que ce trouble soit classé parmi les maladies. Ils souhaitaient ainsi attirer l'attention sur le fait que plus de 200 millions de personnes en souffrent dans le monde, ce qui en fait un réel problème de société. Ils relevaient également qu'un énorme tabou entoure encore ce trouble, ce qui rend le fait d'en souffrir encore plus difficile à vivre psychologiquement et rend l'accès aux soins difficile, voire impossible (Communiqué de presse OMS, 1998).

Cette modification n'a pas été réalisée depuis, l'incontinence est toujours classée dans le chapitre des affections de l'appareil génito-urinaire, avec par contre une distinction plus précise au niveau des différentes formes d'incontinence. En prenant des renseignements auprès du représentant du département Vieillesse et santé de l'OMS à Genève, j'ai appris qu'il n'y a actuellement pas de groupe de travail dans le cadre de l'OMS sur la problématique de l'incontinence urinaire.

On distingue habituellement quatre formes d'incontinence urinaire :

- incontinence d'effort (incontinence de stress)
- incontinence d'urgence (incontinence par impériosité ou vessie hyperactive)
- incontinence réflexe
- incontinence par trop plein ou par regorgement.

C'est l'incontinence urinaire d'effort qui est de loin la plus répandue puisqu'elle représente 60% des cas, l'incontinence d'urgence représente 10 à 20% des cas et les formes combinées que l'on appelle incontinence mixte sont présentes dans 20 à 30% des cas.

L'incontinence réflexe ainsi que l'incontinence par trop plein sont beaucoup plus rares et ne représentent que 10% des cas (Schär, 2006). Ces deux dernières formes d'incontinence ne seront pas abordées dans ce travail.

1.1.1. L'incontinence urinaire d'effort

On parle d'incontinence urinaire d'effort lorsque la pression intra-vésicale dépasse la pression qui règne dans l'urètre et entraîne une fuite involontaire d'urine.

Il s'agit d'une fuite en jet, le plus souvent peu abondante et directement consécutive à un effort qui aura provoqué une augmentation de la pression intra-abdominale. Elle survient généralement en position debout et sans sensation de besoin préalable.

Les manifestations typiques de cette forme d'incontinence sont les fuites urinaires lors de l'éternuement ou lors de la toux puis selon la gravité lors de la course, de la marche, lors du port de charges ou même lors de changement de position. Des fuites peuvent également se produire pendant les rapports sexuels, liées dans ce cas à la pénétration vaginale.

L'incontinence d'effort peut survenir dans toutes les étapes de la vie et son origine est multifactorielle.

Elle apparaît fréquemment suite à l'accouchement car celui-ci peut provoquer des lésions musculaires et des lésions des tissus de soutien péri-urétraux.

Les changements hormonaux qui surviennent pendant la grossesse, puis en phase de ménopause, vont également avoir d'éventuelles répercussions sur la continence, par le biais d'une perte de trophicité au niveau de la muqueuse urétrale notamment. Le vieillissement joue aussi un rôle non négligeable dans l'apparition ou l'aggravation d'une incontinence d'effort d'une part par la perte de masse musculaire striée et d'autre part par une perte

progressive de force au niveau du sphincter urétral lisse. Les prolapsus pelviens sont aussi un facteur de risque important.

Il faut noter ici l'importance des habitudes de vie ou d'événements qui peuvent influencer considérablement l'apparition ou l'évolution d'une incontinence urinaire. Une constipation opiniâtre, une bronchite chronique comme une prise de poids importante peuvent être des facteurs précipitants ou aggravants. Et il est clair que les activités professionnelles et sportives des patientes sont également à prendre en compte dans cette problématique et que des aménagements devront être trouvés afin de diminuer au maximum les hyperpressions abdominales.

1.1.2. L'incontinence d'urgence

L'incontinence d'urgence est caractérisée par une fuite urinaire accompagnée ou immédiatement précédée d'un besoin irrésistible d'uriner. Ce besoin irrésistible aboutit à une miction qui ne peut être différée. Les fuites sont donc le plus souvent abondantes puisque la miction se met en route. Il y a ici une perturbation entre les signaux afférents qui proviennent de l'étirement du détrusor dans la paroi de la vessie et les signaux cérébraux efférents qui devraient inhiber celui-ci afin de différer la miction (Schär, 2006). C'est pourquoi cette forme d'incontinence est aussi appelée "instabilité vésicale" ou "hyperactivité vésicale".

Les patientes touchées par l'incontinence d'urgence souffrent habituellement de pollakiurie (plus de 8 mictions par 24h), elles éprouvent le besoin d'uriner précocement et entretiennent ainsi l'hyperactivité vésicale. Certaines patientes souffrent d'urgences mictionnelles sans pour autant qu'il y ait de pertes d'urine involontaire.

Le récit d'épisode d'incontinence d'urgence que j'entends le plus fréquemment à ma consultation est le suivant : au retour d'une sortie, au moment où les patientes arrivent à la porte de leur domicile, une envie très forte d'uriner les prend subitement et elles ne parviennent pas jusqu'aux toilettes sans que "cela ne commence à couler". Nous verrons au chapitre suivant, les répercussions et mécanismes de conditionnement inhérents à cette situation.

Il ne faut pas oublier le rôle important du sphincter strié de la vessie dans cette forme d'incontinence également. En effet, lorsqu'un besoin se fait sentir, le réflexe mictionnel entraîne une relaxation du sphincter lisse de la vessie, ce qui abaisse la pression de clôture au niveau du canal urétral. Dans cette situation de fragilité temporaire, la contraction volontaire du sphincter strié va momentanément pouvoir palier à ce déficit de pression de clôture et va surtout entraîner une inhibition réflexe du détrusor et une reprise de la contraction du sphincter lisse. C'est ce mécanisme qui nous permet de choisir le moment où

nous souhaitons uriner; il nécessite des structures anatomiques fonctionnelles et également un appareil sphinctérien strié efficace. Cette composante est travaillée en rééducation et les situations d'urgence sont vécues beaucoup plus sereinement lorsque la patiente comprend les réactions physiologiques qui s'enclenchent à ce moment là et qu'elle a les outils pour les gérer.

Les infections urinaires à répétition peuvent jouer un rôle dans la survenue d'une incontinence d'urgence. Les cystocèles importantes et les atrophies génitales également. L'incontinence urinaire d'urgence peut également faire partie du tableau clinique du diabète ainsi que de maladies neurologiques telles que la sclérose en plaque ou la maladie de Parkinson.

Lorsqu'aucune cause organique n'a pu être mise à jour on parle de forme idiopathique. Cette forme semble souvent corrélée à des états anxieux ou dépressifs sous-jacents liés, par exemple, à des conflits de couple ou à une période de deuil.

Certaines situations vont avoir tendance à exacerber les sensations d'urgence : le froid, l'eau qui coule, le stress. Les moments de pics émotionnels tels que l'orgasme, le fou rire ou la frayeur peuvent également provoquer un épisode d'incontinence par manque de contrôle cérébral sur la sphère urinaire.

Les incontinenances urinaires mixtes évoquées plus haut cumulent, comme leur nom l'indique, des symptômes d'incontinence d'effort et des symptômes d'incontinence d'urgence.

Dans les cas d'incontinence mixte, on retrouve fréquemment lors de l'anamnèse un mode d'apparition des symptômes identique. Les problèmes commencent par des fuites urinaires à l'effort (toux et éternuement par exemple) qui se manifestent suite à l'accouchement. La patiente remarque ensuite que les fuites sont moins systématiques et moins importantes si sa vessie est vide ou presque vide. Elle prend alors l'habitude d'uriner par précaution avant même que le besoin ne se fasse sentir afin de "limiter les dégâts". Elle éprouve peu à peu des besoins qui deviennent rapprochés et impérieux et est souvent surprise d'avoir tellement besoin pour si peu... et le cercle vicieux est enclenché...

1.2. Les prolapsus pelviens

On appelle prolapsus pelvien les modifications de la statique pelvienne féminine. Cette statique pelvienne est sous la dépendance d'un triple système de fixation qui doit être intègre pour que le maintien de la vessie, de l'utérus et du rectum soit assuré.

Ce système de fixation comporte un système ligamentaire au niveau des différents organes, un système de fascias qui assure la cohésion entre les organes et enfin le plancher pelvien, système musculaire important pour le soutènement des viscères (Blanc, 2005, p.21).

Ce triple système est fragile et sera mis à rude épreuve notamment lors des accouchements par voie basse.

Les troubles de la statique pelvienne se traduisent par un déroulement des parois vaginales. On peut parler d'un mécanisme de herniation des organes au travers des muscles releveurs de l'anus et du fascia endopelvien (Faltin *et al.*, 1999). On décrira les prolapsus en fonction du compartiment vaginal incriminé. Lorsque le compartiment vaginal antérieur est concerné, on parle d'urétéro-cystocèle. C'est l'élément le plus fréquent des prolapsus. On parle de prolapsus utérin pour le compartiment moyen et de rectocèle ou d'entérocele pour le compartiment vaginal postérieur.

Ces descentes d'organes peuvent être isolées, mais sont le plus souvent associées, par exemple la vessie et le rectum ou la vessie et le col de l'utérus, ou le rectum et le col de l'utérus.

Une classification a été établie afin de pouvoir évaluer l'importance du prolapsus lors de l'examen clinique. Un prolapsus de degré 1 est un prolapsus non extériorisé, un prolapsus de degré 2 correspond à un prolapsus qui affleure à la vulve tandis qu'un degré 3 indique un prolapsus extériorisé.

Les prolapsus de degré 2 et 3 concernent 2 à 3% de la population, mais ce chiffre s'élève à 30% si on prend en compte les prolapsus de tous stades. Leur incidence augmente également avec l'âge (Fattou, 2005).

En ce qui concerne les facteurs de risque, on trouve en premier plan les accouchements multiples et notamment de bébés de plus de 4 kg, ainsi que les traumatismes obstétricaux.

L'insuffisance en œstrogène caractéristique de la ménopause va engendrer une perte de trophicité de tous les tissus de la sphère périnéale, augmentant fortement le risque de voir se développer un prolapsus.

Les efforts de poussée répétés (constipation opiniâtre, activités sportives ou professionnelles) ainsi que l'obésité ont également un effet délétère sur la statique pelvienne. Des facteurs constitutionnels comme la qualité du tissu collagène jouent également un rôle non négligeable (Fattou, 2005). On remarquera ici aussi la multiplicité des facteurs contribuant à l'apparition d'un prolapsus.

Les patientes souffrant de prolapsus se plaignent souvent en premier lieu d'une sensation de béance vaginale et d'une pesanteur au niveau du périnée, péjorée lorsqu'elles sont debout. Les rectocèles peuvent provoquer des difficultés lors de la défécation; les selles ont du mal à s'évacuer et les patientes ont souvent recours à des manœuvres digitales afin de faciliter la défécation, ce qu'elles évoquent avec un sentiment de honte. La miction peut également être entravée dans les cas de cystocèles; le jet urinaire semble freiné et il persiste fréquemment un sentiment de ne pas avoir vidé sa vessie correctement.

Les patientes sont toujours très inquiètes lorsqu'elles sentent pour la première fois en se lavant par exemple ce qu'elles perçoivent "comme une boule à l'entrée du vagin". Certaines ont entendu parler de "descente" d'organes, ce qui n'est pas pour les rassurer... .

Si l'examen clinique en décubitus dorsal permet au clinicien de déterminer quel(s) compartiment(s) vaginal (-aux) pose (-nt) problème, il n'est cependant pas représentatif de la situation fonctionnelle dans laquelle la patiente se trouve lorsqu'elle est debout, position dans laquelle le prolapsus devient gênant.

Un examen clinique en position debout me semble très important pour apprécier la position que les organes vont adopter lorsqu'ils sont soumis à la pesanteur et aux conditions anatomiques inhérentes à cette posture. Il s'agit également de pouvoir valider ce que la patiente ressent au quotidien et pouvoir lui donner les éclairages nécessaires à la compréhension du mécanisme de son prolapsus.

1.3. Les bruits d'air vaginaux

Les bruits d'air vaginaux se produisent lorsque de l'air s'est introduit à l'intérieur du vagin puis en est expulsé, provoquant un bruit assimilable à une flatulence.

Ce mécanisme se produit volontiers lorsque les parois vaginales sont moins toniques, suite aux accouchements par exemple, mais des jeunes femmes n'ayant pas eu d'enfants signalent déjà l'occurrence de bruits d'air vaginaux. Ils se produisent en premier lieu pendant les rapports sexuels et plus spécifiquement dans les positions où le bassin se trouve situé plus haut que la cage thoracique. Certaines positions à la gymnastique comme la bougie, peuvent aussi en favoriser la survenue.

Les femmes sont perturbées par ces bruits d'air vaginaux, elles ne comprennent pas toujours elles-mêmes le mécanisme qui les provoque et sont dépitées à l'idée que le conjoint puisse imaginer qu'il s'agisse de flatulences.

Les patientes présentant ce symptôme évoquent aussi fréquemment qu'à la sortie du bain de l'eau s'écoule de leur vagin, ce qu'elles interprètent parfois à tort comme de l'incontinence urinaire. Le manque de congruence des parois vaginales est également la cause de ce symptôme.

1.4. Les séquelles de l'accouchement

L'accouchement est indubitablement un moment très délicat pour l'ensemble des structures de la sphère périnéale et il est souvent à la source des problématiques de prolapsus, d'incontinence urinaire et d'incontinence anale. Le propos de ce paragraphe n'est pas de décrire le mécanisme de l'accouchement ni l'ensemble de ses répercussions sur la sphère périnéale, mais d'évoquer les séquelles liées aux déchirures ou aux épisiotomies et ce, plus particulièrement sur le vécu sexuel. La gêne générée par ces séquelles sera en effet prise en compte dans le questionnaire évaluatif proposé aux patientes.

Les débats sont animés lorsqu'on pose la question de savoir comment prévenir au maximum les lésions et déchirures du plancher pelvien. Les idées évoluent au fil des ans et des expériences, et les protocoles recommandés sont modifiés en conséquence. Ainsi les épisiotomies qui se pratiquaient de manière presque systématique il y a une vingtaine d'années se pratiquent aujourd'hui de manière beaucoup plus sélective sans que les cas de déchirures importantes n'aient augmentés (Faltin *et al.*, 1999).

Les patientes sont souvent très inquiètes au sujet de ces lésions, elles ne savent souvent pas exactement ce qui a été fait, ce qui s'est déchiré ou non et n'osent souvent pas toucher et encore moins regarder leur plancher pelvien. Les déchirures anales sont certainement celles qui effrayent le plus les patientes, elles génèrent des craintes pour aller à selle dans l'immédiat et des craintes plus fondamentales sur leur capacité future à retenir les selles.

Suite aux épisiotomies et aux déchirures, les patientes présentent fréquemment des douleurs résiduelles. Lorsqu'elles viennent en consultation six semaines après l'accouchement, la gêne principale se situe le plus souvent au niveau de la fourchette vaginale. Elles ont une sensation de brûlure et de tension à ce niveau qu'elles perçoivent dans toutes les positions et ont souvent la peur que "ça se redéchire". Elles ont de nombreuses appréhensions à reprendre les rapports sexuels. Lorsqu'elles affrontent la réalité de la déchirure ou de l'épisiotomie, qu'elles ont pu verbaliser leurs craintes, reprendre possession de leur plancher pelvien et que les tissus sont suffisamment guéris, la reprise des rapports sexuels suit tout naturellement. A une plus grande distance de l'accouchement, c'est aussi la fourchette et l'entrée du vagin qui sont le plus souvent décrites comme encore douloureuses, mais la douleur se limite dans la majeure partie des cas aux rapports sexuels. Un travail

d'assouplissement des tissus, de massage de la cicatrice et de relâchement des muscles du plancher pelvien est nécessaire pour que la confiance soit retrouvée et que les rapports sexuels puissent à nouveau être envisagés sereinement.

Les patientes que je reçois à ma consultation présentent souvent des troubles associés, par exemple : des symptômes d'incontinence urinaire, des douleurs lors des rapports et une difficulté à retenir les gaz. Ce n'est bien sûr pas surprenant lorsque l'on considère la proximité anatomique et fonctionnelle des organes du petit bassin. Mais cette proximité amène aussi beaucoup de confusion dans le ressenti des femmes qui souffrent de troubles dans cette sphère.

Parler de son incontinence urinaire ou des troubles relatifs à la sphère génitale reste difficile, alors même que les médias et la publicité évoquent régulièrement ces problématiques. Dans une enquête réalisée auprès de femmes consultant à la maternité de Genève, seules 30% des femmes souffrant d'incontinence urinaire et 25% des femmes souffrant d'incontinence anale avaient osé aborder leurs symptômes avec un médecin (Faltin *et al.*, 1999) .

S'il n'est plus à démontrer que les atteintes du plancher pelvien décrites ci-dessus ont des retentissements importants sur le vécu personnel et social des femmes concernées, on peut se demander quelles répercussions elles peuvent avoir sur l'image de soi et sur la manière dont les femmes vont se percevoir dans le rapport à leur propre corps.

C'est la question sur laquelle je souhaite me pencher dans le chapitre suivant.

2. La question de l'image de soi

Quelques considérations historiques

Image de soi, représentation mentale de soi, image du corps, schéma corporel ... autant de termes et de concepts qui tentent de définir comment l'humain construit la perception qu'il a de lui-même, au carrefour entre le corporel et le psychique.

Cette articulation entre le corps et l'esprit est une question intemporelle. Qui précède qui ? Qui gouverne quoi ? Comment aménager une cohabitation entre les réalités corporelles, source de plaisir comme de douleur, et les réalités psychiques, elles aussi si ambiguës ?

Les liens entre le corps et l'esprit étaient déjà décrits chez Hérodote (484-425) qui déclare : "Quand le corps est gravement dérangé, il n'est pas surprenant que l'esprit le soit aussi". Suivent ensuite au fil des siècles des théories tantôt unitaristes (Hérodote, Aristote), tantôt dualistes (Platon, Plotin, Descartes) ou encore réalistes (Epicure), sous l'influence des

découvertes de la médecine d'une part, et sous l'influence des philosophes et des écoles de pensée d'autre part (Le Bon, 2004).

En 1893, Bonnier émet l'hypothèse qu'il existe un schéma corporel, sous la forme d'une représentation spatiale du corps. La découverte des localisations hémisphériques de certains syndromes neurologiques comme dans l'hémiplégie par exemple, vint appuyer cette hypothèse. Les termes d' "image spatiale du corps" ou de "modèle postural du corps" seront ensuite utilisés au début du 20^{ème} siècle par des chercheurs (Pick en 1915 et Head en 1920) occupés à comprendre le système sensitif et proprioceptif ainsi que les douleurs fantômes (Guiose, 2010).

Cette terminologie se réfère donc essentiellement aux réalités et limites de notre corps charnel.

Le 20^{ème} siècle nous ouvre, grâce à Freud et à l'avènement de la psychanalyse, une nouvelle dimension : le corps fantasmé. Si la réalité du corps biologique demeure, le corps fantasmé peut être perçu comme la représentation mentale de ce corps sensible.

Schilder, Lacan, Dolto, Anzieu, Winnicott et bien d'autres prendront en compte cette notion de corps fantasmé. On parlera ici plutôt en terme d'image du corps, de représentation mentale de soi ou tout simplement d'image de soi.

A mon sens, les atteintes de la sphère périnéale, bien que vécues en premier lieu dans le corps sensible ont des répercussions sur ce corps fantasmé et sont donc passibles de venir en perturber les représentations.

Je souhaite à présent tenter de comprendre les mécanismes constituant cette représentation mentale de soi à la lumière de quelques auteurs dont les réflexions me semblent pertinentes pour aborder ensuite les répercussions des atteintes de la sphère périnéale sur l'image de soi.

2.1. Les apports de Françoise Dolto

Dans son travail avec les enfants, Françoise Dolto est confrontée à de petits patients dont le développement psychique est entravé. Elle s'interroge sur les mécanismes de régression et sur l'origine de certains troubles psychiques.

Françoise Dolto considère le début de la vie psychique bien avant la venue au monde de l'enfant et pose les fondements de ce qu'elle appelle l'image inconsciente du corps sur l'idée que l'inconscient est affaire de corps.

Dans son ouvrage "L'image inconsciente du corps", publié en 1984, Dolto commence par faire la distinction, qu'elle juge fondamentale, entre le schéma corporel et l'image du corps.

Elle comprend le schéma corporel comme commun à tous les individus faisant partie de la même espèce. Il est décrit comme le vécu actuel de notre corps dans l'espace et est donc, bien qu'en partie inconscient, également préconscient et conscient, contrairement à l'image du corps qui elle, est éminemment inconsciente.

Je me propose à présent de dégager quelques éléments des ouvrages de Françoise Dolto qui me semblent pouvoir nourrir mon questionnement sur les atteintes de l'image de soi liées aux troubles de la sphère périnéale.

Une continuité narcissique à la source du sentiment d'exister

Françoise Dolto décrit la manière dont l'image du corps se construit et se remanie tout au long du développement de l'enfant. Elle distingue trois différentes images du corps qui vont assurer une forme de stabilité pour ce qui est du narcissisme de l'enfant, et cela à chaque stade de son développement. Ces images du corps sont : l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène. La cohésion entre ces images est assurée par l'image dynamique perçue comme l'image du sujet désirant. Ces images seront soumises au fil du développement de l'enfant à une succession d'épreuves auxquelles va se heurter le désir, que Dolto nomme "castrations symboligènes", dans le sens où elles ont pour but d'humaniser l'enfant et de l'ouvrir au monde des représentations symboliques.

L'image de base est vue comme une image de sécurité, c'est elle qui permet à l'enfant de se ressentir dans une "mêmeté d'être" et qui lui assure une continuité narcissique. Dolto a l'idée que le sentiment même d'exister vient de la capacité à se sentir dans cette continuité, dans cette "mêmeté d'être". Elle expose ses propos en expliquant que les situations où le narcissisme va être mis à mal peuvent provoquer, sous l'effet de pulsions de mort, des atteintes fonctionnelles au niveau du corps.

L'image de base est la plus fragile, elle est le lieu de la lutte entre les pulsions de vie et les pulsions de mort et toute atteinte contre elle va être perçue comme potentiellement mortelle et déclencher un état phobique comme moyen de défense.

L'image fonctionnelle est quant à elle l'image qui porte vers l'action et qui vise l'accomplissement du désir du sujet, ce qui passe par l'établissement de relations avec l'environnement.

L'image érogène est "le lieu où se focalise plaisir ou déplaisir érotique dans la relation à l'autre".

L'image du corps est donc selon Dolto "la synthèse vivante, en constant devenir, de ces trois images, reliées entre elles par les pulsions de vie, lesquelles sont actualisées pour le sujet dans ce qu' [elle] appelle l'image dynamique" (1984, p. 57).

Une image du corps comme mémoire des émotions, mais accessible dans l'ici et maintenant

Selon Dolto, l'image du corps est propre à chacun, elle s'élabore dès les premiers temps de l'existence et est liée au sujet et à son histoire personnelle. Pour expliquer l'ancrage des émotions au sein de l'image du corps, Françoise Dolto écrit : "L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant (...). L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle : camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant, par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique, comme aussi mimique et gestes" (1984, p. 23).

On notera ici l'idée de cette image du corps assimilée au sujet inconscient *désirant*, et l'idée que bien que porteuse de toute la mémoire du vécu relationnel, cette image est aussi dynamique et actualisable dans la relation actuelle. Cette dernière notion me semble être le point de départ de tout travail thérapeutique.

L'image du corps comme source du désir, en proie aux pulsions de vie et aux pulsions de mort irreprésentables

Françoise Dolto écrit plus loin un passage qui mérite toute notre attention : "L'image du corps est à chaque instant, pour un être humain, la représentation immanente inconsciente où se source son désir. Avec Freud, je pense que les pulsions qui visent à l'accomplissement du désir sont de vie et de mort. Les pulsions de vie, toujours liées à une représentation, peuvent être actives ou passives, alors que les pulsions de mort, repos du sujet, sont toujours sans représentation, ni actives ni passives (...). Les pulsions de mort se caractérisent d'être sans représentation résiduelle de relations érotiques à l'autre. Elles sont le fait d'un corps non alertable par le désir. Les pulsions de mort incitent régulièrement le sujet à se retirer de toute image érogène, comme dans le sommeil profond, (...) comme aussi dans l'énurésie ou l'encoprésie secondaire, apparaissant chez un enfant qui était déjà continent, (...) et qui,

confronté à un état émotionnel inassimilable pour son image du corps, (...) un état que son narcissisme ne peut se représenter, en revient à la mise en sommeil ou d'une image de fonctionnement ou d'une image de zone érogène, ici la zone urétrale ou anale" (1984, p. 34).

Voilà donc ici qu'en plus d'être le lieu de la mémorisation des expériences émotionnelles, l'image du corps est aussi le lieu du désir, un désir sous tendu par des pulsions de vie et de mort. Il me semble capital de noter que Dolto distingue les pulsions de vie des pulsions de mort en fonction des représentations qui leur sont associées ou non.

Il y a dans la notion de pulsion de mort l'idée d'une mise en repos, "d'un corps non alertable par le désir", et qui se protège de toute image érogène.

La régression, un repli bénéfique pour un temps...

La suite du texte évoque déjà l'idée de régression, notion qui est également développée dans "Le sentiment de soi aux sources de l'image du corps", ouvrage publié en 1997 sur la base de textes inédits de Françoise Dolto datant des années 1970.

Dolto explique ici que si l'on est confronté à une situation de privation ou à une situation dépersonnalisante, on va chercher un arrimage à une image du corps antérieure, mécanisme que l'on appelle la régression. Cet arrimage peut être compris comme une manière de retrouver la pérennité de son être au monde. Dolto la voit dans ce sens comme un processus paradoxalement positif qui peut permettre au sujet menacé dans son intégrité biologique et psychique d'évoluer ensuite vers la réunification.

Elle parle de l'image du corps comme participant à l'édification du sujet et comme déterminant la possibilité même d'un sentiment de soi, mais de soi dans un corps.

De l'importance du langage

Dolto voit aussi l'image du corps comme étant inconsciente, mais pouvant devenir préconsciente lorsqu'elle s'associe au langage. C'est la communication entre les sujets qui permet à cette image du corps de se structurer et d'accéder à une symbolisation du corps et des rapports interhumains que le schéma corporel à lui seul n'apporte pas. Le langage est pour Dolto l'organisateur qui permet le croisement du schéma corporel à l'image du corps, autrement dit, le langage permet de valider les perceptions corporelles et construit ainsi la pleine identité du sujet humain.

2.2. Les apports de Didier Anzieu

La notion d'enveloppe est apparue sous la plume de Freud en 1920 mais plutôt sous la forme d'une métaphore (le Moi est la surface de l'appareil psychique et la projection de la surface du corps sur la surface du psychisme). C'est Esther Bick en 1968 qui explicita le terme de "peau psychique". Quelques années plus tard, en 1974, Didier Anzieu publia un article dans la Nouvelle Revue de psychanalyse où il donna la définition de son concept de "Moi-peau" : "Une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps".

Plusieurs psychanalystes de cette période se sont questionnés sur la manière dont se constitue la représentation de soi chez l'être humain et ont décrit les interactions précoces entre la mère et son bébé comme une étape capitale de la construction de l'image de soi.

En 1950, John Bowlby élabore une théorie de l'attachement. Cet attachement serait le premier mode de relation entre le bébé et le personnage maternel et il reposerait sur : la solidité du portage, la chaleur de l'étreinte, la douceur du toucher, l'échange de sourires et l'interaction de signaux sensoriels et moteurs lors de l'allaitement. Cet attachement est donc étroitement lié aux contacts corporels et aux interactions relationnelles avec le personnage maternel. La fonction essentielle de ce lien d'attachement serait d'assurer la sécurité de l'enfant, et donc de satisfaire son besoin primordial de protection (Consoli, 2006).

D. W. Winnicott, également dans les années 50, va mettre en exergue l'importance de l'engagement affectif que la mère pourra associer aux soins corporels qu'elle va prodiguer à son enfant. Il considère que l'habitation de la psyché à l'intérieur du corps a ses racines dans cet engagement affectif (Winnicott, 2000).

La mère joue, selon Winnicott, un rôle important en médiatisant les échanges avec l'extérieur, tant que l'enfant est incapable d'assurer lui-même sa propre protection en raison de son immaturité affective et motrice. Si ce rôle de "pare-excitation" est joué correctement par la mère, l'enfant pourra ensuite investir ses propres limites corporelles, c'est-à-dire ses organes sensoriels et sa surface cutanée, les reconnaissant capables d'assurer la protection dont il a besoin face à toute agression extérieure, sans être sous le coup de la menace permanente d'une possible effraction (Consoli, 2006).

Il y a donc ici l'idée d'une sécurité de base qui se constituerait dans les interactions primaires et qui permettrait ensuite à l'humain de sentir ses propres limites corporelles, de les différencier de celles d'autrui et de pouvoir appréhender les contacts avec l'autre sans se

sentir menacé dans son intégrité. Si cette sécurité de base est un préalable à une vie harmonieuse au contact des autres, elle l'est d'autant plus en ce qui concerne la sexualité...

C'est dans ce contexte de réflexions, que Didier Anzieu publia son article en 1974, suivi d'un ouvrage "Le Moi-peau" en 1985.

L'article de 1974 définit la notion de "Moi-peau" comme reposant principalement sur trois fonctions de la peau : celle de *sac*, de *contenant* rempli des expériences émotionnelles satisfaisantes, des soins et des réponses gestuelles et vocales données en premier lieu par la mère, celle de *surface entre le dedans et le dehors*, protégeant l'individu des agressions externes et, enfin, celle de *zone d'échange et de communication avec autrui*, d'établissement de relations significatives et de surface d'inscription et de traces laissées par ces dernières.

Dans le livre de 1985, Anzieu a augmenté le nombre de ses fonctions pour en différencier au final huit : maintenance, contenance, pare-excitation, individuation, intersensorialité, soutien de l'excitation sexuelle, recharge libidinale, inscription des traces.

Je me propose de tirer de cet ouvrage dense et très riche, quelques notions utiles à ma réflexion.

La fonction de contenant du Moi-peau et ses carences

Cette fonction de contenant est éveillée chez l'enfant par les soins et interactions vécues avec la mère, mais également par les réponses et le miroir qu'elle offre aux sensations et aux émotions de l'enfant, ce qui aura pour effet de les lui restituer sous une forme représentable, et donc intégrable. Le Moi-peau peut être compris comme une écorce contenant un noyau fait de pulsions ayant leur source dans le vécu corporel. Anzieu considère que la complémentarité de l'écorce et du noyau fonde le sentiment de la continuité du soi.

Deux formes d'angoisses peuvent aller de pair avec l'insuffisance de cette fonction contenante du Moi-peau. La première est une forme d'excitation pulsionnelle qu'Anzieu définit de permanente, éparse, non localisable ni apaisable, comme un noyau sans écorce. L'individu cherche une écorce substitutive dans la douleur physique ou dans l'angoisse psychique : il s'enveloppe dans la souffrance.

Dans le second cas, l'enveloppe existe, mais la personne a le sentiment qu'elle est interrompue par des trous par lesquels les pensées et les souvenirs pourraient s'échapper, comme si son intérieur se vidait, la privant de l'agressivité nécessaire à toute affirmation d'elle-même. Anzieu parle dans ce cas de Moi-peau passoire.

Individuation et inquiétante étrangeté

Le Moi-peau assure une fonction d'individuation du soi, qui apporte à chacun le sentiment d'être un être unique. C'est une fonction qui permet de s'affirmer soi-même comme un individu ayant sa peau personnelle et de reconnaître à autrui cette capacité.

Le sentiment "d'inquiétante étrangeté" décrit par Freud (1919), est un sentiment que peut éprouver un individu confronté à une menace qui vise directement son individuation en affaiblissant les frontières de celle-ci.

Le Moi-peau assure donc une fonction importante dans le sens où il donne des limites et des repères au psychisme, qui permettront l'ouverture à l'autre, sans crainte de pénétration tant visuelle que génitale.

L'angoisse de morcellement ou de démantèlement

Le Moi-peau a également une fonction d'intersensorialité, c'est-à-dire qu'il assure un lien entre les sensations de diverses natures éprouvées par l'individu au niveau des organes des sens. Comme le rappelle Anzieu, c'est l'encéphale, qui dans la réalité neurologique permet l'intégration des informations provenant des divers organes des sens, endossant donc cette fonction d'intersensorialité. Ce mécanisme aboutit à la perception d'un "sens commun" qui est une référence perceptive pour l'individu.

Si une carence survient au niveau de cette fonction d'intersensorialité, l'individu peut avoir le sentiment d'un fonctionnement indépendant et anarchique des différents organes des sens, le menant à éprouver une angoisse de morcellement du corps.

Le Moi-Peau comme surface de soutien de l'excitation sexuelle

Les contacts peau à peau et les échanges tactiles vécus par l'enfant vont, pour autant que ceux-ci aient été agréables, être la toile de fond des plaisirs sexuels. Ceux-ci vont se focaliser sur les zones érectiles ou les orifices qui ont la particularité d'offrir un contact direct avec la muqueuse, zone érogène par excellence.

Ce Moi-peau est donc comme une surface d'investissement libidinal où les zones érogènes ont pu être localisées, la différence des sexes reconnue et qui amène le désir de leur complémentarité. C'est dans ce sens qu'elle est un soutien de l'excitation sexuelle.

La douleur physique comme puissant désorganisateur de l'appareil psychique

"Comme chacun a pu le vivre, une douleur intense et durable désorganise l'appareil psychique, menace l'intégration du psychisme dans le corps, *affecte la capacité de désirer* et l'activité de penser. (...). S'abandonner au plaisir suppose la sécurité d'une enveloppe narcissique, l'acquisition préalable d'un Moi-peau. La douleur, si on échoue à la soigner et/ou à l'érotiser, menace de détruire la structure même du Moi-peau (...)" (1985, p. 228).

Anzieu relève aussi le caractère non partageable de la douleur et il ajoute : "La peau de mots qui se tisse entre le blessé et son interlocuteur compréhensif peut rétablir symboliquement une peau psychique contenant, apte à rendre plus tolérable la douleur d'une atteinte de la peau réelle" (1985, p. 232).

Comme chez Dolto, la parole est ici également perçue comme un vecteur permettant de participer à la création, au maintien ou à la restauration du sentiment de soi.

La seconde peau musculaire

L'hypothèse d'une seconde peau musculaire a été émise par Esther Bick dans un article publié en 1968. Anzieu reprend ce concept dans "Le Moi-peau" en y ajoutant quelques remarques que je souhaite relever ici.

Il relève le fait que tout le monde a besoin d'une seconde peau musculaire, *comme pare-excitation actif* s'ajoutant au *pare-excitation passif* assuré par un Moi-peau normalement constitué. Le rôle des sports et des vêtements est souvent de cet ordre.

Cette seconde peau musculaire peut-être anormalement développée si elle a à compenser une insuffisance du Moi-peau et à colmater les failles ou fissures de la première peau contenant. On peut ici penser au tonus anormalement élevé des muscles du plancher pelvien que l'on constate dans les cas de vaginisme ou de dyspareunie.

Il relève également que l'investissement pulsionnel spécifique de l'appareil musculaire, et donc de la seconde peau, est l'agressivité. Ceci par opposition au Moi-peau primaire qui est investi par la pulsion d'attachement, d'agrippement ou d'auto-conservation.

Nous trouvons ici l'idée que la seconde peau musculaire, sous tendue par des processus actifs, est un moyen de défense efficace, une façon de prendre les devants et de se préserver.

2.3. Les apports des neurosciences et de l'imagerie cérébrale

Les neurosciences s'intéressent elles aussi à la notion du Soi. On voudrait pouvoir comprendre quels sont les réseaux cérébraux qui sous-tendent la représentation mentale de soi.

François Ansermet (Psychanalyste) et Pierre Magistretti (Professeur de neurosciences) dans leur ouvrage commun "A chacun son cerveau", mettent en lumière la notion de plasticité neuronale. Ils expliquent comment, grâce à cette plasticité, les traces inscrites dans le réseau synaptique et issues de nos expériences, vont tout au long de la vie s'associer et se modifier. Les auteurs expliquent que ces traces vont déterminer la relation du sujet avec le monde extérieur et participer à l'émergence de l'individualité du sujet (2004, p.14). L'autre idée porteuse de cet ouvrage est liée au rôle fondamental des sensations corporelles dans l'élaboration de nos perceptions et de notre réalité intérieure : "Le second argument fort que nous élaborons dans ce livre est que la constitution de cette réalité interne inconsciente fondée sur les mécanismes de la plasticité, n'est pas exclusivement un phénomène d'ordre psychique, mais met en jeu également le corps." (2004, p.15). Les auteurs cherchent à démontrer que des états somatiques sont toujours associés à une perception ou à une représentation, ce que William James¹ avait déjà postulé à la fin du XIX^e siècle. Ces considérations et découvertes scientifiques me semblent confirmer que la représentation de soi est bien une construction où corps et esprit sont présents et étroitement imbriqués.

Dans leur article, "Le Soi à la loupe des neurosciences cognitives", Céline Duval et associés évoquent différentes conceptions de cette notion. Ils ont le sentiment que le Soi est un construit dichotomique reposant sur plusieurs images, prenant également le modèle de William James en exemple. James différencie le "Je", l'agent actif et conscient, du "Moi", constituant la structure passive de la représentation de soi. Le "Moi" est selon lui composé de plusieurs catégories : le moi matériel, le moi social et le moi spirituel. Le Soi serait donc formé de deux éléments : la conscience de soi et les représentations de soi. La conscience de soi pourrait être décrite comme un processus dynamique qui mobilise, active et travaille sur le contenu des différentes représentations de soi.

Les auteurs étudient ensuite les liens entre conscience de soi et conscience de l'autre. Ils relèvent l'importance des interactions parents-enfant et enfant-pairs, interactions qui apportent à l'enfant un retour sur ses propres perceptions et qui lui permettront d'élaborer des

¹ William James (1842-1910), médecin, psychologue et philosophe américain qui s'est penché sur les notions d'image de soi et d'estime de soi. Il a décrit ces notions dans son ouvrage paru en 1892 *Psychology Briefer Course*, traduit en français en 2003.

représentations individuelles. Cette conscience de lui-même l'amènera à pouvoir prêter à autrui une conscience et représentation du monde qui lui sera propre.

Des travaux d'imagerie cérébrale ont donc été réalisés. Deux différentes études ont été menées. L'une s'intéressait au réseau cérébral à l'état de base, c'est-à-dire sans que l'individu ne soit sollicité pour réaliser une tâche spécifique. Dans l'autre étude, on a utilisé des paradigmes pour activer la notion de référence à soi. *Le résultat des deux études converge vers l'existence d'un réseau cérébral associé à la représentation de soi.* Le lobe frontal serait déterminant dans ce mécanisme, plus précisément le lobe préfrontal médian et les zones pariétales inférieures, spécialement actives lors d'expériences mobilisant un processus de référence à soi.

Céline Duval relève également que les études en neuro-imagerie qui activent la représentation d'autrui ont mis en lumière *l'existence d'un réseau neuronal commun concernant les représentations mentales de soi et celles d'autrui.*

Ce lien entre représentation de soi et représentation de l'autre, confirmé par notre fonctionnement cérébral, soulève bien des questions en même temps qu'il amène des éclairages sur l'étroitesse des liens que l'on perçoit intuitivement entre la perception que nous avons de nous même, et celle que nous avons des autres.

3. Les atteintes de l'image de soi dans les problématiques de la sphère uro-génitale

Je souhaite à présent utiliser le matériel mis en lumière au chapitre précédent pour tenter de comprendre de quelle manière la représentation de soi peut être mise à mal lors d'atteintes au niveau de la sphère uro-génitale et quelles répercussions cela peut avoir sur l'état psychique des patientes.

3.1. Les bénéfices de la continence

L'acquisition du contrôle sphinctérien anal et urinaire est une étape capitale du développement de toute personne. Cette aptitude à la continence qui survient naturellement entre deux et trois ans fait suite à un temps où l'enfant aura pu expérimenter le plaisir de la manipulation des objets qui l'entourent, puis le plaisir de l'acquisition de la marche et du langage. Si ces acquisitions apportent déjà à l'enfant une certaine *autonomie*, on peut dire que le contrôle sphinctérien viendra vraiment la consacrer (Valero, 2009).

L'enfant va découvrir le plaisir de pouvoir se retenir puis le plaisir de pouvoir "laisser aller, laisser couler", au moment où il l'aura décidé. L'enfant accède alors *au contrôle du plaisir*,

plaisir qui réside dans le soulagement d'une tension (vésicale ou rectale), comme on le vit également dans l'orgasme.

Comme le dit Françoise Dolto : "La continence sphinctérienne, l'autonomie pour la satisfaction des besoins excrémentiels, fait partie de l'exercice de la *dignité* humaine". Ce sentiment de dignité est une composante fondamentale du narcissisme attaché à l'image du corps. L'enfant va sentir qu'il fait ce que l'on attend de lui, qu'il est donc approuvé, et considéré comme un être capable de vivre en société. En cas d'échec lors de la rétention, l'enfant va éprouver un sentiment de honte, de rejet et va craindre le désamour de ses parents.

Autonomie, contrôle du plaisir, dignité, sociabilité, tels sont donc les bénéfices de l'acquisition du contrôle sphinctérien. Bénéfices qui seront remis en question lorsque la continence n'est plus assurée.

Et force est de constater que les patients souffrant d'incontinence évoquent leur trouble en parlant de sentiment de honte, de perte d'autonomie et de dignité, et de difficulté à vivre en société avec ce trouble.

3.2. Atteinte narcissique et état anxieux

Au vu de ce qui a été explicité ci-dessus, on peut aisément penser que l'incontinence urinaire induit une atteinte narcissique importante. Cette atteinte peut fondamentalement ébranler l'image de base décrite par Françoise Dolto, l'image de sécurité qui permet à l'individu de se ressentir dans une "mêmeté d'être". Malgré toute sa volonté, l'individu ne parvient plus à avoir le contrôle de ce qui était acquis précédemment, la continuité est rompue. Elle décrit que toute atteinte contre l'image de base est perçue comme potentiellement mortelle, et va déclencher un état anxieux comme moyen de défense.

Pour Anzieu, le sentiment de la continuité de soi est assuré par la fonction contenante du "Moi-peau". Si une atteinte est portée à cette fonction de protection du narcissisme, l'individu va chercher une écorce substitutive dans la douleur physique ou dans l'angoisse psychique (1985, p. 125).

Les patientes souffrant d'incontinence d'urgence se souviennent toujours de la première fois où malgré tous leurs efforts la miction s'est déclenchée, il en reste un souvenir traumatique. Lors d'une situation ultérieure identique, les patientes seront angoissées à l'idée que la fuite puisse se reproduire et vont tout naturellement anticiper la situation de manière négative. On parle dans ce cas de situations phobiques, liées à des mécanismes de conditionnement du

cerveau (Haab *et al.*, 2004). L'effet délétère du stress sur la musculature lisse par le biais du système nerveux parasympathique ne viendra que renforcer le risque réel d'une fuite urinaire.

J.P. Valero relève quant à lui que les patientes souffrant d'incontinence d'urgence sont souvent agitées, stressées, cherchant à s'occuper sans cesse mais sans vraiment y parvenir (Valero, 2009).

Il est ici tentant de faire un parallèle avec la définition que donne Anzieu de l'angoisse psychique réactionnelle à l'atteinte de la fonction contenante du "Moi-Peau". Il qualifie celle-ci d'excitation pulsionnelle permanente, éparse, non localisable et non apaisable (1985, p. 125).

3.3. Une impossibilité de représentation qui compromet le désir sexuel

Par défaut de connaissances, d'informations, ou tout simplement de communication, les patientes manquent souvent de représentations quant aux atteintes uro-génitales qu'elles subissent. Les mécanismes de l'incontinence comme ceux du prolapsus sont des mécanismes complexes, et de plus, les perceptions au niveau de la sphère uro-génitales sont difficiles à identifier de manière précise, ceci par le fait du peu de proprioception de cette région. Les patientes perdent leurs repères perceptifs habituels et sont sous l'effet d'atteintes qui peuvent être vécues avec effroi. Les patientes sont donc sous la menace d'un événement qu'elles ne peuvent se représenter, inassimilable pour leur image du corps, ce qui n'est pas sans faire penser aux pulsions de mort dont parle Françoise Dolto.

La psychiatre décrit ces pulsions de mort comme incitant le sujet à se retirer de toute image érogène. Elle parle d'une mise en repos de l'individu et d'un corps non alertable par le désir et qui se protège de toute image érogène (1984, p. 34).

On peut dès lors penser, que les atteintes, difficilement représentables, de la sphère uro-génitale, sont passibles de répercussions sur la capacité de désirer, comme sur celle de se laisser "trouver" par le désir de l'autre.

Ces associations viennent soutenir mon hypothèse quant aux incidences négatives des atteintes de la sphère uro-génitale sur le désir sexuel, ce, par le biais d'une atteinte de l'image de soi.

3.4. Faillite narcissique et régression

La médecine chinoise associe l'incontinence urinaire à des états psychiques de "perte de maîtrise" ou de "peur" (Deydier-Bastide, 1997). Le sentiment qui prévaut est que quelque chose nous "file entre les doigts", comme lors d'un décès bien sûr, mais également dans des

situations plus communes comme le départ de la maison des enfants, la perte d'un emploi etc...

J.P. Valero déclare avoir remarqué qu'à l'origine de l'incontinence urinaire se trouve fréquemment des conflits de couple liés à une situation dévalorisante pour la femme ou à la découverte d'une infidélité. Il explique ceci par la dévalorisation que la femme peut subir et par la blessure d'amour propre qui en découle, et qui peut amener la femme, au lieu de lutter, à un "laisser-aller" de "vaincue". Il évoque un état dépressif sous-jacent. Les femmes souffrant de prolapsus sont, selon lui, fréquemment sujettes à ce même état d'âme.

De même, la clinique nous permet d'observer une fréquente prise de poids suite à l'installation d'une incontinence urinaire. Elle pourrait également résulter de cette attitude de "laisser-aller".

Dans le même ordre d'idée, Didier Anzieu décrit une angoisse que peut vivre un individu dont la fonction contenante du Moi-peau est attaquée. Il s'agit du "Moi-peau passoire". L'individu a le sentiment que son enveloppe psychique est interrompue par des trous d'où pourraient s'échapper son intérieur, le privant de toute agressivité nécessaire à l'affirmation de lui-même (1985, p. 125). Là aussi, l'idée que les choses nous échappent est très présente, ainsi que la notion d'être vaincu, privé de toute agressivité.

Il est important de relever ici cette notion d'agressivité, ce côté actif qui permet l'affirmation de soi et de ses désirs et la mobilisation de l'individu pour viser leur accomplissement. C'est de cette capacité dont parle Françoise Dolto sous le terme d'image fonctionnelle du corps (1984, p. 57).

Le mécanisme conduisant les individus traversant des périodes de perte ou de deuils à développer une incontinence urinaire pourrait être un mécanisme régressif, tel que le décrit Françoise Dolto. La mise en sommeil d'une zone (ici la zone urétrale), ramenant l'individu à une image de son corps antérieure. Ce repli, s'il est transitoire, n'est pas nécessairement catastrophique, il peut permettre à l'individu de trouver une réassurance narcissique et l'amener ensuite à pouvoir dépasser ce sentiment de perte.

Je ne suis pas d'avis que l'incontinence urinaire soit d'origine psychologique, des perturbations anatomiques et fonctionnelles sont, dans l'immense majorité des cas, présentes et vérifiables. Je pense cependant que certains événements à forte connotation émotionnelle peuvent en favoriser la survenue ou contribuer à entretenir des symptômes déjà présents.

3.5. Perte de repère de l'intérieur et de l'extérieur

Le prolapsus génital a la particularité de modifier la perception que la femme aura au niveau de ses organes génitaux à l'interne, mais également à l'externe. Elle perçoit que "ce qui devrait être dedans", est soudain "comme poussé au dehors"; ce qui était "caché" est à présent "exposé". La frontière entre l'intérieur et l'extérieur n'est plus très claire. Cela évoque une atteinte du Moi-peau dans sa fonction de surface entre le dedans et le dehors, sensée protéger l'individu des agressions externes. C'est une menace de taille pour l'appareil psychique. Les patientes évoquent fréquemment la sensation de se sentir "ouvertes", ce qu'on peut attribuer à la béance vaginale induite par le prolapsus, mais qu'on peut aussi comprendre comme un sentiment de ne pas pouvoir cacher ou protéger ce qui habituellement nous appartient en propre. Les femmes souffrant de prolapsus redoutent le regard de leur partenaire sur leur sphère génitale. Une patiente me disait un jour : "si mon partenaire voit ça, je ne pourrai plus lui cacher l'ampleur des dégâts".

3.6. L'angoisse de morcellement

Les rectocèles vont de pair avec des difficultés lors de l'exonération et la présence de selles résiduelles dans le rectum, que la patiente peut percevoir. Bon nombre de patientes doivent s'aider de manœuvres digitales pour pouvoir évacuer ces selles, et c'est souvent en repoussant la paroi postérieure du vagin (donc en repoussant le rectocèle) qu'elles y parviennent. La descente de vessie qui y est fréquemment associée est également perçue par l'intermédiaire du vagin. Outre la difficulté à se représenter les mécanismes en jeu, les patientes peuvent avoir le sentiment que les organes ont perdu leur localisation, leur cohésion et que leur fonctionnement est devenu anarchique. Anzieu parle d'un "sens commun" lorsqu'il évoque la référence perceptive d'un individu, issue de la fonction d'intersensorialité du Moi-peau (1985, p. 127). Il note qu'une faille dans cette fonction peut mener à des angoisses de morcellement du corps.

Je pense que cette angoisse de morcellement peut aussi faire partie du ressenti des femmes souffrant de prolapsus génitaux.

Ces angoisses de morcellement sont plus fréquemment décrites dans le post-partum. C'est le cas de Laurence Cassé, sage-femme, qui décrit le passage de l'enfant dans la filière pelvienne comme passible d'induire des sensations d'éclatement. Elle met en parallèle cette sensation de morcellement du corps avec le morcellement du quotidien auquel les jeunes mères ont à faire, ces gestes répétitifs qui entrecourent en permanence les jours et les nuits.

Dans son article, la sage-femme évoque également le sentiment de dépossession que peut éprouver la jeune mère. Par le fait que son corps soit habité par un autre individu pendant la grossesse d'une part, par la prise en charge médicalisée de l'accouchement qui peut donner le sentiment à la parturiente qu'on la dépossède de son accouchement d'autre part. Laurence Cassé note que l'incontinence du post-partum peut être vécue comme un signe indiscutable de cette perte de maîtrise généralisée.

3.7. L'inquiétante étrangeté liée à la grossesse et à l'accouchement

La grossesse, l'accouchement et les suites de couche sont des périodes où les repères corporels et psychiques vont être particulièrement chamboulés. Le temps de la grossesse où le Moi-peau doit pouvoir s'étendre pour faire place à un autre individu en son sein; l'accouchement qui propulse soudain à l'extérieur ce même individu, laissant le Moi-peau privé d'une partie de son contenu et souvent marqué d'une incision ou d'une déchirure. Et les suites de couche, temps où les nouvelles frontières du Moi-peau doivent être apprivoisées.

Certaines femmes évoquent avec difficulté le fait de sentir leur corps investi par un autre être durant la grossesse. On peut faire la supposition que la fonction d'individuation du Moi-peau soit ici mise à rude épreuve, et qu'un sentiment "d'inquiétante étrangeté" puisse les habiter.

3.8. La douleur affectant la capacité de désirer

Les épisiotomies et les déchirures sont source de douleur dans le post-partum immédiat. Elles peuvent également être vécues comme une "preuve tangible" que les sensations d'éclatement éprouvées lors de l'expulsion étaient réelles. La continuité du Moi-peau est rompue. Comme le dit Didier Anzieu, l'enveloppe de douleur peut faire office de substitut à la fonction contenante du Moi-peau et apaiser ainsi la crainte d'une hémorragie narcissique par les failles du Moi-peau (1985, p.266).

Comme le relève également Anzieu, une douleur intense et durable finit par menacer l'intégration du psychisme dans le corps et affecte la capacité de désirer et l'activité de penser en menaçant la structure même du Moi-peau (1985, p. 228). La capacité de désirer, ainsi que la capacité à s'abandonner au plaisir est donc, selon lui, directement en lien avec la sécurité narcissique, assurée par la fonction contenante du Moi-peau qui peut alors remplir son rôle de soutien de l'excitation sexuelle.

"L'image du corps est du côté du désir...", écrivait Françoise Dolto...

3.9. La parole pour donner la cohérence aux événements

Les auteurs que j'ai évoqués au fil de mon travail relèvent l'importance de la parole et de la communication entre individus dans l'élaboration de l'image de soi. Mais la parole permet aussi de donner du sens aux événements qui sont vécus comme des ruptures ou des cassures et que chacun aura à traverser au fil de son existence. Dans les périodes angoissantes où l'individu se sent perdu et confus, divisé et coupé de lui-même, Ricoeur² voit le récit comme le moyen de donner de la cohérence aux événements et de construire ou de reconstruire notre identité (De Ryckel, 1999). Ceci me semble tout à fait pertinent pour ce qui concerne le vécu de l'accouchement et plus globalement pour tout ce qui concerne les atteintes corporelles passibles de déclencher des impressions de dépersonnalisation.

J'espère avoir pu dans ce chapitre montrer comment l'image de soi peut être mise à mal dans les problématiques touchant à la sphère uro-génitale.

Je suis d'avis que les modifications de la sphère périnéale, qu'elles soient liées à l'accouchement, à la ménopause ou à d'autres facteurs, impliquent dans tous les cas un remaniement de l'image du corps. Il va falloir, en quelque sorte, "composer avec une nouvelle donne". Je pense que les individus qui auront eu la chance, dans les interactions primaires avec la mère, de pouvoir se constituer une image du corps sécure, un Moi-peau fonctionnel, seront moins déstabilisés et atteints dans leur image d'eux même quand des événements perturbant les touchent.

Il est important de relever ici qu'un remaniement, s'il est synonyme de changement et de transformation, n'est pas synonyme de perte. Une atteinte à l'image du corps, intégrée puis surmontée est un enrichissement narcissique, tout comme un accouchement peut apporter à la femme le sentiment magnifique d'être allée aux limites d'elle-même et d'avoir surmonté l'impensable.

4. La question du désir sexuel

4.1. Mais qu'est-ce que le désir sexuel ?

Le désir sexuel peut être défini comme l'expérience de sensations spécifiques qui pousse les hommes et les femmes à initier ou à répondre à une stimulation sexuelle.

Le désir sexuel nécessite des bases physiologiques neuronales et hormonales fonctionnelles et des facteurs psychiques propices comme : des expériences passées positives, une absence d'anxiété ou de dépression, une estime de soi et de l'autre adéquate.

² Paul Ricoeur (1913-2005), philosophe français.

Le désir sexuel implique également de pouvoir percevoir l'autre comme différencié de soi et donc comme potentiel "objet de désir".

Françoise Dolto rappelle que Freud définissait la libido comme "une énergie sexuelle traversant le psychisme". Il y a dans l'idée de désirer la notion de mouvement. Comme le mentionnent Stéphanie Ortigue et Francesco Bianchi-Demicheli dans leur article "Approche sociocognitive du désir sexuel", l'étymologie du mot désir (*desiderare* : de *cesser*; *siderare* : *sidérer*), signifie "cesser d'être figé".

Françoise Dolto exprime les choses de la manière suivante : "L'image du corps est la synthèse vivante, en constant devenir, de ces trois images : de base, fonctionnelle et érogène, reliées entre elles par les pulsions de vie, lesquelles sont actualisées pour le sujet dans ce que j'appelle l'image dynamique" (1984, p. 58). Elle précise ensuite que cette image dynamique exprime en chacun de nous l'Étant, appelant l'Advenir : le sujet en droit de désirer, le sujet en désirance. Ce qui me semble relevable ici, c'est cette idée que les différentes images du corps s'articulent les unes avec les autres et sont maintenues en cohésion par les pulsions de vie, par ce trajet du désir allant vers son but. *La capacité à désirer pourrait donc être perçue comme l'élément cohésif de la représentation de soi.* Rappelons aussi que pour Dolto, l'image du corps est la synthèse de toutes nos expériences émotionnelles; le vécu émotionnel de nos expériences passées est donc présent en permanence dans le processus du désir. Ceci n'est pas sans conséquence en ce qui concerne le désir sexuel.

4.2. Ce que nous apprend la neuroimagerie au sujet du désir sexuel

Les recherches en imagerie cérébrale peuvent ici aussi nous amener des considérations très intéressantes. Il a pu être démontré que l'excitation sexuelle recrute un réseau limbique (amygdale et hippocampe) qui ne nécessite pas la participation de zones cérébrales cognitives. Dans "Approche sociocognitive du désir sexuel", nous apprenons que le désir sexuel recrute lui, en plus du système limbique, *des régions corticales cognitives directement impliquées dans les mécanismes de récompense et de la représentation mentale de soi* (lobe pariétal inférieur et lobe préfrontal médian). Rappelons ici que la représentation de soi et la représentation d'autrui partagent un réseau cérébral commun.

Ces études nous permettent de confirmer la place stratégique de la représentation mentale de soi dans le mécanisme du désir sexuel.

4.3. Lorsque le désir vient à manquer

Les troubles du désir sexuel sont la cause la plus fréquente des consultations sexologiques chez la femme. Si les causes de baisse du désir sexuel sont nombreuses et d'ordre très divers, le manque de désir peut aussi être le marqueur d'un vécu sexuel insatisfaisant conduisant la patiente à ne plus pouvoir anticiper de manière positive un rapprochement intime. Il est également probable qu'une altération de l'image de soi puisse se répercuter directement sur la capacité à aller à la rencontre de l'autre. Ce sont ces aspects-là qui seront pris en compte dans mon enquête.

5. Quelques mots sur la rééducation du plancher pelvien

Les femmes qui viennent en traitement sont le plus souvent envoyées par leur gynécologue ou leur généraliste. Elles bénéficient en règle générale de 6 à 9 séances. La première séance est une séance d'anamnèse et d'explications et aucun examen ou exercice pratique ne sera effectué à ce moment-là. L'anamnèse comporte des éléments sur l'état de santé de la patiente, sur son histoire médicale générale puis elle comporte ensuite une partie très détaillée concernant son histoire gynécologique, ses éventuelles maternités et autres événements concernant la cavité abdominale et le petit bassin. On demande ensuite à la patiente de préciser les symptômes qui l'amènent en traitement, leur mode d'apparition, leur fréquence, les situations dans lesquels ils surviennent, les facteurs qui pourraient les aggraver, etc... On questionne aussi les habitudes de vie de la patiente, ses loisirs, et on évalue également les retentissements des atteintes de la sphère uro-génitale sur son quotidien. Cette anamnèse comporte des questions liées au vécu sexuel. J'opte personnellement pour le choix d'une première question très large concernant une éventuelle "gêne" liée aux rapports sexuels. Cela permet en général à la patiente de pouvoir exprimer ce qui pourrait la préoccuper à ce niveau-là. Si la patiente répond par la négative, je lui demande encore si aucune douleur ne survient pendant ou après le rapport sexuel. La réponse est ici aussi heureusement souvent négative, mais je constate fréquemment que des discussions concernant le vécu sexuel auront lieu dans les séances ultérieures, et je pense qu'elles sont rendues possibles grâce à cette porte qui a été ouverte lors de la première séance et qui "autorise" le dialogue concernant la sexualité.

Cette première entrevue comporte ensuite une partie explicative importante. Des planches anatomiques sont montrées à la patiente afin qu'elle se remémore et puisse visualiser la localisation de ses organes et leur proximité. Le fonctionnement des reins, de la vessie, du plancher pelvien sont aussi passés en revue avec des images claires et des points de repères liés à des sensations éprouvées dans le quotidien. Les explications sont

naturellement différentes d'une patiente à l'autre, l'idée étant de venir mettre des mots et des images sur les atteintes et les symptômes que la patiente nous aura relatés. *Il y a donc clairement ici l'idée d'un travail de clarification et de représentation des atteintes de la sphère uro-génitale par une mise en mot de ces atteintes.*

La patiente est ensuite informée du déroulement des séances pratiques qui suivront. Elle est également invitée à poser des questions.

Lors de la seconde séance, un examen clinique est réalisé. C'est un bilan qui prend en compte la statique corporelle dans son ensemble ainsi que la cavité abdominale et le bassin de manière détaillée. L'examen gynécologique se fait ensuite, comportant l'inspection des tissus, le toucher vaginal, ainsi que fréquemment le toucher anal. Rappelons ici l'importance d'un examen des parois vaginales en position debout lorsque cela est nécessaire.

Ce bilan se fait dans le contact direct avec la patiente. Chaque geste est explicité, et les constatations sont verbalisées. La patiente est sollicitée pour décrire ce qu'elle ressent, les éventuelles douleurs qu'elle pourrait éprouver et on s'assure qu'il ne subsiste pas de crainte ou d'incompréhension face aux problématiques en jeu. L'utilisation d'un miroir est utile lorsque la patiente n'a pas eu le courage ou l'envie d'aller voir ce qui se passe vraiment dans la région de son plancher pelvien, parfois aussi pour lever des idées que la patiente s'est constituée sur ce qui est normal ou non.

Dans cette phase du traitement il s'agit de pouvoir valider le ressenti de la patiente et de le confronter à la réalité. Il ne s'agit pas de rassurer à tout prix la patiente, mais de lui rendre la réalité compréhensible afin qu'elle puisse à nouveau être partie prenante pour trouver des solutions, et non pas rester figée par la peur et l'incompréhension.

Comme le dit Boris Dolto : " Quelle que soit la nature des troubles fonctionnels résiduels ou des atteintes organiques définitives, le sujet doit travailler à retrouver un principe de vie qui soit authentiquement et actuellement sien, et qui tienne compte des conditions dans lesquelles il se trouve" (Dolto, 2006).

Lorsqu'une douleur est présente, il faut s'en occuper, en parler, la rendre palpable, tisser cette "peau de mots" dont parle Anzieu, afin de rendre la douleur réelle plus supportable et moins angoissante.

A partir de la deuxième séance, on pratique un travail au niveau du plancher pelvien par l'intermédiaire du toucher vaginal. Il s'agit d'apprendre à contracter ce plancher musculaire mais également à le relâcher. De nombreuses patientes sont en effet dans une attitude de crispation perpétuelle au niveau de leur plancher pelvien. Par crainte d'une fuite pour

certaines ou pour essayer de contrer la sensation de béance vaginale pour d'autres; le fait est que les parois musculaires sont hypertoniques sans pour autant que leur contraction ne soit efficace lorsqu'elle serait utile. Il s'agit donc d'effectuer un renforcement musculaire tout en apprenant à la patiente à "lâcher". Relâcher son tonus musculaire d'une part et lâcher l'idée qu'il faille qu'elle se contienne à tout moment. Ceci est un préalable au plaisir, un point capital pour le vécu sexuel de la patiente.

On espère donc "que cette seconde peau musculaire" que l'on constitue en rééducation puisse être perçue par les patientes comme rassurante en leur permettant d'être active à "se protéger", et qu'elles puissent être le reste du temps confiantes et détendues.

Le biofeedback³ permettra quant à lui une visualisation du travail du plancher pelvien. La patiente va donc enrichir la représentation mentale qu'elle a de son périnée par des informations visuelles. C'est un apport ludique qui permet à la patiente de vérifier sa capacité à contracter et à relâcher son périnée et qui lui donnera plus d'assurance pour effectuer les exercices à domicile.

Un travail est également effectué au niveau de la respiration, de la paroi abdominale et du bassin. La respiration mobilise le diaphragme respiratoire bien sûr, mais également le diaphragme pelvien et le diaphragme crânien. Un travail sur la respiration permet de les resynchroniser et ainsi d'amener une sensation de réunification du corps, sensation qui, comme nous l'avons vu, manque souvent dans le post-partum. Ceci est d'autant plus important que ces trois diaphragmes sont également sollicités dans la fonction sexuelle (Espi Cadotsch, 2010). Le travail au niveau de la paroi abdominale est très important pour ce qui concerne la statique générale et la statique pelvienne⁴, notamment dans la prévention des prolapsus. En post-partum, ce travail est important dans le sens où il apporte à la patiente les "nouvelles" limites de son corps, l'aidant à restaurer son sentiment d'individuation et à accueillir son bébé à présent extérieur à elle-même.

La rééducation est avant tout un espace de contact avec le patient, contact par le toucher, par le regard et par la parole. Boris Dolto rappelle que la mobilisation du corps peut faire revivre des émotions, des souvenirs datant de l'enfance. Il écrit : "C'est à tort qu'en parlant de l'inconscient, on parle de profondeurs. L'inconscient loge en nous à fleur de peau. L'inconscient est aussi bien physique, c'est-à-dire physiologique. Il s'offre à nous comme la stratification ou mémorisation du vécu au cours des années" (Dolto, 2006). Ceci nous rappelle bien sûr ce que disait son épouse au sujet de l'image du corps perçue comme

³ Le biofeedback est un système informatisé permettant à la patiente de visualiser la contraction de son plancher pelvien par l'intermédiaire d'une sonde placée à l'intérieur du vagin et reliée à un écran.

⁴ Nous faisons référence ici au muscle transverse abdominal, véritable ceinture abdominale, qui travaille de paire avec le plancher pelvien et qu'il est possible de renforcer en post-partum immédiat, contrairement aux autres abdominaux.

mémoire des émotions, mais à la fois vivante, dynamique et accessible dans l'ici et maintenant. Le contact avec les patients n'en prend que plus de valeur...

Chapitre II. : La méthodologie

1. Quelques enquêtes sur la thématique de l'impact des troubles uro-génitaux sur la sexualité

Des questionnaires concernant les atteintes de la sphère périnéale existent depuis plusieurs années. Ils sont principalement utilisés pour mettre en évidence les symptômes, pour en mesurer la sévérité et pour évaluer leur impact sur la qualité de vie (Ciofu, 2005). Il existe plusieurs questionnaires évaluant l'incontinence urinaire et son impact sur la qualité de vie⁵, par contre, les questionnaires concernant les prolapsus ou l'incontinence fécale sont peu nombreux et encore en cours d'élaboration. Les questionnaires concernant la qualité de vie comportent quelques questions liées à la sexualité, mais restent souvent trop peu explicites quant aux gênes précises que les patientes concernées peuvent rencontrer dans l'exercice de leur sexualité.

Des études plus spécifiques ont donc été menées afin de préciser sur quels aspects de la réponse sexuelle les femmes souffrant d'incontinence peuvent être affectées. En 2004, Andrea Salonia a réalisé une étude auprès de 216 femmes souffrant de troubles du bas appareil urinaire (incontinence d'effort, incontinence d'urgence et cystite interstitielle). Il en résulte que 46% d'entre elles souffraient de difficultés sexuelles. En ce qui concerne la répartition de ces difficultés, 34% concernaient le désir sexuel, 11% l'orgasme et 44% évoquaient des problèmes liés aux douleurs. Salonia a pu établir d'intéressantes corrélations, ainsi, les femmes souffrant d'incontinence d'effort présentaient souvent des troubles au niveau du désir sexuel, les femmes souffrant d'incontinence d'urgence avaient plutôt des répercussions au niveau de leur capacité orgasmique et les femmes atteintes de cystites chroniques souffraient de dyspareunie (Salonia, 2004). Par ailleurs tous les domaines du FSFI (Female Sexual Function Index) qui comprend le désir, l'excitation, la lubrification, l'orgasme et la douleur, étaient touchés de manière significative par rapport au groupe témoin, sauf l'excitation et l'orgasme.

En 2007, les travaux de Karin Coyne ont montré que les femmes souffrant de vessie hyperactive, avec ou sans pertes d'urine, avaient des altérations importantes au niveau de leur vie sexuelle. Les incidences se situaient au niveau du désir, de l'excitation, de la

⁵ Par exemple le score I-QoL (Incontinence Quality of Life), le score IIQ (Incontinence Impact Questionnaire), le score UISS (Urinary Incontinence Severity Score) ou encore le score Contilife.

lubrification et de l'orgasme et incluait un risque plus grand de douleurs lors des rapports en comparaison au groupe témoin. Les femmes souffrant de pertes d'urine étaient proportionnellement plus affectées que celles sans pertes d'urine effectives. Les femmes concernées décrivaient également des difficultés dans la relation à leur partenaire, dans le sens d'une perte d'intimité altérant la satisfaction de la rencontre sexuelle. (Coyne, 2007).

En 2008, Brian L. Cohen révèle que la présence d'une incontinence urinaire est le facteur aggravant majeur des dysfonctions sexuelles féminines, notamment en cas d'hyperactivité vésicale (Sevene, 2009). Chez les femmes souffrant d'hyperactivité détrusorienne, l'orgasme peut déclencher des contractions de la vessie et un relâchement sphinctérien, provoquant des fuites importantes. On comprend qu'il soit difficile pour ces femmes de se laisser aller à "prendre le risque" de l'orgasme...

On apprend dans l'étude d'Espuna Pons, réalisée en 2008, qu'un tiers des femmes sexuellement actives avec des symptômes d'incontinence urinaire et/ou d'instabilité vésicale ont des fuites urinaires pendant le coït. L'impact sur la qualité de vie des femmes avec une incontinence urinaire pendant le coït était plus important que chez les femmes sans incontinence coïtale (Sevene, 2009).

Les conclusions de ces études sont unanimes : les problématiques uro-génitales ont des répercussions néfastes sur le vécu sexuel des femmes.

Les études ne révèlent par contre pas précisément quels mécanismes conduisent les femmes à éprouver des difficultés sexuelles. Des hypothèses sont évoquées, telles que : la peur liée aux éventuelles odeurs, la difficulté à se relaxer, la perte de confiance en soi et la baisse de l'estime de soi, le sentiment d'être moins féminine, moins désirable, etc... (Sevene, 2009).

Il semble par contre clair, que la prise en charge des problèmes d'incontinence et des prolapsus réduise les impacts négatifs sur le vécu sexuel, que la prise en charge soit d'ordre conservatrice par la rééducation du plancher pelvien, chirurgicale ou médicamenteuse (Desvaux, 2009).

2. Le choix d'une démarche évaluative auprès des patientes

J'ai à de nombreuses reprises été frappée et touchée par les remarques ou les images qu'évoquaient mes patientes en parlant de leur ressenti face à leur atteinte périnéale. Frappée aussi d'assister à leur manière de trouver des "solutions" pour aller de l'avant avec leur difficulté. J'ai donc eu envie de tenter d'utiliser ce "matériel" précieux à ma disposition,

c'est-à-dire de chercher des indications auprès de mes patientes pour répondre aux questions qui m'occupent.

J'ai donc imaginé un questionnaire en deux parties afin de pouvoir mettre en parallèle l'image de soi et la satisfaction sexuelle et tenter de vérifier ainsi mon hypothèse de départ. Plusieurs contraintes liées à ma pratique sont apparues pour le choix des questionnaires. Afin de ne pas demander un effort de mémoire trop grand aux patientes, il a été décidé que seules les patientes venues en traitement dans l'année écoulée seraient concernées par le questionnaire.

Les patientes ayant toutes bénéficié de séances de rééducation entre temps, il était donc imaginable de leur soumettre un questionnaire sur l'image d'elle-même concernant la période précédant leur venue en traitement et de faire un comparatif avec leur ressenti actuel, c'est-à-dire suite à la rééducation périnéale. Il n'était par contre malheureusement plus possible d'avoir accès de manière crédible à l'image qu'elles avaient d'elle-même avant l'apparition des troubles. La réflexion a été la même pour ce qui concernait le vécu sexuel. Cette manière de faire permettra par contre de constater des changements, ou au contraire, l'absence de changements, dans le ressenti des patientes suite aux séances de rééducation, ce qui ouvre des pistes de réflexion intéressantes et représente un apport intéressant pour l'évaluation de ma pratique.

Dr Bianchi-Demicheli m'a aiguillée sur le choix de questionnaires validés, permettant de ce fait une analyse plus représentative. Il s'agit du questionnaire Q.I.C. de Marilou Bruchon-Schweitzer sur l'image du corps, et la version courte de l'IFSF, l'index de la fonction sexuelle féminine. En fin de questionnaire, cinq questions ouvertes devaient permettre d'obtenir des précisions sur le ressenti des patientes et des indications que les questionnaires ne peuvent pas fournir.

2.1. Présentation du Q.I.C. de Marilou Bruchon-Schweitzer

Le questionnaire imaginé par Marilou Bruchon-Schweitzer est le fruit d'une longue réflexion sur la notion d'image du corps. Elle souhaitait créer un outil d'évaluation prenant en compte une image du corps décrite comme "la configuration globale que forment les représentations, perceptions, sentiments ou attitudes que l'individu a accumulés à propos de son propre corps, et qui se sont plus ou moins intégrés dans une perception globale" (Bruchon-Schweitzer, 1990). Il s'agit donc de tenter d'évaluer des représentations ayant un rapport direct au corps physique réel, mais qui prennent aussi en compte le corps imaginaire. C'est pourquoi il est très adapté à ma réflexion.

La chercheuse conçoit l'image du corps comme comprenant de multiples facettes, la satisfaction corporelle, l'accessibilité, l'identité sexuelle, l'anxiété corporelle. Elle passe en revue dans son ouvrage les questionnaires existants qui visent à interroger l'une ou l'autre de ces facettes de l'image du corps. Elle explique ensuite que son idée était de tenter de réunir ces différentes facettes dans un seul et même outil. Suite à l'analyse thématique du contenu d'entretiens auprès d'étudiants des deux sexes, 19 items bipolaires (voir annexe) ont été retenus quant à l'image du corps.

De ces items ont émergé quatre axes importants : perception favorable/défavorable du corps, corps exhibé/corps caché, corps masculin/corps féminin, corps calme/corps nerveux. Ce premier questionnaire a été ensuite appliqué à une population plus étendue en nombre et en âge et a mené à la création de quatre facteurs plus représentatifs, que je vais retranscrire ci-dessous.

Facteur I : Accessibilité/Fermeture

Qui comprend les items suivants :

(les items en italique correspondent à des items présents dans plusieurs facteurs)

Montrer/ne pas montrer

Regarder/ne pas regarder

Toucher/ne pas toucher

Erotique/non érotique

Attrayant/non attrayant

Source de plaisir/Source de déplaisir

Expressif/non expressif

Tendre, chaleureux/froid, indifférent

Facteur II : Satisfaction/Insatisfaction

Pur propre/impur sale

Jeune/vieux

Joyeux/triste

Tendre, chaleureux/froid, indifférent

Source de plaisir/Source de déplaisir

Expressif/non expressif

Energique/non énergique

Féminin/masculin

Attrayant/non attrayant

Facteur III : Corps actif/Passif

Résistant, fort/fragile, faible

En bonne santé/En mauvaise santé

Exprimant l'audace/Exprimant la crainte

Energique/non énergique

Masculin/féminin

Joyeux/triste

Facteur IV : Corps Serein/Tendu

Exprimant l'apaisement/Exprimant la colère

Calme, serein/nerveux, inquiet

Plein/vide

Le facteur accessibilité/fermeture est en lien avec la réceptivité aux expériences corporelles, sensuelles et esthétiques. Il se base sur la notion d'enveloppe corporelle telle que décrite par Anzieu comme lieu de différenciation et de relation (Bruchon- Schweitzer, 1990).

Le facteur satisfaction/insatisfaction indique un rapport à un corps investi, habité, riche de propriétés dynamiques aux tonalités agréables d'une part, et à un corps haïssable mis à distance, comme un corps objet dévitalisé et figé d'autre part.

Le facteur corps actif/passif oppose les propriétés énergétiques du corps (résistance, énergie, santé, audace,...) aux traits inverses (fragilité, faiblesse, crainte, mauvaise santé,...).

Le facteur corps serein/tendu oppose quant à lui la sérénité à la tension corporelle.

Ces facteurs comportent les éléments principaux de ma réflexion quant aux atteintes possibles de l'image du corps.

La désirabilité sociale doit être prise en compte dans les réponses que vont apporter les participants à l'enquête, et certains facteurs semblent plus sujets à des réponses faussées par les attentes supposées de la société, notamment le facteur corps serein/tendu. Le fait d'être détendu, décontracté, est très valorisé dans notre société, tandis qu'une image négative pèse sur les gens perçus comme tendus ou irritables.

2.2. Présentation de la version courte du questionnaire FSFI (Female Sexual Function Index)

Ce questionnaire est un outil destiné à évaluer les différents aspects du vécu sexuel des femmes. Des 19 items que contient la version longue du FSFI, cette version courte n'en retient que 6. Toutes les phases de la réponse sexuelle sont abordées (désir, excitation, lubrification, orgasme), mais de manière générale, sans faire de distinction entre les notions de fréquence et d'intensité. Une question concerne les éventuelles douleurs lors de la pénétration vaginale et une autre question aborde la satisfaction globale de la vie sexuelle.

J'ai choisi de rajouter trois questions appartenant à la version longue à cette version raccourcie qui me semblaient importantes dans le cadre de ma recherche. Une question concerne le degré d'inconfort éprouvé pendant la pénétration, la seconde concerne la fréquence des relations sexuelles avec pénétration vaginale, et la dernière questionne la satisfaction liée au rapprochement émotionnel avec le partenaire pendant les activités sexuelles. Le questionnaire que j'ai utilisé comporte donc 9 items.

2.3. Les questions ouvertes

Comme dit précédemment, les questions ouvertes me semblaient importantes pour apporter des éclairages que ne peuvent apporter les questionnaires. La première question concerne les atteintes éventuelles de l'image de soi que la patiente a pu éprouver suite à l'apparition des troubles de la sphère périnéale. Il lui est demandé de préciser comment son image a été atteinte et qu'elles sont, d'après elle, les raisons de cette atteinte. La deuxième question soulève les mêmes questions, mais concernant cette fois le vécu sexuel. La troisième et la quatrième question abordent les bénéfices potentiels de la rééducation au niveau du vécu sexuel et les raisons que les patientes donnent à ces changements positifs ou au contraire à l'absence de changement. Dans la dernière question, la patiente est amenée à s'interroger sur les aspects du traitement qui lui semblent avoir été les plus profitables à tous points de vue.

2.4. Les patientes concernées par le questionnaire

Seules les patientes venues en traitement au cours de l'année 2010 ont été retenues pour cette enquête. D'autres restrictions se sont imposées afin de garder un groupe de patientes relativement homogène. Ainsi, plusieurs patientes n'ont pas été retenues. Il s'agit des patientes ayant été opérées (chirurgie du prolapsus ou de l'incontinence), des patientes souffrant de troubles neurologiques (SEP, parkinson,...), des patientes bénéficiant d'un traitement médicamenteux concernant l'incontinence d'urgence et des patientes en post-partum immédiat, n'ayant pas encore repris une vie sexuelle active. Il est resté au final 29 patientes entre 22 et 70 ans, vivant une relation avec un partenaire et présentant divers symptômes au niveau de la sphère périnéale.

Les patientes ont été contactées par téléphone, je leur ai brièvement exposé ma démarche et demandé leur accord pour leur envoyer un questionnaire à domicile, muni d'une enveloppe réponse affranchie⁶. Elles étaient clairement informées du caractère anonyme de l'enquête et totalement libres de ne pas retourner le questionnaire si la démarche leur était inconfortable.

Au final, 28 questionnaires me sont parvenus en retour.

⁶ Le questionnaire ainsi que la lettre accompagnant cet envoi figurent dans les Annexes 1 et 2.

Chapitre III. : Résultats

1. Résultats des questionnaires Q.I.C. et FSFI

Sur les 28 questionnaires reçus en retour, un exemplaire a dû être exclu car il s'est avéré que la patiente en question n'avait plus eu de relations sexuelles dans la période qui a suivi le traitement suite à un cancer brutal de son conjoint.

Une base de données Excel contenant tous les éléments du questionnaire a été créée et le contenu des 27 questionnaires valides a été introduit dans cette base de données⁷.

Le Q.I.C. de Bruchon-Schweitzer (voir Annexe 2) invite les patientes à entourer un chiffre entre 1 et 5 sur chaque ligne. Comme on le voit aisément en observant le questionnaire, les chiffres 1 et 2 peuvent représenter une valeur négative (exemple à la première ligne où il indique que la patiente se sent en mauvaise santé), mais ils peuvent tout aussi bien représenter une valeur positive (exemple à la ligne 2 où il indique que la patiente se sent physiquement attirante). Il en est de même pour les chiffres 4 et 5. Seul le chiffre 3 est invariablement neutre.

Afin de pouvoir travailler par la suite sur la base de moyennes représentatives, nous avons répertorié dans la base de donnée uniquement les aspects positifs de chaque ligne et coté ensuite la réponse de la patiente de 1 à 5 (exemple ligne 2 : si la patiente avait entouré le chiffre 2, il devient selon ce procédé le chiffre 4). Ce dernier nous permet d'obtenir des moyennes entre 1 et 5 pour chaque patiente et pour chaque item. Nous pouvons dès lors considérer que les moyennes inférieures à 3 indiquent des ressentis négatifs alors que les valeurs supérieures à 3 indiquent des ressentis positifs.

Ceci est d'autant plus important que nous n'avons pas de groupe témoin et que les comparaisons se feront donc au sein du questionnaire en fonction des symptômes évoqués par les patientes et dans la comparaison "avant/après" le traitement.

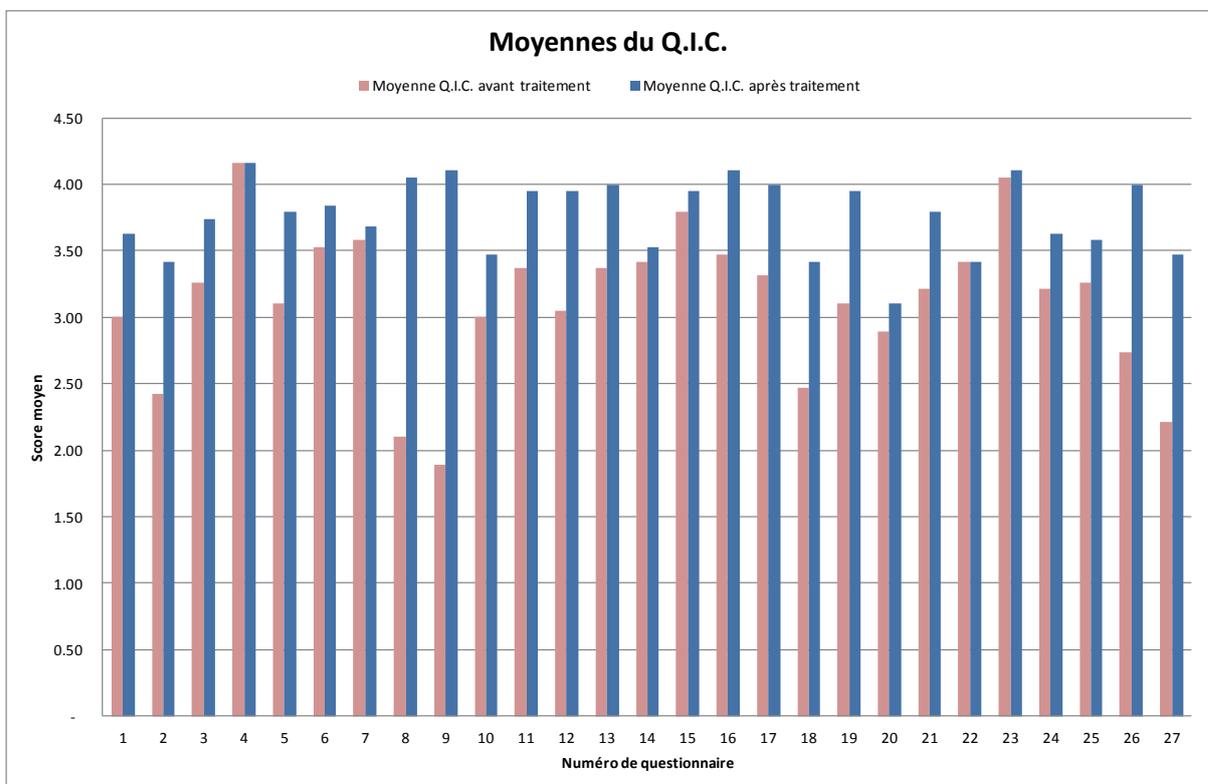
En ce qui concerne la satisfaction sexuelle, la même méthode a été utilisée. Nous avons coté les réponses de 1 à 5, 1 représentant toujours la réponse la plus négative et 5 la valeur la plus positive, comme le préconisent les auteurs de la présentation de la version courte du FSFI (Isidori *et al.*, 2010). Ces derniers ont ensuite déterminé qu'un score égal ou inférieur à 19 indiquait une dysfonction sexuelle. Cette version comportant 6 items, la moyenne limite est donc de 3.16.

⁷ L'Annexe 3 présente un extrait de celle-ci, qui répertorie l'âge, les symptômes et les moyennes des patientes.

Les résultats ont été analysés par des tests non-paramétriques, compte tenu du fait que la population de cette recherche ne suit pas la loi normale, certainement parce qu'elle est restreinte. Ces différents tests ont été réalisés par Madame Nadia Ammar, assistante à l'Université de Genève.

La limite de la significativité des résultats est habituellement placée à $p < .050$. Compte tenu du petit échantillon dont nous disposons dans cette recherche, nous avons décidé d'être un peu plus sévères. Dans ces analyses, les résultats dont la significativité est égale ou inférieure à $p < .010$ seront considérés comme significatifs, tandis qu'entre $p > .010$ et $p = .050$ la significativité sera considérée comme "tendencielle".

1.1. Moyennes du Q.I.C. pour chaque patiente avant et après le traitement



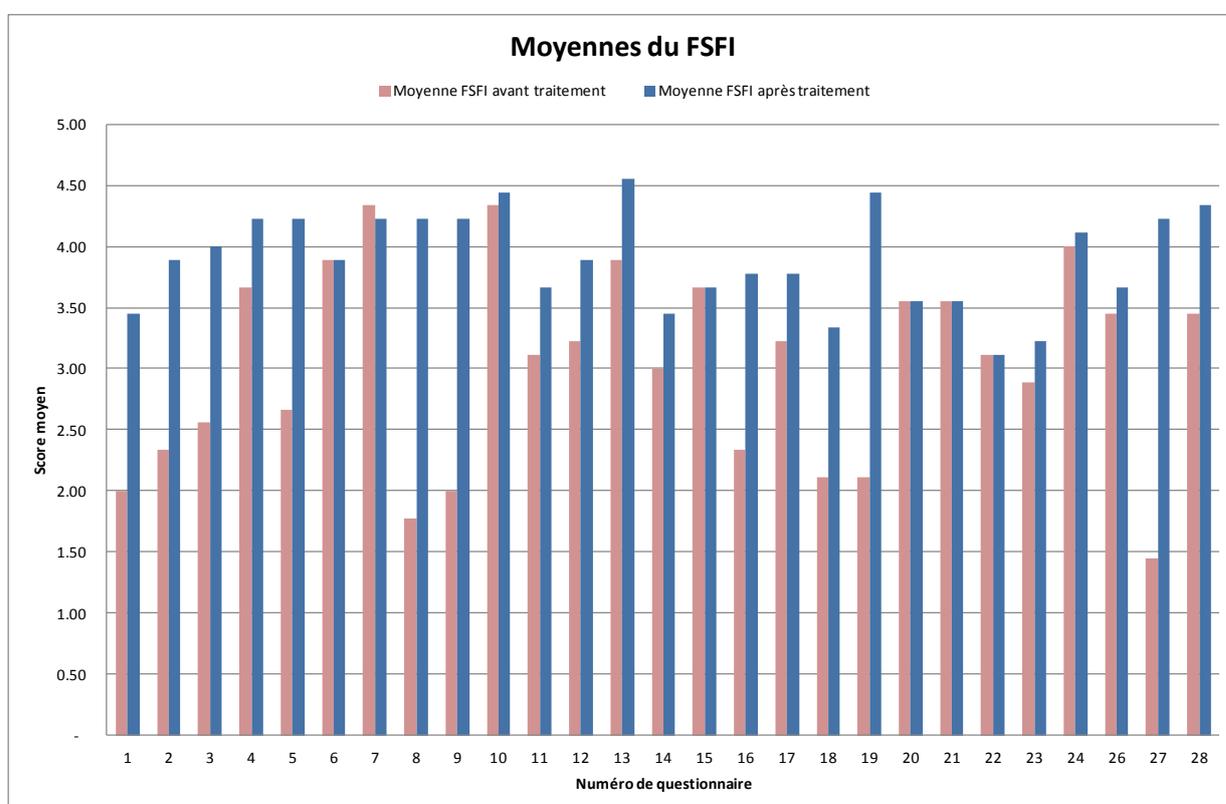
Nous observons que 9 patientes ont un score moyen égal ou inférieur à 3, ce qui représente le 30% des patientes. Avant le traitement la moyenne des scores moyens est de 3.13. Elle passe à 3.77 après le traitement et toutes les patientes se situent alors au-dessus de la valeur moyenne de 3. On peut relever que la situation est stationnaire chez 2 patientes. Pour toutes les autres, le traitement augmente la moyenne du Q.I.C. et il est intéressant de relever que les patientes présentant les moyennes les plus basses avant le traitement se situent parmi les plus élevées suite au traitement.

Une corrélation de Spearman a été réalisée afin d'observer les liens entre les différences de moyenne du Q.I.C. avant et après le traitement. Ces différences ne sont pas significatives,

mais rappelons tout de même que la corrélation s'est faite sur la base des moyennes des items du Q.I.C., ce qui a tendance à effacer un peu de la variance des données.

Corrélations (Spearman)			Moyenne Q.I.C.	
			Avant traitement	Après traitement
Rho de Spearman	Moyenne Q.I.C. Avant traitement	Coefficient de corrélation	1.000	.297
		Signification (bilatérale)	---	.132
	N	27	27	
	Après traitement	Coefficient de corrélation	.297	1.000
Signification (bilatérale)		.132	---	
	N	27	27	

1.2. Moyennes du FSFI pour chaque patiente, avant et après le traitement

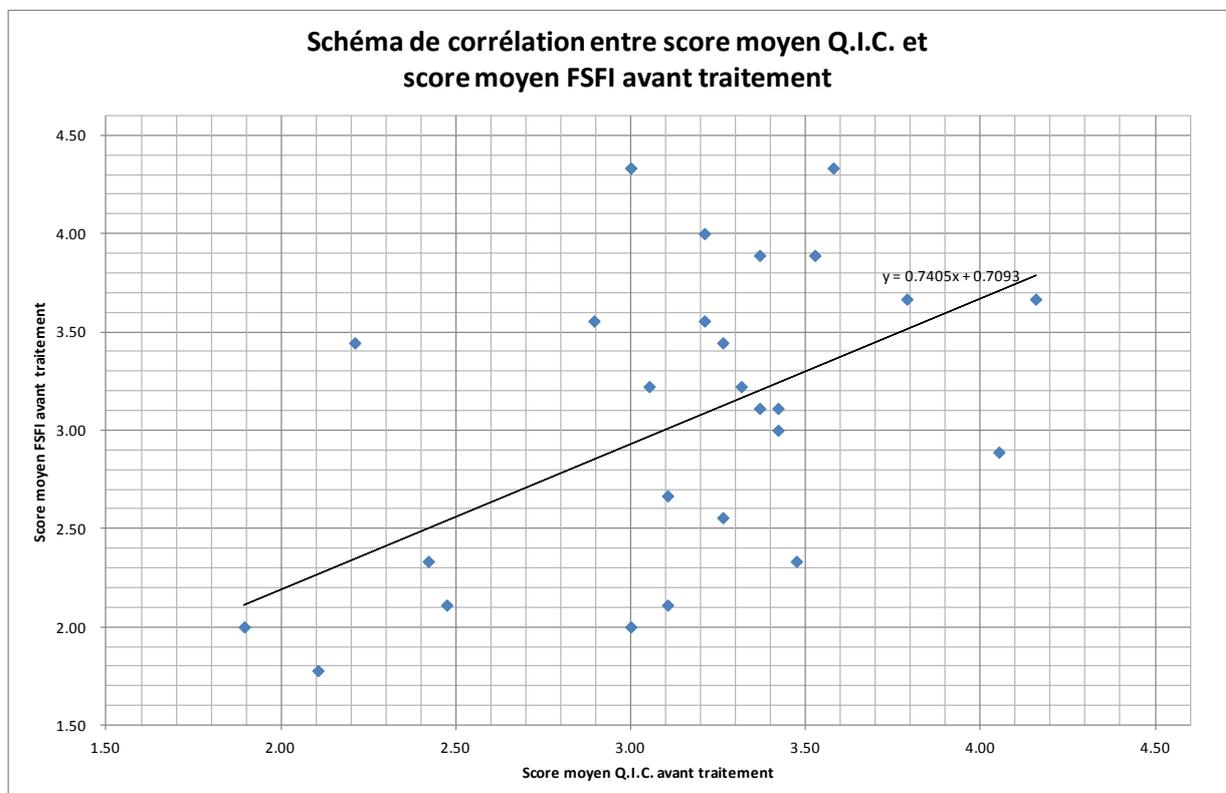


Nous trouvons ici 14 patientes se situant au-dessous de la moyenne limite de 3.16, ce qui représente le 51% des patientes. Après le traitement une patiente présente encore une moyenne à 3.11, c'est-à-dire en-dessous de la moyenne limite. La moyenne des moyennes est de 3.02 avant le traitement et de 3.89 après le traitement. Si la situation évolue donc le plus souvent après le traitement, elle reste inchangée pour 5 patientes. De la même manière que nous avons pu l'observer en ce qui concerne le Q.I.C., on peut relever que les patientes présentant les moyennes les plus basses avant le traitement ont, suite au traitement, des valeurs parmi les plus élevées.

Il n'y a pas ici non plus de lien de corrélation entre la moyenne du FSFI avant le traitement et la moyenne du FSFI après le traitement.

Corrélations (Spearman)			Moyenne FSFI	
			Avant traitement	Après traitement
Rho de Spearman	Moyenne FSFI Avant traitement	Coefficient de corrélation	1.000	.143
		Signification (bilatérale)	---	.475
		N	27	27
	Après traitement	Coefficient de corrélation	.143	1.000
		Signification (bilatérale)	.475	---
		N	27	27

1.3. Corrélation entre le score moyen du Q.I.C. et le score moyen du FSFI avant le traitement



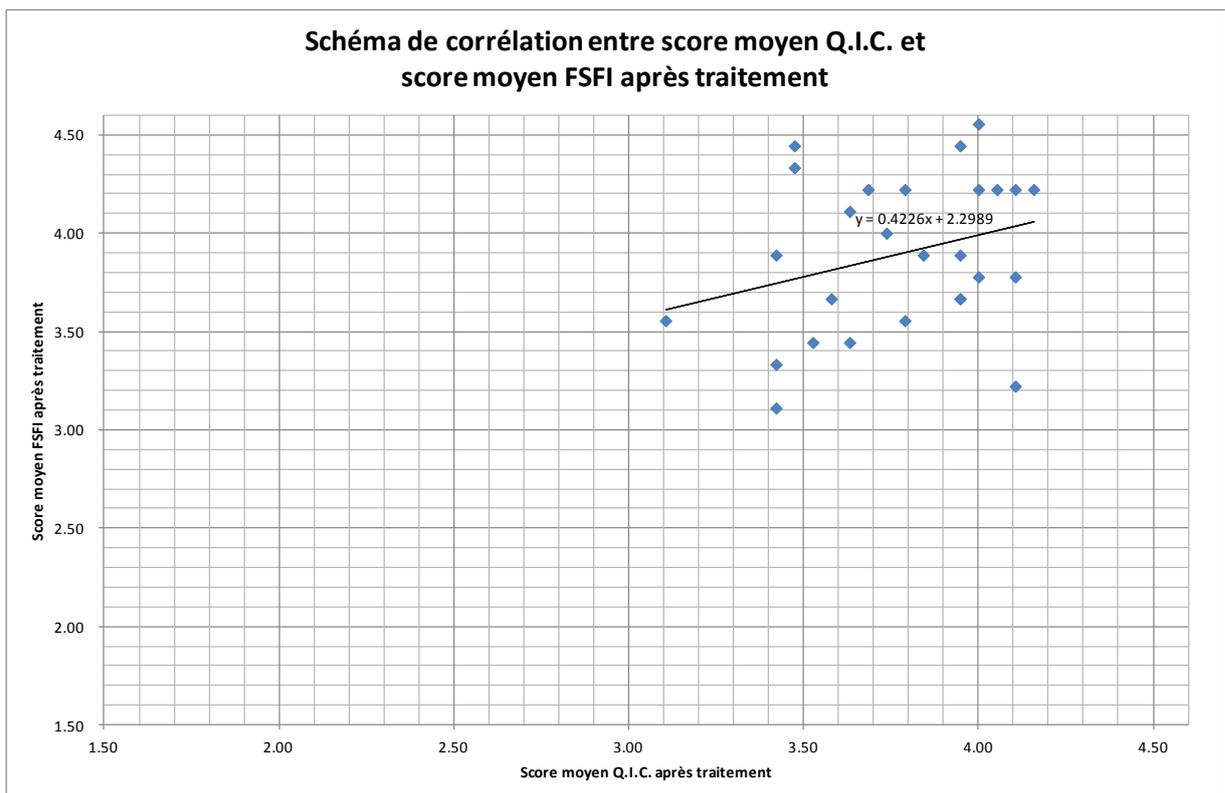
La question principale afin de vérifier mon hypothèse est la suivante : est-ce que les patientes dont la représentation mentale d'elles-mêmes est plus fragile auront un vécu sexuel plus difficile ? Ou autrement dit, y a-t-il une corrélation entre l'image de soi et la satisfaction sexuelle ?

On constate en observant la courbe de tendance de ce graphique qu'il y a bien une corrélation entre image de soi et satisfaction sexuelle. En effet, plus le score moyen de l'image de soi est élevé, plus la satisfaction sexuelle tend à être élevée elle-aussi.

Le calcul de corrélation de Spearman confirme l'existence d'un lien considéré comme significatif entre le Q.I.C. avant le traitement et le FSFI avant le traitement.

Corrélations (Spearman)			Moyennes	
			Q.I.C. Avant	FSFI Avant
Rho de Spearman	Moyenne Q.I.C. Avant traitement	Coefficient de corrélation	1.000	.480
		Signification (bilatérale)	---	.011
		N	27	27
	Moyenne FSFI Avant traitement	Coefficient de corrélation	.480	1.000
		Signification (bilatérale)	.011	---
		N	27	27

1.4. Corrélation entre le score moyen du Q.I.C. et le score moyen du FSFI après le traitement



Nous observons ici que les points se sont regroupés et que la courbe de tendance s'est horizontalisée. La corrélation de Spearman ne montre plus de lien significatif entre les deux moyennes suite au traitement.

Corrélations (Spearman)			Moyennes	
			Q.I.C Après	FSFI Après
Rho de Spearman	Moyenne Q.I.C. Après traitement	Coefficient de corrélation	1.000	.284
		Signification (bilatérale)	---	.150
		N	27	27
	Moyenne FSFI Après traitement	Coefficient de corrélation	.284	1.000
		Signification (bilatérale)	.150	---
		N	27	27

1.5. Répercussions des différents symptômes sur le Q.I.C. et le FSFI

Les symptômes "urgences sans fuites" et "fuites lors des rapports" ne concernent respectivement que 3 et 1 patientes, ce qui est insuffisant pour en tirer des observations significatives. De la même manière, nous ne tiendrons pas compte du facteur "Médicaments" et "Psychothérapie" qui ne concernent que 3 patientes.

Nous souhaitons ici tenter d'évaluer l'impact des différents facteurs et symptômes (accouchement, incontinence à l'effort, urgences avec fuites, descentes d'organes, bruits d'air vaginaux, douleurs) sur le Q.I.C. et le FSFI afin d'observer quels sont ceux qui affectent le plus les patientes de cette recherche.

Nous avons donc calculé les moyennes Q.I.C. avant et après et FSFI avant et après pour chaque symptôme, en comparaison avec les femmes qui ne présentent pas ce symptôme.

Nous avons ensuite effectué un test de Mann-Whitney afin de vérifier la significativité de la différence entre les femmes présentant le symptôme et les autres femmes.

Le seul symptôme qui révèle une différence significative ou à tendance significative est la présence de douleurs.

Nous observons que la différence est significative (FSFI) ou à significativité tendentielle (Q.I.C.) avant le traitement et qu'elle ne l'est plus suite aux séances, les valeurs Q.I.C. et FSFI après ayant fortement augmenté.

	Douleur		Moyenne	Rang moyen	U (Mann-Whitney)	Signification
	Oui	Non				
Q.I.C.	Avant	10	2.82	9.30	38.000	.018
			17	3.31		
	Après	10	3.87	16.70	58.000	.187
			17	3.71		
FSFI	Avant	10	2.22	6.30	8.000	.000
			17	3.50		
	Après	10	3.98	15.65	68.500	.414
			17	3.84		

Bien que pour les autres symptômes les différences ne soient pas significatives, nous pouvons, en considérant les moyennes calculées, faire les observations suivantes :

- après les douleurs, le symptôme qui affecte le plus les femmes au niveau de l'image de soi est l'incontinence d'urgence. L'accouchement figure en troisième place, suivi des descentes d'organes puis enfin des fuites à l'effort et des bruits d'air vaginaux.
- quant à la satisfaction sexuelle, le symptôme qui l'influence le plus négativement après les douleurs est l'accouchement. Viennent ensuite, l'incontinence d'urgence, les descentes d'organes, les bruits d'air vaginaux et les fuites à l'effort.

1.6. Scores moyens Q.I.C. et FSFI par groupe d'âge

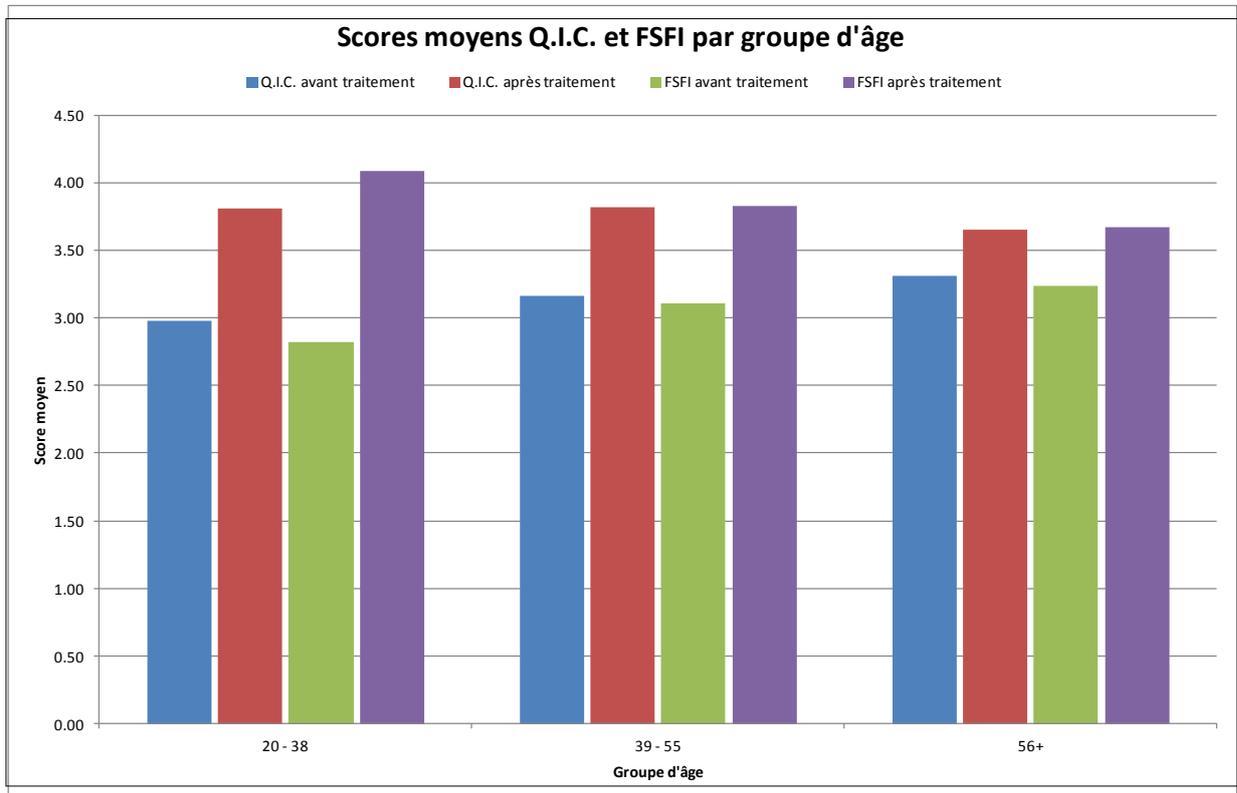
Il nous a semblé intéressant de voir comment l'âge pouvait influencer les valeurs du Q.I.C. et du FSFI. Nous avons donc réparti les participantes en trois groupes d'âge. Le premier groupe est celui des 20-38 ans qui regroupe 11 patientes et qui est le groupe des "jeunes mamans" puisque 8 d'entre elles déclarent avoir accouché dans les 18 mois. Le groupe suivant est celui des 39-55 ans dont font partie 9 patientes. Une seule parmi elles a accouché dans les 18 mois, ce groupe est plutôt celui des femmes d'âge moyen, où l'on considère que les femmes sont dans la phase de la maturité sexuelle. C'est aussi le temps de la pré-ménopause puis de l'installation de la ménopause. Le dernier groupe est celui des femmes de plus de 56 ans, 7 patientes en font partie.

Il n'y a pas ici l'idée de faire des observations sur les effets de la ménopause, ce qui nous serait de toute manière impossible puisque le questionnaire ne nous donne pas d'indications à ce sujet, mais plutôt de voir ces groupes d'âge comme des phases de la vie d'une femme où le vécu tant réel et pratique que corporel et psychique y est différent.

En faisant une comparaison entre les trois groupes d'âge pour les moyennes "Q.I.C. avant/après" ainsi que "FSFI avant/après", nous n'obtenons pas d'écarts de moyennes qui soient significatifs.

Nous observons par contre que le groupe des 20-38 ans présente les moyennes les plus basses, tant pour l'image de soi que pour la satisfaction sexuelle, avant le traitement et les plus élevées suite au traitement, contrairement aux femmes de plus de 56 ans qui ont les valeurs les plus élevées avant et les plus basses après le traitement. Le groupe des 39-55 ans se situe entre les deux autres groupes avant le traitement, il égale ensuite le groupe des 20-38 ans en ce qui concerne l'image de soi, après le traitement, et reste en situation intermédiaire en ce qui concerne la satisfaction sexuelle suite aux séances.

Nous avons ensuite calculé en séparant les groupes d'âge, l'évolution avant/ après du Q.I.C. et du FSFI. C'est ce que nous pouvons observer dans le tableau ci-dessous.



Nous observons que le groupe des 20-38 ans présente les plus grandes fluctuations dans ses moyennes, suivi du groupe des 39-55 ans où les écarts de moyennes sont déjà un peu moins importants. Nous voyons ensuite que le groupe des plus de 56 ans présente moins de fluctuations, avec des moyennes plus élevées en début de traitement et plus faibles que dans les autres groupes suite au traitement.

Le test de Friedman nous a permis de constater que les écarts de moyennes Q.I.C. avant/après et FSFI avant/après sont significatifs pour le groupe des 20-38 ans et pour celui des 39-55 ans et que ces écarts ne sont plus qu'à tendance significative pour les femmes de plus de 56 ans. L'observation du Khi-deux nous confirme que l'intensité de la corrélation est moindre dans ce dernier groupe.

Test de Friedman

		Moyennes	Rangs moyens	Khi-deux	ddl	Signification
Groupe 20-38						
Q.I.C.	avant	2.98	1.05			
	après	3.81	1.95	10.000	1	.002
FSFI	avant	2.82	1.14			
	après	4.09	1.86	6.400	1	.011
Groupe 39-55						
Q.I.C.	avant	3.16	1.00			
	après	3.82	2.00	9.000	1	.003
FSFI	avant	3.11	1.06			
	après	3.83	1.94	8.000	1	.005
Groupe 56+						
Q.I.C.	avant	3.31	1.07			
	après	3.65	1.93	6.000	1	.014
FSFI	avant	3.24	1.21			
	après	3.67	1.79	4.000	1	.046

1.7. Observation des quatre facteurs du Q.I.C.

Comme nous l'avons décrit au chapitre II, Marilou Bruchon-Schweitzer a défini quatre facteurs représentatifs permettant de regrouper les différents items de son questionnaire. Nous avons donc repris ces quatre facteurs et avons calculé la moyenne de ces facteurs avant et après le traitement en fonction de nos trois groupes d'âge.

			Moyennes par groupe d'âge			
			20-38	39-55	56+	Total gén.
Nombre de N° de questionnaire			11	9	7	27
Facteur I	Accessibilité	avant traitement	2.94	3.21	3.43	3.16
		après traitement	3.74	3.71	3.55	3.68
		Delta Facteur I	0.80	0.50	0.13	0.52
Facteur II	Satisfaction	avant traitement	3.04	3.27	3.41	3.21
		après traitement	3.79	3.89	3.81	3.83
		Delta Facteur II	0.75	0.62	0.40	0.61
Facteur III	Corps actif	avant traitement	3.05	3.19	3.36	3.17
		après traitement	3.88	3.91	3.79	3.86
		Delta Facteur III	0.83	0.72	0.43	0.69
Facteur IV	Corps serein	avant traitement	2.76	3.04	3.05	2.93
		après traitement	3.79	3.85	3.62	3.77
		Delta Facteur IV	1.03	0.81	0.57	0.84

Nous observons que les femmes de plus de 56 ans présentent systématiquement les meilleures moyennes pour tous les facteurs avant le traitement et qu'elles présentent par

contre, mis à part pour ce qui concerne le facteur satisfaction, les moyennes les plus basses suite au traitement.

Nous observons également que le groupe des 20-38 ans présente systématiquement les moyennes les plus faibles avant le traitement. Il est intéressant de relever que c'est dans ce groupe ci que les écarts de moyenne avant/après le traitement sont les plus importants, ceci pour tous les facteurs. Suite au traitement et dans ce groupe, il n'y a que le facteur Accessibilité qui affiche la moyenne la plus élevée.

Nous observons encore que si le groupe des 39-55 ans se situe toujours avec des valeurs moyennes avant le traitement, il présente par contre les valeurs les plus élevées suite au traitement pour presque tous les facteurs mis à part l'Accessibilité.

En prenant en compte tous les groupes d'âge simultanément, nous observons que le facteur qui présente la moyenne la plus faible avant le traitement est le facteur Corps serein (2.93). Il est suivi du facteur Accessibilité (3.16), puis du facteur Corps actif (3.17) et enfin du facteur Satisfaction (3.21).

En calculant ensuite la différence avant/après pour chaque facteur, nous constatons que celui qui évolue le plus est le facteur Corps serein (delta= 0.84) suivi du facteur Corps actif (delta=0.69). Viennent ensuite le facteur Satisfaction (delta=0.61) puis le facteur Accessibilité (delta=0.52).

Le test de Wilcoxon nous permet d'observer que pour les femmes de 20-38 ans ainsi que pour celles de 39-55 ans, tous les facteurs évoluent de manière significative ou à tendance significative suite au traitement. Par contre chez les femmes de plus de 56 ans, les facteurs accessibilité et corps actif ne présentent pas d'évolutions avant/après le traitement qui soit significative.

Test de Wilcoxon

Groupe 20-38 ans	Moyennes		Z de Wilcoxon	Signification
	avant	après		
Accessibilité	2.94	3.74	-2.524	.012
Satisfaction	3.04	3.79	-2.668	.008
Corps actif	3.05	3.88	-2.807	.005
Corps serein	2.76	3.79	-2.694	.007

Groupe 39-55 ans	avant	après	Z	Signification
Accessibilité	3.21	3.71	-2.539	.011
Satisfaction	3.27	3.89	-2.524	.012
Corps actif	3.19	3.91	-2.530	.011
Corps serein	3.04	3.85	-2.371	.018

Groupe 56+	avant	après	Z	Signification
Accessibilité	3.43	3.55	-1.105	.269
Satisfaction	3.41	3.81	-2.023	.043
Corps actif	3.36	3.79	-1.841	.066
Corps serein	3.05	3.62	-2.041	.041

1.8. Evolution des items du FSFI suite au traitement

En prenant en compte les réponses de toutes les patientes, nous constatons que les moyennes pour chacun des neuf items du FSFI sont plus élevées après le traitement qu'avant.

Le test de Wilcoxon indique que cette évolution est significative pour tous les items.

Items du FSFI	Moyenne avant le traitement	Moyenne après le traitement	Delta moyenne avant/après	Z	Signification
Degré d'excitation sexuelle	2.7	3.9	+1.2	-3.904	.000
Fréquence douleur pendant ou après la pénétration	3.4	4.6	+1.2	-3.204	.001
Fréquence de la lubrification	2.9	4	+1.1	-3.714	.000
Degré douleur pendant ou après la pénétration	3.6	4.6	+1	-2.82	.005
Satisfaction vie sexuelle en général	3.4	4.3	+0.9	-2.853	.004
Degré de désir ou d'intérêt sexuel	2.5	3.3	+0.8	-3.877	.000
Satisfaction rapprochement émotionnel	3.8	4.5	+0.7	-3.213	.001
Fréquence des relations sexuelles avec pénétration	1.9	2.5	+0.6	-3.368	.001
Fréquence de l'orgasme	3	3.6	+0.6	-2.810	.005

Les 3 items présentant la moyenne la plus basse avant le traitement sont : la fréquence des relations sexuelles avec pénétration, suivi du degré de désir ou d'intérêt sexuel puis du degré d'excitation sexuelle. Nous pouvons observer dans la colonne "Delta moyennes avant/après", quels sont les items dont l'évolution est la plus marquée.

1.9. Degré de désir ou d'intérêt sexuel chez les femmes présentant des douleurs

Afin de vérifier l'existence d'un lien entre la douleur et la difficulté éventuelle à désirer, nous avons calculé la moyenne de l'item "degré de désir ou d'intérêt sexuel" pour l'ensemble des patientes qui évoquent des douleurs dans la sphère périnéale et l'avons comparée aux patientes qui n'en mentionnent pas, ceci avant et après le traitement.

Nous pouvons observer que les patientes avec douleurs ont une moyenne plus basse que les autres patientes avant le traitement et que, suite au traitement, ce sont elles qui présentent la moyenne la plus élevée.

	N Douleur		Moyenne	Rang moyen	U (Mann-Whitney)	Signification
	Oui	Non				
Degré de désir avant	10		2.10	9.45	39.500	.020
		17	2.71	16.68		
Degré de désir après	10		3.40	15.70	68.000	.414
		17	3.18	13.00		

Le test de Mann-Whitney indique que la différence de moyenne du degré de désir entre les femmes qui présentent des douleurs et celles qui n'en présentent pas est à tendance significative avant le traitement. Suite au traitement il y a moins d'écart de moyenne et celui-ci n'est plus significatif.

2. Résultat des questions ouvertes

2.1. Au niveau de l'image de soi

Notre première question ouverte était la suivante : "Si les atteintes de la sphère périnéale vous semblent (ou vous semblaient) avoir affecté votre image de vous-même, pouvez-vous dire précisément en quoi et pour quelles raisons ?"

Vingt-deux patientes sur vingt-sept ont répondu à cette question, quatre d'entre elles ne relèvent aucun changement dans leur perception d'elles-mêmes en rapport avec les symptômes présents au niveau de la sphère périnéale.

Les patientes ont spontanément répondu de manière plutôt succincte, évoquant tantôt les atteintes qu'elles ont pu percevoir au niveau de leur image d'elle-même et tantôt les raisons qui leur semblent avoir provoqué ces atteintes. Nous avons tenté de dégager les thèmes principaux contenus dans les réponses des patientes.

Les effets des atteintes de la sphère périnéale sur l'image de soi

Difficulté à retrouver ses repères corporels ou psychiques ou défaut de représentation de ces atteintes	"En ce qui concerne mon image extérieure, je n'avais pas vraiment de problème, <i>mais c'est mon image intérieure qui me faisait mal.</i> " ⁸ (1) ⁹
	"Je ne me sens plus tout à fait la même personne." (5)
	"...représentation erronée de la sphère périnéale (non-réactive, passive)." (6)
	"Je me sentais meurtrie, je ne reconnaissais plus mon corps..." (9)
	"En position debout comme si le vagin était ouvert et très pénible de sentir comme une boule à l'entrée du vagin." (12).
Sentiment de peur, d'insécurité et de stress	"La douleur faisait <i>que j'avais peur</i> du rapport sexuel." (8)
	" <i>Peur</i> des sorties, spectacles, invitations." (18)
	"L'urgence et les fuites causent de l'insécurité, en tous cas en dehors de la maison. Et cette insécurité devenait stressante, puis plus importante." (23).
Sentiment de perte de contrôle et atteinte de la confiance en soi	"La douleur faisait que j'avais peur du rapport sexuel. <i>Cela a impliqué un manque de confiance.</i> " (8)
	"Le manque de confiance en soi." (17)
	"C'est ma vessie qui décidait et qui avait le contrôle de ma vie !" (18)
	"J'ai pris 20 ans ! A cause des fuites ! Plus sûre de moi, plus envie de partir à l'aventure." (19).
Sentiment de tristesse et de déprime	"Perte d'urine à l'effort, impression d'un "corps vieux", usé par les grossesses et <i>déprimant d'avoir des fuites</i> , gênant." (11)
	" <i>Plus triste que vraiment déprimée</i> de ne pas pouvoir effectuer les sports dont j'ai envie." (15).
Sentiment de gêne et de dérangement	"Les bruits d'air vaginaux= <i>gêne+++</i> " (2)
	"En position debout comme si le vagin était ouvert et très pénible de sentir comme une boule à l'entrée du vagin. Plus de pertes et tampons qui ne tiennent pas bien." (12)
	"Suite à un effort j'étais particulièrement <u>dérangée.</u> " (13)
	"Pas dans la vie de tous les jours, mais il y avait de la gêne pendant les rapports sexuels." (16)
	" <i>La lourdeur du périnée était très gênante</i> même pour les marches qu'on avait l'habitude de faire en famille." (19)
	"...Le fait d'être parfois mouillée !" (24).

⁸ Afin de faciliter la compréhension, l'italique est utilisé ici pour souligner les notions que l'on veut mettre en évidence.

⁹ Les chiffres entre parenthèse font référence au numéro du questionnaire d'où est tirée la citation. La totalité des réponses aux questions ouvertes figure à l'Annexe 4.

Sentiment d'énervement et de crispation	<p>"<i>Enervée</i> de ne pas arriver à contrôler les fuites urinaires." (10)</p> <p>"Je me sentais <u>sale</u> et réfléchissais à deux fois avant de faire un quelconque effort. <i>Donc un peu bloquée.</i>" (13)</p> <p>"Toujours peur d'un accident (fuite) <i>donc très crispée.</i>" (24).</p>
Sentiment de vieillesse et de dégradation du corps	<p>"..., je me sentais sale, comme souillée." (9)</p> <p>"Perte d'urine à l'effort, <i>impression d'un "corps vieux", usé</i> par les grossesses..." (11)</p> <p>"C'est le temps qui passe, <i>le corps abîmé et qui vieillit !</i>" (14)</p> <p>"Je me sentais vieille et sale. Plus de sport=corps dévitalisé." (18)</p> <p>"J'ai pris 20 ans ! A cause des fuites !" (19)</p> <p>"Le fait de perdre de l'urine=vieille." (24).</p>
Entraves à la possibilité d'être active	<p>"Suite à un effort, j'étais particulièrement dérangée. Je me sentais sale et réfléchissais à deux fois avant de faire un quelconque effort. Donc un peu bloquée." (13)</p> <p>"Plutôt lors d'activités sportives. Plus triste que vraiment déprimée de ne pouvoir effectuer les sports dont j'ai envie. La course par exemple m'est impossible." (15)</p> <p>"Peur des sorties, spectacles, invitations.[...]. Plus de sport=corps dévitalisé." (18)</p> <p>"Plus sûre de moi, plus envie de partir à l'aventure. La lourdeur du périnée était très gênante même pour les marches qu'on avait l'habitude de faire en famille." (19)</p> <p>"L'urgence et les fuites causent de l'insécurité, en tous cas hors de la maison." (23).</p>
Atteinte de la féminité	<p>"Difficile de se sentir féminine avec des protections de vieille !" (18).</p>
L'absence d'atteinte de l'image de soi	<p>"Je ne pense pas avoir été affectée dans l'image que j'ai de moi-même suite à mon accouchement." (3)</p> <p>"Pour le moment pas." (7)</p> <p>"Pas dans la vie de tous les jours,...." (16)</p> <p>"Mon incontinence urinaire n'a pas changé mon image de moi-même (c'est une suite de mes grossesses et accouchements difficiles...Donc j'en suis consciente et je l'ai accepté ainsi....). (22).</p>

Les raisons somatiques aux atteintes de l'image de soi

La douleur	<p>"<i>La douleur</i> faisait que j'avais peur du rapport sexuel." (8)</p> <p>"Suite aussi à des douleurs dorsales peu supportables." (1)</p> <p>"Je me sentais meurtrie..." (9).</p>
------------	---

Les fuites urinaires et la difficulté à les contrôler "Enervée de ne pas arriver à contrôler les fuites urinaires." (10)
"Perte d'urine à l'effort, impression d'un corps vieux....déprimant d'avoir des fuites..." (11)
"J'ai pris 20 ans ! A cause des fuites !" (19)
"L'urgence et les fuites causent de l'insécurité..." (23)
"Le fait de perdre de l'urine=vieille. Le fait d'être parfois mouillée !" (24)
"Toujours peur d'un accident (fuite)." (27).

Les sensations corporelles désagréables "Les bruits d'air vaginaux=gêne+++" (2)
"La lourdeur du périnée était très gênante..." (19).

2.2. Au niveau du vécu sexuel

Voici l'intitulé de la seconde question : "Si les atteintes de la sphère périnéale vous semblent (ou vous semblaient) avoir affecté votre vécu sexuel, pouvez-vous dire précisément en quoi et pour quelles raisons ?"

Dix-neuf patientes sur vingt-sept ont répondu à cette question, et cinq d'entre elles ne relatent pas de lien entre les atteintes périnéales et leur vécu sexuel.

De la même manière que nous l'avons fait pour la première question, nous avons regroupé les réponses des patientes en fonction des thèmes présents concernant les effets des atteintes sur le vécu sexuel, puis concernant les raisons à ces atteintes lorsque celles-ci sont évoquées.

Les effets des atteintes de la sphère périnéale sur le vécu sexuel

Perte du désir sexuel ou d'envie de passer à l'acte "J'avais des douleurs à chaque rapport sexuel qui m'empêchaient parfois de passer à l'acte." (1)
"De moins en moins de rapports et de ce fait de moins d'envie." (8)
"Infections urinaires fréquentes après un rapport sexuel, ce qui a causé une retenue, une crainte, une baisse de la libido d'avoir un rapport avec pénétration." (11)
"Pas beaucoup de sensations vaginales et *plus trop envie de m'exposer.*" (12)
"Quelques fuites gênantes pendant les rapports...Sensation de vagin trop large après les accouchements puis sécheresse à la ménopause...*Plus de plaisir donc moins d'envie !*" (18)
"Avec les fuites et la sécheresse vaginale, j'ai parfois eu mal et peur des fuites. Me suis fait l'idée que la sexualité était finie pour moi et qu'il fallait passer à autre chose !" (19)
"Elles n'ont pas affecté mon vécu sexuel mais la ménopause a sensiblement diminué mon envie de relations sexuelles !" (24)

	"La douleur avait tout bloqué !" (27).
Peur, gêne ou appréhension face aux rapports sexuels	<p>"J'ai un certain inconfort lors des relations sexuelles qui provient de la cicatrisation des tissus suite à mon épisiotomie. <i>Cela me gêne, j'y réfléchis et j'appréhende quelque peu les rapports.</i>" (3)</p> <p>"Avant, avoir des rapports sexuels c'était uniquement du plaisir mais maintenant il y a toujours un peu d'angoisse et de stress." (5)</p> <p>"Je n'osais pas avoir de rapports sexuels, ça me provoquait des douleurs et la peur de ressentir ces douleurs bloquait la reprise de notre vie intime après l'accouchement." (9)</p> <p>"Infections urinaires fréquentes après un rapport sexuel, <i>ce qui a causé une retenue, une crainte</i>, une baisse de la libido d'avoir un rapport avec pénétration." (11)</p> <p>"<i>Gênée d'être vue par mon ami au niveau des parties génitales</i> et à cause des bruits d'air vaginaux (je ne savais pas d'où ils venaient)." (12).</p>
Douleurs et sensations corporelles désagréables lors des rapports	<p>"Suite à la cicatrice de l'accouchement, je sentais et surtout j'avais l'image d'une grande déchirure. <i>J'avais des douleurs à chaque rapport sexuel</i> qui m'empêchaient parfois de passer à l'acte. <i>Aussi ma lubrification qui autrefois était abondante mais qui là manquait et qui avec la cicatrice m'obligeait à mettre une lubrification artificielle.</i>» (1)</p> <p>"<i>J'ai un certain inconfort lors des relations sexuelles</i> qui provient de la cicatrisation des tissus suite à mon épisiotomie." (3)</p> <p>".....bruits d'air vaginaux gênants..." (6)</p> <p>"Je n'osais pas avoir de rapports sexuels, <i>ça me provoquait des douleurs</i> et la peur de ressentir ces douleurs bloquait la reprise de notre vie intime après l'accouchement." (9)</p> <p>"Sécurité et raison d'hygiène." (10)</p> <p>"Au début la douleur puis la peur des fuites." (16)</p> <p>"Quelques fuites gênantes pendant les rapports...Sensation de vagin trop large après les accouchements puis sécheresse à la ménopause..." (18)</p> <p>"Avec les fuites et la sécheresse vaginale, j'ai parfois eu mal et peur des fuites." (19).</p>
Manque de sensations pendant les rapports sexuels	<p>"<i>Très peu de sensations vaginales</i>,[...], sentiment de culpabilité de ne pas faire régulièrement les exercices de tonification périnéale." (6)</p> <p>"Pas beaucoup de sensations vaginales et plus trop envie de m'exposer." (12)</p> <p>"Manque de sensations lors de la pénétration." (17)</p> <p>"Sensation de vagin trop large après les accouchements..." (18).</p>

Représentations erronées ou manque de représentation des atteintes subies	<p>"Suite à la cicatrice de l'accouchement, je sentais et surtout j'avais l'image d'une grande déchirure." (1)</p> <p>"J'ai un certain inconfort lors des relations sexuelles qui provient de la cicatrisation des tissus suite à mon épisiotomie. <i>Cela me gêne, j'y réfléchis et j'appréhende quelque peu les rapports.</i>" (3)</p> <p>"Gênée d'être vue par mon ami au niveau des parties génitales et à cause des bruits d'air vaginaux (je ne savais pas d'où ils venaient)." (12)</p> <p>"Avec les fuites et la sécheresse vaginale, j'ai parfois eu mal et peur des fuites. Me suis fait l'idée que la sexualité était finie pour moi et qu'il fallait passer à autre chose !" (19).</p>
--	--

Les raisons somatiques aux perturbations du vécu sexuel

Séquelles des accouchements	<p>"Suite à la cicatrice de l'accouchement, je sentais et surtout j'avais l'image d'une grande déchirure." (1)</p> <p>"J'ai un certain inconfort lors des relations sexuelles qui provient de la cicatrisation des tissus suite à mon épisiotomie." (3)</p> <p>"Sensation de vagin trop large après les accouchements..." (18).</p>
Douleur, inconfort et gêne au niveau de la région génitale	<p>"J'avais des douleurs à chaque rapport sexuel qui m'empêchaient parfois de passer à l'acte. Aussi ma lubrification qui autrefois était abondante mais qui là manquait et qui avec la cicatrice m'obligeait à mettre une lubrification artificielle." (1)</p> <p>"J'ai un certain inconfort lors des relations sexuelles qui provient de la cicatrisation des tissus suite à mon épisiotomie." (3)</p> <p>"Sécurité et raison d'hygiène" (10)</p> <p>"<i>Infections urinaires fréquentes</i> après rapport sexuel, ce qui a causé une retenue..." (11)</p> <p>"Gênée d'être vue par mon ami au niveau des parties génitales et à cause des bruits d'air vaginaux (je ne savais pas d'où ils venaient)." (12)</p> <p>"Au début la douleur puis la peur des fuites." (16)</p> <p>"Sensation de vagin trop large après les accouchements puis sécheresse à la ménopause..." (18)</p> <p>"Avec les fuites et la sécheresse vaginale, j'ai parfois eu mal et peur des fuites." (19)</p> <p>"La douleur avait tout bloqué !" (27).</p>
Fuites urinaires et peur des fuites	<p>"Au début la douleur puis la peur des fuites." (16)</p> <p>"Quelques fuites gênantes pendant les rapports..." (18)</p> <p>"Avec les fuites et la sécheresse vaginale, j'ai parfois eu mal et peur des fuites." (19).</p>
Ménopause	<p>"Elles n'ont pas affecté mon vécu sexuel mais la ménopause a sensiblement diminué mon envie de relations sexuelles !" (24).</p>

2.3. Les bénéfices de la rééducation sur le vécu sexuel

Voilà ce qui était demandé aux patientes dans la troisième question: "Si les séances de rééducation ont apporté un bénéfice sur le plan de votre vécu sexuel, quelles sont, selon vous, les raisons qui y ont contribué ?"

Vingt patientes sur vingt-sept ont répondu à cette question. A la question précédente, cinq patientes mentionnaient ne pas avoir remarqué d'incidences négatives au point de vue de leur sexualité. Quatre d'entre elles précisent ici qu'il n'y a pas eu de changement suite au traitement du fait de l'absence d'incidence sur le vécu sexuel et une d'entre elles indique que le fait d'augmenter la tonicité de son périnée lui procure une sensation plus intense de plaisir sexuel.

Les raisons d'ordre "psychologique"

Ecoute, partage,
dialogue

"La première raison, avoir une écoute professionnelle surtout avec qui parler de relation intime librement et sans gêne (psychologique)." (1)

"Partager son vécu "intime" avec une professionnelle m'a permis de me rassurer." (6)

"Bons échanges verbaux avec la thérapeute et bons conseils." (11)

"Les "conversations" pendant les séances (pouvoir exprimer les problèmes, être écoutée, dialoguer)." (16).

Explications, conseils,
informations

"Les séances m'ont apporté des réponses." (9)

"Bons échanges verbaux avec la thérapeute *et bons conseils*." (11)

"Les informations sur la sphère périnéale. [...]. Les conseils d'utiliser un gel lubrifiant." (16)

"Conseils et exercices..." (18).

Evolution des
représentations liées
au corps

"...j'ai pu comprendre que la cicatrice n'était pas vraiment grande comme je le pensais..." (1)

"...de savoir que mon corps a subi des changements mais qu'il est fait pour et que tout se remet gentiment dans l'ordre." (3)

"De vérifier sa tonicité périnéale qui est plus fonctionnelle qu'on le croyait. De se convaincre une fois de plus que la sphère périnéale est un lieu précieux et vital et qu'il est bon d'en prendre soin !" (6)

"Mme Schwab-Egger a été très rassurante sur ma cicatrice. Elle a apaisé mes angoisses en me disant qu'elle n'était pas horrible et que ça ne me gênerait pas à continuer les rapports sexuels. Il fallait seulement que je me détende." (9)

"Soulagée de mieux comprendre pour les bruits d'air et quand j'avais mal." (12)

"Lâché mes fausses idées sur la ménopause et découvert le potentiel que j'ai en tant que femme "d'âge mûr !" (19)

Réassurance,
apaisement et
augmentation de la
confiance en soi

"Le fait d'avoir un suivi avec une professionnelle m'a permis de reprendre les rapports sexuels post-partum avec moins d'appréhension..." (3)

"Partager son vécu intime avec une professionnelle m'a permis de me rassurer. De se rassurer qu'on n'est pas la seule à vivre des expériences intimes "gênantes" ou "anormales". Cela redonne confiance en soi et en son image de soi." (6)

"Plus propre et calme. Sécurité, exercices et contrôle." (10)

"Me sens rassurée." (12)

"Conseils et exercices et arrêter de s'inquiéter tout le temps !" (18)

"...et découvert le potentiel que j'ai en tant que femme "d'âge mûr !" (19).

Augmentation du
désir sexuel

"... "tonification au niveau de la vessie" et depuis moins d'infections urinaires, donc plus d'envie d'avoir des rapports sexuels." (11).

Les raisons d'ordre "corporel"

Les exercices pour
renforcer, tonifier et
augmenter le contrôle
de la sphère
périnéale

"Les exercices à faire au quotidien et qui me serviront pour toujours." (1)

"Les bruits d'air vaginaux sont réglés suite aux séances de rééducation." (2)

"Voir également que la sphère périnéale peut être "remusclée" et du coup plus tonique." (5)

"De vérifier concrètement sa tonicité périnéale qui est plus fonctionnelle qu'on le croyait." (6)

"J'ai appris à contrôler mes "muscles pelviens" et ça m'a permis de faire partir la douleur." (8)

"Sécurité, exercices et contrôle." (10)

"J'utilise mieux mes muscles=je me sens mieux." (11)

"Musclature d'une partie très peu tonique. Prise de conscience des "précautions" à prendre avant un effort." (13)

"Augmenter la tonicité du périnée apporte une sensation plus intense de plaisir sexuel." (14)

"Conseils et *exercices* et arrêter de s'inquiéter tout le temps !" (18).

Intensification ou
amélioration des
perceptions
corporelles et du
plaisir sexuel

"Sentir son corps et apprendre que seulement certaines parties sont sensibles. Voir également que la sphère périnéale peut être "remusclée" et du coup plus tonique." (5)

"Plus propre et calme." (10)

"Tonification au niveau du vagin, meilleur ressenti au niveau de la sphère périnéale..." (11)

"J'utilise mieux mes muscles=*je me sens mieux*." (12)

"Augmenter la tonicité du périnée apporte une sensation plus intense de plaisir sexuel." (14)

"Le bénéfice physique." (17)

"L'endroit est redevenu vivant !" (18)

"Mon périnée est plus vigoureux, plus de sensations et encouragée par l'effet sur mon conjoint !" (19).

Diminution des douleurs

"J'ai appris à contrôler mes "muscles pelviens" et ça m'a permis de faire partir la douleur." (8).

2.4. Les raisons de l'absence de bénéfice du traitement sur le vécu sexuel

La quatrième question était énoncée comme suit : "Si le traitement n'a pas apporté de bénéfices au niveau de votre vécu sexuel, quelles en sont d'après vous les raisons possibles ?" Six patientes sur 27 ont répondu à cette question.

Absence d'incidences sur le vécu sexuel

"Mon problème n'avait pas d'incidence sur ma vie sexuelle avant le traitement." (7)

"Ce n'était pas un problème pour moi." (13)

"Les séances de rééducation n'ont pas apporté de bénéfice sur le plan de mon vécu sexuel...Je suis restée la même..." (22)

"Comme dit auparavant, les fuites ne me dérangent pas sur le plan sexuel mais sur l'image de moi-même ! La diminution d'envie sexuelle vient surtout de mon âge donc de ma ménopause." (24).

Autres facteurs

"D'autres facteurs interviennent." (20). (cette patiente n'a pas répondu aux questions précédentes).

Les hormones, la disponibilité, la routine, la transition de la mère à la femme.

"L'effet "yoyo" des hormones. Dans la tête (mentalisation, disponibilité personnelle). Routine. L'art de passer de l'état de la mère-tendresse à la femme-tigresse !...". (Cette patiente avait par ailleurs relevé des bénéfices de la rééducation sur son vécu sexuel à la question précédente.).

2.5. Les apports les plus profitables du traitement

Voici l'intitulé de la cinquième question : "Quels sont les aspects du traitement qui vous ont été les plus profitables à tous points de vue ?"

Vingt-quatre patientes ont répondu à cette question.

Les aspects d'ordre "psychologique"

Les apports liés à la relation thérapeutique	"L'écoute, les conseils intimes pour pouvoir passer au-delà de l'image qu'on se fait de soi." (1) "Le dialogue m'a permis de comprendre que la rééducation du périnée est importante et j'ai pu transmettre ce savoir tout autour de moi." (3) "Le fait de pouvoir parler librement des problèmes liés aux douleurs et aux peurs." (5) "Professionnalisme de la thérapeute. Ecoute et expérience de la thérapeute. Non-jugement de la thérapeute." (6) "Pouvoir parler librement de mon problème et apprendre à le résoudre." (8) "L'écoute de Mme Schwab-Egger, ses conseils utiles et variés,..." (9) "Les échanges et discussions sur plusieurs sujets au niveau du couple m'ont mise en confiance et permis de prendre plus confiance en mon corps et notamment la partie génitale." (11) "Le partage." (17) "Pouvoir enfin parler de mes gênes et inquiétudes." (18) "Les discussions...." (19) "Contacts de confiance, important ! Meilleure image de soi. Solidarité féminine. Humour !" (20) "Le réconfort et les discussions.» (27).
Les conseils, les explications et les apprentissages	"L'écoute, les conseils intimes pour pouvoir passer au-delà de l'image qu'on se fait de soi." (1) "Pouvoir parler librement de mon problème <i>et apprendre à le résoudre.</i> " (8) "L'écoute de Mme Schwab-Egger, ses conseils utiles et variés,..." (9) "Les explications et les exercices" (10) "Les exercices et les explications." (12) "Prise de conscience des précautions à prendre avant un effort." (13) "Les conseils pour être de nouveau aux commandes de ma vessie !" (18) "Je sais comment prendre soin de moi !" (19) "Les explications." (27).

Les aspects d'ordre "corporel"

Les exercices de tonification ou de détente

"Les exercices qui m'aident jusqu'à aujourd'hui et au quotidien." (1)

"Exercices recommandés environ 3x par jour." (2)

"Encore aujourd'hui, lorsque je ressens des lourdeurs du plancher pelvien, je fais des exercices et cela me soulage rapidement et me remet à l'ordre ! Je me dis que ceux-ci seront bénéfiques lors d'un prochain accouchement ou à plus long terme lors du vieillissement de mon corps." (3)

"...l'apprentissage du périnée malgré que ça ne soit pas devenu un automatisme de contracter ces muscles aussi souvent." (9)

"Les explications et les exercices." (10)

"Les exercices et les explications" (12)

"Musculature d'une partie très peu tonique." (13)

"Les exercices appris et effectués encore maintenant à domicile facilitent l'activité sportive." (15)

"Redonner la vie à cet endroit détesté à cause des problèmes ! Travailler mon ventre." (18)

"...et tout le travail fait pour le plancher pelvien et sur mon bassin qui était devenu figé et douloureux ! Je sais comment prendre soin de moi !" (19)

"Le relâchement des muscles tendus." (27).

La visualisation grâce au biofeedback

"Biofeedback car permet de visualiser lors de la contraction du vagin et permet une meilleure perception au niveau du vagin, un "organe encore en vie et actif." (11)

"Voir que ça marche grâce aux courbes." (18).

Le fait de pouvoir contrôler les fuites

"De pouvoir gérer les problèmes de quelques fuites urinaires." (4)

"Meilleure acceptation des méfaits de l'âge, car meilleure maîtrise, action possible. Sécurisant." (20)

"Le fait de ne plus ou presque plus perdre d'urine et de me sentir plus propre !" (24).

Les améliorations au niveau des perceptions corporelles et de leurs représentations

"Moins de sensation de pesanteur ou de boule entre les jambes." (7)

"Biofeedback car permet de visualiser lors de la contraction du vagin et permet une meilleure perception au niveau du vagin, un "organe encore en vie et actif." (11)

"Redonner la vie à cet endroit détesté à cause des problèmes !" (18)

"Je ressens plus de vie. Je ressens plus de désirs. C'est comme si je me redressais." (26)

"Meilleure acceptation des "méfaits" de l'âge..." (20)

"Le fait de ne plus ou presque plus perdre d'urine *et de me sentir*

plus propre !" (24).

Les remarques plus générales

"Tous les aspects se complètent, c'est le bon équilibre pour moi; donc aucun aspect n'était plus bénéfique que les autres." (16)

"Tout a été parfait et surtout le confort." (21)

"Beau travail, merci !" (28).

2.6. Les remarques et commentaires

Sous "Remarques et commentaires" dix patientes se sont encore exprimées.

Outre les remerciements, les patientes expriment encore l'importance de l'écoute, du dialogue et du soutien.

"Je trouve la rééducation du plancher pelvien primordiale pour une femme qui vient d'accoucher pour remettre progressivement les organes à leur place et naturellement. Et ça permet à nous les femmes d'avoir une oreille professionnelle qui nous conseille et surtout qui nous soutient psychologiquement car ça affecte notre personne quand on se sent seule c'est plus difficile de trouver la vie d'avant la grossesse. Merci à vous !" (1)

"Merci à vous et heureuse continuation !" (6)

"Merci à vous !" (8)

"Bonne chance et bon courage pour votre travail de mémoire." (11)

"Super discussions et contact ! Merci!" (12)

"Un immense merci pour votre écoute et votre professionnalisme !" (18)

"Belle rencontre, merci pour votre regard bienveillant et encourageant !" (19)

"Absolument ravie de ce traitement. Soutien important." (20)

"Merci de votre gentillesse et des progrès enregistrés !" (24)

"Un immense merci !" (27).

Chapitre IV. : Discussion

Au terme de ce chapitre de résultats, plusieurs éléments me semblent intéressants à relever et à discuter.

Nous observons tout d'abord que les atteintes de la sphère périnéale ont des répercussions négatives sur le vécu sexuel des femmes, confirmant ce que plusieurs études avaient déjà avancé. Andrea Salonia mentionne que 46 % des femmes souffrant de troubles du bas appareil urinaire souffrent de difficultés sexuelles. Dans la présente recherche 51 % des patientes sont dans ce cas.

Notre enquête révèle que le symptôme qui affecte le plus significativement les patientes, au niveau de leur sexualité, est la présence de douleurs. Nous avons constaté ensuite qu'un accouchement dans les 18 mois est également un facteur affectant le vécu sexuel. C'est ensuite l'incontinence d'urgence qui se révèle être la plus néfaste. Cette observation semble confirmer les études de Karin Coyne et de Brian L. Cohen qui placent toutes deux l'hyperactivité vésicale comme l'un des principaux facteurs des dysfonctions sexuelles féminines.

En préambule, j'avais posé l'hypothèse que ce vécu sexuel difficile pouvait être lié à une perte de repères au niveau de l'image de soi. Ce qui aurait pour implication que les patientes présentant une faible moyenne au questionnaire de l'image de soi présenteraient également une faible moyenne au niveau de la satisfaction sexuelle et qu'au contraire les femmes présentant des valeurs élevées au niveau de l'image de soi, auraient aussi un score élevé concernant la satisfaction sexuelle.

Cette corrélation entre image de soi et satisfaction sexuelle a pu être vérifiée au sein de cette recherche. Ce lien peut sembler être une évidence, mais au vu des remaniements de cette image auxquels les femmes auront à faire dans les diverses étapes de leur vie, cette évidence devient un point important auquel il convient de porter attention.

Il convient également de relever que, pour quelques patientes, les atteintes de la sphère périnéale n'ont pas eu d'incidences, ni du point de vue de leur image d'elle-même, ni du point de vue de leur vécu sexuel.

Je comptais sur les questions ouvertes pour confirmer ou infirmer mes suppositions quant aux mécanismes intrapsychiques passibles de perturber la représentation mentale de soi ainsi que le vécu sexuel lors d'atteintes de la sphère périnéale. J'ai tout d'abord regretté que les réponses n'aient pas été plus longues ou plus détaillées, mais je me suis aperçue ensuite qu'elles contiennent souvent, en quelques mots, des ressentis précis et qu'au final une foule d'éléments intéressants ont été apportés. Ceux-ci font souvent écho aux mécanismes qui sous-tendent l'image de soi, tels que les ont décrits Françoise Dolto et Didier Anzieu. Je souhaiterais en relever les éléments les plus frappants.

L'impact de la douleur

Nous avons pu constater que le symptôme qui affecte le plus les patientes, tant au niveau de l'image de soi que du vécu sexuel, est la présence de douleurs. Nous avons également cherché à vérifier si comme le dit Anzieu "la douleur peut affecter la capacité de désirer et l'activité de penser et menace de détruire la structure même du Moi-peau" (1985, p. 227). Le

tableau de la page 49 nous montre que les femmes de notre échantillon qui présentent des douleurs ont un degré de désir ou d'intérêt sexuel significativement moins élevé que les autres patientes, ceci avant le traitement.

Les patientes décrivent à plusieurs reprises que les douleurs pendant les rapports provoquaient une peur et que, par conséquent, cette peur devenait paralysante. On sait bien qu'il est difficile de continuer à penser lorsqu'on est envahi par la peur... *"Je n'osais pas avoir de rapports sexuels, ça me provoquait des douleurs et la peur de ressentir ces douleurs bloquait la reprise de notre vie intime."* Ou encore : *"La douleur avait tout bloqué !"*. Nous pensons naturellement ici à la douleur affectant la capacité à désirer, telle que l'a décrite Didier Anzieu.

Trois remarques de patientes m'ont particulièrement frappée, elles évoquent une perte de repères au niveau de leur sentiment d'individuation :

"Je ne me sens plus tout à fait la même personne." (5)

"Je me sentais meurtrie, je ne reconnaissais plus mon corps, je me sentais sale, comme souillée." (9)

"En ce qui concerne mon image extérieure je n'avais pas vraiment de problème, mais c'est mon image de l'intérieur qui me faisait mal." (1).

Ces patientes ont des caractéristiques en commun, elles ont toutes accouché dans les 18 mois et toutes présentent également des douleurs.

Nous avons précédemment évoqué la fonction d'individuation du Moi-peau et l'inquiétante étrangeté décrite par Freud, liée à une menace visant l'individualité du Soi par affaiblissement des frontières de celui-ci. Nous avons fait l'hypothèse que la grossesse et l'accouchement pouvaient être une menace de cet ordre par les rudes modifications auxquelles le Moi-peau doit faire face pendant cette période. Il y a bien, dans les remarques des patientes, l'idée d'une menace de leur sentiment d'individuation. Le sentiment de "mêmeté d'être" dont parle Françoise Dolto est mis à mal.

Nous pourrions aussi imaginer que la douleur puisse être à ce moment-là un point d'ancrage, une manière de rester malgré tout en contact avec soi. Comme l'écrivait Anzieu : "Une enveloppe réelle de souffrance est une tentative de restituer la fonction de peau contenante [...], je souffre donc je suis" (1985, p. 229).

Si dans ce cas, la douleur a une fonction pour l'équilibre psychique de la patiente, il ne suffit pas de vouloir s'en débarrasser à tout prix et tout de suite. Il faut pouvoir en premier lieu aider la patiente à se constituer d'autres repères lui permettant de retrouver un sentiment

identitaire sécuritaire. Je pense que les exercices visant à s'appropriier les nouvelles limites du corps, que ce soit par le travail musculaire ou respiratoire, sont très importants à ce stade. J'ai aussi observé combien le fait de refermer le bassin par l'intermédiaire d'une écharpe serrée placée autour du bassin et ceinturant le ventre est vécu de manière très agréable et apaisante chez les patientes dans le post-partum. Ce sont d'ailleurs des pratiques traditionnelles très répandues en Afghanistan et Afrique du nord notamment (D'Olier, 2006). On peut certainement les considérer comme un soutien à la fonction contenante du Moi-Peau.

Nous pensons ici également à la "peau de mots" dont parle Didier Anzieu, qui se tisse entre le blessé et son interlocuteur et qui peut permettre de rétablir symboliquement une peau psychique contenante. Nous pensons dans le même ordre d'idée à Ricoeur et à son concept "d'identité narrative" selon lequel le récit est le vecteur permettant de donner de la cohérence aux événements et permettant de construire ou de reconstruire notre identité. Les patientes ont clairement et à plusieurs reprises mentionné l'importance du dialogue et du partage comme moyen de se rassurer et de retrouver "confiance en son image de soi".

Les atteintes narcissiques

L'observation des quatre facteurs du Q.I.C. avant et après le traitement nous révèle une évolution positive significative de ces facteurs dans la majorité des cas. Nous pouvons en déduire que le traitement apporte une amélioration dans la perception que les patientes ont d'elles-mêmes. Avant le traitement, nous observons que la sérénité corporelle est particulièrement mise à mal puisque le facteur "corps serein" est celui qui présente la moins bonne moyenne. Ceci est d'autant plus remarquable que, d'après Marilou Bruchon-Schweitzer, le facteur "corps serein" est celui qui est le plus sujet à la désirabilité sociale chez les femmes, et donc le plus sujet à l'insincérité des réponses (Bruchon-Schweitzer, 1990). Rappelons par contre que pour Françoise Dolto, toute atteinte contre l'image de base va être perçue comme potentiellement mortelle et va déclencher un état anxieux comme moyen de défense. C'est également sur ce facteur ainsi que sur le facteur "corps actif" que le traitement a l'effet positif le plus marqué.

Les réponses aux questions ouvertes mettent en lumière plusieurs types d'atteintes narcissiques qui confirment que les troubles de la sphère périnéale ébranlent la confiance de l'individu et génèrent des sentiments de tristesse et de déprime, de vieillissement, de dégradation du corps, de gêne, mais aussi de crispation, de peur, d'énervement et de stress.

J'ai considéré ces différents types d'atteintes et observé quels symptômes leur étaient associés. J'ai alors vu émerger deux "catégories" de patientes présentant des tendances différentes :

- la première catégorie regroupe principalement les patientes mentionnant la présence de douleurs ainsi que celles souffrant d'incontinence d'urgence. Dans ce cas de figure, un état anxieux est fréquemment décrit et les patientes évoquent en premier lieu le bénéfice du dialogue et du partage de leurs inquiétudes. Le besoin de réassurance semble ici primordial.
- la seconde catégorie concerne plutôt les patientes souffrant d'incontinence à l'effort et de descentes d'organes. Les patientes se décrivent plus souvent tristes, déprimées et dérangées. Elles sont affectées de ne plus pouvoir être actives comme de coutume et évoquent en premier lieu le bénéfice des exercices et du travail corporel. Il semble que la restauration d'un sentiment de "maîtrise" soit dans ce cas primordial.

Nous pouvons naturellement à ce stade faire le lien avec les observations de J-P. Valero que nous avons décrites précédemment dans le contexte théorique. Il relève d'une part que les patientes souffrant d'incontinence d'urgence sont souvent agitées, stressées, cherchant à s'occuper sans cesse mais sans y parvenir vraiment (Valero, 2009). Il mentionne d'autre part avoir fréquemment remarqué un état dépressif sous-jacent et une attitude de "laisser-aller" chez les patientes souffrant d'incontinence à l'effort et de prolapsus.

J'ai, à ce stade, également envie de rappeler les deux formes d'angoisses décrites par Anzieux en réaction possible à une insuffisance de la fonction contenante du Moi-peau. La première est cette forme d'excitation pulsionnelle permanente et éparse, non localisable ni apaisable, comme un noyau sans écorce. L'individu ainsi menacé cherche une écorce substitutive dans la douleur physique ou dans l'angoisse psychique. Nous pouvons penser ici à notre première "catégorie" de patientes, celles pour qui la "peau de mots" tissée entre elles-mêmes et le thérapeute jouera un rôle de premier ordre.

La seconde forme d'angoisse est décrite sous le terme de "Moi-peau passoire". Dans ce cas l'enveloppe existe, mais la personne a le sentiment qu'elle est interrompue par des trous par lesquels les pensées et les souvenirs pourraient s'échapper, comme si son intérieur se vidait en la privant de l'agressivité nécessaire à l'affirmation d'elle-même. Cette description évoque notre deuxième "catégorie" de patientes, celle-ci même qui relève l'importance des exercices de tonification.

Je souhaite m'arrêter sur ces notions d'agressivité et de travail musculaire.

Lorsqu'Anzieu décrit les bénéfices de la seconde peau musculaire, il mentionne son rôle de pare-excitation actif venant soutenir le pare-excitation passif et considère cette seconde peau musculaire comme étant un moyen efficace de se préserver et de prendre les devants. Nous constatons dans les remarques des patientes que le travail musculaire leur permet de se sentir actives à prendre soin d'elles-mêmes et rassurées.

"...et tout le travail fait pour le plancher pelvien et sur mon bassin qui était devenu figé et douloureux ! Je sais comment prendre soin de moi !" (19)

"Meilleure acceptation des méfaits de l'âge, car meilleure maîtrise, action possible. Sécurisant." (20)

"Sécurité, exercices et contrôle." (10)

"J'utilise mieux mes muscles=je me sens mieux." (11).

Encore selon Anzieu, l'agressivité est considérée comme étant l'investissement pulsionnel de l'appareil musculaire. C'est un mouvement intérieur qui permet de s'affirmer et d'être actifs à l'accomplissement de ses désirs. C'est dans ce sens là qu'on peut comprendre les remarques des patientes qui évoquent, suite au travail musculaire effectué, plus de vie et plus de désirs.

"Biofeedback car permet de visualiser lors de la contraction du vagin et permet une meilleure perception au niveau du vagin, un "organe encore en vie et actif." (11)

"Redonner la vie à cet endroit détesté à cause des problèmes !" (18)

"Je ressens plus de vie. Je ressens plus de désirs. C'est comme si je me redressais." (26).

Cette dernière phrase évoque en quelques mots le lien capital entre "la remise en mouvement" et le fait de pouvoir se vivre comme un "sujet en désirance". "C'est comme si je me redressais"... : c'est au final à un changement de "posture" auquel nous assistons. Posture corporelle, mais posture intérieure également.

C'est ici l'illustration d'une image de soi dynamique où le lien entre le mouvement, la vie et la capacité à désirer est mis en exergue. Ceci fait naturellement écho à la pensée de Françoise Dolto lorsqu'elle évoque l'image du corps comme "la représentation immanente inconsciente où se source notre désir" (Dolto, 1984).

Si l'analyse des réponses aux questions ouvertes nous a permis les constatations évoquées ci-dessus, la lecture attentive des réponses individuelles de chaque patiente nous rappelle en premier lieu l'unicité du parcours et du tempérament de chacune.

Ces observations peuvent donc être utiles pour la pratique dans le sens où elles nous invitent à être conscients des mécanismes intrapsychiques qui peuvent être sous-jacents lors d'atteintes corporelles. Il serait par contre inopportun de vouloir "classer" les patientes par catégorie ou de vouloir tirer de ces observations une sorte de mode d'emploi pour la prise en charge des patientes.

Le défaut de représentation

Le manque de représentation ou les représentations erronées des atteintes subies ont un impact tant sur l'image de soi que sur le vécu sexuel. C'est ce que nous pouvons constater à la lecture des remarques suivantes :

"Suite à la cicatrice de l'accouchement, je sentais et surtout j'avais l'image d'une grande déchirure." (1)

"...représentation erronée de la sphère périnéale (non-réactive, passive)." (6)

"J'ai un certain inconfort lors des relations sexuelles qui provient de la cicatrisation des tissus suite à mon épisiotomie. Cela me gêne, j'y réfléchis et j'appréhende quelque peu les rapports." (3)

"Gênée d'être vue par mon ami au niveau des parties génitales et à cause des bruits d'air vaginaux (je ne savais pas d'où ils venaient)." (12)

"Avec les fuites et la sécheresse vaginale, j'ai parfois eu mal et peur des fuites. Me suis fait l'idée que la sexualité était finie pour moi et qu'il fallait passer à autre chose !" (19).

Ce manque de représentation perturbe les patientes et les pousse à éviter les rapprochements intimes. La sphère génitale est perçue comme dévitalisée, passive. L'analyse du questionnaire ne nous permet cependant pas de constater que l'accouchement, l'âge ou certains symptômes en particulier soient plus que d'autres à l'origine des difficultés liées au manque de représentation.

Il est par la suite évoqué à plusieurs reprises que le fait d'avoir pu bénéficier d'explications et d'avoir pu "mieux comprendre" d'où provenaient les difficultés ou faire évoluer les représentations qu'elles en avaient, a apporté un apaisement et la possibilité de se "remettre en route". La sphère périnéale est alors également perçue comme un lieu de vie possible.

"...j'ai pu comprendre que la cicatrice n'était pas vraiment grande comme je le pensais..." (1)

"...de savoir que mon corps a subi des changements mais qu'il est fait pour et que tout se remet gentiment dans l'ordre." (3)

"De vérifier sa tonicité périnéale qui est plus fonctionnelle qu'on le croyait. De se convaincre une fois de plus que la sphère périnéale est un lieu précieux et vital et qu'il est bon d'en prendre soin !" (6)

"Mme Schwab-Egger a été très rassurante sur ma cicatrice. Elle a apaisé mes angoisses en me disant qu'elle n'était pas horrible et que ça ne me gênerait pas à continuer les rapports sexuels. Il fallait seulement que je me détende." (9)

"Soulagée de mieux comprendre pour les bruits d'air et quand j'avais mal." (12)

"Lâché mes fausses idées sur la ménopause et découvert le potentiel que j'ai en tant que femme "d'âge mûr ! " (19).

Il semble réellement important de prendre le temps de questionner le ressenti des patientes et de leur donner les explications nécessaires à la compréhension de leur atteinte. Apporter la possibilité aux patientes de pouvoir, comme l'écrivait Françoise Dolto, "faire en sorte que l'atteinte soit représentable pour le narcissisme", est certainement la condition pour ne pas rester figé dans l'incompréhension, en proie aux "pulsions de mort". Ceci est certainement également déterminant pour que l'image du corps puisse redevenir le lieu de la source du désir.

Les observations liées aux groupes d'âge

Il est intéressant de noter que l'âge ne joue pas un rôle significatif dans les moyennes obtenues pour le questionnaire de l'image de soi, ni pour celui en relation avec la satisfaction sexuelle. Par contre, en considérant les fluctuations entre les moyennes avant/après des deux questionnaires de manière isolée pour chaque groupe d'âge (tableau p.45), nous avons observé une forme de stabilité chez les patientes les plus âgées. Ces patientes, qui présentent les moyennes les plus hautes avant le traitement, semblent moins affectées que les autres par les atteintes de la sphère périnéale. Par contre, le bénéfice du traitement est ensuite moindre et elles présentent de facto des moyennes moins élevées que les autres patientes en fin de traitement.

Il en est de même lorsqu'on observe l'évolution des 4 facteurs du Q.I.C. en fonction de l'âge comme nous le présentons en page 46.

Par ailleurs, nous avons remarqué que les patientes ayant accouché dans les 18 mois ainsi que celles qui présentent des douleurs sont spécialement affectées à tous points de vue, mais qu'elles réagissent par contre très bien au traitement, affichant souvent les meilleures moyennes suite aux séances. Nous trouvons neuf patientes ayant accouché dans les 18 mois et/ou présentant des douleurs dans le groupe des 20-38 ans. Trois femmes présentant ces mêmes conditions font partie du groupe des 39-55 ans, et une seule d'entre elles fait partie du groupe des femmes de plus de 56 ans. Cela explique déjà certainement

que les fluctuations les plus importantes se trouvent chez les femmes les plus jeunes et que les fluctuations sont moindres chez les femmes plus âgées.

Nous pourrions aussi faire l'hypothèse que le narcissisme des femmes se consolide au fil du temps par les expériences de vie et par les atteintes corporelles et psychiques déjà vécues et dépassées. Leur image d'elles-mêmes et la manière dont elles perçoivent leur sexualité seraient de ce fait, avec les années, moins ébranlées, expliquant ainsi la stabilité relative du groupe des femmes plus âgées.

Nous pouvons également dans certains cas, comme dans l'exemple qui suit, supposer qu'un mécanisme "d'acceptation" des événements de la vie diminue l'impact des atteintes vécues. Cette capacité est d'ailleurs volontiers attribuée à une forme de sagesse des personnes plus âgées.

"Mon incontinence urinaire n'a pas changé mon image de moi-même (c'est une suite de mes grossesses et accouchements difficiles...Donc j'en suis consciente et je l'ai accepté ainsi....) (22).

Ce mécanisme peut certainement, dans les bons cas, permettre à l'individu de donner un sens aux événements et le protéger de ressentir une atteinte narcissique douloureuse. Le revers de médaille pourrait être une forme d'immobilité dans la manière de se percevoir et par conséquent une difficulté à recevoir des éléments permettant une évolution. La même patiente commente plus loin :

"Les séances de rééducation n'ont pas apporté de bénéfice sur le plan de mon vécu sexuel...Je suis restée la même..." (22).

Dans mon expérience, j'ai le sentiment qu'il est parfois utile de vérifier que "l'acceptation" des atteintes corporelles ne sont pas de l'ordre du fatalisme, ce qui priverait la patiente de pouvoir intégrer réellement ses atteintes et la maintiendrait dans une attitude figée. Cela la priverait, comme l'évoque Boris Dolto, de retrouver un principe de vie qui soit authentiquement et actuellement sien et qui tienne compte des conditions dans lesquelles elle se trouve.

Les limites de ma recherche

La population de cette recherche est restreinte et ne permet naturellement pas de pouvoir généraliser les observations qui sont faites dans ce travail.

Le désir d'avoir des informations sur le ressenti des patientes avant leur venue en traitement a impliqué un effort de mémoire pour les patientes. C'est une difficulté qui peut naturellement avoir influencé les réponses des patientes dans un sens comme dans un autre.

Je me suis rendu compte au fil de la rédaction de ce mémoire de l'ampleur de mon champ d'investigation. De nombreux paramètres abordés auraient demandé une attention particulière et une recherche en soi. J'ai essayé de garder une ligne de réflexion, mais j'ai le sentiment d'avoir soulevé plus d'interrogations que je n'ai apporté de réponses.

Il serait très intéressant pour une prochaine recherche de pouvoir évaluer l'image de soi et le vécu sexuel des femmes avant l'apparition des troubles de la sphère périnéale, puis de réévaluer ces paramètres lorsque des symptômes sont présents. Cela nous donnerait certainement des éléments de compréhension importants. Des études pourraient se faire en début de grossesse puis dans le post-partum; par contre ce n'est pratiquement plus possible hors de l'événement particulier de l'accouchement, les modes d'apparition des troubles de la sphère périnéale survenant ensuite de manière trop aléatoire.

Ma recherche a été menée en considérant l'angle de la représentation mentale de soi comme un élément déterminant du vécu sexuel. Il est bien clair qu'une foule d'autres éléments comme la qualité de la relation, les apprentissages personnels, la situation économique ou familiale et bien d'autres encore jouent également un rôle pour ce qui est de la satisfaction sexuelle et ne sont pas pris en compte dans cette recherche. Deux patientes mentionnent d'ailleurs certains de ces autres facteurs à la question concernant l'absence d'améliorations sur le vécu sexuel suite au traitement.

Chapitre V. : Conclusion

La réalisation de ce mémoire m'a procuré beaucoup de plaisir. D'une part par les lectures et les recherches qui devaient me permettre de tisser des liens entre les théories existantes et le vécu de ma pratique professionnelle, et d'autre part par l'analyse du questionnaire et les apports intéressants qui en ont découlé.

La rééducation du plancher pelvien a des incidences bénéfiques sur le vécu sexuel des femmes, alors que le traitement ne consiste pas en des séances de sexothérapie. Les résultats du questionnaire et les réponses aux questions ouvertes nous permettent de penser que cette plus grande satisfaction sexuelle est liée aux bénéfices que le traitement a pu avoir sur la perception que la patiente a d'elle-même. Restaurer une image de soi positive et "dynamique" permettrait donc de ressentir plus de désir et d'augmenter sa satisfaction sexuelle.

Le lien mis en évidence par les recherches actuelles en neuroimagerie entre la représentation mentale de soi et le désir sexuel se vérifie donc dans cette recherche, sans bien sûr que l'on puisse en tirer des conclusions généralisables.

Les patientes expriment clairement dans les questions ouvertes, les liens qu'elles perçoivent entre les sensations corporelles, psychiques, et le ressenti intérieur qui en découle. Cette réalité intérieure inconsciente, "l'image de soi", semble donc bien être au carrefour entre le vécu psychique et le vécu corporel.

Quant aux bénéfices du traitement, les patientes ont clairement mentionné l'importance du travail corporel, mais aussi l'importance des explications ainsi que du dialogue et de la relation thérapeutique. Je garderai à l'idée, pour la suite de ma vie professionnelle, que tous ces aspects sont importants et continuerai à prendre le temps d'investir ces différents niveaux d'intervention.

J'ai rédigé ce mémoire dans une année où de nombreux conflits ont eu lieu entre les physiothérapeutes suisses et les assureurs maladie. Au terme de cette rédaction, aucune entente n'a encore pu être trouvée et j'ai le sentiment que l'avenir de la physiothérapie est compromis. Je suis pourtant convaincue, et plus encore suite à la réalisation de ce mémoire, que la santé et le bien-être ne se définissent pas uniquement en termes d'absence de dysfonctionnement organique. Je pense que le travail thérapeutique effectué en rééducation est un travail intégratif important et souvent nécessaire, permettant de trouver un nouvel équilibre corporel et psychique.

Cesser d'être figé, voilà l'étymologie du verbe désirer. Cette notion de remise en mouvement m'a accompagnée tout au long de ce travail comme elle m'accompagne dans le quotidien de ma pratique.

Se remettre en mouvement implique en premier lieu d'accepter de voir "l'ampleur des dégâts", comme le décrit Clarissa Pinkola Estés dans son ouvrage "Femmes qui courent avec les loups". Dans ses commentaires concernant le conte de Barbe-Bleue, elle évoque l'importance d'avoir le courage d'ouvrir la porte interdite, afin de savoir ce qui se cache derrière et à quoi l'on a à faire. Elle explique que c'est à ce prix que la femme pourra battre le rappel à ses frères psychiques qui représentent les moteurs les plus musclés de sa psyché, "l'agressivité qui lui permettra d'aller de l'avant et de venir à bout de la menace qui pèse sur elle."

Chapitre I. : Cadre théorique.....	3
1. Epidémiologie et symptômes des problématiques uro-génitales prises en compte dans cette étude	3
1.1. L'incontinence urinaire	3
1.2. Les prolapsus pelviens	7
1.3. Les bruits d'air vaginaux	9
1.4. Les séquelles de l'accouchement.....	10
2. La question de l'image de soi	11
2.1. Les apports de Françoise Dolto	12
2.2. Les apports de Didier Anzieu.....	16
2.3. Les apports des neurosciences et de l'imagerie cérébrale	20
3. Les atteintes de l'image de soi dans les problématiques de la sphère uro-génitale.....	21
3.1. Les bénéfices de la continence.....	21
3.2. Atteinte narcissique et état anxieux	22
3.3. Une impossibilité de représentation qui compromet le désir sexuel.....	23
3.4. Faillite narcissique et régression.....	23
3.5. Perte de repère de l'intérieur et de l'extérieur.....	25
3.6. L'angoisse de morcellement	25
3.7. L'inquiétante étrangeté liée à la grossesse et à l'accouchement	26
3.8. La douleur affectant la capacité de désirer.....	26
3.9. La parole pour donner la cohérence aux événements	27
4. La question du désir sexuel	27
4.1. Mais qu'est-ce que le désir sexuel ?.....	27
4.2. Ce que nous apprend la neuroimagerie au sujet du désir sexuel	28
4.3. Lorsque le désir vient à manquer.....	29
5. Quelques mots sur la rééducation du plancher pelvien.....	29
Chapitre II. : La méthodologie.....	32
1. Quelques enquêtes sur la thématique de l'impact des troubles uro-génitaux sur la sexualité.....	32
2. Le choix d'une démarche évaluative auprès des patientes	33
2.1. Présentation du Q.I.C. de Marilou Bruchon-Schweitzer	34
2.2. Présentation de la version courte du questionnaire FSFI (Female Sexual Function Index)	36
2.3. Les questions ouvertes	37
2.4. Les patientes concernées par le questionnaire	37
Chapitre III. : Résultats	38
1. Résultats des questionnaires Q.I.C. et FSFI.....	38
1.1. Moyennes du Q.I.C. pour chaque patiente avant et après le traitement	39
1.2. Moyennes du FSFI pour chaque patiente, avant et après le traitement.....	40
1.3. Corrélation entre le score moyen du Q.I.C. et le score moyen du FSFI avant le traitement	41
1.4. Corrélation entre le score moyen du Q.I.C. et le score moyen du FSFI après le traitement.....	42
1.5. Répercussions des différents symptômes sur le Q.I.C. et le FSFI	43

Table des matières

1.6.	Scores moyens Q.I.C. et FSFI par groupe d'âge.....	44
1.7.	Observation des quatre facteurs du Q.I.C.	46
1.8.	Evolution des items du FSFI suite au traitement	48
1.9.	Degré de désir ou d'intérêt sexuel chez les femmes présentant des douleurs	49
2.	Résultat des questions ouvertes	49
2.1.	Au niveau de l'image de soi	49
	Les effets des atteintes de la sphère périnéale sur l'image de soi	50
	Les raisons somatiques aux atteintes de l'image de soi	51
2.2.	Au niveau du vécu sexuel	52
	Les effets des atteintes de la sphère périnéale sur le vécu sexuel.....	52
	Les raisons somatiques aux perturbations du vécu sexuel	54
2.3.	Les bénéfices de la rééducation sur le vécu sexuel	55
	Les raisons d'ordre "psychologique"	55
	Les raisons d'ordre "corporel"	56
2.4.	Les raisons de l'absence de bénéfice du traitement sur le vécu sexuel.....	57
2.5.	Les apports les plus profitables du traitement	57
	Les aspects d'ordre "psychologique"	58
	Les aspects d'ordre "corporel"	59
2.6.	Les remarques et commentaires	60
	Chapitre IV. : Discussion.....	60
	Chapitre V. : Conclusion	70

Annexes

- Annexe 1** : Lettre adressée aux patientes
- Annexe 2** : Questionnaire adressé aux patientes
- Annexe 3** : Age, symptômes et moyennes des patientes
- Annexe 4** : Recueil des réponses aux questions ouvertes

Ansermet François, Magistretti Pierre, *A chacun son cerveau*, Paris, Odile Jacob, 1994.

Anzieu Didier, *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1995.

Bourcier Alain P, McGuire Edward J, Abrams Paul, *Dysfonctionnements du plancher pelvien*, tome 1, Paris, Elsevier, 2005.

Brian L. Cohen, Paolo Barboglio and Angelo Gousse. The Impact of Lower Urinary Tracts Symptoms and Urinary Incontinence on Female Sexual Dysfunction Using a Validated Instrument. *J Sex Med.* 2008;5 :1418-1423.

Bruchon-Schweitzer Marilou, *Une psychologie du corps*, Paris, Presses universitaires de France, 1990.

Cassé Laurence, "La rééducation périnéale : réappropriation par la femme de son corps", *Spirale 2/* 2003 (n° 26), p. 117-120.

Ciofu Calin, "Scores et questionnaires de qualité de vie", *Dysfonctionnements du plancher pelvien*, tome 1, Paris, Elsevier, 2005.

Communiqués de presse OMS/49, 1 juillet 1998, [www.who.int/inf-pr-1998/fr/cp98-49.html] (consulté le 5 février 2011)]

Consoli Sylvie, "Le moi-peau", *Médecine sciences*, [<http://id.erudit.org/iderudit/012392ar>] (consulté le 6 février 2011)]

Coyne Karin, Margolis Mary Kay, "The impact of Overactive Bladder on Sexual Quality of Life in Women", *Touch Briefings 2007*, [www.touchbriefings.com/pdf/2808/Coyne.pdf] (consulté le 6 février 2011)]

De Ryckel Cécile, *Le récit, vecteur de l'identité*, 1999.

Desvaux Pierre, "Incontinence urinaire féminine lors des rapports : revue sur un problème peu étudié de la sexualité féminine", Société Francophone de Médecine Sexuelle, [<http://www.sfms.fr/prod/system/main/index.asp?page=/prod/data/feminin14.asp>] (consulté le 13 février 2011)]

Deydier-Bastide Michel, "Abrégé de médecine traditionnelle chinoise", Méolans-Revel, Editions Déslris, 1997.

D'Olier Florence, "Suites de couches: Tradition et Modernité sont-elles compatibles?", 2006. [http://www.cnsf.asso.fr/journees/.../Suites_de_couches_Florance-Dolier] (consulté le 25 février 2011)]

Dolto Boris J, *Le corps entre les mains*, Vuibert, 2006.

Dolto Françoise, *L'image inconsciente du corps*, Paris, Editions du Seuil, 1984.

Duval Céline, Desgranges Béatrice, "Le soi à la loupe des neurosciences cognitives", *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, Volume 7, Numéro 1, 7-19, 2009, Revue thématique. [<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/pnv>] (consulté le 13 février 2011)]

Espi Cadotsch Martine, *Eros et Thanatos*, support de cours, Certificat de Sexologie clinique, Université de Genève, 2010.

Faltin D, Irion O, Weil A, "Conséquences de l'accouchement pour le plancher pelvien", *Revue médicale Suisse*, [<http://www.revue.medhyg.ch/print.php3?sid=19974> (consulté le 6 février 2011)]

Fatton B. : "Anatomie dynamique du périnée", in Blanc Bernard, Siproudhis Laurent éd., *Pelvi-périnéologie*, Paris, Springer, 2005.

Guiose Marc, "Du schéma corporel à l'image du corps", [<http://www.artec.fr/actualities/laboratoire-artec/du-schéma-corporel-a-l-image-du-corps> (consulté le 31 janvier 2011)]

Haab François, Amarenco Gérard, Bourcier Alain, *L'incontinence urinaire en question*, Da Te Be Editions, 2004.

Isidori Andrea, Pozza Carlotta, Esposito Katherine, Giuliano Dario, Morano Susanna, Vignozzi Linda, Corona Giovanni, Lenzi Andrea, Jannini Emmanuele, "Development and Validation of a 6-Item Version of the Female Sexual Function Index (FSFI) as a Diagnostic Tool for Female Sexual Dysfunction", *J Sex Med* 2010; 7 : 1139-1146.

James William, *Précis de psychologie*, Paris, Les empêcheurs de Penser en Rond, 2003.

Le Bon Daniel, *L'agir libre - L'Eleuthéropédie*, Paris, La Compagnie Littéraire, 2004.

Ortigue Stéphanie et Bianchi-Demicheli Francesco, "Approche sociocognitive du désir sexuel", *Revue médicale Suisse*, [<http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=33037> (consulté le 31 janvier 2011)]

Pinkola Estès Clarissa, *Femmes qui courent avec les loups*, Paris, Grasset, 1996.

Pons Espuna, Clota Puig, "Coital urinary incontinence : impact on quality of life as measured by the King's Health Questionnaire", *Int urogynecol J Pelvic Floor Dysfonct.* 2008 May; 19(5) :621-5.

Schär Gabriel, "L'incontinence urinaire chez la femme-une atteinte fréquente et souvent sévère à la qualité de vie", *Forum Med Suisse* , 2006; 6 : 442-447.

Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Dehò F, Fabbri F, Colombo R, Guazzoni G, Di Girolamo V, Rigatti P, Montorsi F. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence : results of a cross-sectional study. *Eur Urol.*2004 May; 45(5) :642-8.

Sevene Arnaud, "Assises françaises de sexologie et de Santé sexuelle : Les troubles urinaires du bas appareil chez la femme", *Sexologos* n°33, Avril 2009, [<http://www.sfscsexo.com/publi/puz3303.htm> (consulté le 6 février 2011)]

Valero J.P., "Les composantes psychologiques et sexuelles des troubles urinaires", [<http://www.urinaire.com/psychologie.htm> (consulté le 6 février 2011)]

Winnicott Donald W., *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, 2000.

La Chaux-de fonds, le 11 janvier 2011

Chère Madame,

Voici selon notre téléphone de l'autre jour, le questionnaire concernant l'évaluation des atteintes périnéales.

Je joins à cet envoi une enveloppe pré-affranchie qui vous permettra de me le retourner sans frais. Merci de le faire aussi rapidement que possible et au plus tard jusqu'au 15 février... !

Je vous garantis que ce questionnaire restera parfaitement confidentiel.

Je tiens à vous remercier chaleureusement de votre participation qui me permettra de réaliser ce projet de mémoire et d'en tirer des bénéfices pour ma pratique professionnelle.

Cordiales salutations, et tous mes vœux pour 2011 !

Fabienne Schwab-Egger

Questions générales

1. Age au moment du traitement _____
2. Aviez-vous accouché dans les 18 mois précédents votre traitement ?
Oui Non
3. Étiez-vous sous traitement médicamenteux au moment du traitement ?
Oui Non
Si oui, veuillez indiquer de quel traitement il s'agissait : _____
4. Bénéficiez-vous au moment des séances d'un suivi psychothérapeutique ?
Oui Non
5. Quels étaient les symptômes qui vous avaient amenés en traitement ?
(veuillez cocher les cases qui correspondent aux symptômes qui étaient présents chez vous, même si ceux-ci étaient légers)
 - Fuites urinaires à l'effort
 - Urgences mictionnelles sans fuites
 - Urgences mictionnelles avec fuites
 - Fuites urinaires pendant les rapports sexuels
 - Descente d'organe ou sensation de pesanteur du plancher pelvien
 - Bruits d'air vaginaux
 - Douleur dans la sphère périnéale (suite d'accouchement, cicatrices, etc...)

Questionnaire sur l'image du corps

Le questionnaire de la page suivante porte sur l'image que vous avez de votre propre corps.

Il est composé de deux parties, la première concerne votre ressenti dans la période qui précédait votre venue en traitement et la deuxième partie concerne votre ressenti actuel.

Veuillez répondre de manière spontanée en entourant pour chaque ligne le chiffre qui correspond le mieux à votre perception.

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

Exemple pour la première ligne : si je me sens plutôt en bonne santé j'entoure le chiffre 4.

Exemple pour la deuxième ligne : si je me sens plutôt attirante physiquement, j'entoure le chiffre 2.

Avant les séances de rééducation, vous perceviez votre corps comme :

en mauvaise santé	1	2	3	4	5	en bonne santé
physiquement attirant	1	2	3	4	5	non attirant
source de plaisir	1	2	3	4	5	source de déplaisir
féminin	1	2	3	4	5	peu féminin
pur, propre	1	2	3	4	5	impur, sale
exprimant la crainte	1	2	3	4	5	exprimant l'audace
vide	1	2	3	4	5	plein
quelque chose que l'on touche	1	2	3	4	5	qqch que l'on ne touche pas
indifférent, froid	1	2	3	4	5	tendre, chaleureux
exprimant la colère	1	2	3	4	5	exprimant l'apaisement
expressif	1	2	3	4	5	non expressif
quelque chose que l'on cache	1	2	3	4	5	qqch que l'on montre
calme, serein	1	2	3	4	5	nerveux, inquiet
vieux	1	2	3	4	5	jeune
érotique	1	2	3	4	5	non érotique
fragile, faible	1	2	3	4	5	résistant, fort
joyeux	1	2	3	4	5	triste
qqch que l'on ne regarde pas	1	2	3	4	5	qqch que l'on regarde
énergique	1	2	3	4	5	non énergique

Après les séances de rééducation, vous perceviez votre corps comme :

en mauvaise santé	1	2	3	4	5	en bonne santé
physiquement attirant	1	2	3	4	5	non attirant
source de plaisir	1	2	3	4	5	source de déplaisir
féminin	1	2	3	4	5	masculin
pur, propre	1	2	3	4	5	impur, sale
exprimant la crainte	1	2	3	4	5	exprimant l'audace
vide	1	2	3	4	5	plein
quelque chose que l'on touche	1	2	3	4	5	qqch que l'on ne touche pas
indifférent, froid	1	2	3	4	5	tendre, chaleureux
exprimant la colère	1	2	3	4	5	exprimant l'apaisement
expressif	1	2	3	4	5	non expressif
quelque chose que l'on cache	1	2	3	4	5	qqch que l'on montre
calme, serein	1	2	3	4	5	nerveux, inquiet
vieux	1	2	3	4	5	jeune
érotique	1	2	3	4	5	non érotique
fragile, faible	1	2	3	4	5	résistant, fort
joyeux	1	2	3	4	5	triste
qqch que l'on ne regarde pas	1	2	3	4	5	quelque chose que l'on regarde
énergique	1	2	3	4	5	non énergique

Questionnaire de satisfaction sexuelle

Ce questionnaire va explorer vos sensations et votre réponse sexuelle.

Chaque question est composée de 2 parties, la première concerne l'évaluation d'un certain aspect de votre vie sexuelle **avant les séances de rééducation du plancher pelvien**, la seconde concerne l'évaluation du même aspect mais **avec votre perception actuelle, suite au traitement**.

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 sur 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. Avant le traitement, comment auriez-vous évalué votre degré de désir ou d'intérêt sexuel ?

- très élevé
- élevé
- modéré
- faible
- très faible ou pas du tout

Et qu'en est-il à présent suite au traitement ?

- très élevé
- élevé
- modéré
- faible
- très faible ou pas du tout

2. Comment auriez-vous évalué votre degré d'excitation sexuelle lors d'activités sexuelles (rapports sexuels ou autoérotisme) ?

- aucune activité sexuelle
- très élevé
- élevé
- modéré
- faible
- très faible ou pas du tout

Et qu'en est-il à présent ?

- aucune activité sexuelle
- très élevé
- élevé
- modéré
- faible
- très faible ou pas du tout

3. A quelle fréquence aviez-vous 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

Et qu'en est-il à présent ?

- 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. Quand vous aviez une stimulation sexuelle ou un rapport sexuel, à quelle fréquence pouviez-vous atteindre 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

Et qu'en est-il à présent ?

- 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

5. A quelle fréquence aviez-vous ressenti de l'inconfort ou de la douleur pendant ou après 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

Et qu'en est-il à présent ?

- 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

6. Comment auriez-vous classé votre degré d'inconfort ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale ?

- aucun rapport sexuel
- très élevé
- élevé
- modéré
- faible
- très faible ou aucun

Et qu'en est-il à présent ?

- aucun rapport sexuel
- très élevé
- élevé
- modéré
- faible
- très faible ou aucun

7. A quelle fréquence aviez-vous des relations sexuelles avec pénétration vaginale ?

- une fois par jour
- 3-4 fois par semaine
- 1-2 fois par semaine
- 1-3 fois par mois
- moins d'une fois par mois
- pas du tout

Et qu'en est-il à présent ?

- une fois par jour
- 3-4 fois par semaine
- 1-2 fois par semaine
- 1-3 fois par mois
- moins d'une fois par mois
- pas du tout

8. A 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

Et qu'en est-il à présent ?

- aucune activité sexuelle
- très satisfaite
- modérément satisfaite
- environ autant satisfaite qu'insatisfaite
- modérément insatisfaite
- très insatisfaite

9. A quel point étiez-vous satisfaite de votre vie sexuelle en général ?

- aucune activité sexuelle
- très satisfaite
- modérément satisfaite
- environ autant satisfaite qu'insatisfaite
- modérément insatisfaite
- très insatisfaite

Et qu'en est-il à présent ?

- aucune activité sexuelle
- très satisfaite
- modérément satisfaite
- environ autant satisfaite qu'insatisfaite
- modérément insatisfaite
- très insatisfaite

Annexe 3

Age, symptômes et moyennes des patientes

N°dequestionnaire	3a			3b Typedemédicaments	4 Psychothérapie			5a Fuiteseffort			5b Urgences	5c Urgencesavecuites			5d Fuitesrapports		5e Descented'organe	5f Bruitsd'airvaginaux		5g Douleurs	MoyenneQ.I.C.avanttraitement	MoyenneQ.I.C.aprèstraitement	DeltamoyennesQ.I.C.	MoyenneFSFlavanttraitement	MoyenneFSFlaprèstraitement	DeltamoyennesFSFI
	1 Age	2 Acouchement	3 Médicaments		1	0	1	0	0	1		0	0	1	0	1		0	1							
1	22	1	0		1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	3.00	3.63	0.63	2.00	3.44	1.44		
2	28	1	0		1	1	0	0	0	0	1	1	0	2.42	3.42	1.00	2.33	3.89	1.56							
3	29	1	0		0	0	0	0	0	0	1	0	1	3.26	3.74	0.47	2.56	4.00	1.44							
4	30	1	0		0	1	0	0	0	0	0	0	0	4.16	4.16	-	3.67	4.22	0.56							
5	30	1	0		0	0	0	0	0	0	1	0	1	3.11	3.79	0.68	2.67	4.22	1.56							
6	33	0	0		0	0	0	0	0	0	1	1	0	3.53	3.84	0.32	3.89	3.89	-							
7	33	1	0		0	0	1	0	0	0	1	0	0	3.58	3.68	0.11	4.33	4.22	-0.1							
8	33	1	0		0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.11	4.05	1.95	1.78	4.22	2.44							
9	35	1	0		0	0	0	0	1	0	0	0	0	1.89	4.11	2.21	2.00	4.22	2.22							
10	37	0	0		0	1	0	1	0	0	0	0	0	3.00	3.47	0.47	4.33	4.44	0.11							
11	39	0	0		0	1	0	0	0	0	1	0	0	3.37	3.95	0.58	3.11	3.67	0.56							
12	40	0	0		0	0	0	0	0	0	1	1	1	3.05	3.95	0.89	3.22	3.89	0.67							
13	41	0	0		0	1	0	0	0	0	0	1	0	3.37	4.00	0.63	3.89	4.56	0.67							
14	42	0	0		0	0	0	0	0	0	1	1	0	3.42	3.53	0.11	3.00	3.44	0.44							
15	42	0	0		0	1	0	0	0	0	0	0	0	3.79	3.95	0.16	3.67	3.67	-							
16	44	1	0		0	0	0	1	0	1	0	1	0	3.47	4.11	0.63	2.33	3.78	1.44							
17	52	0	1	Anti-hypertenseur	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3.32	4.00	0.68	3.22	3.78	0.56							
18	55	0	0		0	1	0	1	1	1	1	1	1	2.47	3.42	0.95	2.11	3.33	1.22							
19	58	0	1	Phytosoya	0	1	1	1	0	1	0	1	0	3.11	3.95	0.84	2.11	4.44	2.33							
20	60	0	0		1	1	1	0	0	1	0	0	0	2.89	3.11	0.21	3.56	3.56	-							
21	60	0	0		0	0	0	0	0	0	1	0	0	3.21	3.79	0.58	3.56	3.56	-							
22	62	0	0		0	1	0	0	0	0	0	0	0	3.42	3.42	-	3.11	3.11	-							
23	63	0	0		0	0	0	1	0	0	1	0	0	4.05	4.11	0.05	2.89	3.22	0.33							
24	64	0	0		0	1	0	0	0	0	0	1	0	3.21	3.63	0.42	4.00	4.11	0.11							
26	65	0	1	Bonviva	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3.26	3.58	0.32	3.44	3.67	0.22							
27	25	0	0		0	0	0	1	0	0	0	0	1	2.74	4.00	1.26	1.44	4.22	2.78							
28	50	0	0		0	1	0	1	0	1	0	0	0	2.21	3.47	1.26	3.44	4.33	0.89							

N°	1. Si les atteintes de la sphère périnéale vous semblent (ou vous semblaient) avoir affecté votre image de vous-même, pouvez-vous dire précisément en quoi et pour quelles raisons ?
1	En ce qui concerne mon image extérieure je n'avais pas vraiment de problème, mais c'est mon image de l'intérieur qui me faisait mal. Suite aussi à des douleurs dorsales peu supportables.
2	Les bruits d'air vaginaux= gêne +++
3	Je ne pense pas avoir été affectée dans l'image que j'ai de moi-même suite à mon accouchement.
4	---
5	Je ne me sens plus tout à fait la même personne.
6	Conscience du périnée "tardive" (5 ans après premier accouchement) manque de régularité dans les exercices de tonification, représentation erronée de la sphère périnéale (non-réactive, passive).
7	Pour le moment pas.
8	La douleur faisait que j'avais peur du rapport sexuel. Cela a impliqué un manque de confiance.
9	Je me sentais meurtrie, je ne reconnaissais plus mon corps, je me sentais sale, comme souillée.
10	Enervée de ne pas arriver à contrôler les fuites urinaires.
11	Perte d'urine à l'effort, impression d'un "corps vieux", usé par les grossesses et déprimant d'avoir des fuites gênant.
12	En position debout comme si le vagin était ouvert et très pénible de sentir comme une boule à l'entrée du vagin. Plus de pertes et tampons qui ne tiennent pas bien.
13	Suite à un effort, j'étais particulièrement <u>dérangée</u> . Je me sentais <u>sale</u> et réfléchissais à deux fois avant de faire un quelconque effort. Donc un peu <u>bloquée</u> .
14	C'est le temps qui passe, le corps abîmé et qui vieillit!
15	Plutôt lors d'activité sportive. Plus triste que vraiment déprimée de ne pas pouvoir effectuer les sports dont j'ai envie. La course par exemple m'est impossible.
16	Pas dans la vie de tous les jours, mais il y avait de la gêne pendant les rapports sexuels.
17	Le manque de confiance en soi.
18	Je me sentais vieille et sale! Peur des sorties, spectacles, invitations. C'est ma vessie qui décidait et qui avait le contrôle de ma vie! Plus de sport= corps dévitalisé. Difficile de se sentir féminine avec des protections de vieille!
19	J'ai pris 20 ans! A cause des fuites ! Plus sûre de moi, plus envie de partir à l'aventure. La lourdeur du périnée était très gênante même pour les marches qu'on avait l'habitude de faire en famille.
20	---
21	---
22	Mon incontinence urinaire n'a pas changé mon image de moi-même (c'est une suite de mes grossesses et accouchements difficiles .. Donc j'en suis consciente et je l'ai accepté ainsi...).
23	L'urgence et les fuites causent de l'insécurité, en tous cas hors de la maison. Et cette insécurité devenait stressante, puis plus importante. Le fait de pouvoir soigner ce problème me rassure.
24	Le fait de perdre de l'urine = vieille. Le fait d'être parfois mouillée!
26	---
27	Toujours peur d'un accident (fuite), donc très crispée.
28	---

N°	2. Si les atteintes de la sphère périnéale vous semblent (ou vous semblaient) avoir affecté votre vécu sexuel, pouvez-vous dire précisément en quoi et pour quelles raisons ?
1	Suite à la cicatrice de l'accouchement, je sentais et surtout j'avais l'image d'une grande déchirure. J'avais des douleurs à chaque rapport sexuel qui m'empêchaient parfois de passer à l'acte. Aussi ma lubrification qui autrefois était abondante mais qui là manquait et qui avec la cicatrice m'obligeait à mettre une lubrification artificielle.
2	---
3	J'ai un certain inconfort lors des relations sexuelles qui provient de la cicatrisation des tissus suite à mon épisiotomie. Cela me gêne, j'y réfléchis et j'appréhende quelque peu les rapports.
4	---
5	Avant, avoir des rapports sexuels c'était uniquement du plaisir mais maintenant il y a toujours un peu d'angoisse et de stress.
6	Très peu de sensations vaginales, bruits d'air vaginaux gênants, libido modérée sous contraception, élevée sans contraception, sentiment de culpabilité de ne pas faire régulièrement les exercices de tonification périnéale.
7	Pour le moment pas.
8	De moins en moins de rapports et de ce fait moins d'envie.
9	Je n'osais pas avoir de rapports sexuels, ça me provoquait des douleurs et la peur de ressentir ces douleurs bloquait la reprise de notre vie intime après l'accouchement.
10	Sécurité et raison d'hygiène.
11	Infections urinaires fréquentes après rapport sexuel, ce qui a causé une retenue, une crainte, une baisse de la libido d'avoir un rapport avec pénétration.
12	Gênée d'être vue par mon ami au niveau des parties génitales et à cause des bruits d'air vaginaux (je ne savais pas d'où ils venaient). Pas beaucoup de sensations vaginales et plus trop envie de m'exposer.
13	---
14	Rien à signaler.
15	Ce n'est pas le cas et je n'avais même pas imaginé que ça puisse être le cas!
16	Au début de la douleur, puis la peur des fuites.
17	Manque de sensation lors de la pénétration.
18	Quelques fuites gênantes pendant les rapports...Sensation de vagin trop large après les accouchements puis sécheresse à la ménopause...Plus de plaisir donc moins d'envie!
19	Avec les fuites et la sécheresse vaginale, j'ai parfois eu mal et peur des fuites. Me suis fait l'idée que la sexualité était finie pour moi et qu'il fallait passer à autre chose!
20	---
21	---
22	---
23	Il ne me semble pas qu'il y ait eu un lien.
24	Elles n'ont pas affecté mon vécu sexuel mais la ménopause a sensiblement diminué mon envie de relations sexuelles!
26	---
27	La douleur avait tout bloqué!
28	---

N°	3. Si les séances de rééducation ont apporté un bénéfice sur le plan de votre vécu sexuel, quelles sont selon vous les raisons qui y ont contribué ?
1	La première raison, avoir une écoute professionnelle surtout avec qui parler de relation intime librement et sans gêne (psychologique). Sur le plan physique j'ai pu comprendre que la cicatrice n'était pas vraiment grande comme je le pensais et que la lubrification artificielle (crème) était essentielle pour la continuité des rapports. Les exercices à faire au quotidien et qui me serviront pour toujours.
2	Les bruits d'air vaginaux sont réglés suite aux séances de rééducation
3	Le fait d'avoir un suivi avec une professionnelle m'a permis de reprendre les rapports sexuels post-partum avec moins d'appréhension, de savoir que mon corps a subi des changements mais qu'il est fait pour et que tout se remet gentiment dans l'ordre.
4	---
5	Sentir son corps et apprendre que seulement certaines parties sont sensibles. Voir également que la sphère périnéale peut être "remusclée" et du coup plus tonique.
6	Partager son vécu "intime" avec une professionnelle m'a permis de me rassurer. De se rassurer qu'on est pas la seule à vivre des expériences intimes "gênantes" ou "anormales". Cela redonne confiance en soi et en son image de soi. De vérifier concrètement sa tonicité périnéale qui est plus fonctionnelle qu'on le croyait. De se convaincre une fois de plus que la sphère périnéale est un lieu précieux et vital et qu'il est bon d'en prendre soin!
7	Pas spécialement de changement.
8	J'ai appris à contrôler mes "muscles pelviens" et ça m'a permis de faire partir la douleur.
9	Les séances m'ont apporté des réponses. Mme Schwab-Egger a été très rassurante sur ma cicatrice. Elle a apaisé mes angoisses en me disant qu'elle n'était pas horrible et que ça ne me gênerait pas à continuer les rapports sexuels. Il fallait seulement que je me détende.
10	Plus propre et calme. Sécurité, exercices et contrôle
11	Tonification au niveau du vagin, meilleur ressenti au niveau de la sphère périnéale, "tonification de la vessie" et depuis moins d'infections urinaires, donc plus envie d'avoir des rapports sexuels. Bons échanges verbaux avec la thérapeute, et bons conseils.
12	J'utilise mieux mes muscles=je me sens mieux. Soulagée de mieux comprendre pour les bruits d'air et quand j'avais mal. Me sens rassurée.
13	Musclature d'une partie très peu tonique. Prise de conscience des "précautions" à prendre avant un effort.
14	Augmenter la tonicité du périnée apporte une sensation plus intense du plaisir sexuel.
15	Pas de changement car je n'ai pas remarqué de gêne sur ce plan.
16	Les informations sur la sphère périnéale. Les exercices. Les "conversations" pendant les séances (pouvoir exprimer les problèmes, être écoutée, dialoguer). Les conseils d'utiliser un gel lubrifiant.
17	Le bénéfice physique.
18	L'endroit est redevenu vivant! Conseils et exercices et arrêter de s'inquiéter tout le temps!
19	Lâché mes fausses idées sur la ménopause et découvert le potentiel que j'ai en tant que femme "d'âge mûr"! Mon périnée est plus vigoureux, plus de sensations et encouragée par l'effet sur mon conjoint!
20	---
21	---
22	---
23	idem 2
24	La rééducation n'a rien changé sur le plan de mon vécu sexuel car mes problèmes urinaires ne me dérangent pas.
26	---
27	---
28	---

N°	4. Si le traitement n'a pas apporté de bénéfices au niveau de votre vécu sexuel, quelles en sont d'après vous les raisons possibles ?
1	---
2	---
3	---
4	---
5	---
6	L'effet "yoyo" des hormones. Dans la tête (mentalisation, disponibilité personnelle). Routine. L'art de passer de l'état de la mère-tendresse à la femme-tigresse!...
7	Mon problème n'avait pas d'incidence sur ma vie sexuelle avant le traitement.
8	---
9	---
10	---
11	---
12	---
13	Ce n'était pas un problème pour moi.
14	---
15	---
16	---
17	---
18	---
19	---
20	D'autres facteurs interviennent...
21	---
22	Les séances de rééducation n'ont pas apporté de bénéfice sur le plan de mon vécu sexuel... Je suis restée la même..
23	---
24	Comme dit auparavant, les fuites ne me dérangent pas sur le plan sexuel mais sur l'image de moi-même! La diminution d'envie sexuelle vient surtout de mon âge donc de ma ménopause.
26	---
27	---
28	---

N°	5. Quels sont les aspects du traitement qui vous ont été les plus profitables à tous points de vue ?
1	L'écoute, les conseils intimes pour pouvoir passer au-delà de l'image qu'on se fait de soi. (mettre de la crème etc. ...). Les exercices qui m'aident jusqu'à aujourd'hui et au quotidien.
2	Exercices recommandés environ 3x par jour
3	Le dialogue m'a permis de me rendre compte que la rééducation du périnée est très importante et j'ai pu transmettre ce savoir tout autour de moi. Encore aujourd'hui, lorsque je ressens des lourdeurs du plancher pelvien, je fais des exercices et cela me soulage rapidement et me remet à l'ordre! Je me dis que ceux-ci seront bénéfiques lors d'un prochain accouchement ou plus à long terme lors du vieillissement de mon corps.
4	De pouvoir gérer les problèmes de quelques fuites urinaires.
5	Le fait de pouvoir parler librement des problèmes liés aux douleurs et aux peurs.
6	Professionnalisme de la thérapeute. Ecoute et expérience de la thérapeute. Non-jugement de la thérapeute.
7	Moins de sensation de pesanteur ou de boule entre les jambes.
8	Pouvoir parler librement de mon problème et apprendre à le résoudre.
9	L'écoute de Mme Schwab-Egger, ses conseils utiles et variés, l'apprentissage du périnée malgré que ça ne soit pas devenu un automatisme de contracter ces muscles aussi souvent.
10	Les explications et les exercices.
11	Biofeedback car permet de visualiser lors de la contraction du vagin et permet une meilleure perception au niveau du vagin, un "organe encore e vie et actif". Les échanges et discussions sur plusieurs sujets au niveau du couple m'ont mise en confiance et prendre plus confiance en mon corps et notamment la partie génitale.
12	Les exercices et les explications.
13	Voir point 3.
14	---
15	Les exercices appris et effectués encore maintenant à domicile facilitent l'activité sportive.
16	Tous les aspects se complètent, c'est le bon équilibre pour moi; donc aucun aspect n'était plus bénéfique que les autres. (voir point 3).
17	Le partage.
18	Pouvoir enfin parler de mes gênes et inquiétudes. Redonner la vie à cet endroit "détesté" à cause des problèmes! Travailler mon ventre. Voir que ça marche grâce aux courbes. Les conseils pour être de nouveau aux commandes de ma vessie!
19	Les discussions et tout le travail fait pour le plancher pelvien et sur mon bassin qui était devenu figé et douloureux! Je sais comment prendre soin de moi!
20	Meilleure acceptation des "méfaits" de l'âge, car meilleure maîtrise, action possible. Sécurisant. Contacts de confiance, important! Meilleure image de soi. Solidarité féminine. Humour!
21	Tout a été parfait et surtout le confort.
22	---
23	---
24	Le fait de ne plus ou presque plus perdre d'urine et de me sentir plus propre!
26	Je ressens plus de vie. Je ressens plus de désirs. C'est comme si je me redressais.
27	Le relâchement des muscles tendus. Le réconfort et les discussions. Les explications.
28	Beau travail! Merci!

N°	6. Remarques ou commentaires :
1	Je trouve la rééducation du plancher pelvien primordiale pour une femme qui vient d'accoucher pour remettre progressivement les organes à leur place et naturellement. Et ça permet à nous les femmes d'avoir une oreille professionnelle qui nous conseille et surtout qui nous soutient psychologiquement car ça affecte notre personne quand on se sent seule c'est plus difficile de retrouver la vie d'avant la grossesse. Merci à vous!
2	---
3	---
4	---
5	---
6	Merci à vous et heureuse continuation!
7	---
8	Merci à vous!
9	---
10	---
11	Bonne chance et bon courage pour votre travail de mémoire.
12	Super discussions et contact! Merci!
13	---
14	---
15	---
16	---
17	---
18	Un immense merci pour votre écoute et votre professionnalisme!
19	Belle rencontre, merci pour votre regard bienveillant et encourageant!
20	Absolument ravie de ce traitement. Soutien important.
21	---
22	---
23	---
24	Merci de votre gentillesse et des progrès enregistrés!
26	---
27	Un immense merci!
28	---