

École de Psycho-Sexologie

Mémoire de fin d'études

**Endométriose :  
ses enjeux au quotidien.  
Une sexualité épanouie,  
est-elle possible ?**

**Marie-Françoise Robert  
Promotion 2019-2021**

*Jury et responsable formation : Fabienne Barreteau*

*Endometriosis*

## **Remerciements :**

Je remercie chaleureusement ma formatrice, Fabienne Barreteau, pour son enseignement et ses encouragements. Durant ces trois années, tu m'as transmis ta passion pour l'art de la Sexologie et de l'humain dans toutes ses dimensions. Un grand merci pour ta disponibilité, ton savoir-faire et ta patience.

Je remercie infiniment mon mari pour son soutien indéfectible et pour son amour qui m'ont donné la force de réaliser ce travail.

Je remercie ma chère amie Pascale sa présence et sa relecture de mon mémoire.  
Qu'elle soit assurée de mon estime et mon amitié.

Je remercie mes patientes et patients ainsi que l'association MENS Réunion.

Merci, Mia, Élisabeth, Patrick et Georgia pour votre participation.

Merci Lindy, Alexandra, Laurence, Maryse, Aurélie, angélique, Cécile, Marie et Emma.

Merci au Professeur Van Théobald, au Docteur Eggermont pour votre analyse et votre soutien.

## **Avant-Propos :**

L'endométriose est une maladie gynécologique qui touche 1 femme sur 10, voire 1 sur 7 dans certains pays.

Sur l'île de la Réunion, 2 sur 7 sont touchées, soit 3,5 femmes sur 10.

Cette maladie chronique affecte tous les aspects de leur vie : physique, psychologique, relationnel et sexuel.

Il est important de sensibiliser les patientes et les professionnels de santé à cette maladie, afin de la prendre en charge rapidement et de la reconnaître dès les premiers symptômes.

Dans ce mémoire, après des généralités sur la pathologie, nous aborderont plus spécifiquement tous les aspects de la vie d'une femme : physique, psychologique, relationnel et sexuel. Puis, des interviews de professionnels et de patientes permettront de découvrir l'histoire de la maladie et ses enjeux.

On finira par des études de cas de patientèles.

Bénévole depuis 3 ans dans l'association Mon Endométriose Ma Souffrance (MEMS 974), j'ai pu mener des entretiens et échanger avec des professionnels de tous horizons.

En lien avec notre professionnalisme, nous avons pu établir les pistes d'approches lors de séances avec ces femmes et ces couples.

Nous allons exposer dans ce mémoire mes opinions, mes approches personnelles et une vision de la maladie qui n'engage que moi.

# Table des matières

<b>II. HISTORIQUE :</b>	<b>7</b>
1. PRÉSENTATION DE L'ÎLE LA RÉUNION :	7
2. HISTOIRE DE L'ENDOMÉTRIOSE:	8
<b>III. ENDOMÉTRIOSE : C'EST QUOI ?</b>	<b>9</b>
1. L'ANATOMIE DU PELVIS FÉMININ :	9
2. QU'EST-CE QUE L'ENDOMÉTRIOSE:	9
3. LES SYMPTÔMES :	13
4. LES FACTEURS RISQUENT :	13
5. LE PARCOURS DIAGNOSTIC :	14
6. DIAGNOSTIC :	14
7. INFERTILITÉ :	15
8. EXAMEN CLINIQUE :	15
<b>IV. LES TRAITEMENTS :</b>	<b>17</b>
1. TRAITEMENT HORMONAL :	17
a. Oestroprogestatifs :	17
b. Système Intra – Utérin (SIU) progestatif :	17
c. Implant :	18
d. Progestatif :	18
e. Macro-progestatifs :	18
f. Agonistes de la GnRH :	18
g. Anneau contraceptif :	18
h. Patch contraceptif : Evra	19
2. CHIRURGIE :	19
3. THÉRAPIE COMPLÉMENTAIRE :	19
a. Phytothérapie :	19
b. Homéopathie :	20
c. Aromathérapie:	21
d. Kinésithérapie:	22
e. Ostéopathie :	22
f. Fascias :	22
g. Acupuncture :	22
h. Naturopathie :	23
i. Mésothérapie :	23
j. La neurostimulation transcutannée (TENS) :	24
k. Champs Electro Magnétique Pulsé (CEMP) :	24
l. Micro-nutrition :	24
m. Yoga :	25
n. Qi Qong :	25
o. Réflexologie plantaire :	25
p. Mycothérapie :	25
q. Shiatsu :	25
r. Tai chi :	25
s. Huile de Ricin :	25
t. Autohypnose :	25
u. Sophrologie :	26
v. Chiropraxie :	26
w. Massage thérapeutique :	26
x. Autres :	26
4. DÉCODAGE BIOLOGIQUE OU BIO DÉCODAGE:	26
<b>V. SEXUALITÉ :</b>	<b>27</b>
1. DÉFINITION :	27
2. SEXUALITÉ FÉMININE :	28
a. Le cycle de la réponse sexuelle féminine :	29
3. DYSFONCTIONS SEXUELLES :	31

a.	<i>Généralités</i> :	31
b.	<i>Trouble du désir</i> :	31
c.	<i>Trouble de l'excitation</i> :	31
d.	<i>Trouble de l'orgasme</i> :	32
4.	TROUBLE SEXUEL AVEC DOULEUR :	32
a.	<i>Dyspareunie</i> :	32
b.	<i>Vaginisme</i> :	33
5.	SEXUALITÉ ET ENDOMÉTRIOSE :	33
a.	<i>« Profil » psychologique des patientes souffrant d'endométriose</i> :	33
6.	DYSFONCTIONS SEXUELLES ET ENDOMÉTRIOSE :	35
7.	DYSPAREUNIE PROFONDE (DP) ET ENDOMÉTRIOSE :	36
8.	VAGINISME ET ENDOMÉTRIOSE :	36
<b>VI.</b>	<b>RÉPERCUSSIONS DE L'ENDOMÉTRIOSE SUR LA VIE QUOTIDIENNES DES FEMMES :</b>	<b>36</b>
1.	IMPACT PSYCHOLOGIQUE :	37
2.	QUALITÉ DE VIE :	37
3.	VIE SOCIALE :	37
4.	ENDOMÉTRIOSE ET CONJUGOPATHIE :	38
5.	ENDOMÉTRIOSE ET INFERTILITÉ :	38
<b>VII.</b>	<b>PROTOCOLE D'ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHO SEXOLOGIE :</b>	<b>38</b>
1.	HISTOIRE ET VÉCU DE LA MALADIE :	38
2.	BANALISATION DES SYMPTÔMES :	39
3.	ERRANCE MÉDICAL :	39
4.	MALADIE MÉCONNUE :	39
5.	AVIS NÉGATIFS DES MÉDECINS :	39
6.	CONFIRMATION DE DIAGNOSTIC :	39
7.	IMPACT PSYCHOLOGIQUE :	40
8.	IMPACT SUR LA VIE PERSONNELLE :	40
9.	RÉACTION DE LA SOCIÉTÉ :	40
10.	IMPACT PROFESSIONNEL :	40
11.	INFERTILITÉ ET RECOURS PMA :	40
12.	PATIENTE CONNAÎT SON CORPS ET SA MALADIE :	40
<b>VIII.</b>	<b>PISTE DE TRAITEMENTS :</b>	<b>41</b>
1.	PISTE DE TRAITEMENT THÉRAPEUTIQUE AVEC UNE PATIENTE ATTEINTE D'ENDOMÉTRIOSE :	41
2.	PISTE DE TRAITEMENT THÉRAPEUTIQUE EN COUPLE DONT LA FEMME EST ATTEINTE D'ENDOMÉTRIOSE :	43
3.	PISTE DE TRAITEMENT THÉRAPEUTIQUE AVEC LE PARTENAIRE DONT LA FEMME EST ATTEINTE D'ENDOMÉTRIOSE :	44
4.	PREMIÈRE VIGNETTE CLINIQUE:	45
a.	<i>Description du sujet</i> :	45
b.	<i>Motif de consultation</i> :	45
c.	<i>Histoire personnelle et familiale</i> :	45
d.	<i>Sexualité</i> :	46
e.	<i>Sexualité réelle actuelle</i> :	48
f.	<i>Traitement</i> :	50
g.	<i>Discussion</i> :	51
5.	DEUXIÈME VIGNETTE CLINIQUE:	52
a.	<i>Description du sujet</i> :	52
b.	<i>Motif de consultation</i> :	52
c.	<i>Histoire personnelle et familiale</i> :	52
d.	<i>la sexualité séance individuelle:</i>	55
e.	<i>Sexualité du couple actuelle</i> :	56
f.	<i>Traitement</i> :	57
g.	<i>Discussion</i> :	59
6.	TROISIÈME VIGNETTE CLINIQUE:	60
a.	<i>Description du sujet</i> :	60
b.	<i>Motif de consultation</i> :	60
c.	<i>Histoire personnelle et familiale</i> :	60
d.	<i>Sexualité</i> :	61
e.	<i>Sexualité réelle actuelle</i> :	62

f.	Traitements : .....	63
g.	Discussion : .....	65

# I. Historique :

## 1. Présentation de l'île la réunion :

J'habite sur ce petit caillou que l'on nomme souvent « l'île intense » du fait de l'importante activité volcanique. D'une superficie de 2512 km<sup>2</sup>, cette île se trouve dans la zone ouest de l'océan indien et à l'est de l'Afrique dans l'hémisphère sud. En 2021, elle compte 899 249 habitants.

Notre climat est d'influence tropical avec 2 grandes périodes : l'hiver austral, de mai à octobre et l'été austral de novembre à avril.

Nos températures sont régulières et élevées l'hiver 30° et l'été 35° sur la côte.

La faune est moins riche que la flore, cependant l'île ne manque pas d'originalité.

Ici aucun animal dangereux. Nous avons la chance d'apercevoir avec de nombreux oiseaux, chauve-souris, papillons, poissons tropicaux, cétacés, reptiles et tortues.

La faune s'est constituée au long des siècles via des apports d'Asie et d'Afrique et de Madagascar. Le plus souvent apportés par les vents et les cyclones.

La flore est présente et très variée. Plus de 1 000 espèces de plantes se sont progressivement installées, au gré des courants marins, des cyclones et des migrations d'oiseaux.

Avec plus de 100 microclimats, des sols d'âges différents, La Réunion présente des conditions particulières à l'implantation d'une flore exemplaire.

Parmi les espèces indigènes (espèces présentes avant l'arrivée de l'homme) des centaines d'entre elles, ont évolué en espèces endémiques (qui n'existent nulle part ailleurs au monde).

Plus d'un tiers de la surface de La Réunion est encore recouvert de forêts ou de formations végétales primaires (On dit qu'une forêt ou qu'un milieu naturel est primaire lorsqu'il n'a jamais été modifié par l'homme).

La culture réunionnaise provient des esclaves qui ont peuplé l'île et du métissage qui s'ensuivit. Les visages réunionnais d'aujourd'hui, métissés pour la plupart, portent cette histoire.

Je vous présente ses habitants:

-cafres : descendants d'esclaves ou de travailleurs engagés africains et malgaches ;

-chinois : Réunionnais d'origine chinoise et peu métissés.

-zarabs : Indiens musulmans, qui ont en commun avec les Arabes, la religion.

-malbars : descendants des travailleurs engagés du sud de l'Inde.

-zoreys : Français de métropole (le Français est dur d'oreille dès qu'on lui parle une autre langue que la sienne).

-yabs, ou petit Blanc des Hauts : descendants des colons les plus modestes repoussés vers les Hauts de l'île dans la deuxième moitié du XIXe siècle.

Il en découle une musique comme le séga ou le maloya et un langage parlé : le créole.

*Hymne de la réunion :*

*P'tite fleur aimée (Paroles : Georges Fourcade - Musique : Jules Fossy)*

*« Vi souviens mon Nénère adorée Le p'tit bouquet, vou la donne à moin Na longtemps que li l'est fané, Vi souviens, com' ça l'est loin.*

*Refrain : P'tit fleur fanée P'tit fleur aimée Di à moin toujours Com' c'est l'amour ?*

*Mi marché dans la forêt, Y faisait bon, y faisait frais, Dan' z'herbes n'avait la rosée, Dan les zoiseaux y chantaientt.*

*Refrain : P'tit fleur fanée P'tit fleur aimée Di à moin toujours Com' c'est l'amour ?*

*Depuis ça, le temps la passé, Y reste plus qu'un doux souvenir, Quand mi pense, mon cœur l'est brisé, Tout ici, com' ça y doit finir.*

*Refrain : P'tit fleur fanée P'tit fleur aimée Di à moin toujours Couc' c'est l'amour ? »*

## 2. Histoire de l'endométriose:

L'endométriose est une maladie très ancienne, déjà évoquée durant l'antiquité.

Son histoire est incroyable et invite aujourd'hui, à comprendre pourquoi beaucoup de dysménorrhées sont considérées comme normales, obérant ainsi la possibilité de diagnostiquer une endométriose.

Les papyrus égyptiens de l'antiquité font déjà état de ce syndrome puis après, les Grecs, qui la décrivaient comme une dysfonction menstruelle.

Platon fut l'un des premiers érudits à signaler l'extrême douleur liée à l'utérus dont souffraient certaines femmes.

Le moyen âge, soit du V au XII<sup>ème</sup> siècle, fut une période de stagnation, sans progrès significatif, on constate même un recul au niveau de la connaissance de la maladie. La probable confusion grandit entre l'endométriose et l'hystérie.

Ainsi les malheureuses atteintes seront exorcisées, exilées, voire exécutées.

Le renouveau médical se prépare grâce à la traduction des textes médicaux gréco-romains et à la médecine arabe dont le représentant le plus connu est le perse Avicenne (980/1037) qui a conceptualisé la douleur comme une condition biologique.

La Renaissance est la période de réintroduction de l'autopsie au sein du cursus médical fort utile pour la compréhension de l'endométriose.

Ambroise Paré (1510-1590) ré-exposa les mêmes thèses que celle des textes hippocratiques en soulignant l'implication des ligaments utérins.

Thomas Cullen avec une série de 22 cas en 1903, fut le premier à décrire l'envahissement des nerfs pelviens, rendant compte de l'importance des douleurs liées à l'endométriose. Il affirma même qu'une hystérectomie totale n'était pas une garantie de guérison. Il prôna la chirurgie en cas d'atteinte digestive et de risque d'occlusion qui peut conduire au décès. Sa publication majeure fut « adénomyomes de l'utérus » en 1908.

En 1921, John Sampson apporte la première théorie sur le sujet, qui fait encore référence pour la plupart des médecins qui n'ont pas été formés à la maladie: ce sont les reflux de sang qui seraient à son origine, lorsque celui-ci ne parvient pas à s'écouler par le vagin et pénètre dans les trompes ou la cavité péritonéale. Il est considéré comme le père de l'endométriose. Il a été le premier à employer le terme d'endométriose et, en exposant sa théorie de menstruations rétrogrades dans une revue médicale, a confirmé ainsi les intuitions de Ström et Ruysch en 1960 et 1961.

Dans les années 1930-1940, toutes les localisations potentielles finirent par être décrites et de plus en plus de cas étaient repérés à l'adolescence.

Les recherches en endocrinologie ont permis d'établir un traitement avec des synthèses de progestérone et de testostérone.

La prise de conscience des médecins quant à l'infertilité de ces femmes conduisit à pousser au mariage et à la conception renouant ainsi avec des conseils remontant à l'antiquité.

Georges Pinkus et John Rock développèrent, en 1957, la contraception hormonale initialement orientée vers les traitements des troubles des règles ainsi que de l'endométriose.

Dans les années 1970, on soulignait le sous diagnostic de cette maladie, jusqu'à 70 % de cas non détectés.

À partir de 1955, Raoul Palmer, mis en place la chirurgie cœlioscopie plus sûre, avec notamment, l'utilisation de Laser CO<sub>2</sub> en 1979.

Camran Nezhat introduisit la coloscopie vidéo assistée à la fin des années 70.

Depuis 1990, l'essor et l'importance de la prise en charge diagnostique de l'endométriose ne cesse de croître. L'IRM a pu permettre l'anatomoclinique ou anatomopathologique de la maladie : superficielle ou péritonéale, annexielle, ovarienne ou profonde, sous péritonéale ou antérieure.

On peut noter alors une amélioration au niveau des résolutions spatiales, des échographies pelviennes endo-vaginales, des colo-scanners dans l'eau, l'écho endoscopie rectale permet d'explorer mieux la maladie.

La recherche fondamentale a permis une meilleure compréhension de cette maladie multi et pluri factorielle.

En 2021, elle n'en reste pas moins sous diagnostiquée avec un retard moyen diagnostique de 7 à 9 ans.

Ce survol historique est intéressant et permet de constater que cette maladie ancienne reste pour le moment une énigme pour la médecine et qui touche plus de 4 millions de femme en France.

## II. Endométriose : c'est quoi ?

### 1. L'anatomie du pelvis féminin :

Nous présentons l'anatomie de pelvis féminin.

Notre cavité pelvienne est divisée en 3 compartiments :

Antérieur = Moyen = Postérieur

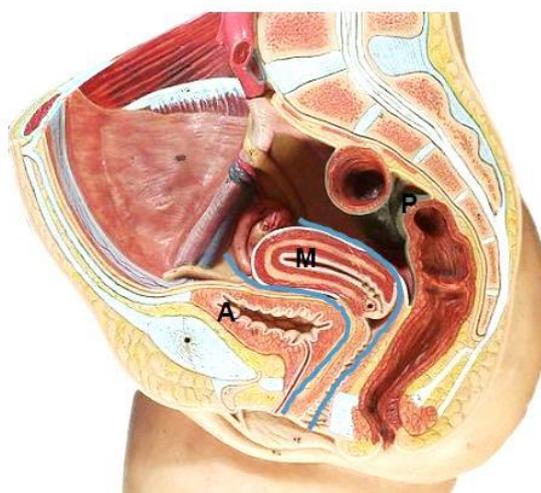


Image 1 : coupe sagittale du pelvis Féminin en 3 compartiments.  
(Photo Livre médecine interne.)

Le compartiment antérieur comporte: l'espace pré-vésical, la vessie, la portion terminale des uretères, le cul de sac vésico-utérin, et le septum vésico-vagina.

Le compartiment moyen comporte: le vagin, les culs de sacs vaginaux antérieurs et postérieurs, l'utérus, les trompes et ovaires.

Le compartiment postérieur comporte: la cloison (septum) recto-vaginale, le rectum, la région rétro-cervicale avec les ligaments utéro-sacrés et le cul de sac de douglas.

Les LUS sont tendus de la région rétro cervicale à la face antérieure du sacrum.

Les ligaments ronds sont des ligaments de soutien de l'utérus entre le fond utérin et la grande lèvre.

### 2. Qu'est-ce que l'endométriose:

Tout d'abord, il faut savoir que l'endomètre est la muqueuse de l'utérus. Ce tissu recouvre la paroi interne de l'utérus (voir image 2).

L'endomètre possède la structure schématique suivante :

-épithélium prismatique uni-stratifié,

- lame basale, de glandes utérines,
- tissu conjonctif (stroma)
- vaisseaux sanguins.

Lors de chaque cycle menstruel, ce tissu s'épaissit sous l'action de l'hormone œstrogène afin d'accueillir l'embryon en cas de fécondation.

Si la fécondation n'a pas lieu, l'endomètre se détache des parois utérines (le myomètre) et provoque les règles. Ces règles s'écoulent dans la majorité des cas par le vagin.

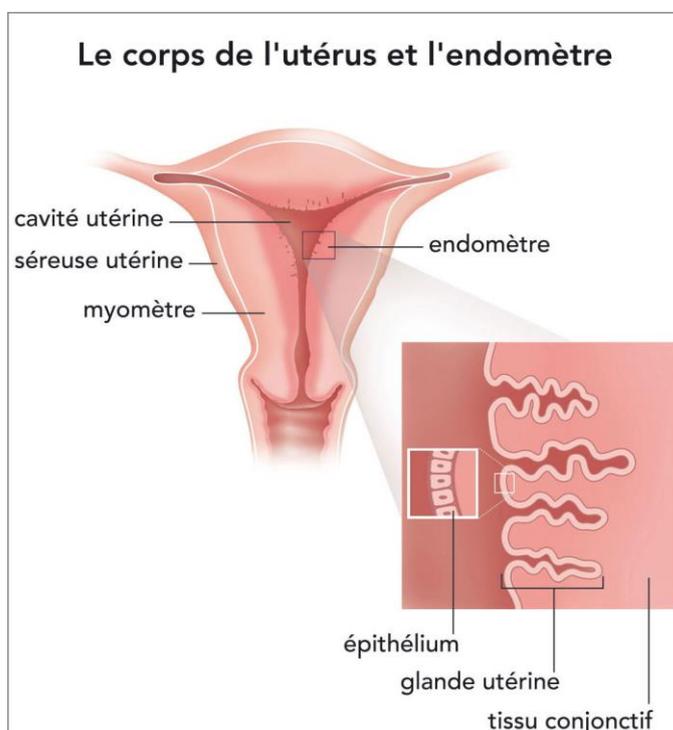


Image 2 : e-cancer.fr

Puis, il se reconstitue petit à petit jusqu'aux prochains cycles ou nidation. Vivant, il évolue constamment, il peut être trop épais ou trop fin. Il est donc important d'être sensible et à l'écoute des moindres changements.

L'endométriose est une maladie définie par la présence anormale de tissu semblable à la muqueuse utérine en dehors de l'utérus. Ces tissus peuvent être en interne, en externe et peuvent se superposer, s'ajouter les uns aux autres d'où le nom de « la maladie aux 1000 visages ».

Voici les différentes formes d'endométriose (voir image 3):

- l'adénomyose, présence de tissu endométrial dans le myomètre (composante musculaire de l'utérus) (voir image 4).
- l'endométriose superficielle (péritonéale).
- l'endométriose ovarien.
- l'endométriose pelvienne profonde (sous-péritonéale) elle peut toucher les ligaments utérosacrés, le cul-de-sac vaginal postérieur, la vessie, les uretères et le tube digestif (rectum, jonction recto-sigmoïdienne, appendice).
- l'endométriose abdominale, diaphragmatique.
- l'endométriose thoracique (pneumothorax, hémoptysie, hémothorax).
- l'endométriose parenchymateuse et pariétale (cicatrice de césarienne).

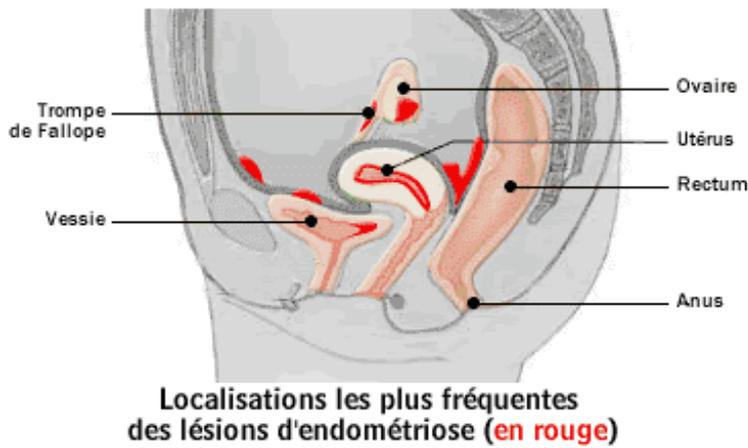
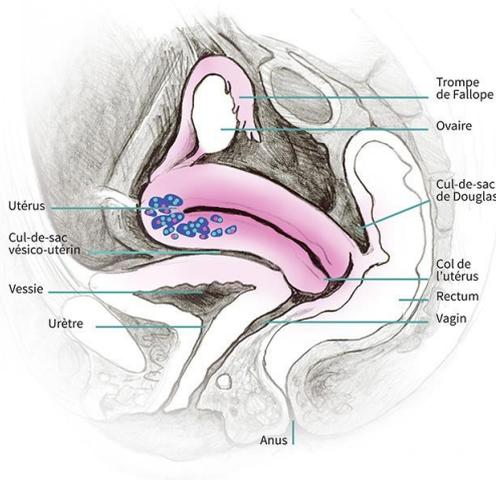


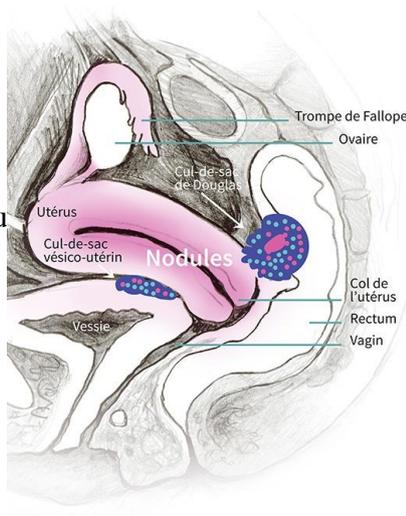
Image 3 : endométriose localisation fréquente.

Image 4 : endométriose interne adénomyose.

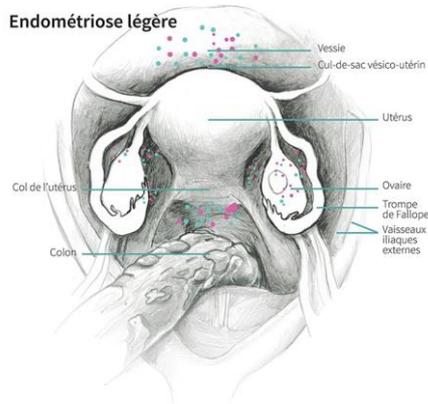


Nous notons que les foyers endométriosiques peuvent se localiser un peu partout dans le corps. Sous l'effet des hormones, ses foyers saignent hors de l'utérus au moment du cycle. Cette réaction provoque des inflammations, des douleurs et des nodules ou adhérences avec d'autres organes (voir image 5).

Image 5 : nodules ou adhérences.

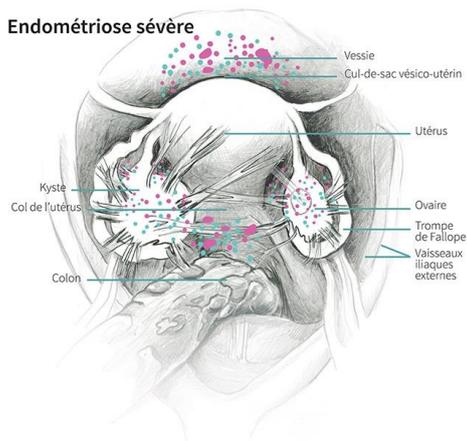
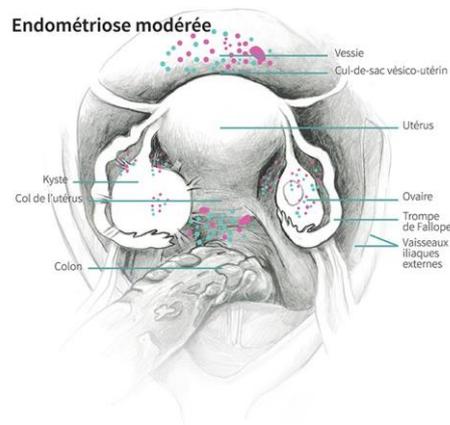


Cette maladie est progressive et elle évolue tout au long de la vie de la femme. Plusieurs systèmes de classifications ont été créés, nous allons vous parler de la plus utilisée actuellement : American Fertility Society (AFS).



Stade 1 : endométriose dite minimale.

Stade 2 : endométriose dite modérée  
Stade 3 : endométriose dite moyenne



Stade 4 : endométriose dite sévère

Nous partageons cette vidéo pour comprendre la migration de l'endomètre:  
[https://youtu.be/VcWtu3\\_VOU4](https://youtu.be/VcWtu3_VOU4)

### 3. Les symptômes :

Cette maladie reste asymptomatique ou évolutive et ne se manifeste pas de la même façon pour toutes. Il reste tout de même des similitudes sur certains symptômes.

Voici les signes cliniques en faveur d'une endométriose :

- dysménorrhée= règles douloureuses, parfois très douloureuses (68% à 85%).
- douleurs pelviennes chroniques (44%).
- dyspareunie : douleur à l'intérieur du vagin au niveau du col ou dans le pelvis, de l'utérus ou de la région abdominale, lors de la pénétration vaginale.
- signes urinaires : douleur lors de la miction (brûlures mictionnelles), cystite interstitielle, difficultés à uriner (dysurie)...
- signes digestifs : douleur lors de la défécation, difficulté à l'évacuation des selles nécessitant un intense effort de poussée abdominale, accompagnée d'une sensation d'évacuation incomplète du rectum, troubles du transit (diarrhée, constipation alternance entre les deux), ballonnement, crampes abdominales, faux besoins...
- infertilité.
- autres : douleurs lombaires, fatigue...

La sévérité de l'endométriose n'a aucun lien avec les symptômes. Certaines femmes peuvent avoir des atteintes sévères mais sans symptômes tandis que d'autres ayant une endométriose minimale souffrent de douleurs invalidantes.

Épidémiologie :

Dans la littérature, nous avons pu noter une variation des données en fonction du mode de diagnostic, des échantillons choisis, et de la qualité de l'étude. D'après des études récentes, l'endométriose, dans le monde, toucherait 180 000 millions de femmes ce qui représente 1 femme sur 7 en âge de procréer et 20 à 50 % des femmes infertiles. La maladie peut se manifester dès l'adolescence même si le diagnostic est plus facilement posé entre 30 et 40 ans. En revanche après la ménopause la maladie régresse. On note malgré tout qu'un traitement hormonal durant cette période peu maintenir cette maladie (5 % des femmes).

L'OMS dans les années 1980, avait publié une étude parmi les couples infertiles la fréquence d'endométriose serait plus élevée en Asie (10%) que dans l'ensemble des pays dits développés (6%). dans les pays d'Amérique latine (3%) ou d'Afrique (1 %). Lors de nos recherches sur ce sujet, nous pouvons conclure que la fréquence de femmes atteintes d'endométriose est plus importante chez les femmes d'origine africaine que chez les femmes d'origine caucasienne, ce qui est possiblement le reflet d'une différence d'accessibilité aux soins. De même, les asiatiques sont plus touchées que les caucasiennes, en effet dans la population japonaise on observe le double de nombre de cas.

### 4. Les facteurs risquent :

- un poids de naissance, un indice de masse corporelle faible dès la naissance, dès l'enfance et jusqu'à l'âge adulte.
- cycles menstruels courts (-de 27 jours).
- règles longues et abondantes.
- puberté précoce et ménopause tardive.
- anomalie anatomiques de l'utérus.
- lors d'une première grossesse tardive ou d'absences de grossesse.
- si leurs mère ou grand-mère ont pris de Diéthylstilbestrol (DES) en cours de la grossesse.
- absence d'allaitement de leurs enfants.
- le facteur génétique est soulevé par les scientifiques sans pour autant avoir découvert le gène ou les facteurs génétiques.
- une origine embryonnaire : il s'agirait d'une anomalie lors du développement des organes du fœtus dans le ventre de la mère ; (Dr David Redwine, Ronald Elmer Batt et Pietro Signorile.).

- le rôle des perturbateurs endocriniens, pas encore de preuve pour le moment ;
- l'arrêt d'une contraception orale.
- selon certaines études, les grandes fumeuses auraient un risque diminué de développer la maladie : l'effet antiestrogénique du tabac. Attention : les données sur le lien tabac-endométriose sont limitées et controversées.
- une consommation d'alcool et de repas riche en graisse saturée augmente le taux œstrogène et la fréquence de l'endométriose.
- d'autres données épidémiologiques ont remarqué une association avec des maladies immunitaires (diminution de l'immunité cellulaire) comme la polyarthrite rhumatoïde, le lupus, les hypo-ou hyperthyroïdie ou la sclérose en plaques.....

De nombreuses hypothèses reste à confirmer, actuellement. Les facteurs les plus probants pour le moment restent liés aux menstruations.

### **5. Le Parcours diagnostic :**

Nous allons aborder le parcours pour ces femmes et la difficulté à poser un diagnostic en vue de la diversité des symptômes et des atteintes. Il n'y a pas « une », mais « des » endométrioses.

Nous avons noté sept à neuf ans s'écouleraient en moyenne entre les premiers signes de la maladie et son diagnostic. Nous avons rencontré des femmes qui ont vécu une errance de quinze années.

Des études mettent en avant ces retards de diagnostic en Europe: dix ans de retard en Allemagne et en Autriche, sept ans en Norvège, sept à dix ans en Italie, quatre à cinq ans en Belgique.

L'endométriose étant encore souvent méconnue du grand public, les femmes atteintes et leurs proches ne font pas forcément le lien avec les symptômes ressentis.

La banalisation culturelle et la normalisation de mère en fille des douleurs de règles retardent le diagnostic.

L'absence de plainte, le tabou, l'éloignement pour être prise en charge, le manque de spécialiste, l'existence d'autres pathologies... sont des facteurs de retard courants.

La complexité de la maladie pour le corps médical, la banalisation par les médecins des dysménorrhées, certains qualifiant même leurs patientes de « douillette », un manque de prévention, une écoute insuffisante, peu de questionnements et d'approfondissement de la part du médecin, par manque d'intérêt pour la gynécologie, par défaut de communication, par manque de sympathie, par absence de conscience, par manque de formation et de connaissance de cette maladie féminine, le délai trop long pour avoir accès à un spécialiste et la réception, parfois, d'un mauvais diagnostic contribuent à cette errance médicale.

### **6. Diagnostic :**

Généralement, un interrogatoire basé sur les signes cliniques sera évoqué. Le médecin va chercher à déterminer la présence de :

- dysménorrhées intenses.
- dyspareunies profondes.
- douleurs pelviennes chroniques.
- signes urinaires.
- signes digestifs.
- infertilité.
- altération de la qualité de vie.

D'autres questions seront à poser sur des éventuels antécédents familiaux et s'orienteront vers les particularités des cycles menstruels : courts, règles abondantes et date des premières menstruations. Le médecin s'intéressera à la qualité de vie de sa patiente et l'évaluera via le

questionnaire EHP-30 ou sa version courte EHP-5. Il s'intéressera à l'évaluation de sa douleur grâce à des échelles.

## **7. Infertilité :**

L'endométriose n'engendre pas toujours une infertilité. Cependant, la découverte d'un problème d'infertilité peut coïncider avec la découverte d'endométriose.

On admet classiquement que 20 à 50% des patientes qui consultent pour une infertilité ont une endométriose et que 30 à 40% des patientes qui ont une endométriose ont aussi un problème d'infertilité (Source Endo France).

Cette double annonce, infertilité et endométriose, est vécue comme un traumatisme pour ces femmes. C'est une atteinte importante à leur féminité, qui implique des remises en question, un sentiment d'échec, de culpabilité vis à vis de leur partenaire, d'injustice, et d'impuissance. Ces femmes ressentent un manque de tact du corps médical et sont régulièrement blessées dans leur estime de soi.

Les femmes sont invitées à avoir un enfant rapidement pour augmenter leurs chances de grossesse. Cette pression d'enfant peut se révéler difficile et peut être très mal vécue, lorsque l'on ne connaît pas la maladie.

Une équipe pluridisciplinaire composée de radiologues spécialisés en imagerie de la femme, gynécologues, chirurgiens gynécologues, urologues et digestifs, praticiens spécialisés en aide médicale à la procréation, praticiens de la douleur et psychologues prendront en charge cette hypofertilité.

Toutes les techniques de procréation médicalement assistée sont utilisées dans le cadre de l'endométriose même si la Fécondation In Vitro reste la technique de référence. Une stimulation ovarienne et insémination intra-utérine hors fécondation in vitro pourront être proposées pour les stades légers d'endométriose tandis qu'une Fécondation In Vitro pourra être nécessaire pour des atteintes plus sévères. La préservation de la fertilité est une autre alternative qui mérite d'être proposée. Cette technique consiste à prélever des ovocytes matures après stimulation ovarienne pour les congeler et les conserver jusqu'au jour où la patiente aura un désir de grossesse.

Bien entendu, l'envie du couple et de la patiente sera entendue et discuté après leur avoir présenté toutes les possibilités.

## **8. Examen Clinique :**

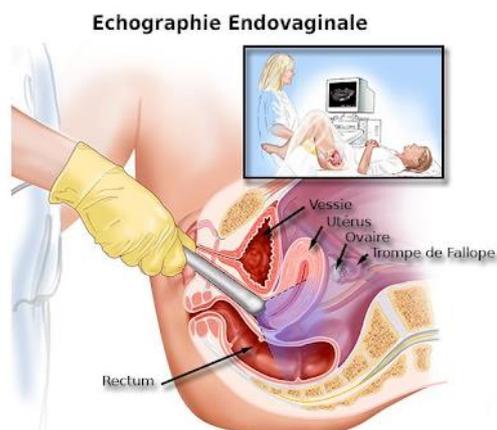
La haute sécurité de santé propose une prise en charge de l'endométriose. Le médecin procédera à l'examen de première intention par une palpation du ventre durant la période menstruelle, ce qui permet de rechercher les douleurs. Puis une inspection au spéculum permet d'observer les lésions externes. L'utérus est souvent douloureux et parfois cet examen peut paraître normal.

Le médecin peut aussi effectuer un toucher vaginal en période douloureuse, acte qui sera complété par un toucher rectal. Puis viendra l'imagerie qui sera réalisée par un opérateur spécialiste et entraîné à diagnostiquer la maladie.

### Échographie endo vaginale :

est un examen qui se pratique par voie sus-pubienne et endo vaginale (voir image 6). Cet examen est l'introduction d'une sonde dans le vagin. Il est normalement indolore et il décelle la présence de kystes ovariens. Les autres lésions peuvent passer inaperçue.

Image 6 : échographie endovaginale



Échographie endorectale :

une sonde fine sera introduite dans le rectum. Cet examen est réservé à l'exploration des lésions d'endométriose profonde qui pourrait concerner le rectum.

IRM :

Imagerie par Résonance Magnétique permet d'avoir une vue en 2 ou 3D. Ainsi on peut observer les tissus « mous » tel que les organes internes. L'IRM peut détecter les kystes, les nodules ou lésions. Elle confirme des pistes et détaille les résultats obtenus avec l'endo vaginale, elle révèle également les autres atteintes. Sachant qu'une IRM sur cinq n'est pas fiable.

Hystérogographie ou Hystérosalpingographie :

C'est un examen radiologique avec rayon X. Avec l'aide d'un produit opaque que l'on met dans le col de l'utérus, on introduit une sonde pour examiner l'utérus et les trompes. Cet examen permet de rechercher les malformations utérines, les déformations de la cavité utérine par des adhérences ou la perméabilité des trompes. Il est conseillé lors d'infertilité mais pas recommandé en première intention pour le diagnostic de l'endométriose.

Colo scanner à l'air, coloscopie virtuelle, uro scanner :

C'est une technique d'imagerie pour reconstruire le volume de nos organes et permettre une exploration plus fine de l'ensemble du rectum, du colon et des urètres. Cet examen est effectué lors de formes sévères de l'endométriose.

Cœlioscopie (ou laparoscopie) :

C'est une technique chirurgicale, où l'on va introduire une petite caméra via le nombril et des incisions de 5 à 10 mm permettant l'introduction de différents instruments.

Cette technique permet de visualiser les lésions, de prélever des biopsies afin de confirmer le diagnostic et de réaliser des interventions chirurgicales curatives extrêmement complexes. C'est un examen de référence pour la pose du diagnostic complet.

« Cependant, les dernières recommandations pour la pratique clinique de l'endométriose ne sont pas en faveur de la cœlioscopie à visée diagnostic.

Elle ne doit être envisagée que si un geste chirurgical justifié y est associé. »  
Recommandation de l'association « Endo France ».

Laparotomie (ou laparatomie) :

Acte chirurgical, où l'abdomen sera ouvert de manière horizontale ou verticale pour accéder à la cavité abdominale. Longtemps utilisée dans le cadre de la maladie, elle cède sa place à la cœlioscopie.

La complexité de la maladie, de la douleur et de la localisation demande un suivi par de nombreux spécialistes : lors d'atteinte urinaire, l'urologue fera une cytoscopie, si atteintes digestives on fera appel à un gastro-entérologue.

Lors de l'annonce des résultats, il nous paraîtra important d'user de beaucoup de tact et de douceur. Pour certaines c'est un soulagement, pour d'autres c'est un coup de bambou. Cette maladie touche à la féminité dans son ensemble, la fertilité, les relations de couple ou à venir, la qualité de vie, l'impact est conséquent pour les femmes atteintes et leurs questions nombreuses.

Il est important d'obtenir des informations et que la prise en charge soit multi factorielle.

On peut compter, aujourd'hui, sur de nombreuses associations comme « Endo France » ; « Endomind », « MENS : Mon Endo Ma Souffrance », « Ensemble contre l'endométriose », « karauk'endo » et bien d'autres qui œuvrent pour informer, sensibiliser, médiatiser et sont d'une grande aide pour ces femmes perdues dans le parcours du diagnostic.

Des groupes de parole permettent de se rencontrer et d'échanger avec des personnes qui comprennent votre parcours. Une « Endo Marche » est organisée chaque année par les associations durant le mois de mars, mois dédié à la maladie, le mois « jaune » couleur de l'endométriose.

### **III. Les traitements :**

Il est important de noter que les traitements peuvent être très longs, puisque l'endométriose est une maladie chronique. Dans un certain nombre de cas, les symptômes vont résister aux traitements. Aujourd'hui, aucun traitement ne guérit la maladie.

Traitements conventionnels :

Anti-inflammatoires (AINS) et antalgiques :

Ils agissent sur les douleurs et l'inflammation liées à la maladie. Ils traitent le symptôme de la douleur immédiate et de courte durée mais ne font pas disparaître celle-ci.

Il s'agit du paracétamol (ex doliprane), des anti-inflammatoires type ibuprofène (ex : advil) ou naproxéne (ex : naprosyn), et des anti-spasmodiques (ex spasmofon calm).

#### **1. Traitement hormonal :**

##### **a. Oestroprogestatifs :**

L'utilisation de ces contraceptifs est de permettre de traiter les douleurs pelviennes en atrophiant l'endomètre : plus d'ovulation. La prise en continu crée une aménorrhée. Le traitement de l'endométriose par contraception oestroprogestative a démontré son efficacité sur la dyspareunie profonde et la dysménorrhée ainsi que sur les douleurs pelviennes. Exemple : Minidril, Leelo, Optidril et génériques, etc.

##### **b. Système Intra – Utérin (SIU) progestatif :**

Ce dispositif en forme de T est inséré dans la cavité utérine et délivre des hormones, de la progestérone. Il reste efficace 3 à 5 ans en fonction du dispositif. Il est posé par un professionnel qualifié. Trois dispositifs sont possible Mirena, Jaydess et Kyleena

Tous comportent des effets indésirables :

-Minera : on note des changements d'humeur et parfois même des douleurs abdominales et dorsales, voire des nausées ainsi qu'une modification des saignements.

-Jaydess : On note maux de tête, douleurs abdominales ou dorsales, acné et peau grasse ainsi que des kystes ovariens, nausées, une humeur dépressive, des pertes vaginales et infections génitales.

-Kyleena: il possède des effets indésirables de type céphalées, douleurs abdominales, acné et séborrhée ainsi que la présence de spottings (signifiant littéralement « tache ») durant les cycles.

### c. Implant :

C'est un contraceptif progestatif, placé sous la peau durant 3 ans. Il entraîne une aménorrhée et une amélioration des symptômes. Il a cependant des inconvénients, il entraîne souvent des infections vaginales, des tensions mammaires, des céphalées ainsi qu'une prise de poids.

### d. Progestatif :

Contraceptif à prendre chaque jour, à la même heure, pendant 28 jours consécutifs.

La plaquette suivante est à commencer dès le lendemain, sans sauter de prise. En cas d'oubli, le comprimé peut être pris dans les douze heures suivantes sans que cela ne modifie l'efficacité contraceptive. Exp : cerazette, jasmine etc.

### e. Macro-progestatifs :

Les progestatifs ont une action atrophiante sur l'endomètre en plus de leur action centrale.

Ils peuvent être pris de façon discontinue de J6 à J25 en conservant les règles ou de façon continue en entraînant une aménorrhée. Effets secondaires tension mammaire, nausées, troubles de l'humeur, prise de poids et risque thrombotique ce qui limite leur utilisation à long terme

### f. Agonistes de la GnRH :

Ils bloquent la production des hormones ovariennes. Un agoniste est une substance qui joue le rôle d'une autre substance et « trompe » l'organisme en se faisant passer pour elle. Ils inhibent la sécrétion hypophysaire de FSH et de LH ce qui entraîne une ménopause artificielle chez la femme traitée en une quinzaine de jours après la première injection. Les effets indésirables sont similaires à ceux de la ménopause : prise de poids, labilité émotionnelle et diminution de la libido, céphalées, bouffées de chaleur, rhinite et œdèmes de la muqueuse nasale, atrophie mammaire et sécheresse vaginale. La durée du traitement est de 6 à 12 mois afin d'éviter la déminéralisation osseuse (ostéoporose). Ex : lupron, zoladex, syneral.

### g. Anneau contraceptif :

L'anneau Nuvaring s'insère dans le vagin avec ou sans applicateur et restera en place durant 3 semaines puis une semaine sans anneau permettra aux menstruations d'avoir lieu.



Figure 1 : Otez NUVARING du sachet.



Figure 2 : Pincez l'anneau.



Figure 3 : Choisissez une position confortable pour insérer l'anneau.



Figure 4A



Figure 4B



Figure 4C

Image 07 : l'anneau

Les effets indésirables : des céphalées et des migraines, des douleurs abdominales ainsi que des nausées, des tensions mammaires et dysménorrhées.

#### **h. Patch contraceptif : Evra**

Le dispositif transdermique (agit en traversant la peau) se met le premier jour des règles pour une durée de sept jours, il faudra en mettre trois par cycle puis une semaine sans dispositif pour avoir l'hémorragie de privation.

Les poses s'effectueront sur la fesse, l'abdomen, le haut du bras ou le haut du torse.

Les effets indésirables des infections vaginales sont d'ordre hormonal avec des changements d'humeur, des migraines et de l'acné et d'ordre dermatologique avec des réactions aux lieux de pose.

### **2. Chirurgie :**

La chirurgie se discute au cas par cas. L'intervention chirurgicale consiste à retirer de l'organisme les lésions d'endométrioses, si échec des traitements médicaux ou une infertilité.

La chirurgie est majoritairement réalisée par voie coelioscopique ou robot-assistée qui est peu invasive. La chirurgie par voie ouverte étant réservée à certains cas particuliers.

### **3. Thérapie complémentaire :**

#### **a. Phytothérapie :**

La phytothérapie désigne un traitement de certaines affections par les plantes. Elle exploite les principes actifs naturels de nombreuses plantes pour en faire notamment des tisanes et des gélules.

##### a) plantes à visée antispasmodique :

• Fenouil : foeniculum vulgare : en tisane : 1,5 à 2,5g de fruits écrasés en infusion dans 150 ml d'eau à boire 3x/J. En décoction : 30g de racines dans 1 litre d'eau, boire 1 tasse 3x/J.

• Valériane : valeriana officinalis : 250 à 300 mg d'extrait 2 à 3 X/J. Aident à diminuer les douleurs. (Attention cependant au risque de somnolence dû à l'effet sédatif).

• Angélique : Angelica archangelica : en tisane : 10 g de racine dans 200 ml d'eau. En décoction : 1 à 2 cuillère à café dans 250 ml d'eau à raison d'une tasse trois fois par jour.

• Achillée mille-feuille : achillea millefolium : elle a un rôle antispasmodique et anti-inflammatoire. En tisane : 2 g de sommités fleuries dans 200 ml d'eau. En Teinture mère : 15 à 20 gouttes dans un peu d'eau trois fois par jour.

##### b) plantes progestatives :

• Gattilier : agnus castus en tisane 1 cuillère à café de fruits séchés dans 200 ml d'eau.

Plantes agissant sur la congestion pelvienne :

• Marronnier d'inde : aesculus hippoastanum

• Vigne rouge : vitis vinifera : elle possède des vertus circulatoires, hémostatiques et astringentes qui permettent de diminuer les règles abondantes.

• Alchémille : alchemilla vulgaris : plante à propriétés astringentes et hémostatiques qui permettent une meilleure régulation du cycle et relance la production de progestérone.

On l'utilisera en tisane, 2 à 4,5 g de feuilles dans 200 ml d'eau à une posologie d'une tasse deux à trois fois par jour.

NB : Attention au risque de constipation.

c) plantes anti-inflammatoires :

•Gingembre : *Zingiber officinale* : 250mg à 1g de poudre de racine en infusion ou en extrait 3x/J deux jours avant et pendant les trois premiers jours du cycle aident à diminuer les douleurs.

•Actée à grappes noires : *actea racemosa* : on utilise les racines séchées et broyées pour en faire un extrait. La posologie est de 40 mg/J, mais il faut en moyenne 4 à 6 semaines pour voir les effets.

•Saule blanc : *salix alba* : sa composition en flavonoïdes et composés salicylés lui donnent ses effets anti-inflammatoires et antalgiques. On utilisera 5g de fleurs femelles en infusion dans de l'eau bouillante à raison de 3 tasses par jour.

NB : Attention cependant déconseillé lors de règles abondantes car à un effet hémorragique.

Une étude publiée dans la revue Cochrane a prouvé que le fenugrec, le gingembre, la valériane et le Zakaria entraînaient une diminution de l'intensité des dysménorrhées.

**b. Homéopathie :**

est une méthode thérapeutique basée sur l'administration d'une dose infinitésimale de produits qui, à dose élevée, produiraient les mêmes effets que la pathologie que l'on veut combattre.

• sépia :

9 CH si irritabilité : 3 granules 2x/J, 4 à 5 jours avant les règles et pendant celles-ci.

15 CH pour les dysménorrhées : 1 dose par mois 3 jours avant la date des règles.

• *magnesia phosphorica* :

15CH si anxiété : 5 granules toutes les deux heures.

• borax :

5 CH si règles abondantes et crampes : 5 granules 3x/J avant et pendant les règles.

•*viburnum opalus* pour les dysménorrhées :

30 CH si règles peu abondantes toutes les dix minutes jusqu'à accalmie des symptômes.

9 CH si règles abondantes toutes les dix minutes pendant une heure.

• *colocynthis*:

7 ou 9 CH en cas de dysménorrhées avec douleurs type crampe : 5 granules toutes les demi-heures à heure.

• *Discorea villosa* :

7 ou 9 CH en cas de douleurs de règles violentes : 5 granules toutes les demi-heures.

• *Caulophyllum thalictroides*:

9 CH : 5 granules au rythme des douleurs pour les dysménorrhées du premier jour des règles.

•*Sabina*:

7 ou 9CH: 5 granules au rythme des douleurs Règles abondantes Douleurs lombo-sacrées violentes, du sacrum au pubis, irradiant aux cuisses.

•Folliculinum:

15 ou 30CH 5 granules 3x/J Améliorer l'hyperoestrogénie.

•Thuya occidentalis :

15CH 5 granules au rythme des douleurs dyspareunie, défécation douloureuse, infiltration tissulaire, endométriose essentiellement gauche.

•Nitricum acidum:

9 ou 15CH 5 granules toutes les 2h Affections chroniques et profondes avec inflammation et tendance aux hémorragies Intéressant dans les localisations rares de l'endométriose (périnée, col, vagin).

•Causticum

9CH 5 granules toutes les demi-heures à heure Adhérences, fibrose.

**c. Aromathérapie:**

Elle désigne de manière générale l'utilisation des composés aromatiques des plantes, la plupart du temps sous forme d'huiles essentielles (très souvent obtenues par distillation), dans une optique de prévention et de soulagement de certains troubles ainsi que de bien-être et d'apaisement.

Thérapeutique pas ingestion, massage du corps ou inhalation d'huiles essentielles végétales ou d'essence aromatique.

Parmi les huiles essentielles (H.E) progestéroniques :

•H.E achillée millefeuille à HE chamazulène, une plante aux multiples utilisations. Son huile essentielle est connue traditionnellement pour stopper les pertes de sang et c'est également un puissant anti-inflammatoire.

•H.E coriandre semence, une plante à effet progestatif qui facilite la gestation de l'embryogénèse. Antidouleurs et antispasmodique.

•H.E gattilier (Vitex) et/ou de Cumin agissent quant à eux comme antagonistes des œstrogènes.

Huiles essentielles anti-inflammatoire et antalgique et/ou antispasmodiques :

•H.E eucalyptus citronné : excellent anti-inflammatoire et antalgique.

•H.E basilic tropical ou l'estragon : crampe menstruelle, dysménorrhées, anti-infectieuse, antalgique et anti-inflammatoire, contre les congestions hépatiques, aussi contre le stress et l'insomnie.

•H.E camomille romaine ou noble également antalgique, pré-anesthésiante et antispasmodique, tonique digestive, calmante du système nerveux central, antifongique (notamment contre candida qu'on retrouve assez régulièrement chez les femmes atteintes d'endométriose).

•H.E menthe poivrée analgésique, anti-inflammatoire urinaire et intestinale, antispasmodique, anti-nauséuse, antinévralgique, tonique et stimulante générale, aussi contre les chocs nerveux

•H.E lavande vraie ou officinale calmante, antidépressive, antalgique remarquable, antispasmodique, contre les inflammations circulatoires, contre les différents troubles d'origine nerveuse. Un super anti-stress !

NB : H.E sauge officinale réputée pour les problèmes féminins en tisane ou sclarée est œstrogène sont contre indiquée dans l'endométriose.

#### **d. Kinésithérapie:**

la kinésithérapie est l'art de soigner le mouvement par le mouvement. Le masseur-kinésithérapeute est un spécialiste de la rééducation motrice et fonctionnelle qui prodigue des massages et la gymnastique médicale dans le but de soulager les patients. Il a également la possibilité d'intervenir dans le domaine du sport pour la remise en forme, le massage et la relaxation.

Face à l'endométriose, le kinésithérapeute peut agir de manière analytique, en externe et en interne, et de manière globale, en proposant les techniques suivantes : massages, mobilisations actives et passives, thérapie manuelle, la rétroaction biologique ou rétrocontrôle biologique ou le biofeedback physiothérapie, rééducation posturale, rééducation respiratoire, ETP.

#### **e. Ostéopathie :**

Le traitement de l'endométriose par l'ostéopathie se base sur l'aspect fonctionnel de la maladie, c'est-à-dire, l'inflammation créée par la localisation de cellule de l'endomètre en dehors de l'utérus, le phénomène de stase des organes touchés, les adhésions entre les différents tissus qui entourent les organes pelviens et abdominaux, les douleurs lombaires, les irradiations...

Le but de l'ostéopathe sera de cerner les structures les plus touchées par la maladie d'un point de vue mécanique, c'est-à-dire quelles sont les structures ayant perdu leurs capacités de mouvements par rapport aux structures environnantes. Cette restriction de mobilité pouvant être source de tensions, de douleurs, d'inflammation... Chaque traitement sera unique et adapté à la patiente.

Durant la séance, le cerveau va sécréter des endorphines entraînant un sentiment d'apaisement et de détente. La sensation de soulagement est pratiquement immédiate. L'ostéopathe pourra être amené à travailler sur le cadre osseux qui entoure la région douloureuse, mais également sur la cavité abdominale grâce à des techniques viscérales afin d'éviter les phénomènes de stases ou de congestion des organes liés à l'inflammation. Il travaillera sur l'aspect vasculaire, neurologique et mécanique afin de vous soulager durablement.

#### **f. Fascias :**

La fascia thérapie est une thérapie manuelle qui mobilise les ressources et les capacités du patient pour faire face à la maladie. Connectés les uns aux autres, ils forment un réseau complexe reliant le sommet du crâne aux orteils et allant de la superficie de la peau jusqu'à l'intérieur de la cellule. Cette continuité faciale ou tissulaire aujourd'hui démontrée permet d'expliquer qu'un problème situé dans une partie du corps puisse avoir des répercussions à distance. Par leur étroite relation avec le système nerveux central, ils participent à l'interconnexion corps/psychisme. Cette voie de communication permet d'expliquer comment les tensions faciales soient impliquées dans l'anxiété, les réactions émotionnelles et de stress et plus largement dans l'équilibre somato-psychique.

#### **g. Acupuncture :**

En termes de Médecine traditionnelle chinoise, on considère que l'acupuncture lutterait contre les obstacles à la circulation du sang et du Qi (énergie), ce qui permettrait de faire diminuer la douleur. Notons que dans ces études, le cycle menstruel est généralement décrit en cinq phases : Sang (menstruations), Yin (phase folliculaire), transformation du Yin au Yang (ovulation), Yang (phase lutéale) et Qi (préménstruelle). L'usage de la méthode sympto-

thermique permet de mieux repérer, situer et observer les différentes phases du cycle, et d'en faire l'analyse.

Ce sont globalement les mêmes conclusions sur lesquelles débouchent les études menées à travers le monde dans ce domaine, à savoir que l'acupuncture ferait diminuer la douleur.

Une revue de 10 études fait ainsi apparaître que l'acupuncture diminuerait le degré de douleur ainsi que le taux sérique de CA-125.

En effet, l'acupuncture activerait des mécanismes analgésiques dans le cerveau, qui secrèterait: adénosine, acide  $\gamma$ -aminobutyrique, peptide opioïde, acétylcholine, oxyde nitrique, noradrénaline, dopamine et autres hormones neuronales. L'électro-acupuncture entraînerait notamment la sécrétion de dopamine dans la glande médullosurrénale.

Des raisons endocrinales sont également avancées par la recherche. La croissance du tissu de l'endomètre dépend des œstrogènes, qui sont produits à 90% par les cellules granulaires et membranaires de l'ovaire ; or, plusieurs études ont montré que l'acupuncture peut supprimer le taux d'œstradiol sérique, ce qui inhiberait la croissance ectopique (hors de sa vraie place) des cellules endométriques et soulagerait donc la douleur.

Enfin, il semblerait que l'endométriose ait aussi un lien avec le système immunitaire. L'acupuncture en promouvant les interactions entre le système des neurotransmissions et le système immunitaire, mettrait en jeu de l'oxyde nitrique (neurotransmetteur),  $\beta$ -endorphines (peptide opioïde endogène) et les cytokines (régulent l'activité et la fonction des cellules), éléments qui joueraient un rôle dans la diminution de la douleur liée à l'endométriose.

#### **h. Naturopathie :**

La naturopathie va intervenir en accompagnement de la prise en charge médicale, elle va agir en modificateur de terrain de façon à prévenir et soulager la douleur.

Il conseil :

-d'éviter le gluten qui favorise l'inflammation ce qui entraîne un inconfort au niveau digestif avec des ballonnements.

-remplacer les céréales (blé, seigle, orge et avoine) par des farines de maïs, châtaigne ou riz.

-de cuisiner soit même, ne pas manger de plats préparés ni surgelés, en général éviter les produits transformés.

-de limiter les produits laitiers car pro-inflammatoires, privilégier les laits de chèvre ou de brebis ainsi que les laits végétaux.

Mais attention aux produits contenant du soja, de la sauge et du lin qui sont des phytoestrogènes, non compatibles avec l'endométriose.

-de privilégier les sucres naturels en évitant le sucre blanc raffiné qui entretient l'inflammation et donc favorise la prolifération de l'endomètre car l'insuline est un facteur de croissance dans l'endométriose.

-de limiter les crucifères, produites de la famille du chou qui entraînent un inconfort digestif.

-d'éviter les produits acidifiants comme le café ou le thé noir.

-de consommer moins de viande, pour limiter le phénomène inflammatoire.

-de favoriser les sources d'oméga 3 qui sont anti-inflammatoires mais éviter les huiles à base d'oméga 6 (tournesol, arachide) qui elles sont inflammatoires.

-de consommer des petits poissons gras type sardines, maquereaux, foie de morue ou anchois deux fois par semaine.

-de consommer de l'huile de colza ou de noix à hauteur d'une à deux cuillères à soupe par jour.

-d'éviter le sel qui entraîne une rétention d'eau, des ballonnements et des tensions mammaires.

-de consommer des légumes pour leur richesse en fibres et en minéraux.

-de s'hydrater convenablement.

#### **i. Mésothérapie :**

Il s'agit d'injections peu profondes de produits à faibles doses sur les zones douloureuses.

Les injections contiennent deux produits : un anesthésique local qui va anesthésier les petits nerfs et un myorelaxant, qui va détendre les muscles et les rendre moins douloureux.

#### **j. La neurostimulation transcutanée (TENS) :**

La neurostimulation est une technique consistant à utiliser un courant électrique afin de soulager la douleur. Pour parler plus précisément, il s'agit d'une technique de stimulation du système nerveux par l'envoi de petites impulsions électriques de faible tension vers un nerf spécifique dans le but de modifier la transmission neuronale.

Elle est notamment utilisée dans le traitement des douleurs. La neurostimulation transcutanée (ou TENS, pour Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation - Stimulation électrique transcutanée du système nerveux), qui consiste à envoyer les impulsions électriques via des électrodes fixées sur la peau près de la zone douloureuse ou sur le trajet d'un nerf.

#### **k. Champs Electro Magnétique Pulsé (CEMP) :**

C'est un traitement non invasif, non douloureux, qui peut vous apporter du confort sur les douleurs périnéales. Jorgensen W. et.al. (International Pain Research Institute, Los Angeles, CA, USA) l'ont démontré en étudiant les effets des champs électromagnétiques pulsés (PEMF) sur le traumatisme des tissus, pour les conclusions suivantes : "Un soulagement exceptionnellement efficace et durable des douleurs pelviennes d'origine gynécologique a été obtenu de manière consistante par de brèves expositions des zones douloureuses à un appareil d'induction magnétique. Les traitements sont courts, rapides, économiques, et ont évité la chirurgie dans de nombreux cas".

Les patients avec des cas typiques tels que la dysménorrhée, l'endométriose, la rupture de kystes ovariens, aiguës, les infections des voies urinaires, l'hématome post- opératoire, et la dyspareunie persistante qui n'ont pas reçu des médicaments analgésiques ont été traités avec un traitement de champs magnétiques pulsés et évalués.

Les résultats ont montré que 90% des patients ont rapporté un soulagement considérable, tandis que 10% une douleur plus modérée.

Les champs électro magnétiques pulsés agissent, sans effets secondaires, sur les causes profondes de la douleur et des troubles physiques ou nerveux :

- en réduisant les inflammations.
- en stimulant la réparation des tissus.
- en équilibrant le système nerveux.

Le travail de soutien et de régulation qu'apporte le champ électromagnétique pulsé à chacune de nos cellules leur permettent de retrouver progressivement leur fonctionnement normal.

#### **l. Micro-nutrition :**

L'approche de la micro-nutrition va être de vérifier les carences avec un bilan pour ensuite compléter s'il faut en sélénium, cuivre, zinc, fer ou antioxydant voire en vitamines B9 ou B12. Le but étant de rééquilibrer les ions pour qu'il n'y ait pas d'oxydation pro-inflammatoire.

Des études ont été menées sur la supplémentation en antioxydants, en effet le stress oxydatif jouerait un rôle dans le développement de l'endométriose. Un groupe de femmes a reçu 1200 UI de vitamine E ainsi que 1g de vitamine C durant huit semaines, en comparaison aux patientes n'ayant reçu que le placebo, les femmes du groupe expérimental ont perçu pour 1/3 l'amélioration des douleurs.

On note aussi qu'une supplémentation en vitamines B6, A, C, E ainsi qu'en sels minéraux, ferments lactiques et oméga 3 et 6 durant 6 mois entraîne une amélioration semblable aux traitements hormonaux dans l'endométriose profonde opérée.

#### **m. Yoga :**

Le yoga est une philosophie indienne qui propose, à travers la pratique de postures (asanas), d'exercices de respiration (pranayama) et ensuite de la méditation (dharana), de cultiver l'harmonie du corps et de l'esprit.

Les études démontrent l'efficacité du yoga dans le soulagement des douleurs reliées à l'endométriose et une amélioration de la qualité de vie.

#### **n. Qi Qong :**

Le Qi Gong a deux objectifs principaux : favoriser l'équilibre hormonal aux différents âges de la vie et trouver l'équilibre émotionnel entre le corps et l'esprit. Il comprend une série d'automassage, un travail de visualisation et des mouvements spontanés.

#### **o. Réflexologie plantaire :**

Harmonise toutes les fonctions vitales du corps et favorise sa capacité d'auto-guérison.

Sur le plan physique, il harmonise les glandes hormonales, réduit l'inflammation et les douleurs, travail sur les organes touchés.

Sur le plan psychologique : élimination des tensions, procure de la relaxation et une détente profonde, rééquilibre le système nerveux, accompagne l'endo femme dans une expression libre de soi et lui confère une liberté retrouvée.

Sur le plan énergétique : permet au corps de se ressourcer et de se régénérer, augmente la vitalité et le niveau énergétique de la personne.

#### **p. Mycothérapie :**

C'est l'utilisation des champignons à des fins curatives. Ils sont utilisés depuis des milliers d'années en médecine chinoise pour leurs nombreuses vertus sur la santé : Champignon chaga.

#### **q. Shiatsu :**

Le Shiatsu aide à réguler les déséquilibres hormonaux et à éliminer les blocages de la région pelvienne. La moxibustion japonaise, par l'utilisation de la chaleur, apporte une énergie nouvelle et permet au Sang de se déplacer, débloquent ainsi l'énergie stagnante du bassin.

#### **r. Tai chi :**

Dérivé des arts martiaux, le tai-chi est une discipline corporelle qui fait partie des exercices énergétiques de la Médecine traditionnelle chinoise.

Le tai-chi est une gymnastique énergétique globale qui consiste à réaliser un ensemble de mouvements continus et circulaires exécutés avec lenteur et précision dans un ordre préétabli.

#### **s. Huile de Ricin :**

Cette huile végétale, appelée « castor oil » en anglais, peut aider à réduire les douleurs pelviennes. Imbibez une compresse d'huile de ricin. L'appliquer sur le bas-ventre. Mettre par-dessus une bouillotte ou un « sac magique » chaud.

S'étendre sur le dos et laisser agir durant au moins 30 minutes. Si nécessaire, répéter chaque jour.

#### **t. Autohypnose :**

En complément des thérapeutiques médicales, l'autohypnose est un outil très efficace dans la gestion des douleurs pelviennes, digestives ou urinaires.

Son apprentissage est facile et rapide.

L'autohypnose devient une ressource à votre disposition chaque fois que vous ressentez le besoin d'une petite bulle de confort. Vous devenez ainsi, chaque jour, plus autonome dans la gestion des sensations.

#### **u. Sophrologie :**

Avec des techniques de respiration, la sophrologie redonne de la souplesse au bas ventre et calme l'activité cérébrale en lien avec les récepteurs de la douleur. La sophrologie va également aider à gérer la fatigue chronique et le stress qui accompagnent souvent l'endométriose.

#### **v. Chiropraxie :**

Le chiropracteur est un spécialiste du système neuro-musculo-squelettique, du rachis et de l'appareil locomoteur. Il prend en charge les différentes pathologies mécaniques du corps. Cette approche aide les femmes à vivre plus sereinement avec les règles douloureuses, en libérant le corps de blocage et irritations nerveuses au niveau du bassin et des lombaires. Elle soulage ou élimine les contractions musculaires et les symptômes. Chaque patiente étant unique, les soins et les conseils pourront varier en fonction des besoins spécifiques de chacune.

#### **w. Massage thérapeutique :**

Les massages thérapeutiques permettent de manipuler les muscles, les ligaments et les tendons dans le corps afin de soulager et prévenir l'inconfort, la douleur, le stress, et les spasmes musculaires. Le but de ces massages est de favoriser la relaxation et l'amélioration générale du bien-être.

#### **x. Autres :**

Activités créatrices / présence d'un animal pour se poser et prendre du recul par rapport à la douleur et aux émotions négatives, cures thermales gynécologiques pour favoriser le bon fonctionnement des organes génitaux.

Les groupes de paroles pour parler avec des femmes ayant le même vécu et échanger des trucs et astuces pour mieux vivre avec la maladie.

### **4. Décodage biologique ou bio décodage:**

Le décodage biologique des maladies offre une compréhension du symptôme et de sa résolution. Cette approche amène le malade à traiter les conflits qui en sont à l'origine.

La maladie est considérée comme une phase de guérison.

Il propose un décodage des symptômes, organe par organe et système par système, permettant de trouver le conflit à l'origine de chaque maladie. La médecine s'intéresse de plus en plus à l'effet du stress sur notre santé. Cependant en se limitant sur la cause au niveau physiologique, on agit sur la manifestation, laissant de côté le facteur émotionnel.

On ne peut plus aujourd'hui ignorer la relation entre nos émotions et notre corps. Un médecin controversé allemand, Ryke Geerd Hamer, constate l'apparition d'un cancer des testicules suite au décès accidentel de son fils. Il s'interroge alors sur le lien possible entre cet événement et sa maladie. Nous sommes dans les années 80.

Nous sommes un ensemble de corps qui interfèrent les uns avec les autres et surtout les uns pour les autres. Prendre soin de son corps en ayant une très bonne hygiène de vie comme l'alimentation, le sport et alimenter nos pensées par des attitudes positives est une bonne piste de travail.

Parfois, aller un peu plus loin en se débarrassant du poids de nos mémoires passées et trans générationnelles, est un plus.

Le corps nous parle. Il est judicieux de l'entendre et d'ouvrir notre robinet à émotions.

## IV. Sexualité :

### 1. Définition :

Selon la définition de l'OMS, la santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité.

Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. La sexualité est quelque chose d'intime, de personnel, propre à chacun de nous.

Chaque être humain a ses besoins, sa sensibilité, ses envies, ses plaisirs et ses désirs. Ce qui convient à l'un ne convient pas forcément à l'autre. Le domaine de la sexualité est fragile et nous demande une présence à soi et à l'autre.

La sexualité a plusieurs définitions. Elle est un ensemble de comportements et d'actes visant à satisfaire les besoins sexuels de l'être humain. Pour beaucoup, elle est source de plaisir et de bonheur et pour d'autres sources de malentendus, de frustrations voire de conflits.

La sexualité se compose en 6 dimensions :

#### -dimension biologique :

On naît homme ou femme, notre corps a un sexe. On se transforme au fil des années à l'enfance, à l'adolescence avec la puberté, marquée pour les jeunes filles du cycle de la menstruation et pour les jeunes hommes par les premières éjaculations. Toutes ces transformations corporelles amènent l'être humain vers la sexualité et les relations sexuelles.

Les premiers désirs, la prise de conscience de se protéger des maladies/infections sexuellement transmissibles, les différents moyens de contraception, les premiers plaisirs dans la relation sexuelle, l'envie d'avoir des enfants... font que chaque individu prend conscience de l'existence de son corps et de ce qu'il peut ressentir physiquement et émotionnellement.

Tout ceci fait partie intégrante de la dimension biologique de notre corps.

#### -dimension cognitive :

C'est la connaissance de son corps et du corps de son partenaire. C'est également tout ce que l'on doit savoir sur la relation sexuelle, sur les différents besoins, ressentis, émotions et sensations entre l'homme et la femme. Rappelons qu'il y a des différences anatomiques, fonctionnelles, relationnelles et sociétales entre l'homme et la femme. Pour être à l'aise sexuellement, il reste important de se connaître.

#### -dimension psychologique :

Ce sont toutes les pensées qui vont et viennent dans la tête. Chaque être humain est unique et sa sexualité aussi est unique. La dimension psychologique englobe toutes les questions que chaque humain se pose afin de mieux trouver sa place dans la sexualité. Elle sert à guider les personnes vers leur identité sexuelle.

#### -dimension affective :

Cette dimension vous mène vers la connaissance de vous-même. C'est celle qui, associée à la dimension cognitive, permet à l'individu de mieux accepter les différences de son partenaire. En acceptant les différences chacun peut se donner les moyens de vivre une relation affective épanouie, qui conduit vers une relation sexuelle de la même qualité.

#### -dimension morale et spirituelle :

C'est tout ce qui touche à l'éducation et aux valeurs morales reçues dans l'enfance.

Là encore nous sommes tous différents. Cette dimension est basée sur la moralité de chacun, sur ce qu'il croit et ce à quoi il adhère.

-dimension socio culturelle :

La vie en société impose des règles, des lignes de conduite, elle juge les comportements, en autorise certains et en refuse d'autres.

C'est une dimension globale qui prend en compte les préjugés, les stéréotypes, le respect des normes inculquées et les tabous voir interdit. Les facteurs sociaux et médiatiques entrent aussi dans cette dimension.

## 2. Sexualité féminine :

Nous avons trouvé peu d'études physiologiques chez la femme avant les années 2000.

Nous noterons la première publication par Alfred Kinsey, en 1948 et 1953, évoquant des résultats sur le comportement sexuel féminin et masculin, ainsi qu'une description des réactions sexuelles physiques et psychologiques.

Puis, William Masters, gynécologue, et Virginia Johnson, psychologue ont publié en 1968 une grande étude sur nos réactions sexuelles, suite à des observations cliniques de nos comportements, de nos variations anatomiques et physiologiques, du déroulement des rapports sexuels.

Ils ont pu décrire une réponse sexuelle féminine en quatre phases, identiques à celles de l'homme : excitation, plateau, orgasme et résolution. (voir image 8).

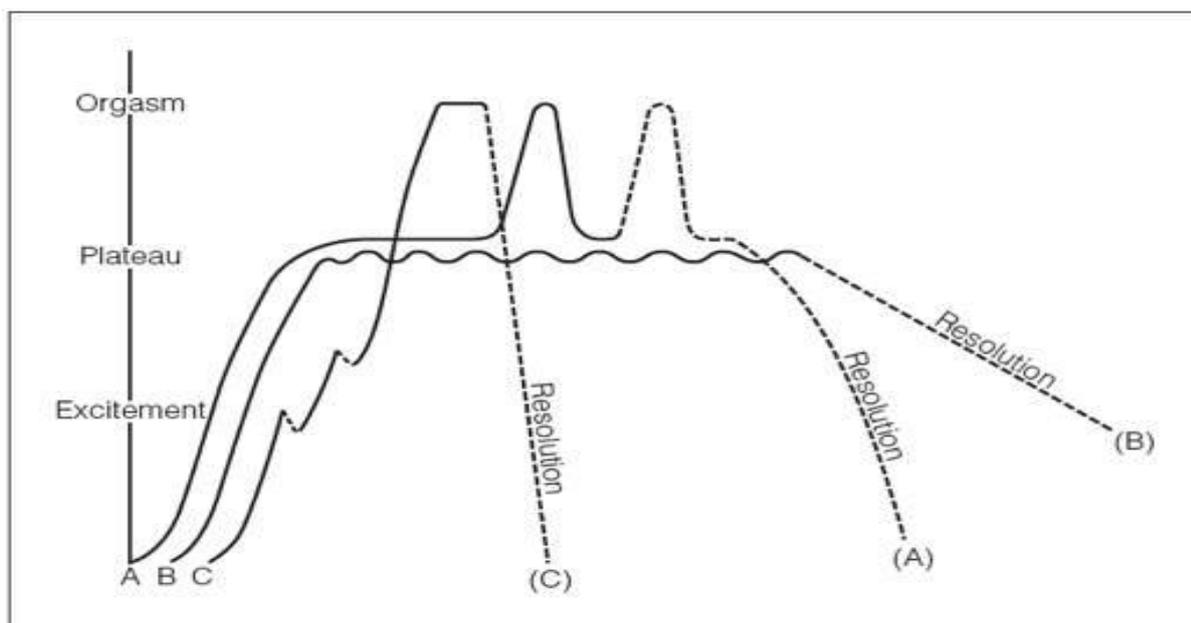


Image 8: Réponse sexuelle féminine, selon Masters et Johnson, 1966.

Le docteur Hélène Singer Kaplan a laissé, via ses recherches, une empreinte considérable dans le champ de la sexothérapie, en initiant un rapprochement entre la pensée psychanalytique et les thérapies cognitivo-comportementales. Elle dessine un modèle triphasique de la réponse sexuelle : désir-excitation-orgasme.

Plus récemment, la psychiatre Rosemary Basson a proposé que les trois phases de la « réponse sexuelle féminine » soient organisées non pas de manière linéaire, mais circulaire afin de prendre en compte les multiples interactions chez la femme.

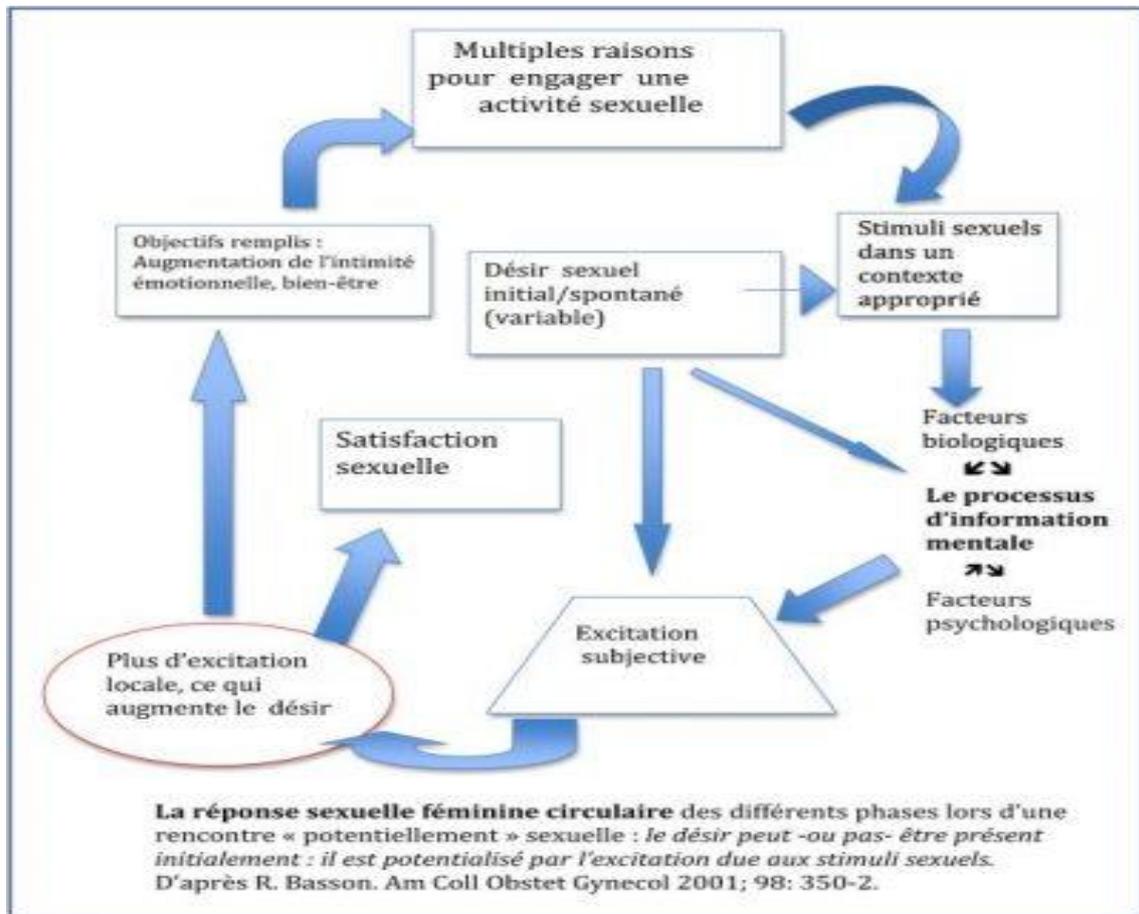


Image 9 : la réponse sexuelle féminine, selon Basson 2001.

### a. Le cycle de la réponse sexuelle féminine :

#### a) Le Désir :

désir, dans son étymologie, vient du latin « desiderare » : regretter, « side » vient de « sidus » : astre.

C'est la nostalgie d'un astre disparu, la quête de quelque chose qu'on ne possède pas.

Le désir est un mouvement humain, strictement humain vers quelque chose (l'objet du désir) que l'on connaît ou que l'on imagine comme source de satisfaction. C'est une dynamique vitale vers une finalité : l'objet du désir. Le désir est dans le rapport aux autres dont le regard participe à une dynamique du désir.

En psychanalyse, « le désir inconscient » vise une satisfaction qui est de l'ordre du fantasme, c'est à dire de l'imaginaire, car le désir tend à retrouver des satisfactions antérieures vécues dans l'enfance. L'origine du désir est dans l'inconscient.

La motivation sexuelle de la femme est plus complexe qu'une simple présence ou absence de désir. Pour pouvoir initier une relation sexuelle, la femme doit augmenter son rapprochement émotionnel avec son partenaire, augmenter son bien-être. Il faut qu'elle se sente attirante, féminine, appréciée, aimée et/ou désirée ; elle ne doit pas se sentir anxieuse ou coupable de l'irrégularité des rapports sexuels dans son couple.

Le désir masculin est principalement captatif et primaire se focalisant sur l'objectif final, c'est-à-dire le rapport sexuel, selon un mécanisme relativement simple de besoin-récompense. Le désir féminin est quant à lui le plus souvent indirect, secondaire, se nourrissant de la relation et de la tendresse dans un réseau émotionnel, complexe en miroir : c'est un peu le désir du désir de l'autre.

Le désir est un état bio physiologique, un sentiment, une émotion qui naît dans le cerveau et qui dépend des 5 sens. Cette phase consiste en des fantaisies imaginaires ainsi que l'intérêt d'accomplir un acte sexuel. Il précède et déclenche l'excitation sexuelle et pousse le sujet à mettre en œuvre des stratégies aboutissant à avoir un comportement sexuel.

b) L'excitation :

L'excitation sexuelle est un élément crucial qui se manifeste par des stimulations physiques sensorielles (regards, caresses..), psychologiques et émotionnelles (situations, mots, sentiments.) et des réactions corporelles (lubrification.). Chaque femme répond à sa manière aux divers stimuli.

On note en cas d'excitation sexuelle diverses réactions physiologiques : l'érection des mamelons, la sécrétion salivaire, la vasodilatation cutanée, la transpiration.... et la réaction génitale moins évidente que chez l'homme plus interne : afflux de sang , rythme cardiaque, augmentation de la pression artérielle, lubrification vaginale, érection du clitoris et augmentation de la sensibilité génitale.

Les grandes et petites lèvres sont également très sensibles et érogènes. Les premières gonflent et s'écartent. Le vestibule, formé par l'intérieur des secondes, se transforme aussi : les petites lèvres prennent du volume et deviennent un entonnoir pour guider le pénis dans le vagin.

L'excitation féminine a une composante « mécanique » car certaines stimulations peuvent provoquer directement l'excitation, les femmes ne sont pas des machines. La fatigue, la maladie, les préoccupations du quotidien, le stress, les mésententes et bien d'autres facteurs peuvent compromettre, voire supprimer, toute excitation sexuelle. L'excitation féminine repose sur un équilibre fragile et un mélange savant implique une multi dimension ou le corps dans son entier doit être érotisé !

c) Le plateau :

Cette phase concerne le maintien d'un niveau d'excitation élevé et stable pendant une période plus ou moins longue de la réponse sexuelle et aboutit normalement à l'orgasme.

Cette phase de plateau peut être longue chez la femme et parfois se maintenir au-delà de l'orgasme d'où la possibilité d'orgasmes multiples.

Les changements physiologiques pour la femme au cours de cette phase sont : contraction des parois vaginales, clitoris rétracté, augmentation de la taille de l'utérus et obscurcissement des petites lèvres. Ces changements portent le nom de formation de plateforme orgasmique. Des contractions involontaires commencent à se produire. Le plaisir devient progressivement égoïste.

d) L'orgasme ou climax :

L'orgasme correspond au moment le plus intense dans une relation sexuelle. On note une accélération du rythme cardiaque et respiratoire.

À cet instant, le corps manifeste des sensations agréables, de bien être, liées aux hormones qui vont amplifier les sensations.

Au moment de la montée orgasmique, il y a une sécrétion de dopamine, d'ocytocine et d'adrénaline. Un grand shoot hormonal qui accroît le plaisir.

e) La résolution

La phase de résolution ou période réfractaire est le moment qui suit l'orgasme. Les zones érogènes n'acceptent plus de stimulation sexuelle. Les petites lèvres et le clitoris entrent en détumescence ainsi que les bulbes vestibulaires et les grandes lèvres de manière progressive. La lubrification disparaît progressivement, le volume des seins réduit. Le rythme cardiaque et la respiration se normalisent. Un sentiment de relaxation mentale et physique, une détente musculaire et un sentiment de bien-être général reste présent.

### **3. Dysfonctions sexuelles :**

#### **a. Généralités :**

La définition des dysfonctions sexuelles a beaucoup évolué au cours du temps. Selon le Diagnostic and Statistical Manual of mental health disorder, 4ème édition, American Psychiatric Association, 1994 révisé en 2000 et le Diagnostic and Statistical Manual of mental health disorder, 5ème édition, American Psychiatric Association, 2013, les dysfonctions sexuelles sont un groupe hétérogène de pathologies comprenant :

- les troubles du désir sexuel.
- les troubles pour l'intérêt de l'activité sexuelle, les troubles de l'excitation sexuelle.
- les troubles d'éveil, les troubles de l'orgasme, les troubles sexuels avec douleurs.

L'expression dysfonction sexuelle décrit l'incapacité à ressentir pleinement, sainement et agréablement, en tout ou en partie, les divers états ou stades physiques que l'organisme traverse généralement au cours d'une activité sexuelle.

L'ensemble des causes des dysfonctions sexuelles sont multiples et peuvent être associées: organiques (pathologies génitales ou plus générales), toxiques (drogues, médicaments), psychiques (stress, dépression, peur), relationnelles (conjugopathie).

Ces troubles peuvent être primaires (qui ont toujours existé) ou secondaires (qui sont survenus après un fonctionnement sexuel satisfaisant).

En 2006, l'enquête en France menée par Nathalie Bajos et Michel Bozon sur la sexualité nous propose les chiffres suivant :

- 11,7 % des femmes déclarent avoir été souvent confrontées à une difficulté sexuelle lors de l'année écoulée.
- Si l'on prend en considération les difficultés qui surviennent « parfois », 40 % des femmes sont alors concernées.
- 31,4 % des femmes se sont plaintes de dyspareunies au cours des 12 derniers mois (2% souvent, 14,3% parfois et 15,1% rarement).

#### **b. Trouble du désir :**

Ils sont symbolisés par la baisse ou l'absence du désir sexuel, l'aversion sexuelle et l'exacerbation du désir sexuel.

La nature essentielle du Trouble baisse du désir sexuel (Désir Sexuel hypoactif) est une déficience ou une absence de fantasmes imaginatives d'ordre sexuel ou de désir d'activité sexuelle (Critère A selon DSM IV-TR).

L'aversion sexuelle est définie comme une anxiété ou au dégoût liée à la pensée d'une activité sexuelle.

#### **c. Trouble de l'excitation :**

La signification du Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme est une incapacité à atteindre ou à maintenir jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel, une réactivité sexuelle adéquate (lubrification...) (Critère A selon DSM IV-TR).

Un trouble du désir entraîne fréquemment un trouble de l'excitation. Le trouble de l'excitation se définit comme l'échec de cette phase à parvenir à la suivante selon le cycle de Masters et Johnson.

Il existe différentes formes cliniques de trouble de l'excitation. Ils peuvent être classés comme subjectifs, combinés ou génitaux. Toutes les définitions sont établies cliniquement, se distinguant en partie par la perception de la femme et sa réponse génitale face à une stimulation:

- Trouble de l'excitation subjective : dans les troubles de l'excitation sexuelle de type subjectif, l'excitation subjective en réponse à toutes sortes de stimulations sexuelles (p. ex.,

danse, visionnage d'une vidéo érotique, baiser, stimulation génitale) est absente ou légère, mais la femme ressent une excitation génitale normale (p. ex., congestion génitale).

- Trouble de l'excitation combinée : dans les troubles de l'excitation sexuelle combinés, l'excitation subjective en réponse à toutes sortes de stimulations sexuelles est absente ou légère et la femme signale une absence ou un trouble de l'excitation physique génitale (c'est-à-dire, elle ne la ressent pas).

- Trouble de l'excitation génitale : l'excitation subjective survient en réponse à une stimulation non génitale (p. ex., une vidéo érotique) mais non en réponse à la stimulation génitale. Les troubles de l'excitation génitale touchent généralement la femme ménopausée et sont souvent décrits comme "une mort génitale". La lubrification vaginale et/ou la sensibilité sexuelle génitale sont réduites.

#### **d. Trouble de l'orgasme :**

Les troubles de l'orgasme correspondent à une absence ou un retard dans l'atteinte de l'apogée sexuelle (orgasme), même si l'excitation sexuelle est suffisante et que la femme est excitée, tant sur le plan mental qu'émotionnel.

La femme est susceptible de ne pas avoir d'orgasme si l'acte sexuel se termine précocement, si les préliminaires sont insuffisants ou si elle a peur de ne pas se maîtriser ou de se laisser aller.

Les femmes sont encouragées à pratiquer l'auto-stimulation (masturbation) et, chez certaines, il est utile de mettre en place des thérapies psychologiques.

Le nombre et le type de stimulations nécessaires à l'atteinte de l'orgasme varient énormément d'une femme à l'autre. La majorité des femmes peuvent atteindre l'orgasme lorsque l'on stimule leur clitoris (qui correspond au pénis chez l'homme), mais moins de la moitié d'entre elles ont un orgasme lors de tous les rapports sexuels.

Près d'1 femme sur 10 n'atteint jamais l'orgasme, mais la plupart d'entre elles se disent cependant satisfaites de leur activité sexuelle.

La femme atteinte de troubles de l'orgasme ne peut atteindre l'orgasme, et ce, quelles que soient les circonstances, même lorsqu'elle se masturbe et connaît une très grande excitation. Toutefois, l'absence d'orgasme est généralement due à une excitation insuffisante chez la femme et, par conséquent, il s'agit là d'un trouble de l'excitation et non de troubles de l'orgasme.

L'incapacité à atteindre l'orgasme est perçue comme un trouble uniquement lorsque la femme est perturbée par l'absence d'orgasme.

Les rapports sexuels sans orgasme engendrent un sentiment de frustration et créent un ressentiment, et parfois un dégoût pour tout ce qui a trait au sexe.

#### **4. Trouble sexuel avec douleur :**

##### **a. Dyspareunie :**

La dyspareunie est une douleur ressentie lors d'une tentative de rapport sexuel ou de toute autre activité sexuelle impliquant une pénétration ou une douleur ressentie au cours de ces activités.

La dyspareunie répond à l'ensemble des douleurs pouvant être ressenties à l'occasion d'un rapport sexuel que ce soit avant, pendant ou après le coït. Il peut s'agir de vraies douleurs ou de brûlures, de démangeaisons ou d'irritations.

L'intensité des symptômes peut aller d'une légère gêne à une douleur aiguë.

Elles s'accompagnent fréquemment d'une altération de l'excitation avec sécheresse vaginale et d'une baisse du désir.

Une dyspareunie peut être aiguë, elle est alors d'apparition récente. Elle peut être aussi chronique, apparue il y a longtemps et persistante dans le temps.

Une dyspareunie est dite superficielle (ou d'intromission ou orificielle) lorsque la douleur concerne la partie externe des organes génitaux féminins : la vulve, le clitoris ou la partie inférieure du vagin, et qu'elle survient dès le début de la pénétration, parfois même dès le moindre contact.

Une dyspareunie est dite profonde lorsqu'elle apparaît pendant la pénétration, lorsque le pénis atteint le fond vaginal. Ces douleurs irradient alors du fond du vagin vers la région pelvienne, le bas ventre et parfois le rectum. Elles se manifestent parfois uniquement dans certaines positions sexuelles. Les dyspareunies profondes sont souvent liées à une pathologie organique pelvienne dont fait partie l'endométriose.

Une dyspareunie peut être localisée ou diffuse, médiane ou latéralisée, ce qui permet parfois d'orienter l'examen clinique. Une dyspareunie primaire correspond à la survenue des douleurs dès sa première relation sexuelle. Une dyspareunie secondaire apparaît secondairement, alors qu'au départ de ses rapports sexuels il n'y avait pas de douleur. Elle survient parfois après un traumatisme psychologique.

#### **b. Vaginisme :**

Depuis plus d'un siècle et demi, la définition du vaginisme se définit comme un rétrécissement de l'entrée du vagin, suite à une contraction spasmodique involontaire du faisceau interne du muscle releveur de l'anus. Cette contraction apparaît lors d'un essai, réel ou fantasmé, d'introduire quelque chose dans le vagin.

En 1547, une jeune femme médecin chirurgien Trotula de Salerne, propose la première description du vaginisme dans son traité « les maladies de femmes ». Elle le décrit comme une contraction de la vulve.

La première définition fut donnée par le gynécologue Américain Sims : le vaginisme comme une contraction involontaire du vagin d'une telle intensité, qu'elle entraîne une barrière au coït.

Selon l'OMS (CIM-10), le vaginisme correspond à un « spasme des muscles du plancher pelvien qui entoure le vagin, entraînant une occlusion de l'ouverture vaginale. L'intromission est impossible ou douloureuse ».

Définition du DSM-IV : « A. Spasme involontaire, répété où persistant, de la musculature du tiers externe du vagin perturbant les rapports sexuels. B. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles. C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'Axe I (p. ex., Somatisation) et n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale. »

#### **5. Sexualité et endométriose :**

La sexualité est complexe et multidimensionnelle. Le facteur physique, psychologique et le bien-être social influencent la sexualité. La baisse de l'estime de soi, le sentiment de ne pas « être une partenaire à la hauteur » et de voir sa féminité entachée contribue à cette sexualité pathologique.

#### **a. « Profil » psychologique des patientes souffrant d'endométriose :**

L'introduction de la dimension psychique dans la problématique médicale, qui reste cependant largement minoritaire et souvent fort décriée tant par les médecins que par les patientes elles-mêmes, cette dimension permet d'élargir le champ de l'endométriose en considérant qu'une femme ne se réduit pas à son corps biologique, mais à sa globalité humaine, son histoire personnelle et familiale. Ses sentiments, ses espoirs de maternité, ses amours, et surtout, sa vie sexuelle qui, ne va pas forcément, d'emblée, de soi.

Certains médecins témoignent leur scepticisme concernant cette relation entre état psychique et endométriose. D'autres réfléchissent sur la possibilité d'une maladie psychosomatique, ou sur la possibilité de femmes prédisposées à la maladie endométriosique...

Les docteurs Belaish et Allart, ont noté durant leur interrogatoire (en évitant toute insistance) que certaines patientes ayant vécu, durant l'adolescence, des abus sexuel ou des chocs émotionnels prolongés avaient spontanément de l'endométriose.

En 1999, ils ont suivi 95 adolescentes sur 200 puis une nouvelle observation en 2005, 153 sur 300 adolescentes, ou en effet, ses femmes avaient souffert d'abus sexuel, d'abandon ou d'abus physiques immérités.

Les deux pouvant être en lien puisque l'abandon place les jeunes filles dans une vulnérabilité d'abus physique. Belaish et Allart avaient conclu que le choix du partenaire était en lien avec ces perturbations psychologiques.

Leur insécurité et relation sexuelle inadéquate avaient créé des désaccords dans leur couple, pérennisant ainsi leur instabilité émotionnelle. Ces deux médecins nous précisent que dans le second groupe des adolescentes, aucun facteur de cette sorte n'a été retrouvé et envisagent l'existence d'un facteur génétique.

Deux étudiants Low et Coll, ont étudiés 95 patientes souffrant de douleurs pelviennes, d'infertilité ou de l'association des deux. Leur étude met en évidence le trait d'anxiété chez leurs patientes, lequel pouvait constituer un facteur de vulnérabilité à l'endométriose par un mécanisme qui reste à découvrir.

En 1993, Docteur John Rock, spécialiste mondiale de l'endométriose avait écrit :  
« *furtermore organic and fonctionnal causes and coutributing factrors are complex. These include sexual dysfunction and conflict, affective disorders, a history of sexual and other detrimental experiences* »

Traduction :

« *de plus, les causes et les facteurs de répartition des causes organiques et fonctionnelles sont complexes. Ceux-ci incluent la dysfonction sexuelle et les conflits, les troubles affectifs, des antécédents d'expériences sexuelles et autres expériences néfastes* »

L'équipe de Harisson apporte une preuve plus objective de l'instabilité émotionnelle de la femme endométriosique.

Elle a étudié chez une jeune patient, les réflexes physiologiques liés aux stress et ont mis en évidence de profondes perturbations qu'elle a mises en parallèles avec les graves dérèglements familiaux existant sur trois générations.

Deux hypothèses pathologiques, au moins, ont pu être émises sur les relations : angoisse, traumatisme psychique et endométriose :

- une exacerbation de la motricité utérine et du reflux des cellules endométriales de nature neurovégatative ;
- une altération des défenses immunitaires qui réduirait les possibilités de destruction des cellules endométriales régurgitées : le neuropeptide Y servant d'intermédiaire entre dans les perturbations psychiques et le système immunitaire.

Pour autant, il n'est absolument pas prouvé, objectivement, qu'une instabilité provoquée par un traumatisme puisse altérer les défenses immunitaires.

Ader a dit : « *considérant la brièveté de l'existence de la psychoneuroimmunologie, un grand nombre de données ont été réunies qui étayent la proposition d'un rôle critique du système immunitaire dans les mécanismes homéostatiques. Ce dernier est influencé par la libération*

*neuroendocrine et par l'activité du système neuro-végétatif* ». Les docteurs Miller et Sergerstrom vont confirmer ces travaux.

Pour le moment, il n'est pas facile de faire une synthèse de toutes les investigations faites sur la relation « immunité et endométriose » et d'en déduire une relation directe.

Il est important, cependant, que le corps médical soit conscient de cette relation pour ajuster l'approche thérapeutique.

Le docteur Maheux, qui présidait la «world Endométriosis Society», avait écrit *« le chirurgien qui ne pensera, par exemple qu'à éradiquer les lésions d'endométriose en oubliant tout le vécu de sa patiente n'aura souvent que peu de succès et beaucoup de récurrences. La clef d'une bonne prise en charge est donc de tableur sur les deux côtés : psychologique et physique. »*.

Le traitement de l'endométriose ne doit pas occulter la nécessité d'une prise en charge psychologique comme le recommande le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF).

## **6. Dysfonctions sexuelles et endométriose :**

L'origine des troubles sexuelles est multifactorielle. Toutes les phases de la réponse sexuelle féminine peuvent être affectées. Elles ont des conséquences néfastes personnelles et conjugales :

- plus bas niveau de désir et moindre excitation.
- moindre fréquence et moindre qualité des rapports et des orgasmes.
- insatisfaction, attitude négative envers la sexualité.
- angoisse anticipatoire (peur de la douleur), évitement des rapports sexuels.
- culpabilité vis-à-vis du partenaire et relation conflictuelle.
- troubles sexuels secondaires chez le partenaire.

Un cercle vicieux s'installe dans la sexualité du couple.

Dans une publication de Fritzer en 2013, chez 125 patientes avec endométriose (tous les stades, mais une majorité de stades avancés) et souffrant de dyspareunie, 32 % présentent une dysfonction sexuelle statistiquement significative.

Le questionnaire FSFI (Female Sexual Function Index) ou évaluation de la sexualité féminine sera utilisé puisqu'il étudie 7 domaines : désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction sexuelle et douleur.

Il y a un lien étroit entre les dysfonctions sexuelles et l'intensité de la douleur, la diminution de la fréquence des rapports sexuels (avec pénétration vaginale), la diminution du sentiment de féminité et l'augmentation de la position du « 69 » lié à la culpabilité vis-à-vis du partenaire.

Cette diminution d'activité sexuelle tend à réduire le désir sexuel, altère l'estime personnelle et la relation de couple.

Je vous communique les chiffres de cette publication en 2013:

66% des femmes ont peur d'avoir mal au cours des rapports sexuels.

46% accepte un rapport sexuel pour satisfaire leur partenaire ou pour ne pas le perdre.

40% accepte ce rapport sexuel pour obtenir une grossesse.

78% présente une détresse sexuelle : peur de ne pas être une partenaire satisfaisante et suffisante.

Il semble que les maladies chroniques en général soient associées à une diminution du désir sexuel.

## **7. Dyspareunie profonde (DP) et endométriose:**

Une dyspareunie est dite profonde lorsqu'elle apparaît pendant la pénétration, lorsque le pénis atteint le fond vaginal. Ces douleurs irradient alors du fond du vagin vers la région pelvienne, le bas ventre et parfois le rectum.

Le symptôme le plus évalué dans la littérature de cette maladie est la dyspareunie profonde de l'endométriose pelvienne profonde.

Elle est observée chez 60 à 80 % des patientes souffrant d'endométriose prises en charge chirurgicalement et chez 50 à 90 % des patientes prises en charge médicalement. Elle existe souvent depuis la mise en place de la sexualité (dyspareunie primaire), ou après une phase « normale » de sexualité (dyspareunie secondaire).

La dyspareunie est un symptôme 4 fois plus fréquent chez les femmes avec endométriose pelvienne profonde que chez les femmes de la population générale.

Elle est plus sévère avant les menstruations et lorsque il y a une atteinte des ligaments utéro sacrés (LUS).

## **8. Vaginisme et endométriose :**

La définition du vaginisme a été modifiée en 2013 dans le DSM-V comme suit :

-difficultés à la pénétration vaginale pendant les rapports.

-douleur pelvienne ou vulvo-vaginale pendant la pénétration vaginale ou la tentative de pénétration.

-peur ou anxiété par anticipation de la douleur pelvienne ou vulvo-vaginale lié à la pénétration ou une tentative de pénétration.

-tension ou contraction des muscles du plancher pelvien liées à la tentative de pénétration

La présence de spasme musculaire reste donc un critère important mais il n'est pas le seul critère nécessaire pour faire le diagnostic de vaginisme.

Le vaginisme touche 25% de femmes. Seules 20% consultent tardivement pour cette dysfonction. Aucune étude ne nous a permis d'avoir un pourcentage estimatif de femmes atteintes d'endométriose ayant ce dysfonctionnement.

Pourtant certaines femmes atteintes d'endométriose évoquent « avoir développé du vaginisme ».

## **V. Répercussions de l'endométriose sur la vie quotidiennes des femmes :**

L'endométriose touche différents aspects de la vie quotidienne de la femme : au-delà du physique, l'aspect psychologique, émotionnel, relationnel avec le partenaire, les enfants, la famille, les amis et les collègues sont impactés ainsi que son bien-être.

Le vécu de l'endométriose est complexe et pénible pour les patientes. Maladie chronique, elle est responsable d'une altération de la qualité de vie.

Cette maladie diagnostiquée tardivement, génère, du coup, une sorte de déni de la maladie auprès de l'entourage et de la famille.

Mystérieuse, elle alimente les fantasmes, qui touchent à l'intimité et à la féminité.

Le rapport au corps reste difficile et lié uniquement à la douleur.

L'endométriose questionne sur la maternité, le projet d'enfant. Elle entraîne une répercussion au niveau du couple et de la vie socio professionnelle.

## **1. Impact psychologique :**

Les impacts psychologiques pour les patientes sont variés et non négligeable sur leur quotidien.

Le sentiment de colère et d'injustice, l'auto-dévalorisation, la douleur, le sentiment de handicap invisible, les impacts sur le moral, le sentiment d'être diminuée, d'être amoindrie dans sa féminité, l'anxiété à ne pas soulager ses douleurs, la dépression voir une verbalisation d'idées noires peuvent, être ressentie par les patientes. Elles sont plus vulnérables au stress.

## **2. Qualité de vie :**

L'Organisation Mondiale de la Santé (1994) définit la qualité de vie comme la «perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes».

Elle correspond à un «agrégat de représentations fondées sur l'état de santé, l'état physiologique, le bien-être et la satisfaction de vie» (MacKeigan et Pathak, 1992).

Véritable handicap invisible, l'endométriose a un fort impact sur les activités de la vie quotidienne et sur l'activité sexuelle.

Les médecins ont recours à des échelles génériques (Medical Outcome Study Short Form, l'EuroQol) pour évaluer la qualité de vie mais il n'existe que très peu d'échelle spécifique à l'endométriose.

Endométriosis Health Profile-30 (EHP-30) ou la version courte Endométriosis Health Profile-5 (EHP-5) est l'échelle spécifique, qui permet d'évaluer plus finement la qualité de vie des patientes.

Élaboré par Jones et validé en français par l'équipe de Fauconnier, cette échelle aborde les changements d'apparence physique, d'humeur, difficultés au travail ou de s'occuper de ses enfants, difficultés pour marcher à cause des douleurs ...

## **3. vie sociale :**

On peut l'entendre comme l'expression de l'existence de relations et de communication entre les êtres vivants.

Une étude internationale, sur 931 patientes, indique que 48% des patientes doivent diminuer le nombre d'heure au travail, 51% des patientes considèrent que la maladie affecte leur travail. Certaines sont licenciées par manque de rentabilité ou doivent changer d'emploi.

La moitié des patientes témoignent que la maladie affecte leurs relations aux autres dont 67% ont des problèmes avec leur partenaire (34% du total), et 19% pensent que l'endométriose est responsable de leur divorce (10% de l'effectif total).

Certaines patientes ont des difficultés à réaliser leur activité domestique, sports et loisirs. Elles avouent, pour certaines, un isolement social, une diminution du travail efficace et des arrêts de travail régulier.

Chez les jeunes filles, l'absentéisme scolaire est important et impacte sur leur scolarité. Certaines patientes insistent sur l'importance d'être bien entourée et soutenue pour traverser ces épreuves.

L'endométriose est aujourd'hui un enjeu de santé publique avec une reconnaissance de l'inégalité sociale pour ces femmes.

#### **4. Endométriose et conjugopathie :**

Le couple est souvent malmené par la maladie. Les douleurs durant l'acte sexuel, la diminution des rapports intimes, l'absence d'envie, aboutissent généralement vers une relation conflictuelle.

Le couple s'expose à l'infidélité, à la rupture et au divorce.

Selon l'étude de Graff, 50 % des femmes pensent que l'endométriose affecte leur relation conjugale, dont sexuelle, et cause 10% des ruptures.

D'une manière générale et en particulier dans l'endométriose, il faudrait savoir aborder régulièrement le sujet de la sexualité en consultation, puis orienter le couple si nécessaire vers un sexologue (qui connaît la pathologie).

Le/la gynécologue est la première personne référente en sexualité pour une majorité des patientes.

La prise en charge de ces dernières ayant une endométriose doit être centrée sur les priorités de la patiente et aussi sur celle du couple.

Cette maladie peut être considérée comme une "maladie de couple", car elle a des conséquences négatives sur sa vie privée et intime au quotidien.

#### **5. Endométriose et infertilité :**

L'endométriose est souvent diagnostiquée lors d'un bilan d'infertilité.

On associe souvent cette maladie à l'infertilité or toutes les femmes atteintes d'endométriose ne sont pas concernées, seulement 30 à 40%, d'entre elles doivent faire face à un problème d'infertilité.

L'infertilité, généralement, a un impact sexuel négatif sur le couple, avec notamment une perte de spontanéité des rapports sexuels.

Pour les femmes, on distingue de la culpabilité, une perte de l'estime de soi, une obsession de devenir mère, des sentiments de tristesse, de frustration, de déception, de colère et d'injustice.

Il y a une diminution du désir de l'autre, une diminution de la fréquence et de la spontanéité des rapports sexuels, et une subordination de la vie sexuelle au désir de grossesse.

La sexualité devient un moyen et non plus une fin en soi.

## **VI. Protocole d'accompagnement en psycho sexologie :**

Parler de son vécu, de la maladie, c'est partager une sphère intime qui est d'autant plus vraie, qu'elle touche les parties intimes de la vie.

Les conséquences ne s'abordent pas facilement ou avec aisance par pudeur ou difficulté d'offrir sa vulnérabilité. Il est important qu'elle soit comprise. Après avoir fait le bilan avec l'anamnèse, nous continuerons à récolter les caractéristiques suivantes.

### **1. Histoire et vécu de la maladie :**

Au fur et à mesure de mes consultations, nous avons remarqué l'importance d'interroger mes patientes sur l'histoire de leur maladie, qui débute souvent par des souvenirs d'adolescente avec des règles douloureuses et violentes. Ces dernières évoquent une scolarité chaotique avec de nombreuses absences. Beaucoup, évoquent une prise de pilule jeune pour calmer les symptômes et retrouver une normalité scolaire.

4 patientes sur 15 n'ont pas le souvenir de règles douloureuses ou handicapantes lors des premiers cycles.

Témoignage 1 : « Mon gynécologue me dit « bof » il n'y a rien de grave certaines femmes supportent moins la douleur ! Prenez un doliprane et ça ira » !

## **2. Banalisation des symptômes :**

La banalisation de leurs symptômes douloureux par le conjoint, la famille et les médecins avec une normalité à la douleur des règles et divers qualificatifs : « chochette », « petite nature » ou « c'est dans votre tête » invitent nos patientes à se sentir fragiles, sensibles, naïves, influençables et sans mode de comparaison. Malgré leurs doutes, l'avis de la figure d'autorité que représente le médecin est accepté comme vérité. Si les examens sont normaux, certaines peuvent se convaincre que leur problème est imaginaire et remettent en question leur propre santé mentale.

Témoignage 2 : « Mon généraliste, m'avait dit que c'était impossible d'avoir mal à cet endroit »

## **3. Errance médical :**

Le diagnostic tardif, les divers examens et les nombreux médecins visités : nos patientes évoquent souvent leur mal être d'avoir subi de nombreux examens sans pour autant avoir un diagnostic. Ce retard de diagnostic est vécu comme une perte de chance dans leur vie de femme.

Témoignage 3 : « J'ai vu plusieurs gynécos, plusieurs spécialistes. Ils trouvent rien donc je me suis dit que tout était dans ma « tête » ».

## **4. Maladie méconnue :**

C'est une maladie peu connue du grand public. Il y a quelques années, l'endométriose n'était connue, ni de la patiente, ni du médecin.

Témoignages 4 : « J'avais jamais entendu parler de l'endométriose et mon médecin non plus ».

## **5. Avis négatifs des médecins :**

Les patientes évoquent souvent de la rancœur vis-à-vis du corps médical. Beaucoup formulent la minimisation de leur maladie, le manque d'homogénéité du discours avec des avis différents, voire opposés. Le manque relationnel, d'écoute, d'empathie et de délicatesse s'invitent souvent dans les entretiens. Les échanges sont souvent si choquants et déplacés que la patiente les évoque régulièrement en consultation.

Témoignage 5 : « Ma gynéco : vous n'avez pas encore fait le 2ème enfant. Votre conjoint s'y prend mal. Vous êtes sûre qu'il vous aime ou alors ce n'est pas le bon. En même temps, vous avez 37 ans et votre conjoint bien plus, la seule chose que je peux faire, c'est tout enlever ! ».

## **6. Confirmation de diagnostic :**

Pour 8 patientes sur 15 patientes, le diagnostic a été un soulagement.

Enfin, on confirmait leurs douleurs, la véracité de leurs symptômes auprès d'elle, de leur conjoint et de leur famille. Elles sont soulagées d'avoir enfin une explication.

Pour d'autres, c'est une catastrophe, le ciel leur tombe sur la tête. La vie est foutue. Plus de projet possible !

Témoignage 6 : « C'est une libération, je suis tellement épuisée de devoir régulièrement m'expliquer et me justifier, ça y est, je sais ce que j'ai, je n'étais pas folle ».

## **7. Impact psychologique :**

Dans les émotions rencontrées, en cabinet, le sentiment de colère et d'injustice vis-à-vis du corps médical, de la situation et de la douleur, est à travailler. Souvent, nous observerons un impact sur le moral, de l'anxiété anticipatoire, de la douleur, une tendance parfois à la dépression, voire même des idées noires ! Nous notons une forte auto-dévalorisation : perte d'emploi, douleur handicapante, sensation d'être une moitié de femme.

Témoignage 7 : « Certains matins, je n'arrive pas à me mettre assise sur mon lit. J'angoisse de ne plus arriver à sortir de mon lit. Du coup, je suis en colère de me sentir si faible, d'avoir peur, d'avoir mal, de gâcher ma vie ! Je suis tellement nulle ».

## **8. Impact sur la vie personnelle :**

Beaucoup de patientes évoquent peu d'activités possibles dans la vie quotidienne ainsi qu'une vie sexuelle nuancée de dysfonctionnements.

Témoignage 8 : « Je m'arrive pas, à 40 ans, à passer l'aspirateur avec l'impression d'avoir fait « le Grand Raid » ».

## **9. Réaction de la société :**

Beaucoup évoquent et pointent du doigt le manque de moyens, de sensibilisation et de recherche sur l'endométriose.

Témoignage 9 : « Je ne comprends pas, qu'il n'y ait pas de recherche sur cette maladie. Je suis prête à parier que si c'était une maladie masculine, il y aurait, déjà, des solutions ! »

## **10. Impact Professionnel :**

De nombreuses patientes évoquent leurs difficultés au travail et aimeraient voir des aménagements d'horaires ou de postes.

Témoignage 10 : « Je suis coiffeuse, je rentre chez moi difficilement et je n'ai pas la possibilité d'aménager mon poste. J'ai besoin de ce travail donc pas le choix, je serre les dents et j'y vais ».

## **11. Infertilité et recours PMA :**

Durant mes rencontres avec ces femmes, nous remarquons que, dans leur parcours quotidien, l'infertilité est souvent abordée avec de nombreuses émotions. Elles évoquent le fait d'un échec spontané d'une grossesse naturelle. Elles témoignent d'un protocole PMA épuisant, éprouvant et d'un combat difficile dans leur vie. Nous évoquerons pour certaines, tous ces espoirs, ces projets de maternité, ces échecs à répétition d'essais et de fausses couches, du deuil de ne pas pouvoir enfanter ou de l'épreuve sociale de se confronter aux autres femmes enceintes ou avec des enfants.

Lorsqu'une grossesse est confirmée, naturellement ou via PMA, les femmes l'identifient comme un « petit miracle ».

Témoignage 11 : « J'étais en procédure FÉCONDATION IN VITRO, le truc magique, qui n'a pas fonctionné. Mon état s'est aggravé. Il a fallu faire un choix difficile ».

## **12. Patiente connaît son corps et sa maladie :**

Devenues expertes et à l'écoute de leur corps, les patientes sont riches en informations sur elles-mêmes, sur leurs sensations et sur les recherches pour mieux connaître leur maladie. Nos patientes sont parfois à l'origine de « pistes thérapeutiques ou de solutions ».

Témoignage 12 : « Je m'écoute beaucoup, j'anticipe les signes ou douleurs typiques d'annonciation d'une crise. Je m'informe beaucoup et je modifie mes habitudes pour être bien dans mon corps ».

## VII. Piste de traitements :

Il est nécessaire d'avoir une approche multidisciplinaire avec d'autres intervenants spécialisés dans cette pathologie : gynécologues, urologues, radiologues, chirurgiens, endocrinologues, gastroentérologues, infirmières, kinésithérapeutes, ostéopathes, sages-femmes, centres anti-douleur ...

L'interrogatoire est une étape clé où l'on va recueillir un maximum d'informations avec l'anamnèse.

L'alliance thérapeutique et une motivation de la patiente est essentielle avec des objectifs réalisables et ré ajustables en lien avec la maladie et les ressources de la patiente. L'aspect financier sera aussi abordé pour la régularité des séances.

*(L'anamnèse est un canevas qui permet de recueillir un ensemble d'informations touchant à la situation familiale, conjugale, professionnelle, aux loisirs, aux antécédents médicaux et personnels, le tout étant de se donner un aperçu de la situation passée mais aussi actuelle du sujet pour mettre en lien le vécu avec la problématique amenée.)*

Cette biographie personnelle et sexuelle sera le fil conducteur des séances. Cinq dimensions seront abordées : l'aspect biologique, la problématique personnelle, la relation inter personnelle, la constellation familiale et le contexte socio culturel. Ce bilan va me permettre de proposer un diagnostic précis du trouble.

Il ne faut rien négliger des différentes composantes primaires ou secondaires, répétitives ou occasionnelles, systématiques ou circonstanciées. Cette perspective globale est essentielle pour le choix de la démarche thérapeutique la plus efficace.

### 1. Piste de traitement thérapeutique avec une patiente atteinte d'endométriose :

Plusieurs moyens thérapeutiques peuvent être envisagés pour la douleur chronique:

en cas de pathologie organique, le traitement dépendra de la cause bien sûr.

De nombreuses méthodes ont été proposées pour lutter contre la douleur : antalgiques ou morphine, relaxation, hypnose, TCC ...L'objectif n'est pas la suppression de la douleur, mais de la rendre supportable. Il faut casser le cercle vicieux.

-Evaluer la qualité de vie (SF 12).

-Evaluer la santé (SF36 et SEP59).

-Evaluer la fatigue : (échelle de Pichot, Fatigue Severity Scale)

-Evaluer l'anxiété, le stress et la dépression via des outils type échelle d'Hamilton, échelle HAD (anxiété), auto évaluation du degré de stress d'isabelle Filliozat (2006), auto évaluation des stressseurs (2003) du stress, PCL-S évaluation du stress post traumatique (Stress Post Traumatique), échelle de Beck (dépression).

-Évaluer la douleur (évaluation douleur pelvi périnéale, évaluation douleur chronique, échelle BPS, questionnaire douleur St Antoine).

-Évaluer le rapport à l'hygiène et revoir la toilette intime en évitant les savons sur gras et expliquer qu'il est inutile de procéder à une douche vaginale.

-Évaluer la connaissance de la maladie et ses implications concrète sur leur vie.

-Évaluer le « catastrophisme » (Attitude pessimiste, qui prévoit le pire.).

-Évaluer la représentation de la sexualité.

-Évaluer le partenaire (« le méchant » ou « le trop gentil »).

- Confirmer la maladie et les symptômes : « ni imaginaires », « ni dans leur tête ».
- Reconnaissance des plaintes, des crises de douleur et de ce que la patiente vit chaque jour.
- Expliquer son caractère chronique, incurable et sans recette « miracle ».
- Évoquer l'approche multifactorielle et multidisciplinaire.
- Interroger sur son histoire de l'adolescence à aujourd'hui.
- Interroger sur son parcours médical et sur l'annonce de diagnostic.
- Exercice de satisfaction sur les différents symptômes.
- Interroger sur les choix thérapeutiques ou/et chirurgicaux ou pas et l'adhésion ou pas aux traitements, aux traitements en cours.
- Reformuler tous les avis négatifs sur cette maladie, sur la prise en charge et sur le parcours avant le diagnostic et après.
- Informé sur son anatomie et sa physiologie.
- Exercice de relaxation.
- Évoquer les diverses émotions ou ressenties : culpabilité, injustice, peur, honte...
- Évoquer les antécédents de traumatismes sexuels ou autres.
- Évoquer les expériences passées négatives.
- Interroger les troubles de l'orientation sexuelle ou de l'identité.
- Évoquer une focalisation excessive sur soi et une sous-évaluation de soi.
- Évoquer des secrets de famille.
- Interroger sur la loyauté implicite à ses origines, l'idéologie des parents ou religieux.
- Évoquer un manque de reconnaissance.
- Revoir la dynamique des injonctions.
- Interroger sur l'éducation parentale rigide ou non permissive ou décalé ou intrusives.
- Travailler l'image de soi négative avec généralement un manque de confiance et d'estime de soi.
- Revoir la communication.
- Revoir les pensées automatiques « désensibilisation » et « re sensibilisation ».
- Exercice du sac à tracas pour sortir les émotions négatives.
- Prise de conscience des blocages et dédramatisations.
- Identifier les forces.
- Accepter l'impuissance et l'imprévisible de cette maladie : deuil d'une vie dite « normale », peur de l'avenir et incertitude de l'évolution de la maladie, deuil des projets de vie (tenir un carnet de bord ou un Bullet).
- Exercice de Kegel.
- Travailler la sensualité féminine.
- Travailler sur le sentiment d'appartenance à son sexe et à sa féminité.
- Visualiser sa vulve avec un miroir.
- Explication et interdiction de la pénétration dans un premier temps.
- Interroger sur le manque d'expérience sexuelle ou un passé d'insatisfaction sexuelle ou une sexualité négative.
- Interroger sur le peur de l'intimité.
- Interroger sur la peur de l'engagement affectif.
- Revoir les fausses croyances sur la sexualité.
- Évoquer un désir ou pas d'enfants.
- Évoquer le risque d'infertilité et les conceptions infructueuses.
- Travailler le deuil du désir de maternité et de soi dans sa complétude, sentiment de castration et d'impuissance.
- Revoir l'imaginaire érotique si celui est pauvre, absent ou culpabilisant ;
- Interroger si évitement.
- Associer mouvement du bassin et fantasme : séance de visualisation érotique accompagnée de mouvements du bassin, indiquée pour éveiller les sensations et prendre conscience des sensations de désir dans le corps.

- lire de la littérature érotique : lire des livres érotiques écrits par des femmes. Noter les éléments de la lecture qui font le plus d'effets et les plus stimulants.
- Retour imaginaire vers un souvenir sexuel heureux et réussi.
- Questionner sur ces attractions sexuelles, (ce qui l'existe).
- Exercice pour développer l'auto érotisme (sensate focus, scan corporel)
- Réintégrer et resensibiliser son enveloppe charnelle, habituer son corps à la pénétration : exercice du doigt, utiliser des objets masturbation solo et/ou avec sextoxy type ORGASMO 2000 (s'assurer que votre patiente soit à l'aise avec l'idée), des dilateurs ou bougie de Hégar,
- Observer la présence d'une dysfonction sexuelle chez l'autre.
- Interroger sur l'hyper investissement du conjoint ou pas.
- Conseiller des lubrifiants, huile de coco, ovules vaginaux.

La liste est non exhaustive.

## **2. Piste de traitement thérapeutique en couple dont la femme est atteinte d'endométriose :**

- Évaluer la santé du couple (questionnaire « inventaire de la relation du couple »).
- Diminuer les tensions conjugales.
- Évoquer les injonctions paradoxales.
- Évoquer les enjeux de la maladie pour le couple.
- Expliquer les fluctuations physiologiques de l'homme et de la femme.
- Expliquer l'anatomie génitale de la femme et de l'homme.
- Mettre un terme à la pression.
- Évoquer les positions : le meilleur moment et les meilleures périodes.
- Évoquer et sortir de la monotonie et des routines.
- Interdiction de pénétration dans un premier temps après explications et réponses à toutes les interrogations.
- Aborder la définition du couple et de la sexualité dans un couple pour chaque partenaire.
- Création d'un cahier ou journal intime.
- Interrogez sur le récit de leur histoire de couple: « Je me souviens.... ».
- Ne pas se laisser envahir par les enfants (si enfant, il y a).
- Communication bienveillante et relationnelle type IMAGO.
- Inventaire positif de ce qui rend le conjoint cher à son cœur : « Ce que j'aime chez toi c'est.. ».
- Création de moment d'intimité pour le couple avec prise de RDV sur agenda.
- Création et repérage des zones « à risques » : en rouge les sujets sensibles et en vert vos points d'accord.
- Travailler et sortir du labyrinthe des agacements.
- Création d'un permis de « construire l'avenir autrement ».
- Réévaluer votre boussole des valeurs identiques pour atteindre vos objectifs.
- Développez le comportement réceptif : exercice du toucher : exercice sensate focus.
- Imaginer 3 fantasmes réalistes et réalisables.
- Communication verbale et non verbale avec le partenaire : exprimer ses préférences, osé demander quelques choses de sexuel à son partenaire.
- Détaillez ses fantasmes et analyser ce qu'ils ont d'existant et les raffiner.
- Acceptez et améliorer la qualité sexuelle en fonction de la maladie.
- Analysez et développer les préludes et les préliminaires.
- Analysez et revoir les conditions du rapport sexuel.
- Exercice d'appréciation des sensations et de vécu des expériences sensorielles.

- Exercice de pleine conscience et perception du corps en mouvement assis en couple en position « yab yum » ou « union lotus ». C'est une position qui invite les partenaires à prendre le temps, à se ré-appivoiser et à créer un lien puissant entre eux».
- Planifier une rencontre érotique dans un beau cadre.
- Réaménagement du lieu et de la chambre.
- Exploration des zones érogènes avec une plume, un tissu ...
- Parsemez la journée de préliminaires : baisers, caresses, de moments tendres....
- Retrouvez votre âme d'enfant : chatouilles, fous rires, blagues.....
- Création de « bon à dire » : un bon chapelet de mots doux, un bon pour une soirée de jeux, un bon pour une surprise ou un cadeau, un bon câlin, un bon bisou.....
- Au lever ou au coucher, se regarder dans les yeux et s'offrir des compliments ou qualités.
- Organisez un dîner surprise chacun son tour.
- Organisez un rdv caché comme des amants.

La liste est non exhaustive.

### **3. Piste de traitement thérapeutique avec le partenaire dont la femme est atteinte d'endométriose :**

- Evaluer la qualité de vie (SF 12).
- Evaluer la santé (SF36 et SEP59).
- Evaluer la fatigue : (échelle de Pichot, Fatigue Severity Scale)
- Evaluer l'anxiété, le stress et la dépression via des outils type échelle d'Hamilton, échelle HAD (anxiété), auto évaluation du degré de stress d'isabelle Filliozat (2006), auto évaluation des stressés (2003) du stress, PCL-S évaluation du stress post traumatique (Stress Post Traumatique), échelle de Beck (dépression).
- Explorer les injonctions paradoxales.
- Remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des comportements plus adaptés.
- Interroger sur son histoire de l'adolescence à aujourd'hui.
- Interroger sur son histoire sexuelle.
- Modifier la communication et la perception de la sexualité.
- Analyser et modifier les jeux de pouvoir.
- Interroger sur leur connaissance de la maladie de leur partenaire.
- Dédramatiser et se défocaliser de sa partenaire.
- Développer le manque d'affirmation virile.
- Exercice de mouvement de bassin.
- Exercice de relaxation, cohérence cardiaque.
- Apprendre à découvrir d'autres sensations érotiques que l'érection et la pénétration.
- Travailler sur les émotions négatives.
- Se déprogrammer et se désensibiliser des pensées automatiques.
- Développer l'optimisme.
- Se jeter à l'eau et éviter l'évitement.
- Accepter ses limites du partenaire et relativiser.
- Regarder un film érotique le proche de votre réalité sexuelle ou de vos fantasmes ou lecture érotique voir podcast érotique.
- Développer la séduction : Apprendre ou réapprendre à séduire et redevenir un homme désirant. Être fier de son charme masculin.
- Apprendre à regarder sa femme avec un regard de plaisir sensuel.
- Développer un univers fantasmagorique.
- Associer fantasme et mouvement du bassin.
- Travail de deuil.

-Casser le cercle vicieux .....

La liste est non exhaustive.

#### **4. Première vignette Clinique:**

##### **a. Description du sujet :**

M.H est une jeune femme de 33 ans, grande et élégante, typée indienne, à l'aspect réservé. Sans enfant, M.H est enseignante remplaçante et vit maritalement depuis 10 ans avec C.H. Sa mère vit à La Réunion, son père vit en Inde. Ses parents ont divorcé lorsqu'elle avait 16 ans. Elle est restée avec sa mère. Elle a trois sœurs : une aînée, une cadette et deux demi frères cadets.

##### **b. Motif de consultation :**

M.H se présente en thérapie pour une dyspareunie, c'est-à-dire douleur ressentie lors d'un rapport sexuel.

Nous diagnostiquerons un désir sexuel hypo actif. La patiente souhaite résoudre ses douleurs lors du rapport sexuel. Elle souhaite comprendre. Jusqu' à ce jour, M.H évite les rapprochements et les gestes tendres avec son partenaire. M.H n'est pas encore diagnostiqué endométriose pourtant elle souffre depuis l'âge de 14 ans. Elle veut un bébé.

##### **c. Histoire personnelle et familiale :**

Durant sa jeune enfance M.H a vécu dans un foyer aimant avec des parents présents. Très complice avec ces sœurs, elles sont inséparables. Pourtant, la nuit, M.H est prise d'angoisse dès l'âge de 4 ans et va se coucher dans le lit de ses parents. Elle fait de nombreux rêves de 4 à 6 ans. Ses rêves sont fréquents et la terrifient. M.H se voit dans le salon de sa maison, elle joue, puis un homme passe par la fenêtre et l'enlève. Elle a beau crier, hurler sa mère, son père et ses sœurs présents dans la salle ne l'entendent pas. Suite à ces rêves, M.H a peur d'être enlevée de sa famille.

Elle me confie ses nombreuses absences scolaires et les réflexions des camarades et enseignants.

Malgré ses absences, M.H est une jeune fille sentimentale et timide, une très bonne élève ayant reçu une éducation religieuse stricte. Elle a toujours été complexée par sa taille .

M.H aimait énormément son père. Elle aurait aimé que son père soit plus affectueux, tendre, démonstratif qu'il la et les cajole un peu plus.

M.H est très proche de sa mère et de ses sœurs, elle n'a aucun secret pour elles. Ses sœurs et sa mère l'ont énormément soutenue lors de ses crises. Sa mère a toujours su que ce n'était pas normal de souffrir autant.

Elle la décrit comme une bonne mère à l'écoute, aimante, toujours à prendre sa défense et à la protéger du regard des autres femmes de la famille : grand-mère, tante..... M.H comme sa famille ne boivent pas d'alcool.

Ses parents s'aimaient énormément, ils y avaient de la complicité, du respect et de l'amour. M.H enfant, rêvait d'être comme ses parents, plus grande, et de trouver le même amoureux. Son père était distant avec ses filles et très strict dans leur éducation. M.H évoque une relation discrète avec son père, sans jeux, ni câlins. En tout cas, elle n'a pas de souvenir de gestes tendres ou d'affection de sa part. Elle avait l'impression que son père était déçu de ne pas avoir de fils.

L'année de ses 16 ans, sa famille s'écroule. Son père quitte sa mère et part vivre en Inde. Pour M.H, c'est une déchirure, une incompréhension. Elle se rappelle voir le sol glisser sous ses pieds. Rien ne l'avait préparé à cela. Sa mère a fait une forte dépression.

M.H et ses sœurs doivent se débrouiller seules. Leur mère va être hospitalisée après une tentative de suicide. M.H et ses sœurs sont très en colère contre leur père et ne souhaitent plus

voir la famille de celui-ci. Ses grands-parents paternels veulent rester présents malgré leur refus. Les filles finiront par accepter leur aide. Ils aideront aussi leur mère qui reste encore fragile de cette situation même aujourd'hui.

M.H en veut à son père et ne souhaite plus avoir de nouvelle. Elle rompt toute communication, renvoie ces courriers et colis.

Au décès de son grand-père paternel, elle revoit son père et sa nouvelle famille. C'est un choc pour elle, revoir son père après 10 ans d'absence. Le revoir heureux avec deux garçons, elle note très vite une complexité et une pointe de jalousie.

Son père reste plus de 3 mois. Ces 3 mois, on permet à M.H de connaître cette nouvelle famille et elle a pu parler à son père. Celui-ci n'a pas su lui expliquer les raisons de son départ. M.H reste du coup avec toutes ces questions sans réponses.

M.H m'explique que sa mère s'est suicidée quelques temps après le départ de son père. Sa mère n'a pas supporté son départ. Elle apprendra que ses parents ont perdu un garçon : mort-né à la naissance avant sa sœur aînée. M.H se sent triste ne pas avoir vu la détresse de sa mère. Elle vit chez sa tante jusqu'à sa titularisation.

M.H me dévoile avec tristesse ses douleurs qui l'empêchent d'avoir une vie sociale et elle a l'impression qu'on lui a volé sa jeunesse. Parfois, elle ne pouvait pas se lever de son lit. Elle a été voir divers gynécologues aucun n'a pris sa plainte au sérieux. Elle m'évoque ces phrases : « c'est dans votre tête, vous êtes chochette va falloir vous endurcir un peu, tout va bien vous savez les règles c'est parfois douloureux c'est comme ça ».

Dans sa vie professionnelle et personnelle, M.H est influençable et peu combative. Au début de sa carrière d'enseignante en primaire, M.H était à 10 min à pied de chez sa tante. Puis, l'année suivante on l'a muté à 1h de route. Les trajets chaque jour, l'ont beaucoup fatiguée. Elle a eu de nombreux arrêts maladie. Puis un malaise dans sa classe et une hospitalisation avec divers examens, qui n'indiquaient rien, l'on conduit à revoir sa vie professionnelle. Elle est devenue remplaçante. Avec du recul, M.H se sent satisfaite de ce choix même si au début elle a vécu cela comme une punition. Elle n'en avait jamais parlé à personne pas même à ses sœurs.

Sa vie sociale est limitée à sa famille et à deux bonnes amies. Son impossibilité à faire des activités, des randonnées et à se plaindre, ne lui a pas permis d'avoir une vie sociale riche de rencontres et d'expériences.

M.H peut se montrer discrète, voire invisible avec ses collègues de travail. M.H ne sait pas ce que c'est de se faire plaisir. Elle a peur et veut éviter toute crise. Comme elle l'exprime souvent : « je ne sais pas vivre » !

Je découvre pendant les séances, que M.H présente une faible estime de soi et de confiance en elle, un sentiment d'impuissance, une humeur instable, de la colère, enfin, des états de fatigues régulières avec un ras le bol généralisé.

M.H n'a pas vraiment de connaissance sur l'endométriose. Elle a regardé sur internet et elle a peur de ce qu'elle a lu. Elle remet en question sa vie de femme, ses projets de construction, son envie d'avoir un enfant. Elle se questionne sur son partenaire. Elle veut savoir et en même temps, elle redoute le verdict.

M.H se sent triste et ne peut le montrer, elle tient les autres à distances de ses émotions et de son ressenti.

#### **d. Sexualité :**

L'histoire sexuelle de M.H a commencé par des jeux lors de repas familiaux avec un cousin de son âge. Les enfants étaient laissés sous la garde des plus grands. M.H aimait beaucoup son cousin, elle se rappelle « j'étais très amoureuse et je voulais l'épouser quand je serais grande ». Elle se rappelle avoir joué au « docteur » quelques fois avec ce cousin. Puis, ils ont été surpris et le jeu s'est arrêté là.

M.H n'a plus de souvenir d'avoir eu des contacts avec les garçons suite à cela. À l'adolescence, M.H sortait peu de la maison, elle voyait ses deux amies chez elle et elle n'aimait pas trop sortir. Les garçons ne l'intéressaient pas plus que ça. Et si un garçon pouvait lui plaire il n'était pas intéressé par elle. : « je m'intéressais aux garçons qui ne s'intéressaient pas à moi ».

A 14 ans, M.H a ses premières menstruations et voit son corps changer. Ses périodes sont compliquées pour M.H. Ces cycles sont aux départs irréguliers, très irréguliers avec des périodes hémorragiques qui l'empêchent d'aller 10 jours au collège. Cela se reproduit régulièrement. Sa mère s'inquiète et l'a conduit plusieurs fois chez un gynécologue. M.H entend que c'est normal, qu'il faut qu'elle soit moins douillette et que sa mère ne doit pas s'inquiéter. Elle doit connaître cela elle aussi. « Ma mère fait appel à des guérisseurs » : rien n'y fait. « J'apprends à vivre avec et je me tais et j'avance ».

« Je m'isole et me sens différente de mes amis (ies) ». D'ailleurs ceux-ci s'éloignent de plus en plus, seules deux amies resteront fidèles à M.H. Elle prendra du paracétamol et du spafon. Rien n'y fera. M.H a parfois tellement mal qu'elle n'ose pas aller aux toilettes. La bouillote deviendra son alliée. M.H ne savait pas pourquoi elle avait parfois aussi mal avant, pendant et après ces cycles. Du coup, M.H n'avait pas d'intérêt pour la sexualité et ne regardait pas les garçons.

Elle n'a jamais vécu d'abus sexuel.

A 16 ans, M.H tombe folle amoureuse de C.H. Très sage, ils voulaient tous les deux se préserver pour le mariage. M.H décrit C.H, comme un garçon intelligent, sensible, discret et très timide. M.H a pu compter sur le soutien de C.H. Il y eut des rapprochements, des baisers et des câlins. Ils ont dormi régulièrement ensemble enlacés l'un à l'autre. M.H n'a jamais senti C.H empressé ou agressif. C.H est un homme gentil.

Finalement, on peut noter que M.H n'a pas d'expérience et très peu de connaissance sur la sexualité avec un grand « S », sur son anatomie, et sur sa pathologie.

Durant la thérapie, M.H avait de nombreuses questions sur ses cycles, sa pathologie, l'ovulation, la fécondation ....

En voici quelques exemples :

« Est-il normal d'avoir mal durant ses règles ? L'endométriome c'est quoi ? J'ai lu que nos organes peuvent être collés, cela implique quoi pour moi ? Est-ce que ça va m'empêcher d'avoir un enfant ? Cette maladie je l'aurai toute ma vie où elle se guérit ? Mes ovaires sont pourris de toute façon, le bébé ne pourra pas s'y installer... L'ovulation, c'est quand ? Est-ce que j'ai un vagin et un utérus ? Pourquoi je saigne plus longtemps que les autres femmes ? Cette pathologie est-elle transmissible ? La PMA va-t-elle me donner un bébé ? La pénétration n'est pas agréable et douloureuse, est-ce normal ? Puis-je avoir un enfant sans pénétration ? Le sang sort il ailleurs ? L'accouchement est-il douloureux avec ces organes attachés ? ..... »

M.H n'a jamais utilisé de tampon. Elle m'évoque son premier examen à 16 ans. Sa mère l'a amenée chez son gynécologue. Vu son jeune âge, le gynécologue lui a posé des questions indiscretes. Elle ne savait plus où se mettre. Il n'y pas eu d'examen complet avec spéculum, M.H n'a pas souhaitée prendre la pilule.

Puis, il y a eu, les autres rendez-vous, avec d'autres gynécologues, qui n'ont pas fait d'examen complet et pour lequel M.H ne s'est sentie ni écoutée ni comprise face à ses douleurs.

Comme elle refuse la pilule, beaucoup de gynécologues lui indiquent que finalement elle n'a pas si mal que ça. Elle finit par croire qu'elle est folle.

M.H manque de connaissance sur la dysfonction de dyspareunie. Elle ne se pose pas de questions comme pour ses douleurs de règles, il est tout à fait normal d'avoir mal durant l'intimité.

M.H avait imaginé qu'on la punissait de ses mauvaises pensées envers son père. Elle s'imaginait « être une mauvaise fille » et que ses douleurs étaient une réponse à ces mauvaises pensées.

A 23 ans, M.H se marie avec C.H. La pression monte lors du mariage et de l'approche de la lune de miel. Ni l'un ni l'autre n'ont d'expérience, hormis, les discussions avec les cousins et cousines sur ce sujet. M.H m'évoque le récit de ces cousines. Pour certaines, c'était génial, pour d'autres signes de douleurs. Elle aurait finalement aimé ne pas savoir. Elle s'est sentie très stressée et a reculé un maximum le moment de la nuit de noce.

Ils ont beaucoup parlé une fois arrivés dans la chambre d'hôtel. C.H n'était pas plus à l'aise et aucun n'osait faire le premier pas. C.H propose de se détendre dans un bon bain. M.H accepte et les choses se déroulent très chaleureusement et très sensuellement. Elle évoque un moment doux, tendre malgré leur hésitation. Il n'y a pas de la douleur mais un état de bien être plutôt me souligne M.H. Ils ont bien consommé leur lune de miel et on fait l'amour plusieurs fois cette nuit-là.

#### **e. Sexualité réelle actuelle :**

M.H ne s'est jamais caressée, pour elle la masturbation est « pêché ». Par contre, elle aime que son compagnon s'occupe d'elle surtout le matin. Au réveil, elle a très envie de lui, elle sent de la chaleur au niveau de son bas ventre. M.H aime faire l'amour avant de se lever.

Seulement, actuellement, elle ne veut plus qu'il la touche, même le matin, elle a trop mal.

M.H ne veut pas se toucher, s'imaginer introduire ses doigts, se caresser et s'offrir du plaisir la dégoûte, lui donne même la nausée.

Par contre, son compagnon peut disposer de sa vulve lors des relations orales qui sont aujourd'hui favorisées.

M.H me confie ne rien ressentir au niveau de son corps, au niveau de ses seins et de son sexe.

La douleur anesthésie ses sensations et souvent elle pense qu'elle quitte ce corps douloureux.

«Aujourd'hui, je ne ressens plus rien quand il me touche, je me sens irritée, ça me fait mal et j'ai même quelques gouttes de sang parfois dans ma culotte. »

M.H ne veut pas perdre C.H et s'oblige à répondre à ses attentes. Elle sent du coup que le désir de C.H diminue de jour en jour. M.H a mal et C.H souffre de lui faire mal.

M.H évoque éviter les contacts, elle regarde la télévision tard et attend que C.H dorme pour le rejoindre. M.H souffre de cette situation et m'évoque ses moments de symbiose.

Elle m'explique aussi ses nombreuses déceptions depuis 3 ans.

Chaque retard, chaque rapport sexuel est devenu obsessionnel, M.H veut un enfant, à tout prix. Aujourd'hui, elle en veut à C.H. Elle se demande si c'est le bon partenaire. Pourquoi il ne lui fait pas d'enfant ? Elle a pensé le tromper tellement elle était sûre qu'il était le problème.

M.H a rendu responsable son mari alors que finalement c'est elle le problème !

M.H se culpabilise, actuellement, et se déteste d'avoir été aussi dure avec C.H.

Pour ce qui est de la pénétration, M.H a eu des rapports coïtaux réussis le jour de son mariage à 23 ans.

Elle était vierge et la pénétration s'est fait sans soucis ni douleur. Au fur et à mesure, des rapports sexuels et des années, M.H note que son vagin devient sec mais son partenaire l'informe que non.

Au départ, M.H a eu des douleurs à l'entrée du vagin puis au fil du temps, elle ne ressent plus le sexe de son partenaire durant la pénétration, juste une douleur qui l'anesthésie. « Je suis pas douillette, j'anticipe aujourd'hui la douleur en évitant le rapport sexuel » et « je m'en veux d'avoir mal, de refuser les rapports sexuels et de compromettre une grossesse : pourtant j'aime C.H de tout mon être » !

M.H n'est pas très à l'aise lorsqu'on aborde les fantasmes et montre beaucoup de résistance. Sentimentale, M.H serait plus sensible aux rêveries romantiques, aux princes et princesses, aux contes de fées ou le courtisan serait un véritable héros avec armure et cheval prêt à

affronter dragons et magiciens. M.H a besoin d'admirer son partenaire et de l'imaginer invulnérable. Elle souhaite un homme qui l'admire et soit prêt à tout pour la rendre heureuse. Elle souhaite qu'il déplace des montagnes et qui lui décroche la lune ! On remarque que M.H a une fantaisie sentimentale et romantique. Elle n'investit pas sa sexualité et elle mentionne n'avoir pas ou peu d'excitation.

Afin de contrer les résistances de M.H nous allons parler de son imaginaire avec un outil « le fantasme du roi et de la reine ». M.H a eu du mal à se laisser aller dans son imaginaire et fermer les yeux n'était pas évident et facile. Dans ce scénario, M.H évoque un roi qui ressemble à C.H et une reine jolie comme une vraie femme. Ils vivent dans un château avec douze enfants : 5 filles et 7 garçons. La reine s'occupe de leur éducation. Je lui demande de me parler de la sexualité du couple. M.H a des difficultés à s'exprimer, pourtant, elle imagine ce couple ayant une sexualité pour avoir des enfants. M.H imagine chaque rapport sexuel en lien avec une naissance. Je note des larmes qui ruissellent sur son visage. Son imaginaire sexuel est en lien avec la maternité.

M.H me dévoile avec beaucoup de tristesse qu'une femme est faite pour avoir des enfants et qu'elle n'est pas une femme si elle ne peut vivre cela. Elle est très dure avec elle.

M.H évoque suite à la séance, avoir imaginé lors d'un rêve, la possibilité de vivre avec un homme sans avoir d'enfants. Elle est perturbée par ce rêve. Elle voyait ce couple heureux, amoureux et joyeux. Elle les trouvait touchant et épanouis dans ce grand château. Ils avaient de nombreux amis, ils voyageaient, ils pouvaient vivre dans une grande spontanéité, libres de faire ce qu'ils voulaient.

J'aborde avec elle sa féminité et sa perception des parties intimes.

M.H s'est toujours sentie différente et a du mal avec son intimité douloureuse depuis ses 14 ans. Elle perçoit son corps comme imparfait et pas très beau. M.H m'explique cacher son corps sous de vêtements amples pour éviter ces regards ou ces diverses attentions qu'on offre aux femmes enceintes.

Elle vit très mal d'avoir un ventre rond sans bébé dedans.

En évoquant son corps, elle dira : « je n'aime pas mon corps trop difforme, je n'ai pas de poitrine, pas de fesse et j'ai un ventre énorme. J'aime mes cheveux et mes mains. Dans l'ensemble mon corps n'est pas beau et j'ai de la chance d'avoir un beau visage ».

Elle aime se maquiller, aller chez le coiffeur et faire les boutiques avec ces cousines et amies quand elle a une période sans douleur.

Quant à sa perception des organes génitaux, M.H n'est pas à l'aise, elle rougit et détourne les yeux quand je lui montre des photos anatomiques d'organes génitaux féminins.

Je vous évoque quelques commentaires : « c'est laid ! j'aime les poils car ils cachent toute perception de cette laideur ; je savais pas qu'on avait tous ses formes il n'y a pas un sexe plus beau que l'autre finalement.. ».

Concernant sa vulve, M.H ne l'a trouvée pas jolie, « elle est abîmée et ne ressemble à aucune des photos ».

« Elle n'est pas normale ma vulve de toute façon... ». Elle me confie que ses amies et cousines ont une vulve fonctionnelle pour faire des enfants.

Du coup, on aborde la fécondité. Je note que M.H a une réalité bien à elle de cela. Du coup, nous prenons quelques séances pour revoir la reproduction, la fécondité et je réponds à toutes ces questions. On abordera les cycles, les hormones et la pathologie.

Elle m'explique lors des derniers examens avoir compris que son corps était pourri et qu'elle ne pourrait avoir des enfants.

On revoit ensemble chaque phrase pour les réinterpréter positivement.

Je note que M.H aime le sexe de son mari et que le pénis est plus joli que la vulve plus performante aussi.

En parlant de son vagin M.H dira : « mon vagin c'est comme recevoir des coups de couteau en permanence », « mon vagin devrait être un nid douillet, chaleureux et moelleux. Alors qu'il est comme du barbelé dur, froid et hostile »

Je la questionne sur les pénétrations. Les premières années, M.H n'a pas de soucis avec son vagin offert à son époux.

Puis au fur et à mesure des années celui-ci est devenu sec et douloureux. Elle évoque ressentir moins de sensations avec son corps. Elle ne vibre plus sous les caresses de son mari. Elle se sent anesthésiée et plus dans son corps. Actuellement, M.H évite tout contact avec son mari.

Elle souffre de cette situation et pourtant elle ne peut s'empêcher de se punir.

M.H est consciente de faire souffrir son mari. Même s'il ne se plaint jamais et lui montre qu'il l'aime par de petites attentions : bouquet de fleur, séance de massage.. Elle se culpabilise et se demande finalement « s'il elle ne le mérite pas ».

M.H m'avoue avoir peur de connaître la même histoire que sa mère d'être abandonnée par son mari. Quand elle y pense, elle peut imaginer la souffrance de sa mère.

M.H a fait ses résultats d'examen. L'endométriase est diagnostiquée et la gynécologue confirme une dyspareunie profonde.

M.H est en larmes, elle est partie vivre chez sa sœur. Elle n'arrive plus à regarder dans les yeux C.H. Elle est bouleversée et soulagée par ce diagnostic. Elle a peur qu'il la quitte car il avait le projet d'une grande famille.

Fils unique, il avait mal vécu d'être seul. M.H sait aussi qu'elle ne répond plus aux critères de sa belle-famille. M.H ne voit plus le bout du tunnel. Malgré tout elle aime son mari.

M.H a clairement indiqué que son objectif serait d'avoir un enfant et de retrouver un épanouissement sexuel.

#### **f. Traitement :**

Le traitement s'est étalé sur 18 séances de 45 min/1h répartis sur 8 mois.

Les trois Premiers séances :

Nous avons consacré à l'entretien clinique pour recueillir l'histoire de la patiente, les éléments de sa vie. Nous avons évalué la qualité de vie, évalué sa santé, évalué la dépression, évalué la douleur

Quatrième séance :

Nous avons évoqué l'errance médicale et confirmé la pathologie de la maladie. J'ai répondu à ses interrogations sur les implications concrètes sur sa vie.

Cinquième séance :

Nous avons travaillé son image de soi, son estime de soi et ses forces (annexe)

J'ai revu son rapport avec l'hygiène, prescrit l'exercice de conscience lors de la douche (je lave mon visage, mon cou ....) et interdit les rapports intimes. J'ai fait une ordonnance pour expliquer cela à son mari.

Sixième et huitième séance :

Nous avons travaillé en EFT sur la culpabilité, injustice, peur, honte.... Avec 21 jours de routine.

M.H a fait en complément du traitement, 3 séances d'hypnose.

Neuvième à dixième séance :

Le secret de famille a été abordé avec la découverte de ce frère. Son père a été d'une grande aide ainsi que des séances de psycho généalogie qui l'ont apaisée sur son histoire familiale. Nous avons travaillé avec le sac à tracas pour sortir les émotions négatives.

M.H tiens un carnet de bord, fait de la méditation 5 min chaque matin et met en place des petits changements dans sa vie.

Onzième et douzième séance :

M.H s'est inscrite à l'endo yoga une fois par semaine. Elle a appris à respirer et gère mieux ses douleurs.

Nous l'interrogeons sur sa visite chez le gynécologue. Nous évoquons son désir d'enfant, l'infertilité et la PMA pour la première fois. M.H a rdv dans 3 mois pour faire les examens avec son mari.

La séance est très joyeuse, M.H a évoqué la maternité et elle me confie faire partie d'une groupe de femme PMA. Elle a lu de nombreux témoignages d'espoir. Elle est confiante.

Treizième et quatorzième séance :

Au fils des rdv, nous notons une progression favorable, elle est plus active dans sa sexualité et sa vie de femme.

Nous avons exploré sa représentation de la sexualité, de la féminité, ses croyances et ses injonctions

M.H m'a dessiné son intimité. On parle de cette représentation et j'en profite pour l'informer de son anatomie et physiologie.

Nous avons évoqué les cycles, la fécondation. M.H m'informe par sms qu'elle fait les exercices demandés. Je la sens impliquée.

Elle est repartie avec l'exercice du miroir et l'exercice de Kegel.

Quinzième Séance :

On travaille sur l'image de la sexualité, je lui propose qu'elle ne raconte un souvenir sexuel heureux et réussi.

Nous lui proposons une méditation érotique afin de découvrir ses zones érogènes.

Nous l'invitons aussi à lire de la littérature érotique et à partager avec son mari certains passages qu'elle aime.

Elle repart avec un exercice « Sensate Focus » en auto massage.

Seizième séance :

M.H revient après un départ en Inde de 3 mois sans son mari. Elle avait besoin de voir son père qui est malade. Ce voyage a créé du manque, ce qui a été favorable au couple.

Je sens M.H très amoureuse pleine de désir. Elle m'évoque être frustrée de ne pas avoir pu retrouver une vie sexuelle. Elle en a très envie. On évoque du coup le massage sensate focus pour couple. On évoque les lubrifiants et les positions qui favorisent une reprise en douceur.

Dix-septième séance :

On évoque son RDV avec la PMA, le protocole choisi et M.H m'informe se consacrer à cela maintenant.

On évoque la reprise des rapports sexuels sans douleur, motivée, par son désir d'enfants.

Dix-huitième séance et dix-neuvième séance :

M.H évoque ses traitements et ses protocoles PMA.

#### **g. Discussion :**

Les résultats obtenus par M.H sont importants, elle a passé un cap envers sa famille, sa maladie et retrouve une dynamique corporelle et de couple. Nos entretiens ont dédramatisé la situation et permis à M.H de reprendre confiance en elle-même, de retrouver une connexion avec sa féminité et en ses capacités. Actuellement, M.H est dans l'aventure de la maternité.

## **5. Deuxième vignette Clinique:**

### **a. Description du sujet :**

E.F est une femme de 30 ans et P. F est un homme de 32 ans. Mariés depuis 6 ans et vivant ensemble depuis 8 ans, ce couple a une petite fille de 4 ans. E.F est directrice d'un centre d'appel et P.F est en reconversion pour devenir instituteur.

Ils sont tous les deux réunionnais d'origine créole.

### **b. Motif de consultation :**

Ce couple vient en consultation à la suite de leurs essais pour concevoir un deuxième bébé. E.F apprend qu'elle a de l'endométriose et qu'une grossesse sera impossible. P.F se veut fataliste et se dit heureux de sa vie actuelle.

### **c. Histoire personnelle et familiale :**

E.F et P.F ont une enfance normale et estiment n'avoir manqué de rien. Ils sont tous les deux enfant unique. E.F décrit son père comme un homme absent et sévère, très occupé par son travail d'entrepreneur dans le bâtiment. Il s'occupait de sa famille et compensait ses absences par des cadeaux. Sa mère était sans emploi et s'occupait exclusivement d'elle.

P.F lui, décrit un père introverti, soumis aux caprices et sauts d'humeur de sa mère. Il décrit sa mère comme un « Tyran ». Il avait tendance à toujours faire l'inverse de ce qu'elle souhaitait.

Ils ont tous les deux reçu une éducation religieuse catholique. Leurs parents n'abordaient jamais le sujet de la sexualité.

E.F a cru longtemps que les bébés naissaient dans les choux. Elle a été particulièrement déçue : avec son cousin et sa cousine ils avaient repéré le chou le plus gros du jardin du grand-père. Ils l'avaient découpé car E.F voulait une petite sœur. Le chou ne contenait pas de bébé. Elle comprit à 5 ans que ses parents mentaient et ne racontaient pas la vérité. Elle a arrêté de croire en Dieu et a toujours fait « semblant », pour avoir des cadeaux.

P.F a fait partie des louveteaux jeannettes, comme son père avant lui. Ces parents voulaient qu'il devienne un homme heureux, utile, artisan de justice et de paix.

E.F et P.F ont eu une scolarité normale, sans redoublement, très bons élèves. Ils ont obtenu leur bac avec mention très bien et ont pu suivre une scolarité universitaire sur l'île. E.F affirme que dans l'école catholique, elle n'a jamais manqué un tableau d'honneur. Elle a toujours été la fierté de ses parents.

E.F et P.F évoque une présence excessive de la mère de E.F. Elle possède le double des clés et elle gère le ménage, le linge, les courses et s'occupe aussi de leur fille de 5 ans.

P.F est assez agacé et n'aime pas le sans gêne de sa belle-mère. Il n'arrive pas à faire comprendre son agacement à sa femme.

P.F souffre de ce manque d'intimité et ne comprend pas que sa femme doive toujours demander et obtenir l'accord de sa mère pour prendre une décision même dans son couple. Il a toujours été très indépendant et solitaire. Il adore sa belle-mère et admire sa complicité avec sa fille. Il avoue être jaloux de la complicité mère /fille et aimerait que sa femme soit un peu comme ça avec lui. Il aimerait qu'elle se fasse plus confiance et qu'il puisse prendre des décisions à deux et non trois comme actuellement. P.F fait remarquer à sa femme que lui finit tôt et aimerait pouvoir rentrer chez lui sans voir sa belle-mère chaque jour. Il aimerait aussi pouvoir s'occuper de leur fille.

E.F travaille et trouve très gentil que sa maman la soulage de tout cela. Elle part le matin à 6h30 et revient qu'à 19h30 chez elle si elle n'a aucun problème sur la route. Elle ne comprend pas la jalousie de son mari et ne souhaite pas choisir entre sa mère et lui. Pourtant, elle a l'impression très souvent qu'il lui demande de faire un choix. C'est très dur à vivre. Elle les aime tous les deux et ne veut pas choisir.

E.F évoque qu'il n'aime pas cuisiner et qu'elle est heureuse de savoir que le soir elle n'aura pas à gérer la maison et le repas. Puis elle glisse dans la conversation « quand je suis en crise,

c'est ma fille de 5 ans qui s'occupe de moi : Monsieur ne veut pas être dérangé avec mes soucis ».

E.F et P.F se disputent régulièrement et cela devient récurrent et intense depuis l'annonce de la maladie.

E.F me dévoile que ses douleurs sont toutes nouvelles pour elle. Elle est très fatiguée et susceptible. Elle aimerait juste que son mari lui demande comment elle va ? Comment s'est passé sa journée ?

P.F est plutôt résigné et avoue trouver la situation très déprimante. Il ne comprend pas ces changements de vie. Il n'a pas spécialement envie de connaître sa journée surtout si c'est pour se plaindre. De nature très râleur, P.F ne veut pas devenir l'infirmier de sa femme. « Je ne veux pas devenir comme mon père un soumis aux caprices de sa femme ».

E.F avoue parfois « je suis dans mon lit et je n'ose lui demander de me faire une bouillote, trouvez-vous cela normal ? ».

P.F « tu me fais passer pour qui ! bien sûr que je peux te faire une bouillote, seulement tu ne me le demandes pas ou alors quand je ne suis pas disponible » « je suis en reconversion et j'ai des cours à préparer pour finaliser ma titularisation, je ne m'amuse pas non plus ».

E.F finit par bouder et ils peuvent rester quelques jours sans se parler.

E.F pense à quitter son mari et l'évoque, elle se reproche de pas pouvoir lui donner un autre enfant et d'être malade. Elle vit mal ce manque de soutien et se demande si elle ne ferait pas mieux de rester seule.

P.F lève les yeux au ciel, « je lui ai déjà dit que j'aime ma vie avec elle que je peux faire une croix sur un autre enfant » « elle ne me croit pas » ; elle me connaît, elle sait que je ne suis pas un homme démonstratif et que montrer mes émotions c'est compliqué, voire impossible.

E.F et P.F sont fatigués de ne pas arriver à se comprendre. P.F semble souvent très détaché de la situation. Par contre, E.F souffre de ne plus être la même femme.

E.F ne peut plus voir leurs amis qui ont deux enfants. De plus, elle refuse de voir sa cousine et son deuxième bébé. Pour elle c'est trop difficile et trop tôt. Elle n'arrive pas à se réjouir, elle est obsédée par le fait de ne plus « pouvoir avoir d'enfant ».

De plus, leur fille de 5 ans réclame un petit frère. Cette situation est très compliquée pour E.F. P.F confie avoir été avec sa fille voir le bébé et trouve cette situation ridicule et n'a pas su le cacher à la famille et à la cousine de E.F.

E.F, lui en veut beaucoup, sa cousine est très en colère contre elle et la considère comme égoïste de ne pas partager son bonheur. Sa famille ne la soutient pas face à sa maladie sauf sa mère qui la défend. Beaucoup évoque une « maladie à la mode » et ne cherchent pas à la comprendre au contraire, elle se sent isolée.

Elle évoque leur difficulté à avoir leur fille, le miracle au bout de 3 ans et un parcours Fécondation In Vitro.

P.F exprime le parcours du couple pour avoir leur fille. Ce parcours a été difficile à vivre. Il ne souhaite pas revivre ça une deuxième fois. Son couple ne survivrait pas un deuxième parcours Fécondation In Vitro. Il ne préfère pas jouer et tout perdre.

E.F avoue que le parcours a été compliqué et que son obsession pour avoir un bébé lui a fait prendre de mauvais choix. C'est compliqué pour elle de voir ses cousines et amies tombé enceintes sans effort et sans un protocole usant physiquement et moralement. Malgré cela, elle veut un deuxième enfant comme les femmes autour d'elle.

E.F ne se sent pas écoutée, ni comprise et n'est pas aussi fataliste que son mari. Elle aimerait qu'il accepte son désir d'enfant et qu'il essaie de trouver une solution. Elle se trouve dans un état de solitude.

P.F semble résigner à n'avoir qu'un enfant. Il n'a pas envie de prendre de nouveaux risques et pense à sa fille. L'adoption n'est pas dans leur choix pour le moment.

Je les ai rencontrés en séance individuel :

### ELLE :

E.F m'évoque les difficultés rencontrées par ses parents pour l'avoir. Elle a été très désirée et attendue. Elle a toujours eu tout ce qu'elle désirait. Elle a voulu un poney, elle a eu un poney. Elle fait de l'équitation et possède un magnifique pur-sang cadeau de son père pour son diplôme universitaire.

E.F a une enfance heureuse, sa mère a toujours été présente. Elle dit d'elle : « elle sait tout de moi. Je ne prends aucune décision sans lui en parler avant. Elle me connaît par cœur et sait ce qui est bon pour moi.

Mon père, lui, cède à tous mes caprices, il se sentait tellement coupable avec ces absences que j'aurais pu lui demander la lune. » Elle aurait préféré des câlins et des bisous, mais elle s'était habituée à la pudeur de son père.

E.F a vécu dans un climat familial très calme, elle n'a jamais entendu ses parents crier ou se disputer.

Ses parents sont très pratiquants et vont à l'église tous les dimanches. Elle évoque une vie très ritualisée : un dimanche dans la famille de son père et l'autre dans la famille de sa mère. Elle évoque une routine aussi dans la vie de tous les jours.

Dans la vie professionnelle et personnelle, E.F est sur un poste à responsabilité. Elle manage les plannings, analyse et met en place des outils pour améliorer la qualité du service. Elle doit également gérer les incidents, souvent dans l'urgence. Elle travaille dans un centre d'appels et encadre l'équipe de management (responsable de plateau, formateur, recruteur, responsable qualité, responsable de planification). Elle occupe trois fonctions : opérationnelle, Ressources Humaines et financière.

Sa vie sociale est bousculée actuellement par ses crises. Elle refuse de plus en plus de sortir de la maison le week-end et de participer au repas de famille. Ces amis ont du mal à accepter son attitude, elle est plus irritable, elle supporte de moins en moins les reproches et les remarques « avant, tu étais joyeuse, douce..... ». E.F était effectivement une jeune femme dynamique, battante, joyeuse, avec une vie sociale bien remplie entre sa famille et ses amis.

### LUI :

P.F lui, évoque une famille déplorable. La relation avec sa mère était compliquée. On apprend que sa mère n'a pas réussi à tisser du lien avec lui bébé. Ses grands-parents se sont occupés de lui jusqu'à ses 6 ans. Il décrit son père comme un homme soumis, sans caractère qui ne vit que pour répondre au besoin de sa femme.

P.F évoque des disputes permanentes, ses parents étaient tous les deux des cadres qualifiés de bureau dans la même entreprise. Leur vie était plutôt terne et sans affection pour lui.

Il s'est senti négligé et s'est réfugié dans les études. P.F est très indépendant et a appris à tout faire seul.

Peu d'émotion, s'expriment en disant tout cela.

Dans la vie professionnelle et personnelle, P.F découvre un métier qui le passionne ou il se sent à sa place. Il découvre une ambiance de travail plus paisible et moins stressante. Il s'occupe d'une classe de CM2 ; il aime la richesse et le contact avec les enfants et ses collègues.

Il a des horaires assez souples qui lui permettent d'être disponible pour sa fille. Il souhaite proposer un cadre bienveillant à sa fille. Il veut être un père présent. Il est heureux.

Sa vie sociale est très tournée vers ses amis.

Il passe peu de temps avec ses parents et ne supporte plus leurs disputes. Ils sont retraités tous les deux, et c'est un cauchemar pour lui qui passe les voir 1h à 2h maximum généralement sans sa fille et sa femme.

Il veut les protéger de cette ambiance « malsaine ». Il se rappelle le jour le plus important de sa vie, son mariage, ses parents n'ont pas réussi à s'accorder et se sont donnés en spectacle. P.F a été très triste et n'a jamais évoqué cela même avec sa femme. Il est très peu expressif et laisse planer que rien ne l'atteint émotionnellement.

#### **d. la sexualité séance individuelle:**

L'histoire sexuelle de E.F tient à son éducation religieuse stricte où il faut rester vierge jusqu'au mariage. On ne parle jamais de sexualité ou juste pour l'évoquer comme un « pêché ». E.F croit, enfant, que les bébés naissent dans les choux et que l'on peut tomber enceinte en embrassant un garçon.

E.F sortait accompagnée de sa mère. Sa mère l'a conduisait partout et la retrouvait à la fin de ses activités et lors de sa scolarité. Jusqu'à son entrée au lycée, sa maman veillait sur son éducation et ses fréquentations.

A 12 ans E.F a ses premières menstruations. Elle n'avait pas souvenir de douleur, elles étaient très courtes 2 à 3 jours et peu abondantes. Elles étaient très irrégulières et parfois absentes certains mois. Sa première visite gynécologique n'a pas indiqué d'anomalie ou d'inquiétude pour son avenir de femme.

E.F était une belle jeune fille et vit, très tôt, qu'elle plaisait aux garçons. Elle se souvient avoir eu quelques flirts au collège. Elle n'embrassait pas de peur de tomber enceinte. Elle se laissait caresser et éveillée par ces jeunes hommes, toujours habillée.

E.F était très à l'aise avec son corps et éprouvait du plaisir dans ces jeux de caresses.

A 16 ans, aux vacances d'été, E.F rencontre un jeune homme en vacances sur l'île. Il est drôle et exotique, il est moins bête que ses copains habituels.

Il a 18 ans. E.F trouve une stratégie pour éloigner sa mère durant cette période. Elle aime ce garçon et oublie tous les interdits. Durant l'été, elle vit sa romance et partage un moment très intime avec ce jeune homme. Elle a découvert plein de saveurs avec lui. Elle parle de cette première fois avec des étoiles plein les yeux.

E.F va au confessionnal et raconte son pêché. En contrition le prêtre lui demande de réciter 3 « je vous salue Marie » et 3 « notre père ».

Étudiante, E.F a une sexualité plutôt libre avec de nombreux partenaires d'un soir, rencontrés au gré des soirées. Durant les vacances elle rentre au domicile parental, ces parents n'ont aucune idée de sa vie étudiante. Ils la pensent vierge.

A 21 ans elle rencontre P.F et se marie avec lui 1 an après. Il lui rappelle son premier amour.

E.F est très à l'aise avec sa sexualité, son corps et sa féminité. Ses expériences lui ont permis de mieux se connaître et d'être responsable de son plaisir. Elle s'est beaucoup masturbée et a un sex toy.

Elle très libre, pourtant l'annonce de la maladie l'a déstabilisée dans sa féminité et ne éventuelle procréation. Elle n'avait jamais entendu parler de l'endométriose. Le médecin lui explique que sa maladie par manque de traitement a évolué et ne comprend pas qu'on ne lui ait jamais évoqué lors de son premier parcours Fécondation In Vitro.

Les adhérences sont profondes et de nombreux organes sont touchés.

La chirurgie ne faciliterait pas la Fécondation In Vitro: trop d'atteintes. E.F n'a retenu que cela : plus possible d'avoir une grossesse.

Elle est sortie du RDV comme un zombie et elle est allée voir sa mère. P.F a su la nouvelle le soir au moment du repas. E.F a pris contact avec une association pour obtenir des renseignements.

E.F ne touche plus son corps, ne joue plus avec et elle n'utilise plus son sex toy. Elle se sent fatiguée, irritable et impuissante.

L'histoire sexuel de P.F est un jeune garçon pas très à l'aise avec son corps. Il a été légèrement en surpoids jusqu'à son adolescence. On s'est beaucoup moqué de lui, il a un meilleur ami. De plus, vu l'ambiance de la maison, il était impossible d'inviter du monde. Il se rappelle avoir touché son sexe et aimé cela car ça le rassurait. À l'adolescence il a grandi très vite et il est devenu très sec. Il a continué l'exploration de son sexe et y a trouvé cette fois du plaisir.

P.F se crée de véritables liens au collège avec une bande d'amis qui lui font découvrir une autre vie sociale.

A 14 ans, P.F a une petite amie, ils découvrent ensemble le flirt puis le rapport sexuel.

Ils seront ensemble jusqu'à sa rencontre avec E.F. Il a 24 ans et ils sont, au départ de leur relation, des amants. Au bout de 6 mois, il quitte sa partenaire et s'installe avec E.F. Il nous avoue avoir une infertilité qui a compliqué la venue de leur fille.

Après 2 ans d'essai, ils décident de vérifier leur fertilité. Le jour de son mariage, P.F reçoit les résultats. Il découvre son infertilité. Il s'effondre en les lisant, il veut annuler le mariage. Son meilleur ami discute avec lui et il décide de le lui dire plus tard. Quand E.F l'apprend le soir de la nuit de noce, elle le rassure et souhaite vivre avec lui. « je t'aime et si on n'a pas d'enfant ce n'est pas grave ». Leur nuit de noce n'a plus le même goût. Ils n'ont pas réussi cette nuit-là à faire l'amour.

P.F souffre actuellement du désir de sa femme à vouloir un deuxième enfant. Il se sent responsable de ce parcours chaotique et aurait peut-être dû annuler le mariage. Il nous avoue ne pas vouloir montrer sa faiblesse, c'est déjà très humiliant d'être stérile.

« Je ne dois plus montrer ma faiblesse. Je ne suis pas finalement un vrai homme et je sais qu'elle m'en veut beaucoup pour ça ».

Puis, P.F évoque avoir été très blessé dans sa fierté quand il a appris qu'elle avait cherché un géniteur pour leur premier enfant. P.F n'est pas sûr de lui avoir vraiment pardonné cet écart.

Il le vit comme une blessure très profonde. Va-t-elle le tromper s'il ne lui fait pas cet enfant ? Cette demande d'un deuxième enfant l'invite à revivre cette blessure. Il est perdu. Comme pour la maladie, il a regardé et écouté des témoignages de femmes.

Cela l'a déprimé et il préfère ne pas aborder le sujet et ne pas s'impliquer avec sa femme. Il souhaite se préserver pour sa fille.

#### **e. Sexualité du couple actuelle :**

EF et P.F ont eu une sexualité épanouissante dès les premiers mois de leur rencontre. Ils faisaient l'amour partout, plusieurs fois par jour. Ils étaient amants et se voyaient dans des lieux insolites ou à l'hôtel. Puis, P.F quitte sa compagne et s'installe avec E.F.

Leur entente sexuelle était compatible, ils communiquaient beaucoup, jouaient, essayaient des tas de positions, de jeux sexuels : bondage, fessée, masturbation ensemble, exhibition... Ils ont même testé les clubs libertins de l'île.

Après 1 an de vie commune, ils décident de vouloir un enfant. Ils font l'amour encore plus souvent.

E.F et P.F essaient plein de positions idéales pour tomber enceinte. Ils testent des plantes et font même un régime alimentaire pour favoriser leur fertilité. Rien n'y fait, E.F n'a ni retard de ces cycles, ni espoir d'être enceinte.

E.F et P.F après deux ans d'essai, font les tests. Ils sont tous les deux infertiles. Leur sexualité n'a plus la même saveur. Ils ont de moins en moins envie de ce rapprochement. Ils trouvent le corps de l'autre moins attractif.

Ils aiment et apprécient les moments de douceur, se prendre dans les bras et se câliner jusqu'au matin.

Au fil du temps, ils se sont éloignés l'un de l'autre. Même durant leur parcours pour accéder à la maternité, le couple est resté dans une mécanique. Les échecs et les espoirs ont été leur quotidien durant 2 ans. Ils se décrivent comme des robots. Ils ont suivi à la lettre le protocole. Ils vivaient une sexualité rythmée par ce désir d'enfant.

E.F se posait beaucoup de questions : « avait-elle finalement choisi le bon partenaire ? Était-ce un signe qu'ils ne sont pas faits l'un pour l'autre ? Si on est incompatible pour faire un enfant, on l'est aussi dans notre vie de couple ? Dois-je coucher avec un autre homme pour avoir un enfant ? Doit-on souffrir ainsi pour rien ? » ...

E.F a même pris un Rdv avec un homme masseur. Elle se confie à lui. De confiance en confiance, il l'a convaincu d'avoir un rapport sexuel avec un homme fertile qui a des enfants. Très vulnérable, elle se laisse faire et fait l'amour avec cet homme.

Elle n'a eu aucun plaisir, elle s'est sentie sale et a pris une douche pour enlever toute trace de ce rapport sexuel.

P.F l'a trouvée encore plus distante et agressive envers lui. Il pense qu'elle lui en veut de ne pas lui faire un enfant. Il ne sait plus quoi faire.

Elle finit par lui avouer son infidélité, malgré sa colère, il note l'abus qu'a subi sa femme et souhaite contacter cet homme.

Il contacte le masseur, celui-ci refuse de le voir de peur qu'il le frappe. P.F est en colère contre cet homme et lui dit qu'il ne mérite pas qu'il le frappe mais qu'il soit jugé pour cet abus.

P.F et E.F portent plainte contre ce masseur, il sera condamné car d'autres plaintes sont venues s'ajouter au dossier.

Le centre PMA arrête le protocole et demande au couple de revenir après avoir refait les tests VIH, MST...

E.F se sent très mal les semaines suivantes et se sent coupable d'avoir été idiote et s'en veut de retarder leur chance pour avoir un bébé.

Ce temps de pause, de 6 mois, a fait du bien à E.F qui était finalement fatigué. Le prochain protocole sera le bon et ils auront leur fille.

P.F et E.F ont retrouvé une vie sexuelle plus calme avec l'arrivée du bébé. Ils avaient des rapports sexuels réguliers une à deux fois par semaine. Puis aux 4 ans de leur fille, E.F a eu une grosse douleur au rapport sexuel. Elle a interrompu le rapport assez violemment. P.F s'est senti mal et n'a pas compris son hurlement et son besoin d'être en chien de fusil. La douleur est restée quelques jours. E.F en parle à sa mère, celle-ci lui conseille d'aller voir leur gynécologue. Il ne voit rien qui pourrait expliquer cette douleur. Elle lui parle de l'irrégularité de ses cycles avec des légères douleurs. Il lui explique que tout va redevenir normal qu'elle a peut être repris une activité trop rapidement après son accouchement. Deux mois passent, puis E.F est prise d'une douleur incroyable au bureau. Elle fait un malaise, le SAMU et les pompiers l'accompagnent au CHU. Elle fait des examens, tout va bien.

Au fils des mois, les douleurs s'intensifient et les rapports sexuels sont de plus en plus espacés, trop douloureux.

Elle prend RDV chez un autre gynécologue conseillé par une collègue de travail. Elle voit un spécialiste qui, lui, suspecte une endométriose. De nouveau, elle refait des examens et le verdict tombe. Elle trouve que le médecin n'a pas pris de gant, il était persuadé qu'elle connaissait sa situation suite à son premier parcours Fécondation In Vitro.

E.F ressort traumatisée et son désir d'enfant est bien présent malgré l'annonce d'aucune maternité future. Elle se sent triste, mélancolique et en veut au monde entier. Elle s'isole, ne sort presque plus que pour aller travailler. Elle ne supporte pas les femmes enceintes autour d'elle. Elle ne peut se réjouir des bonnes nouvelles d'annonces de naissance dans ses familles respectives.

E.F et P.F se disputent très souvent et n'arrivent plus à dialoguer. Ils n'ont plus, aujourd'hui, de sexualité.

#### **f. Traitement :**

La prise en charge de 15 séances de 1h/1h30 réparties sur 12 mois.

Première séance :

Je l'ai consacré à l'entretien clinique pour recueillir l'histoire du couple. Je l'ai senti fragile et tendu.

Ils ont joué à se renvoyer la faute, à ne pas s'écouter et à se renfermer dans leur retranchement. J'ai senti ce couple au bout du rouleau.

Je leur ai proposé de nous revoir la semaine suivante pour revoir leur communication. Ils étaient d'accord.

Deuxième séance la semaine suivante:

Nous avons travaillé la communication relationnelle bienveillante « Imago ». Je les ai invités à trouver un sujet de discussion et à s'inviter mutuellement pour découvrir le monde de l'autre. Ils se sont pris facilement au jeu. J'ai senti le couple plus détendu. Pour garder cette

dynamique, je les ai invités à refaire l'exercice de communication « imago » chaque soir. On s'est revu la semaine suivante.

Troisième et quatrième séance :

Ils arrivent en retard, je les sens contrariés. Elle m'avoue ne pas avoir été hyper motivée pour refaire les dialogues à la maison.

Ils ont essayé mais très vite leur habitude de communication est revenue. Je l'ai rassurée. On retravaille de nouveau ce dialogue.

Cinquième séance :

J'évalue la santé du couple, j'apaise les tensions conjugales. On évoque leur définition du couple, les injonctions paradoxales.

Sixième séance :

On communique sur les enjeux de la maladie et sur le deuil de leur première année de vie. Je propose à P.F l'utilisation d'un appareil prêter par un kinésithérapeute pour qu'il soit sensibilisé sur les douleurs que vit sa femme. Il prend conscience de la réalité de sa femme. Elle se sent soulagée. P.F fond en excuses et voit du coup la maladie de sa femme autrement.

Septième séance :

Beaucoup de choses ont évolué en quelques mois, P.F et E.F arrivent plus proches main dans la main. Je les sens plus tendres. Ils me racontent que la dernière séance a été révélatrice pour lui.

Il a changé son attitude et répond plus facilement à la demande de sa femme quand elle est en crise. Du coup, je les invite à créer un cahier ou un journal intime. Ils vont se découvrir davantage.

Huitième séance :

Je les interroge sur le récit de leur histoire de couple: je me souviens.... Et je leur demande de faire la création et le repérage des zones « à risques » : en rouge les sujets sensibles et en vert les points d'accord.

Neuvième séance :

Nous allons évoquer le rapport sexuel et ses croyances. Je vais évoquer la sexualité de procréation et de non procréation. Nous avons ouvert une discussion et j'ai répondu à leur interrogation. J'ai proposé des exercices de câlin pour remettre en mouvement une communication non verbale.

Dixième séance et onzième avec E .P seule :

E.F a un désir profond d'une deuxième grossesse et nous allons profiter de cette séance pour en parler.

Elle évoque cette première Fécondation In Vitro, l'accouchement qui a été compliqué. Nous travaillons sur ses pensées automatiques et sa croyance d'avoir été punies durant son accouchement.

Nous désensibilisons en pensées positives.

Nous travaillons sur le deuil de cet enfant. L'adoption sera évoquée. Je lui conseille de faire des séances d'hypnose avec une collègue.

L'EFT et de la relaxation seront pratiqués. Elle repart avec une routine de 21 jours en EFT.

Douzième séance en couple :

E.F et P.F sont plus détendue. Nous évoquons les exercices et nous notons un envie de retrouver une sexualité.

Nous discutons et nous notons E.F réticente. Elle a peur d'avoir mal. Je la rassure et met en place un contrat pour le moment d'interdiction du rapport sexuel. J'explique pourquoi et je réponds à leur interrogation. .

Par contre, nous développons le comportement réceptif via l'exercice « Sunsate Focus ».

Treizième séance avec P.F seul :

P.F évoque son infertilité. Nous allons revenir sur toutes les croyances liées à l'homme, à sa virilité et ses fluctuations.

On a évoqué aussi l'image de la femme et de la maladie. P.F avoue vouloir jouer le rôle de l'homme qu'il a fantasmé enfant, du père qu'il aurait aimé avoir et s'est certainement oublié dans sa position de l'homme.

On évoque les différents rôles masculins et nous l'invitons à me détailler tout cela en répondant à ces questions : « qu'est-ce que pour vous être un père ? Avez une représentation particulière de cet homme ? Qu'est-ce que pour vous être un mari? Avez une représentation particulière de ce rôle? »

P.F repart enchantanté de la séance.

Quatorzième séance en couple :

Ils arrivent tous les deux très joyeux. On évoque le massage « Sunsate Focus ». Ils m'avouent avoir découvert de nouvelles sensations corporelles surtout avec les plumes. Ils ont bien respecté les consignes et se sont sentis accueillis par l'autre quand ils ont inversé les rôles. Ils ont bien vécu l'interdiction de rapport de sexuel. P.F avoue s'être masturbé, chose qu'il n'avait jamais faite avant.

E.F avoue aussi avoir retrouvé la compagnie de son Sex Toy. Je les sens parler librement de leur aventure érotique solo. On évoque la possibilité de vivre ces masturbations ensemble. Ils continuent le massage « Sunsate Focus » et je les invite à se lire mutuellement une à deux fois par semaine une lecture érotique de leur choix.

Quinzième séance :

Ils arrivent très complices et joueurs. Ils m'avouent avoir fait l'amour. Elle a ressenti de petites douleurs mais supportables. Du coup, on évoque les meilleures positions. Je les invite à explorer doucement et à sélectionner les positions où E.F n'éprouve pas de douleur. On évoque leur imaginaire et leurs fantasmes.

E.F et P.F sont taquins l'un envers l'autre. E.F évoque un prochain rdv médical, il souhaite l'accompagner. Ils ont déposé un dossier pour adopter et peuvent postuler pour une adoption au Laos. Ils sont heureux.

#### **g. Discussion :**

Ce couple est arrivé avec beaucoup d'incompréhension, de mécontentement et un manque de communication.

Nous notons P.F un manque d'empathie envers sa femme lié à des rancœurs, des non-dits et des blessures d'enfance.

E.F a été déstabilisée par un diagnostic maladroit qui a remis en question sa vie, son couple et ses idéaux.

Les débuts de la thérapie ont été chaotiques avec une irrégularité et de nombreux actes manqués.

Puis, le couple a observé des changements importants qui ont motivé leur régularité aux séances. Aujourd'hui, je revois ce couple après chaque visite médicale.

Leur dernière visite nous avons évoqué leur dossier d'adoption qui est en stand-by cause covid et frontière fermée.

## **6. Troisième vignette Clinique:**

### **a. Description du sujet :**

G.G, une femme de 42 ans, est nerveuse. D'origine yab (petit blanc des Hauts), elle se ronges les ongles et se dandine sur son fauteuil. Elle n'est pas mariée, n'a pas d'enfant. Elle est la cadette de deux sœurs. Le décès de sa grand-mère est un véritable choc. Elle travaille comme directrice d'un service éditorial.

### **b. Motif de consultation :**

G.G se présente en thérapie pour une endométriose avec un vaginisme secondaire, (c'est-à-dire qu'elle est dans l'incapacité d'être pénétrée) qui survient après une période de vie sexuelle sans problème de pénétration. G.G a été diagnostiquée atteinte d'endométriose à 22 ans. Elle a toujours eu des douleurs et des règles hémorragiques dès 10 ans.

### **c. Histoire personnelle et familiale :**

G.G est la cadette de sœurs âgées de 55 ans et 61 ans, elle reproche une naissance tardive à ses parents. Tout le monde l'attendait et elle a été couvée toute son enfance et son adolescence par sa mère, sa grand-mère. Elle considère sa mère comme ultra protectrice. Son père est plutôt un papa poule sans aucune autorité. Elle s'entend très bien avec ses sœurs et s'identifie beaucoup à elles. Elle adore sa famille. Elle évoque des antécédents médicaux marqués par de nombreux séjours hospitaliers au cours de l'enfance. Elle se rappelle une hospitalisation de 3 mois où elle s'est sentie terrifiée et abandonnée.

Puis, elle se rappelle aimer de plus en plus ses hospitalisations. Elle avait encore plus l'attention de sa famille.

Sa scolarité a été aménagée entre l'hôpital et la maison avec des enseignants particuliers. Ses parents avaient une exploitation agricole de canne à sucre.

G.G nous révèle des souvenirs plus ou moins agréables de ses séjours à l'hôpital et revit en rêve des moments d'horreur de cette période. Elle rêve souvent de sang qui coule et de gens qui s'activent autour d'elle. Elle revoit certains visages d'infirmières et de médecins, elle appelle sa mère et ses sœurs qui ne viennent pas. Elle se réveille en hurlant et souvent n'arrive plus à s'endormir.

Elle n'a jamais su pourquoi elle était hospitalisée si régulièrement. Ses parents changent toujours de sujet et ses sœurs aussi d'ailleurs. Elle a des cicatrices au niveau du thorax qui l'ont toujours complexés, même si celles-ci sont peu visibles à l'œil nu.

Ce secret sur sa maladie, G.G ne l'a jamais compris, c'était le choix de ses parents pour la préserver.

Vers 16 ans, G.G a repris une scolarité normale. Elle n'était pas très à l'aise en cours, elle avait peur des « la di là fé » et ne voulait pas déranger. Elle avait beaucoup d'angoisse à être interrogée et n'avait pas les codes pour vivre en société.

A 18 ans, elle s'est passionnée pour l'écriture, le journalisme et le métier de l'édition. Elle a suivi une formation dans une école de journalisme sur l'île et est actuellement directrice éditoriale. Elle est très fière de son parcours professionnel. Elle vit d'un métier passion.

G.G m'explique son parcours de femme atteinte d'endométriose. G.G a eu ses premières règles à 10 ans, à l'hôpital.

Elle se rappelle avoir taché le lit et s'être fait disputée par l'infirmière. Elle ne savait pas ce qu'il lui arrivait. Elle pensait qu'elle allait mourir. Sa sœur aînée, lui expliqua ce qui lui arrivait et lui fournit les garnitures. G.G perdait beaucoup de sang, elle était couchée sur son lit et ne pouvait plus bouger. Sa mère ne comprenait pas ses douleurs.

Sa mère pense qu'elle n'accepte pas ses règles. Elle pensait qu'un « Dafalgan » allait suffire. À l'hôpital, G.G comprend vite qu'il est normal d'avoir mal au ventre, c'est ça avoir ses règles. G.G grandi avec cette normalité et elle prend sur elle : c'est « NORMAL ».

À 22 ans, G.G fait une visite de contrôle et on détecte quelque chose du côté de son utérus. Elle fait les examens, elle pense à un cancer. On l'opère et là on découvre de l'endométriose partout. G.G est heureuse, elle a enfin un diagnostic et associe cette maladie à son enfance. Puis, au fil des RDV elle découvre la maladie génétique qui l'hospitalisait enfant, et n'a rien à voir avec la pathologie actuelle.

Elle note que sa vie va continuer à être rythmée par un suivi médical régulier et des examens. On l'opère encore et le gynécologue au vu de son âge l'invite à congeler ses ovocytes.

G.G ne veut pas et doit faire face à l'incompréhension médicale et familiale devant son choix de non désir d'enfant.

G.G nous explique qu'elle ne veut pas d'enfant et qu'elle a eu très vite marre de tous ces jugements : « Tu es encore jeune ! Avec l'âge tu changeras d'avis... » « Ton horloge biologique tourne ! Dépêche-toi, tu vas le regretter plus tard... » ou « C'est naturel d'être mère »

« De toute manière t'inquiète pas, ça va changer avec l'âge. » ou pire encore « Tu devrais consulter, à mon avis, tu as un problème. ».

G.G ne comprends pas ces attaques alors que pour un homme il est plutôt normal qu'il ne souhaite pas d'enfant, personne ne le juge ni n'ouvre un débat sur le sujet.

Elle ne se sent pas maternelle et ne comprend pas cette pensée sexiste et patriarcale qui veut qu'une femme soit là pour avoir des enfants.

Elle subira huit opérations dans diverses zones du corps liées à des atteintes génitales, vessie, digestive, diaphragme...

G.G a de nombreuses cicatrices sur le corps sur des endroits très intime. Elle ne le vit pas plus mal que ça. Elle a grandi avec un corps plein de cicatrices. C'est parfois le regard des autres qui peut être déstabilisant.

Dans sa vie professionnelle et personnelle, G.G est très discrète et parle peu d'elle. Elle préfère écouter les autres et les aider du mieux qu'elle peut. Elle n'évoque jamais son histoire médicale et s'accommode de ses crises. Son travail lui permet de pouvoir être en extérieur ou chez elle. Lors de ses crises, elle travaille à la maison.

Elle cache un maximum ses faiblesses. Pour ses collègues, c'est une femme dynamique, forte et d'humeurs égales. G.G m'explique comme il est difficile parfois de porter cette armure, pourtant elle a toujours fait partie de sa vie.

Elle a des amis très proches qui la soutiennent et sont présents pour elle après ses opérations. Sa mère et ses sœurs sont aussi très présentes, mais ne comprennent pas toujours ses choix.

Elle n'est pas mariée, ne veut pas d'enfant et se sent anormale à leurs yeux.

#### **d. Sexualité :**

G.G est consciente que ses hospitalisations n'ont pas favorisé sa sexualité. Elle n'a jamais eu d'intimité ou de contact avec les autres enfants. Elle a bien des souvenirs de garçons avec qui elle aimait bien jouer ou rire mais n'a pas plus de souvenirs. Elle a très peu de notion de plaisir.

Elle se rappelle juste parfois ses toilettes intimes équivoques avec des infirmières, ses médecins et internes qui observaient son corps à longueur d'année.

G.G est très désinvestie de son corps qui finalement appartient plus au corps médical qu'à elle.

A 14 ans, elle a laissé son corps à ce garçon, elle ne sentait rien et elle le voyait juste venir en elle et râler. Puis se retirer comme un « sauvage ». Elle ne savait pas qu'elle venait de faire l'amour.

G.G s'est offerte ainsi à de nombreux jeunes hommes sur la plage, dans leur voiture, dans ce bar qui était son lieu de rencontre. Elle se moquait de tout ça et de ses surnoms d'être une fille facile ou légère.

Un matin, elle se réveille dans une maison inconnue ses vêtements à terre. Elle n'a aucun souvenir juste mal de tête. Elle repart sans chercher à comprendre ce qu'elle aurait pu vivre, elle avait 18 ans.

G.G n'a jamais eu de douleur durant les rapports sexuels, elle se masturbe pour enlever les tensions liées à son travail. Elle n'est pas très douce avec son corps et avec son intimité.

Elle aura de nombreuses aventures sans lendemain, G.G ne veut pas fonder de famille, ne veut pas s'attacher à un homme, elle souhaite être libre.

Elle a par moment besoin d'abstinence, de périodes où elle ne touche pas son corps et où elle ne l'offre pas aux hommes. Elle aime les hommes mariés et préfère être l'amante d'un temps. Dès qu'il s'attache elle le quitte.

G.G se sent heureuse ainsi, elle aime être rebelle et assume.

Par contre, elle me raconte qu'il y a 4 ans, elle a vécu une histoire avec un collègue marié M.P. Cette situation était confortable, il était marié, il aimait sa femme et ne souhaitait pas la quitter. Leur relation avait lieu exclusivement dans son bureau. Elle était très excitée par ce jeu de pouvoir être vue.

Seulement, ce jour-là, son amant n'avait pas fermé la porte et G.G se revoit sur ce bureau à quatre pattes et la porte qui s'ouvre. C'était la femme de son amant, G.G immobile a eu un premier flash-back de cette soirée. Elle se crispe et son partenaire surpris se retrouve à ne plus pouvoir la pénétrer.

Sa femme met une gifle à G.G et deuxième flash-back : elle se recroqueville sous le bureau. L'homme s'explique avec sa femme. Ils quittent le bureau sans se préoccuper de G.G.

C'est la femme de ménage qui va la retrouver sous le bureau et qui va appeler les pompiers.

G.G sera hospitalisée durant 15 jours suite à ses visions.

Elle revoit toujours cet homme M.P. Suite à cela, G.G n'arrive plus à être pénétrée. Elle exprime avoir des souvenirs d'un viol collectif dans la maison où elle s'est réveillée lorsqu'elle avait 18 ans.

Tout lui est revenu suite à l'incident avec la femme de son amant.

Maintenant, elle ne peut plus faire l'amour sans revoir cette scène.

Elle fait une thérapie EMDR. Elle ne souhaitera plus de rapport sexuel, jusqu'à aujourd'hui.

G.G vient de rencontrer S.K. Il a 52 ans. C'est un homme charmant, divorcé sans enfant, il vit seul. Elle le rencontre chez des amis. Elle veut retrouver une sexualité.

#### **e. Sexualité réelle actuelle :**

G.G ne se caresse pas et ne ressent plus rien. Son corps semble être anesthésié depuis la révélation de ce viol collectif dans son esprit. Elle évite d'éveiller son désir de peur de découvrir encore autre chose.

G.G n'a jamais essayé de mettre un doigt dans son intimité depuis la révélation et encore moins un sexe.

Seulement, S.K éveille chez G.G une tension au bas du ventre. Elle rêve de lui.

S.K et G.G font des activités, des sorties et des nombreux diners ensemble.

Ils se plaisent et G.G est inquiète et évite toute possibilité de rester seule avec lui. Elle ne souhaite pas être touchée.

Puis graduellement, elle le laisse la toucher, l'embrasser, la caresser. Elle aime ces moments de tendresse et de sensualité. Elle reste vigilante et n'arrive plus à se laisser aller. Elle veut maîtriser cette relation.

G.G à l'issue d'un moment tendre est rentrée chez elle. Elle s'est caressée et a repris contact avec son clitoris. Seulement, elle s'arrête de peur de ce qu'il peut se passer.

S.K aimerait avoir un rapport intime avec elle. Elle lui propose de le masturber ou de lui faire une fellation.

Seulement, le désir est tel qu'ils veulent plus, le rapport coïtal s'est invité mais la pénétration n'a pas été possible. S.K n'a pas insisté et a repris ses préliminaires. Ils ont pris beaucoup de plaisir mais elle se sent une moitié de femme.

Ils discutent et ils décident de prendre leur temps et de ne rien forcer. S.K est très compréhensif et ils axent leur sexualité sur plus de préliminaires.

Cette situation ne convient pas à G.G, elle s'interroge et a peur qu'il se lasse de cette sexualité sans pénétration.

Elle tient énormément à lui et veut sortir de ce cercle vertueux et retrouver sa liberté sexuelle.

#### **f. Traitements :**

A duré 17 séances de 45min/ 1h/1h30 répartis sur 10 mois. Beaucoup d'actes manqués, de retards et de rdv manqués.

Première séance :

Nous avons consacré à l'entretien clinique pour recueillir l'histoire de cette femme. G.G avait fait un travail formidable en EMDR.

Nous avons pu noter une anxiété et un état de panique à l'idée d'être pénétrée.

Elle repart avec un exercice de relaxation.

Deuxième séance :

Nous avons évalué son anxiété. Je revois avec elle son anatomie génitale et sa physiologie. Nous l'invitons au jeu du miroir, quel fera chez elle, pour se découvrir. Elle fait de nouveau de la relaxation ou de la cohérence cardiaque au choix.

Troisième séance :

G.G se sent moins anxieuse et fait des rêves érotiques. Je lui demande de m'en décrire un de son choix. Puis, elle évoque l'exercice du miroir. Je l'invite à me dessiner sa vulve.

Nous évoquons l'émotion vécue, la difficulté de se souvenir de sa vulve et sa vision : comment elle se la représente ?

Nous lui présentons l'exercice de Kergel pour mettre un peu plus de conscience sur cette partie de ce corps.

Quatrième séance :

G.G a du mal avec l'exercice de Kergel. Nous en discutons.

Puis nous lui proposons de faire de la relaxation musculaire progressive de Jacobson durant cette séance. Je la réinvite à faire l'exercice de Kergel.

Cinquième Séance :

G.G évoque les sensations suite à l'exercice. Nous l'interrogeons sur son hygiène intime, sa représentation sexuelle et sur ses cicatrices liées aux nombreuses opérations.

Nous allons reformuler tous les avis négatifs envers elle et sa difficulté actuelle.

Nous l'invitons à prendre rdv avec une amie qui fait du cabaret burlesque pour reprendre son pouvoir de femme et développer son auto érotisme. Elle fera 5 séances de cabaret.

Sixième séance :

Nous l'interrogeons sur sa peur de l'engagement affectif, et sur son imaginaire érotique.

Nous l'invitons à lire des ouvrages érotiques et à visionner des films romantiques.

Elle repart avec un exercice d'auto massage.

Septième séance :

Nous allons réintégrer et ressensibiliser son enveloppe charnelle et habituer son corps à la pénétration : exercice du doigt, utiliser des objets masturbation solo et/ou avec sextoys type ORGASMO 2000 (s'assurer que notre patiente soit à l'aise avec l'idée), des dilateurs ou bougie de Hégar.

Je vais lui conseiller des lubrifiants, huile de coco.

Huitième séance :

G.G évoque de nouveau des rêves érotiques avec pénétration.

En tout cas, elle mentalise bien cela. Nous allons évoquer l'exercice.

Elle n'a plus trop d'appréhension.

Du coup, je lui propose avec son partenaire de faire le « Sunstate Focus ».

Nous lui expliquons l'importance de l'interdiction du rapport sexuel. Elle repart avec l'exercice.

Neuvième et Dixième séance :

G.G est accompagné de S.K. Ils évoquent l'exercice.

Au début, G.G a mis beaucoup de temps pour lui en parler. Ils ne vivent pas ensemble et elle a eu peur de sa réaction.

Il me remercie pour cet exercice qui leur permet de mieux se connaître l'un et l'autre. S.K souhaite ne mettre aucune pression à sa partenaire.

Du coup, nous allons profiter de sa venue pour les initier à la communication IMAGO.

G.G a pu ainsi exprimer ce qu'elle n'arrive pas à exprimer d'habitude.

Onzième séance :

On a continué la communication Imago. G.G et S.K repartent sur de meilleures bases de communication, et la compréhension de l'histoire de l'autre.

G.G fait des séances d'acupuncture et de kinésithérapie.

Douzième séance

G.G est prête pour l'étape réalisation de la pénétration. Nous évoquons avec elle la position qui facilitera cette acclimatation vagin/verge.

Nous lui conseillons d'être agenouillée, son vagin au-dessus du pénis en érection.

Nous lui conseillons de s'habituer à le tenir et à le sentir contre l'entrée vaginale puis de s'asseoir progressivement pour réaliser la pénétration, d'abord partielle puis complète, bien entendu elle peut interrompre cette introduction à tout moment. Elle peut aussi faire une intromission de ses doigts qu'elle remplace ensuite par le pénis.

Je l'invite une fois la pénétration faite à ne pas bouger, elle observe cette présence intra vaginale, elle doit s'y habituer et elle peut faire quelques contractions des muscles périnéaux.

Puis elle peut tenter quelques mouvements surtout si elle sent un désir de stimulation l'envahir. Le changement de position se fera quand elle aura retrouvé un rapport aisé. Nous lui conseillons quelques positions suite à ces opérations.

Treizième séance :

G.G est très heureuse. Elle a réussi cet exercice de pénétration. Tous c'est bien passé même si elle nous évoque quelques traces de sang après le rapport. Elle n'a pas ressenti de douleur.

Nous lui recommandons au départ, de prendre du lubrifiant et nous lui communiquons deux /trois marques en pharmacie.

Nous lui conseillons aussi de prendre rdv avec un gynécologue

Nous notons une grosse angoisse.

Nous allons évoquer les visites chez le gynécologue et on va ressenbilise en pensées positives la rencontre.

Quatorzième séance :

G.G évoque sa visite gynécologique. Tout va bien, la gynécologue était très empathique et l'examen s'est très bien passé. Il a été complet.

L'endométriase est toujours présente mais ne gêne pas G.G.

Elle évoque ses projets avec S.K.

Quinzième et seizième séance :

G.G évoque son parcours médical enfant et adulte. Beaucoup d'émotions sont présentes : colère, impuissance, peur, vulnérabilité, humiliation.... Elle se sent responsable de ne pas avoir su dire « non ».

Nous l'interrogeons sur cela et lui demandons ce qu'elle aurait aimé faire.

Nous allons travailler ses pensées automatiques négatives en les ressenbilisant en pensées positives.

Je lui propose de l'EFT. Elle partira avec 21 jours de routine EFT.

Dix-septième séance :

G.G m'évoque qu'elle aime sa vie actuelle et sa liberté. Elle évoque être très heureuse avec S.K et souhaite partager son témoignage avec d'autres femmes. Elle admire ses choix et d'être en marge d'un monde qui parfois ne la comprends pas. Elle est heureuse.

#### **g. Discussion :**

Cette femme avait subi de fort traumatismes et un rapport avec son corps inexistant. Elle a beaucoup de mal à s'investir au début de la thérapie. Elle oubliait les séances qu'elle avait confirmées la veille. Parfois, elle venait avec du retard.

Nous avons remis du cadre puis elle devenue très volontaire et a trouvé un partenaire à l'écoute qui lui a redonné confiance. G

.G peut s'ouvrir à une nouvelle vie et à de nouvelles perspectives d'avenir dans sa vie sentimentale. Elle assume ses choix et se sent libre maintenant de continuer sa vie.

## CONCLUSION :

L'endométriose est une maladie chronique qui participe à de multiples impacts négatifs sur la qualité de vie, l'estime personnelle, engendre le désir ou pas d'enfant, la capacité à devenir mère, la sexualité et le bien-être.

On note que la maladie varie en fonction de l'histoire de la participante, de son parcours, du parcours médical et du diagnostic, de ses projets de vie, de ses valeurs et de ses symptômes.

Beaucoup de femmes vivent de « grande source » de mal-être et ont de la peine à comprendre la gravité de ce qu'elles vivent. Souvent, elles sont aspirées dans le cercle de la chirurgie ou de l'enfant sans ménagement.

La chirurgie est une source potentielle de trauma avec la confrontation de la mort symbolique.

De plus, la fatigue importante des femmes atteintes, implique une dépendance et des convalescences régulières.

Elles deviennent hyper vigilantes à leurs sensations, ce qui peut parfois mener à des comportements à tendance « hypocondriaque » où tout ressenti physiologique devient une source d'inquiétude et de stress comme si le « danger » ne prenait jamais fin.

Elles vivent dans une incertitude constante en raison de la cohabitation avec cette maladie imprévisible dans son évolution et invisible dans son développement.

Chaque symptôme est une épreuve surtout quand il est récurrent à fortiori lorsqu'il n'est pas soulagé.

La prise en charge médicale ne répond pas aux attentes de ces patientes qui espèrent vivre une vie « normale ».

En effet, ces femmes réinventent et réorganisent leur existence en permanence et souhaitent avoir davantage de soutien et d'écoute dans tous les moments de la vie.

Les femmes atteintes d'endométriose doivent en permanence redécouvrir leur corps, leurs limites et leur sexualité.

Elles ont besoin d'une phase d'exploration, loin de la peur et des mauvais gestes, afin d'avoir une meilleure connaissance de leur préférence sexuelle.

Les normes de performance transmises par la culture jouent un rôle dans les difficultés que peuvent rencontrer ses femmes.

L'atteinte à leur identité féminine est une véritable blessure dont, parfois, elles arrivent à faire une force.

Il existe une grande variété de vécus, d'identification de la maladie et de façons de la vivre au quotidien.

## **BIBLIOGRAPHIE :**

- \*Laurianne Martini et Claire Sistach Ebook endométriose et mouvements.
- \*DR Alain Audebert, membre du comité scientifique d'Endofrance endométriose : guide pratique pour le clinicien, mai 2018.
- \*COLLECTIF ICA L'édition 2019 du Guide "Parcours de santé des personnes malades chroniques".
- \*Endométriose - Qu'est-ce que c'est ? [Internet]. Figaro Santé. [cité 12 août 2019].
- \*Endométriose [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers\\_information/endometriose](https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers_information/endometriose).
- \*Organes génitaux féminins externes - Problèmes de santé de la femme - Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-de-la-femme/biologie-de-l%E2%80%99appareil-g%C3%A9nital-f%C3%A9minin/organes-g%C3%A9nitaux-f%C3%A9minins-externes>.
- \* Endo & sexo - Avoir une sexualité épanouie avec une endométriose Broché – 24 septembre 2019 de Marie-Rose Gales.
- \*Les organes génitaux féminins - Gyn&co [Internet]. [cité 1 juill 2020].
- \*Tout savoir sur le cycle menstruel [Internet]. Gyn&co. 2016 [cité 22 déc 2019].
- \*Le cycle menstruel [Internet]. [cité 30 juill 2020].
- \*Charles Chapron, Yasmine Candau Idées reçues sur l'endométriose - 2e édition -2018.
- \*Endométriose & Emploi, livre blanc édité en partenariat avec Kerialis L'objectif du Livre Blanc, novembre 2020.
- \*La maladie taboue – Marie-Anne Mormina, 31 janvier 2018.
- \*Frédérique Godet le petit livre qui te dit tout sur tes premières règles : Mes règles à moi, septembre 2020.
- \*Endométriose. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 1 févr 2020].
- \*Endométriose mon amour blog personnel.
- \*Endofrance : Association Française de lutte contre l'Endométriose.
- \*Étude sur l'impact de l'endométriose sur la santé des femmes 2016 hindawi revue.
- \*Etude sur l'épidémiologie de l'endométriose en France hindawi revue.
- \*Audebert A. Endométriose, guide pratique pour le clinicien. sauramps medical.
- \*Schaffer F. Etude scientifique : les phtalates comme cause de l'endométriose.
- \*Beguigneau C. Influence des perturbateurs endocriniens d'origine industrielle sur les paramètres en jeu dans la fertilité féminine université de toulouse.
- \*D Huillery, E Petit, E Sauvanet Tout sur l'endométriose: Soulager la douleur, soigner la maladie sur l'endométriose ?- Mai 2020.
- \*Symptômes [Internet]. Info endométriose. Février 2020.
- \*Leconte et Dousset - 2008 - Endométriose pelvienne profonde avec atteinte rect.
- \*Reconnaître le syndrome de l'intestin irritable amile.fr.
- \*Des barbelés dans mon corps – Virginie Durant, février 2019.
- \*Localisations et symptômes de l'endométriose : espace luciole février 2020.
- \*Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005.
- \*L'endométriose, vaincre la douleur et l'infertilité – Gisèle Frenette, septembre 2011.
- \*Douleurs pendant les rapports sexuels (dyspareunies) : diagnostic et prise en charge VIDAL.
- \*La dyspareunie (douleur pendant les rapports) est-elle systématique en endométriose ? EndoFrance.
- \*Campin L, Borghese B, Marcellin L, Santulli P, Bourret A, Chapron C. Troubles fonctionnels urinaires liés à l'endométriose profonde et à son traitement : revue littéraire 3 juin 2014.

- \*De Lapasse C, Chis C, Renouvel F, Panel P. Évaluation fonctionnelle urinaire et urodynamique préopératoire de patientes présentant une endométriose profonde pelvienne chirurgicale : à propos de 23 patientes. Pelvi-Périnéologie. 1 déc 2008.
- \*Douleurs pelviennes et Endométriose : EndoFrance.
- \*Juhan-Duguet V. Douleurs pelviennes chroniques. /data/revues 2 oct 2015.
- \*L'endométriose : définition - Centre Endométriose Experts EndoMarseille GynécoMarseille.
- \*Fertilité, endométriose : l'Inserm fait le point sur les recherches Salle de presse | Inserm. 2019.
- \*Les conséquences de l'endométriose sur la fertilité - Service de gynécologie à Genève aux HUG | HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève.
- \* Insémination artificielle. In: Wikipédia [cité 1 mars 2020].
- \* FÉCONDATION IN VITRO - Qu'est-ce que la fécondation in vitro?. Cliniques IVI France. [cité 1 mars 2020].
- \* Fatigue chronique et qualité de vie avec l'Endométriose • Association EndoFrance.
- \* Endométriose Dépression cité 8 mai 2020 article de webnode.
- \* Comprendre l'endométriose ameli.fr.
- \* Les causes et les facteurs de risque de l'endométriose - EurekaSanté par VIDAL.
- \*Évaluation de CA 125 et CD-23 soluble chez les patients atteints d'endométriose pelvienne: une étude cas-témoins. Tour Assoc Medica Bras 1992.
- \*Conseils pratiques pour l'utilisation de l'Endometriosis Fertility Index (EFI) – ScienceDirect.
- \*Tableau score EFI.
- \*Tableau score AFS.
- \*Traitement-médical-de-l-endometrioseE.Fdf.
- \*Lutter contre la douleur, les AINS - Ros Wood.
- \*Prise\_en\_charge\_de\_l'endometriose\_-\_demarche\_diagnostique\_et\_traitement\_medical\_-\_fiche\_de\_synthesE.Fdf.
- \*PassionSante.be. Endométriose : le spectre de la dépression et de l'anxiété 17 mars 2020.
- \*Traitement de l'endométriose : l'ostéopathie comme solution naturelle - REFLEX OSTEO.
- \*Accompagner la ménopause avec les plantes - Le Point.
- \*Thérapies à base de plantes et diététiques pour les soins primaires et secondaires Dysménorrhée, 2001.
- \*Décodage biologique des maladies, septembre 2021, Christian FLECHE.
- \*Prise en charge de l'endométriose cngof 2017.
- \*Traitement-médical-de-l-endometrioseE.Fdf.
- \*Bienvenue sur le site Info-endométriose (info-endometriose.fr).
- \*M-Soigner - Errance thérapeutique de l'endométriose : privilégier la formation [INTERVIEW] (m-soigner.com).
- \*C-Mori T, Ito F, Koshiba A, Kataoka H, Tanaka Y, Okimura H, et al. Aromatase as a target for treating endometriosis. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 2018; 44(9):1673-1681.
- \*SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. Endométriose : diagnostic et prise en charge, recommandations de la société des obstétriciens et gynécologues du Canada. 2010.
- \*Endométriose : physiopathologie, facteurs génétiques et diagnostic clinique. La Presse Médicale. 2017.
- \*BREF HISTORIQUE DE L'ETUDE DE L'ENDOMETRIOSE [Internet]. [cité 7 sept 2018]. Disponible sur: <http://endometriosemaladie.e-monsite.com/blog/brefhistorique-de-l-etude-de-l-endometriose.html>.
- \*« Mülleriose: la seule théorie cohérente de l'origine de l'endométriose », par le Dr David Redwine – Pharmacritique.
- \*Dubuisson J, Pont M, Roy P, Golfier F, Raudrant D. Sexualité féminine après chirurgie pour endométriose pelvienne profonde.

- \*Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson J-B, Vieira M, Dousset B, Bréart G. Relation entre les symptômes de la douleur et la localisation anatomique de l'endométriose infiltrante profonde.
- \*Selvi-Revueblanche-QualitdevieaprschirurgiedelendomtriosepelvienneprofondE.Fdf.
- \*Diagnostic et prise en charge de l'endométriose : nouvelles recommandations de la HAS et du CNGOF (vidal.fr).
- \*FABIEN PIASCO l'alimentation anti endométriose.
- \*Prise\_en\_charge\_de\_l'endometriose\_-\_demarche\_diagnostique\_et\_traitement\_medical\_-\_fiche\_de\_synthesE.Fdf (has-sante.fr).
- \*Fiche1\_endofrance.CDR.
- \*La contraception orale ou « pilule » - VIDAL.
- \*cochrane\_mois\_endometriosE.Fdf.
- \*Mois de l'endométriose | Cochrane France.
- \*Andrew Flower, Jian Ping Liu, George Lewith, Paul Little, Qing Li, « Les plantes médicinales chinoises pour l'endométriose », Cochrane Systematic Review, 16 mai 2012.
- \*Accunptur Irène Lund and Thomas Lundeborg, "Is acupuncture effective in the treatment of pain in endometriosis?", Journal of Pain Research, 2016; 9: 157–165.
- \*Endométriose : du signe clinique au diagnostic. Médecine Thérapeutique Médecine Reprod. 1 janvier 2007:
- \*HAS, CNGOF. Prise en charge de l'endométriose.
- \*Traitement chirurgical et fertilité. Décembre 2017 Disponible sur : [https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201801/prise\\_en\\_charge\\_de\\_l'endometriose\\_-\\_traitement\\_chirurgical\\_et\\_fertilite\\_-\\_fiche\\_de\\_synthesE.Fdf](https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201801/prise_en_charge_de_l'endometriose_-_traitement_chirurgical_et_fertilite_-_fiche_de_synthesE.Fdf).
- \*Grynberg M, Benard J. Préservation de la fertilité et endométriose : quand le médical côtoie le sociétal. Décembre 2015 : 759-760. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/1019663>.
- \*Bajos N, Bozon M.H La sexualité en France. Enquête CSF 2006. Contexte de la sexualité en France. la découverte. 485-497.
- \*Manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf (wordpress.com).
- \*Réflexions à propos d'une maladie invalidante et toujours mystérieuse : l'endométriose – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps (academie-medecine.fr).
- \*RENAER M VERTAMMEN les aspects psychologiques des douleurs pelviennes chroniques 1979.
- \*BELAISCH et ALLART : endométriose génitale et traumatismes psychologique Masson 1999 et endométriose et vécu de l'adolescence 2006.
- \*LOW et COLL : un profil psychologique des patients endométriose en comparaison avec des douleurs pelviennes d'autres origines 1993.
- \*Rock J endométriosse et douleur pelvienne 1933.
- \*HARISSON, ROWAN, MATHIAS réactivité au stress et relations familiales dans le développement et le traitement de l'endomètre, 2005.
- \*ADER R immuno modulation 2003.
- \*SIRISTATIONS, NISSOTAKIS, CHRELLAS, IACOVIDOU, SALAMALEKIS : immunocological factors and their role in the genesis and development of endometrioss, 2006.
- \*ANTSIFEROVA, POSISEEVA, SHOR, changes in the T helper cytokine profile and in lymphocyte activation at the systemic and local levels in women with endometrioss 2005.
- \*MAHEUX- précis de contracepation hormonale et de gynécologie ambulatoire canada 2005.
- \*Conférence au congrès mondial de Maastricht Dysfontion sexuel.
- \*Fritzer N, Haas D, Oppelt P, Renner S, Hornung D, Wölfler M, et al. Plus que du mauvais sexe: sexuel.
- \*Dysfonctionnement et détresse chez les patients atteints d'endométriose. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Juill 2013.
- \*Questionnaire FSFI original Microsoft Word - Reed\_Appendix\_v2.rtf (lww.com) ou PROTOCOL \*NUMBER ZN002/201 (fsfiquestionnaire.com).
- \*Géonet De Sutter Zech\_ échelles DSF\_SEXOL\_579\_in press.pdf.

- \*Sexe et endo 18221.pdf (edimark.fr).
- \*Évaluation de la qualité de vie  
<https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/157/?sequence=18>.
- \*Fritzer N, Tammaa A, Haas D, Oppelt P, Renner S, Hornung D, et al. Etude pour évaluer les effets à court terme de la chirurgie de l'endométriose sur la qualité de vie et la dyspareunie. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016 Feb;197:36–40.
- \*Dubuisson J, Pont M, Roy P, Golfier F, Raudrant D. Sexualité féminine après chirurgie pour endométriose pelvienne profonde. [Httpwwwem-PremiuM.HcoM.Hdoc-DistantunivLille2frdatarevues12979589v41i1S1297958912003633](http://www.em-premiuM.HcoM.Hdoc-distant.univlille2.fr/article/781309/resultatrecherche/1) [Internet]. 2013 Jan 16 [cited 2016 Dec 30]; Available from: <http://www.em-premiuM.HcoM.Hdoc-distant.univlille2.fr/article/781309/resultatrecherche/1>.
- \*Setälä M, Härkki P, Matomäki J, Mäkinen J, Kössi J. fonction sexuel et qualité de vie 12 mois après la chirurgie. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012 Jun;91.
- \*Elmerstig E, Wijma B, Berterö C. pourquoi les femmes continuent elles à avoir des rapports sexuel malgré la douleur ? *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* oct 2008
- \*n27\_pulsations\_janvier\_fevrier\_2016.pdf (hug.ch).
- \*Akrih, M., & Méadel, C. (2009). Les échanges entre patients sur l'Internet. *La presse médicale*, 38(10), 1484-1490. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2009.05.013>.
- \*Collinet, P., Decanter, C., Lefebvre, C., Leroy, J. L., & Vinatier, D. (2006). Endométriose et infertilité. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 34(5), 379-384.
- \*Denouel, A., Fauconnier, A., Torre, A. (2018). Attentes des femmes atteintes d'endométriose : quelle information apporter ? *RPC Endométriose CNGOF-HAS. Gynécologie Obstétrique.*
- \*Dépelteau, F. (2000). La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats. Bruxelles, Belgique : De Boeck Univ..
- \*Fasseur, F. (2016). Applications Méthodologiques Qualitatives Pratiques dans le champ de la santé. Document de cours non publiés, Institut de Psychologie, Université de Lausanne, Suisse.
- \*Gallard, F., Comby, F., & Desmoulière, A. (2014). Quelle prise en charge pour l'endométriose?. *Actualités pharmaceutiques*, 53(538), 20-26.
- \*Leroy, A., Azaïs, H., Garabedian, C., Bregegere, S., Rubod, C., Collier, F. (2016). Psychologie et sexologie : une approche essentielle, du diagnostic à la prise en charge globale de l'endométriose. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 44, 363-367.
- \*Levine, P. A. (2013). Réveiller le tigre : guérir le traumatisme. InterEd..
- \*Nisolle, M., Alvarez, M. L., Colombo, M., & Foidart, J. M. (2007). Pathogenèse de l'endométriose. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35(9), 898-903.
- \*Neukomm, C., & Mueller, M. D. (2008). L'endométriose—Une maladie peu connue, souvent méconnue.
- \*Panel, P., & Renouvel, F. (2007) Prise en charge de l'endométriose : évaluation clinique et biologique. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction.*
- \*Santiago-Delefosse, M. (2002a). Les méthodes de recherche qualitatives et la psychologie de la santé. In G. N. Fisher.
- \*Questionnaire qualité de vie FS-36 Haute Autorité de santé (has-sante.fr).
- \*Site Patient Reported Outcomes by Quality Metric - We Measure Health
- \*Le questionnaire MOS SF-36 : manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores de Leplège et al Paris : Estem, 2001.
- \*Espace-sante-reseau-pelvi-peut-on-guerir-site-rdcp.pdf (chu-dijon.fr)
- \*Santiago-Delefosse, M. (2002b). Psychologie de la santé: perspectives qualitatives et cliniques.
- \*Santiago-Delefosse, M. (2006). L'activité du chercheur entre objectivisme et subjectivisme. Un révélateur de la tension entre théorie et terrain.
- \*Santiago-Delefosse, M. (2007). Perspectives critiques en psychologie de la santé. L'exemple des recherches en oncologie. *Nouvelle revue de psychosociologie.*

- \*Schweizer, A., Spencer, B. (2016). Impact du diagnostic de lésions associées au Papillomavirus Humain (HPV) sur la sexualité féminine : étude qualitative.
- \*Fievet J. Rôle du médecin généraliste dans le diagnostic précoce de l'endométriose: revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2012.
- \*Masters W, Johnson V. Réponse sexuelle humaine. 1966.
- \*Kaplan HS. Désir sexuel hypoactif. J Sex Marital Ther. 1977.
- \*Lachat, R., Brühwiler, H., & Eggimann, T. (2013). Endométriose – une pathologie mystérieuse, résistante et chronique. In Forum Médical Suisse, 13(13-14), 271-274.
- \*Echelles d'évaluation de la douleur - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse (chu-toulouse.fr).
- \*Roman h complications post opératoire immédiate dans un centre multidisciplinaire dédié à l'endométriose une série 491 patientes 2020.
- \*Baron M place de l'acupuncture dans les douleurs pelviennes lés à l'endométriose faculté de médecine 2015.
- \*Douleurs chroniques et thérapie cognitivo-comportementale de groupe - Chronic pain and cognitive behavioral therapy (chu-dijon.fr).
- \*Chaporn C douleur et endométriose profonde revue littéraire 2003.
- \*Roman h prise en charge de l'endométriose douloureuse revue littéraire 2007.
- Fiovet rôle du médecin généraliste dans le diagnostic de l'endométriose revue littéraire 2012.
- \*Endométriose : Ce que les autres pays ont à nous apprendre Broché – 10 juin 2020 de Marie-rose Gales.
- \*Position au lit ou plus insolite ? Le top 10 du Kamasutra (aufeminin.com).
- \*La relaxation pour mieux gérer le stress (chumontreal.qc.ca).
- \*Le Bullet Journal & l'endométriose – M.HM (wordpress.com).

## ANNEXE 1 :

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT  
POUR LA PARTICIPTION A UN MEMOIRE**

Titre du mémoire : Endométriose : ses enjeux au quotidien. Une sexualité épanouie est-elle possible ?

---

Je soussigné(e).....

Accepte de participer à l'étude Endométriose : ses enjeux au quotidien. Une sexualité épanouie est-elle possible ?

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement par Mme Robert MF.

J'ai et compris la fiche d'information.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude et volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas l'organisatrice de cette étude de sa responsabilité et de sa déontologie. Je conserve tous mes droits.

Après avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à ce mémoire qui m'est proposée.

Fait à .....

Le.....

*Nom et signature de l'investigateur*

*Signature du/des sujet(s)*

## ANNEXE 2 :

### LETTRE D'INFORMATION POUR LA PARTICIAPTION A UN MEMOIRE

Titre du mémoire : Endométriose : ses enjeux au quotidien. Une sexualité épanouie est-elle possible ?

Madame, Monsieur,

Je vous propose de participer à un mémoire de recherche en tant que vignette clinique. Avant de vous décider, il est important de comprendre l'étude et ma démarche. Prenez le temps de lire cette note d'information destiné à répondre aux questions. Vous pouvez en parlez avec vos proches, vos amis ou votre médecin de référence.

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre de mon obtention de certification pour devenir Psycho sexologue. Il sera présenté sous forme de mémoire.

J'ai besoin de présenter 3 cas cliniques parmi mes patientes atteinte d'endométriose. Vous serez invité à des entretiens réguliers dans mon cabinet. Chaque entretien durera 45min à 1h. Il n'y aura aucun enregistrement, juste un suivi par écrits. Les interventions visent des changements significatifs dans le fonctionnement cognitif, émotionnel et comportemental ainsi que dans le système interpersonnel de chaque individu et du couple.

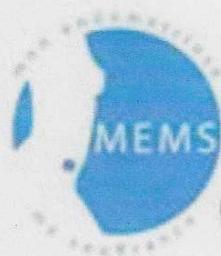
Il est entendu que votre participation à ce projet est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision.

Les informations recueillies serviront uniquement pour la réalisation de mon travail. Vous bénéficiez à tout moment du droit d'accès et de rectification des données.

Conformément à l'article L 1121-1 et suivants du Code de la santé publique, ce projet de relève par de loi Jardé, ni du Comité de Protection des Personnes, ni du Comité d'Éthique ;

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de mars 202 relative aux droits des malades) les résultats globaux du mémoire pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions vous pouvez me contacter au Mme Robert Marie-Françoise 06-92-02-67-78



## Appel à volontaires :

Projet mémoire **Endométriose, Psychologie et Sexualité**, avec Marie-Françoise ROBERT  
(Psychothérapeute spécialisée en massage corporelle)

### Venez Parlez Partagez

Dans le cadre de ce mémoire notre partenaire Marie-Françoise ROBERT, vous ouvrira un espace sécurisant et bienveillant où vous pourrez parler librement et sans jugement afin d'exprimer vos émotions et préoccupations, d'explorer des solutions, dénouer les enjeux émotionnels ou relationnels en vous accompagnant chaque mois :

- Pour maintenir et relancer la communication (approche IMAGO) dans le couple et au sein de la famille.
- Découvrir /construire le plaisir à deux malgré la maladie en s'ouvrant vers une intimité plus éveillée, plus douce, plus chaleureuse et plus adaptée en allant au-delà du génital.
- Comprendre son fonctionnement et le fonctionnement du ou de la partenaire.
- Education ou rééducation corporelle à travers des approches psycho corporelles.

Participation gratuite

#### Profils attendus :

- Femmes atteintes d'endométriose (ado, adulte, sénières)

- Votre compagnon/conjoint

- Vos enfants

- Vos proches (famille, amis)

Inscription obligatoire

#### Inscriptions et informations :

Marie-Françoise ROBERT

Tel: 06 92 02 67 78

lamaisondhelfebore@gmail.com

## ANNEXE 4 :

### Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.
- 1 Pas autant.
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant.
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant.
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent.
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

Total :

Résultats :

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs.

Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.

Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.

Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif certain.

### **Indice de la fonction sexuelle féminine (FSFI)**

Identifiant du sujet \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

#### **INSTRUCTIONS:**

Ces questions portent sur vos sentiments et réponses sexuels au cours des 4 dernières semaines. Veuillez répondre aux questions suivantes avec honnêteté et clairement que possible. Vos réponses resteront totalement confidentielles. En répondant à ces questions, les définitions suivantes s'appliquent: L'activité sexuelle peut inclure les caresses, les préliminaires, la masturbation et les rapports vaginaux. Les rapports sexuels sont définis comme la pénétration du pénis (entrée) du vagin. La stimulation sexuelle comprend des situations comme les préliminaires avec un partenaire, l'autostimulation (masturbation) ou fantasie sexuelle.

#### **COCHEZ UNE SEULE BOÎTE PAR QUESTION.**

Le désir ou l'intérêt sexuel est un sentiment qui inclut le désir d'avoir une expérience, se sentir réceptif à l'initiation sexuelle d'un partenaire et penser ou fantasmer d'avoir des relations sexuelles.

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

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

2. Au cours des 4 dernières semaines, comment évalueriez-vous votre **niveau** (degré) de désir sexuel ou intérêt?

- Très haut
- Haute
- Modérer
- Faible
- Très faible ou pas du tout

L'excitation sexuelle est un sentiment qui comprend à la fois les aspects physiques et mentaux de la sexualité excitation. Cela peut inclure des sensations de chaleur ou des picotements dans les organes génitaux, une lubrification (humidité) ou des contractions musculaires.

3. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle **fréquence** vous êtes-vous senti excité sexuellement ("allumé") pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel?

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

4. Au cours des 4 dernières semaines, comment évalueriez-vous votre **niveau** d'excitation sexuelle ("tourner sur ") pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel?

- Aucune activité sexuelle
- Très haut
- Haute
- Modérer
- Faible
- Très faible ou pas du tout

5. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure étiez-vous **confiant** de devenir sexuellement excité pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel?

- Aucune activité sexuelle
- Très haute confiance
- Grande confiance
- Confiance modérée
- Faible confiance
- Confiance très faible ou inexistante

6. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle **fréquence** avez-vous été satisfait de votre excitation (excitation) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel?

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

7. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle **fréquence** êtes-vous devenu lubrifié («mouillé») pendant activité sexuelle ou rapports sexuels?

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

8. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point a-t-il été **difficile** de se lubrifier («mouiller») pendant activité sexuelle ou rapports sexuels?

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

9. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous **maintenu** votre lubrification («humidité») jusqu'à la fin de l'activité sexuelle ou des rapports sexuels?

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

10. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point a-t-il été **difficile** de maintenir votre lubrification («humidité») jusqu'à la fin de l'activité sexuelle ou des rapports sexuels?

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

11. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez eu une stimulation sexuelle ou des rapports sexuels, comment avez-vous **souvent** atteint l'orgasme (climax)?

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

12. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez eu une stimulation sexuelle ou des rapports sexuels, comment **As-** tu eu du **mal** à atteindre l'orgasme (climax)?

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

13. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous été **satisfait** de votre capacité à atteindre l'orgasme? (climax) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel?

- Aucune activité sexuelle
- Très satisfait
- Moyennement satisfait
- À peu près tout aussi satisfait et insatisfait
- Plutôt insatisfait
- Très insatisfait

14. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous été **satisfait** du montant proximité émotionnelle lors d'une activité sexuelle entre vous et votre partenaire?

- Aucune activité sexuelle
- Très satisfait
- Moyennement satisfait
- À peu près tout aussi satisfait et insatisfait
- Plutôt insatisfait
- Très insatisfait

15. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous été **satisfait** de votre relation avec votre partenaire?

- Très satisfait
- Moyennement satisfait
- À peu près tout aussi satisfait et insatisfait
- Plutôt insatisfait
- Très insatisfait

16. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure avez-vous été **satisfait** de votre vie sexuelle en général?

- Très satisfait
- Moyennement satisfait
- À peu près tout aussi satisfait et insatisfait
- Plutôt insatisfait
- Très insatisfait

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

- N'a pas tenté de rapports sexuels
- Presque toujours ou toujours
- La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- Parfois (environ la moitié du temps)
- Quelques fois (moins de la moitié du temps)
- Presque jamais ou jamais

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

- N'a pas tenté de rapports sexuels
- Presque toujours ou toujours
- La plupart du temps (plus de la moitié du temps)
- Parfois (environ la moitié du temps)
- Quelques fois (moins de la moitié du temps)
- Presque jamais ou jamais

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

- N'a pas tenté de rapports sexuels
- Très haut
- Haute
- Modérer
- Faible
- Très faible ou pas du tout

*Merci d'avoir rempli ce questionnaire*

## PNL – Test de perception sensorielle

---

Répondez de façon spontanée aux questions suivantes en encerclant la lettre correspondante et voyez le résultat dans le corrigé.

1. Vous êtes en congé et il pleut :

- A- Pour vous, la journée est "perdue";
- B- Vous surveillez l'apparition de l'arc-en-ciel; .
- C- Vous aimez l'odeur de l'air et des feuilles mouillées;
- D- Vous écoutez le bruit de l'eau sur le toit.

2. Dans un grand magasin, vous êtes agacé par :

- A- Les annonces et promotions que l'on fait au micro;
- B- Le changement de rayon des produits que vous achetez;
- C- L'absence de vendeur ou de conseillère pour vous guider;
- D- L'augmentation des prix.

3. A la station libre-service :

- A- Vous vous fiez au son du dispositif d'arrêt de la pompe;
- B- Vous surveillez au cadran la quantité et le prix;
- C- Vous profitez de cette pause pour prendre une bouffée d'air;
- D- Vous calculez votre consommation depuis le dernier plein.

4. En voiture, lorsque vous ne conduisez pas :

- A- Vous écoutez la radio;
- B- Vous en profitez pour regarder le paysage;
- C- Vous êtes relaxe et détendu;
- D- Vous avez tendance à conduire à la place du chauffeur.

5. Un chien ou un chat réclame vos caresses :

- A- Vous ne comprenez pas trop ce qu'il vous veut;
- B- Vous le prenez dans vos bras sans aucune gêne;
- C- Vous caressez doucement sa fourrure;
- D- Vous n'aimez pas trop ce contact.

6. Dans une foire, un cirque ou une exposition :

- A- Le bruit des machines et des gens vous agresse;
- B- La diversité et les couleurs des étalages vous charme;
- C- Vous vous mélangez à la foule qui se presse à un kiosque;
- D- Vous vous rappelez d'autres événements semblables.

7. Dans une salle de danse ou de spectacle :

- A- Vous trouvez la musique trop bruyante;
- B- Vous observez surtout les effets de l'éclairage;
- C- Vous sentez toute de suite s'il y a ou non de l'ambiance;
- D- Vous avez pris soin de réserver une table, bien sûr...

8. Au restaurant, vous appréciez tout d'abord :

- A- L'ambiance créée par la musique;
- B- La décoration de la salle à manger;
- C- Le confort des chaises;
- D- La variété et l'abondance du menu.

**9. A votre réveil, vous remarquez :**

- A- La sonnerie de votre réveille-matin;
- B- La lumière du jour à travers la fenêtre;
- C- Qu'il vous faut quitter la chaleur de votre lit;
- D- Vous anticipez ce que vous avez à faire aujourd'hui.

**10. Dans le métro, le train, l'avion ou l'autobus :**

- A- Vous écoutez les conversations des gens;
- B- Vous observez les autres passagers;
- C- Vous trouvez qu'il fait chaud ou froid;
- D- Vous êtes plongé dans vos pensées.

**11. A l'intérieur d'une église, vous êtes frappé :**

- A- Par la qualité du silence;
- B- Par la pénombre et la lueur des cierges et des vitraux;
- C- Par l'odeur de la cire ou de l'encens;
- D- Par rien de précis.

**12. Vos voisins reviennent de voyage :**

- A- Vous pensez au bruit, qui va recommencer;
- B- Vous trouvez qu'ils ont l'air reposé;
- C- Vous êtes bien content pour eux;
- D- Vous songez à vos prochaines vacances.

**13. Sur la plage, votre attention est captée par :**

- A- Le bruissement des vagues et les cris des oiseaux;
- B- La beauté du paysage et de l'environnement;
- C- L'odeur de l'air et des embruns;
- D- Vous analysez l'heure et l'à-propos de votre promenade.

**14. Dans votre bain ou votre douche :**

- A- En paix, vous y chantez ou écoutez de la musique;
- B- Vous rêvassez doucement;
- C- Vous aimez la douceur de l'eau chaude sur votre peau;
- D- Vous savez exactement pourquoi cela vous détend.

**15. Vous achetez un vêtement :**

- A- Parce que sa valeur et son prix vous satisfont;
- B- Parce que vous voyez qu'il vous va bien dans la glace;
- C- Parce que c'est le plus doux et le plus confortable;
- D- Parce qu'il vous paraît éminemment pratique.

**Solution**

Attribuez un point à chaque A, deux à chaque B, trois à chaque C et quatre points à chaque D. Faites la somme.

**Explication**

Si vous totalisez moins de 20 points vous « êtes » auditif. Si vous avez entre 21 et 35 points : vous êtes visuel. Entre 36 et 45 points : vous êtes kinesthésique. Plus de 45 points : vous vous fiez à votre "dialogue intérieur". Il est possible aussi que vous soyez un auditif ou un visuel qui a développé son côté complémentaire et... qui a tendance à rationaliser...

**ANNEXE 7 :**

**QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE  
EHP-5 (version française)**

*Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois, du fait de votre endométriose :*

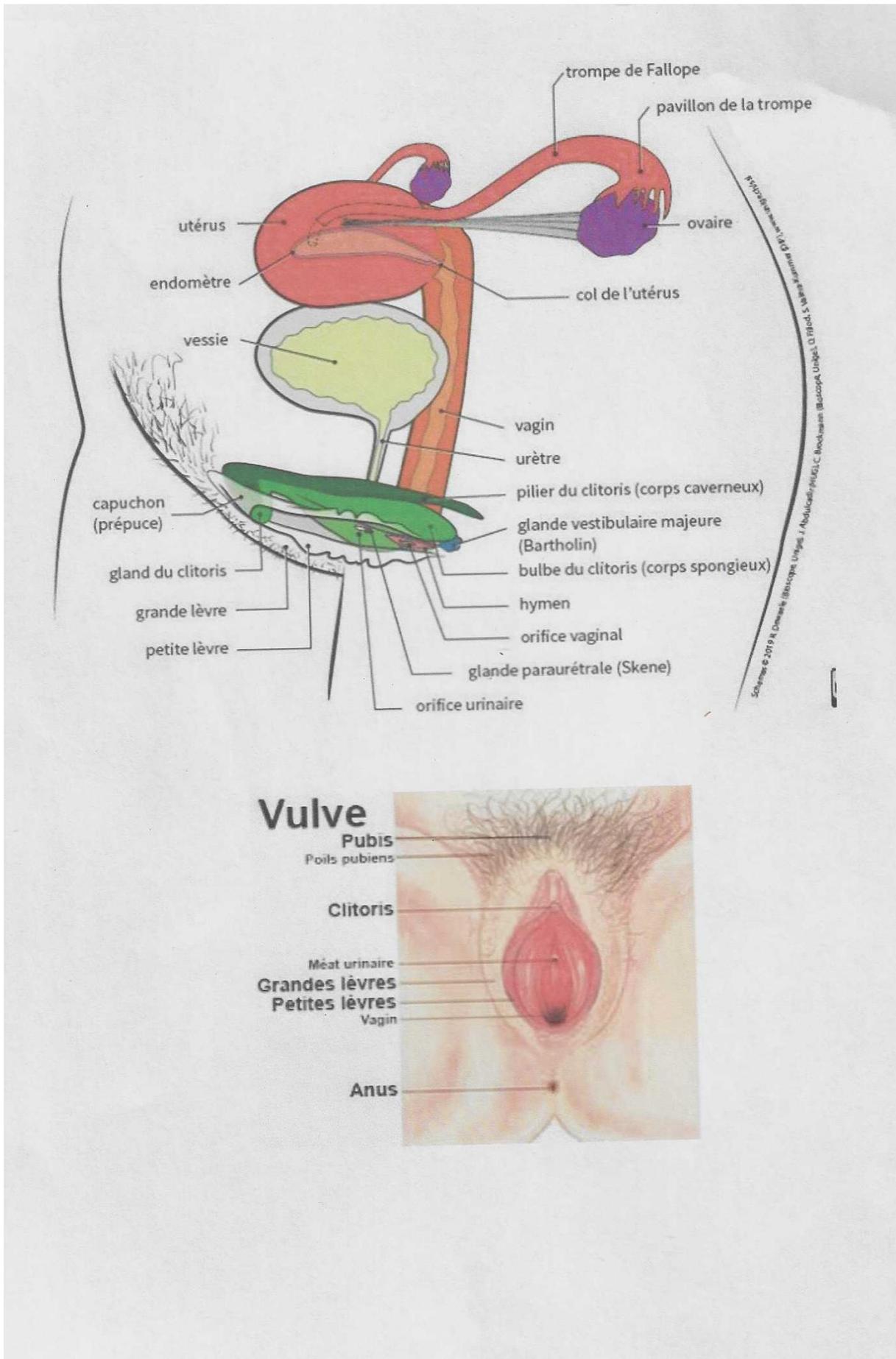
**PARTIE 1**

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous éprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?					
Avez-vous eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?					
Avez-vous eu des changements d'humeur ?					
Avez-vous eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?					
Avez-vous eu l'impression que votre apparence avait changée ?					

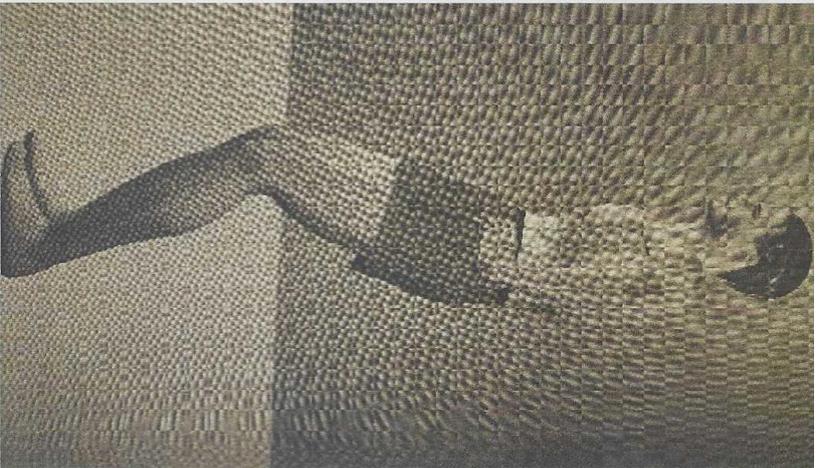
**PARTIE 2**

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
Avez-vous été incapable d'assurer des obligations professionnelles à cause des douleurs ?					
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de votre (vos) enfant(s) ?					
Vous êtes-vous sentie inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur ?					
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?					
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?					
Vous êtes-vous sentie déprimée face à l'éventualité de ne pas avoir d'enfants ou d'autres enfants ?					

**ANNEXE 8 :**

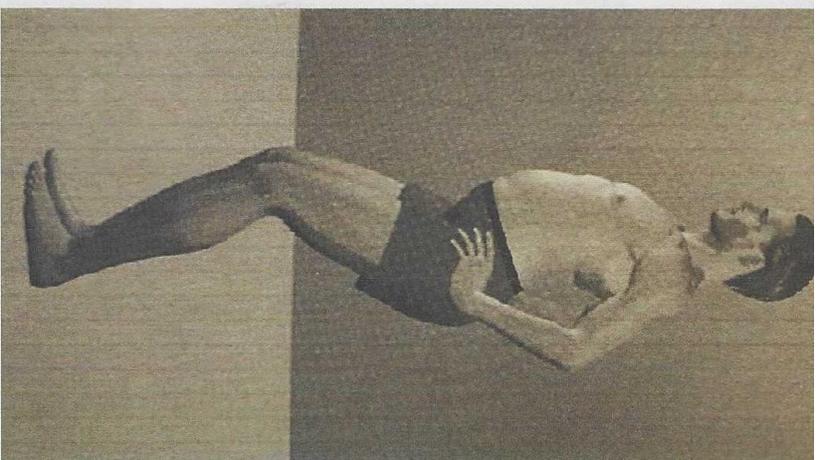


## ANNEXE 9 :



- Bassin en rétroversion
- Bascule avant des épaules
- Expiration abdominale
- Contraction des muscles abdominaux
- Relâchement de la tête

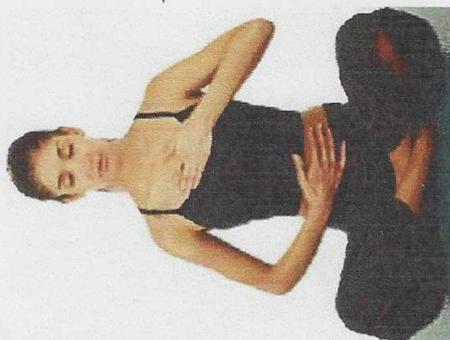
### Le mouvement de la Double bascule (De Carufel)



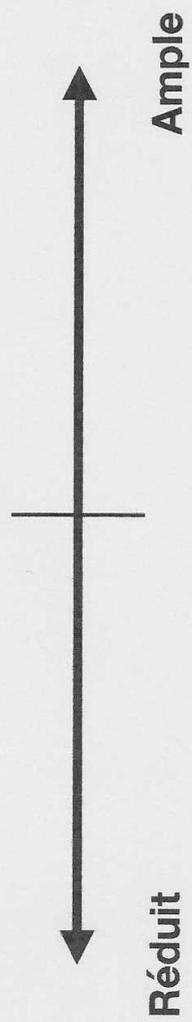
- Bassin en antéversion
- Bascule arrière des épaules
- Inspiration abdominale
- Relâchement des muscles abdominaux
- Tête en position droite

**Espace**

Interne : la respiration



Externe : les mouvements



## **ANNEXE 11 :**

### **Respiration intense**

1. Inspirer par le nez, rapidement, amplement, jusqu'à remplir complètement les poumons ; 2. Relâcher naturellement bouche ouverte, comme s'il s'agissait de soupirer. Répéter ce mouvement de 3 à 7 fois, en observant les différences, en ralentissant... Indication : Stress intense, impulsivité, rage narcissique...

### **Relaxation rapide - debout**

1. Position du guerrier debout (dos droit, genoux fléchis, pieds parallèles) ; 2. Inspecter le corps de bas en haut : tête, épaules, bras, ventre, bassin, genoux, pieds (9 appuis) ; 3. Relâcher chaque tension en gardant la tenue de la posture ; 4. Option : tester la posture en penchant légèrement en avant et en arrière. Indication : Stress, angoisse, douleurs liées à des tensions musculaires...

### **Relaxation rapide – assis**

1. Assis si possible sans appui sur un dossier ; 2. Inspecter le corps de bas en haut : nuque, épaules, bras, dos, coccyx, jambes, pieds ; 3. Relâcher chaque tension en gardant la tenue de la posture ; Soupirer ; 4. Option : étirer le sommet de la tête vers le ciel. Indication : Fatigue, douleur de dos...

### **Automassage de la tête**

1. Deux mains sur la tête : faire jouer le scalp ; 2. Avec les 4 doigts au-dessus de chaque oreille : étirer vers le haut ; 3. Avec les 3 doigts centraux : faire des petites rotations tout autour des oreilles ; 4. Rotation lente sur les tempes ; 5. Paumes des mains sur chaque côté de la mâchoire ; 6. Bouche faisant des grimaces, ouverte au maximum, puis en cul de poule ou chimpanzé ; 7. Langue en appui sur le palais ; sourire du bouddha ou de la Joconde (sans rien faire). Indication : Fatigue, état déprimé, sinusite...

### **Étirements de chat au réveil**

1. Étirer lentement les bras vers l'oreiller jusqu'à entraîner et soulever les épaules, bailler ; 2. Ramener les bras le long du corps ; 3. Pousser les bras derrière le dos jusqu'à amener les omoplates à se toucher presque ; soupirer comme un vieux chien ; 4. Étirer les jambes, pointe des pieds tendue, pousser les fesses vers le bas, creuser le dos. Indication : Fatigue, état déprimé, douleurs de dos et douleurs articulaires...

### **La respiration complète**

Effet : Cet exercice détend et donne de l'énergie.

→ Place une main au centre de la poitrine et l'autre sur le bas de tes côtes, là où commence l'abdomen. → Pensez à ton ventre comme un ballon. Inspirez lentement et profondément par le nez. Laissez entrer l'air bien lentement jusqu'à ce que le ballon soit pleinement gonflé. → Retenez votre souffle pendant cinq secondes. → Expirez lentement jusqu'à ce que tes poumons soient vides. → Répétez cet exercice trois ou quatre fois. À chaque fois, vous vous sentirez de plus en plus relaxe.

### **Respiration (la formule yoga)**

→ Inspirez profondément par le nez pendant quatre secondes. → Expirez par la bouche pendant quatre secondes. → Inspirez... expirez... inspirez et fermez les yeux... expirez... → Inspirez de l'air calme et relaxant... inspirez... expirez en évacuant le stress. → Inspirez et souris... expirez en évacuant tout ton stress.

### **La relaxation fantaisie (avec l'aide d'une animatrice)**

→ Assois-toi ou étends-toi sur le dos dans une pièce calme et confortable. Ferme les yeux. Inspirez profondément, expirez lentement. Ne pense qu'à laisser ton corps se détendre, comme une poupée de chiffon.

→ Je vais compter jusqu'à dix. Lorsque j'arriverai à dix, tu auras atteint un état de relaxation plus profond que jamais auparavant. Alors que je passe de un à dix, ton cerveau aura conscience d'un état de relaxation de plus en plus profond.

→ Un : Tu es allongé ici, très détendu, en respirant tranquillement. Avec chaque expiration, pense au mot « Relaxe ».

→ Deux : La salle et les gens autour de toi disparaissent graduellement. Tu es ici tout seul et ce moment n'appartient qu'à toi.

→ Trois : Tous tes sentiments et toutes tes tensions sont en train de disparaître.

→ Quatre : Tous tes problèmes et toutes tes pensées passent au second plan, ils ne sont pas importants maintenant. Ce temps est pour toi seul. Tu te sens très calme.

→ Cinq : Tu te détends de plus en plus.

→ Six : Tu te sens de plus en plus détendu.

→ Sept : Toutes tes tensions ont complètement disparu, tu es en paix. Ton corps pèse une tonne, impossible de bouger.

→ Huit : Tous les nerfs et les muscles de ton corps veulent se reposer, être détendus.

→ Neuf : Tu es complètement détendu et en paix. Tu es allongé et tu respirez lentement. Tu ne peux entendre que ta respiration et, au loin, le son de ma voix.

→ Dix : Dans cet état parfaitement détendu, imagine maintenant que tu marches calmement et lentement le long d'un sentier de campagne, au bord d'un paisible lac.

C'est tôt le matin et le soleil brille chaudement. L'air est frais et délicieux. Le gazon est recouvert de gouttes de rosée et de fleurs parfumées. Tu regardes le lac qui est très bleu et serein. Tu t'assois lentement dans l'herbe au bord du lac et tu te détends. Une brise légère caresse l'herbe. Tu regardes le ciel bleu et les nuages blancs qui flottent ici et là. Tu te couches et tu observes les nuages, puis tu commences à flotter en direction des nuages. Tu peux marcher sur les nuages. C'est un merveilleux sentiment de liberté. Il fait doux, l'air est frais, le ciel est bleu, les nuages sont blancs, cotonneux et moelleux. Tu sens les rayons chauds du soleil sur ton corps et, alors que tu inspires, ton corps se remplit d'air frais, tu es détendu et totalement en paix. Tu es allongé, appréciant simplement les sensations qui t'envahissent. → Tu te réveilles très lentement et tu es dans la même salle qu'avant, tu te sens extrêmement bien, tout à fait détendu et très énergique. Lorsque tu es prêt, ouvre lentement les yeux. Prends ton temps et profite de l'expérience.

Garde-la en toi toute la journée.

### **Visualisation : le bord de la mer**

→ Assois-toi confortablement, les mains sur tes cuisses, tes pieds bien appuyés au sol. Prends conscience de ta respiration et centre-y toute ton attention. Inspire lentement, expire longuement. Imagine-toi qu'en inspirant, c'est de l'énergie positive, pure qui entre et purifie tes poumons et, qu'à l'expiration, tu rejettes tous tes soucis, tes tensions à l'extérieur de ton corps. Peu à peu, tu sens que ton corps est de plus en plus détendu, le calme s'installe tranquillement en toi.

→ En inspirant profondément, c'est une vague de calme qui entre en toi et qui va détendre chaque muscle, chaque membre de ton corps. Tu te sens de plus en plus calme, de plus en plus détendu. Tu centres ton attention sur cette paix qui se répand en toi.

→ Maintenant, imagine que tu es au bord de la mer. Tu vois la mer qui s'étend à l'horizon, tu vois le ciel bleu parsemé de gros nuages blancs qui ressemblent à de la ouate. Tu vois le sable doré..., assois-toi sur ce sable chaud, touche-le, il est fin, doux, chaud... Prends une poignée de ce sable chaud et doux et laisse-le couler entre tes doigts, entre tes orteils. Ressens bien la douceur du sable qui te réchauffe, qui monte en toi. Prends maintenant conscience des rayons du soleil qui réchauffent agréablement tout ton corps, goûte à cette chaleur bienfaisante,

laisse-toi pénétrer par la douceur du sable et la chaleur du soleil. — Ton attention est maintenant attirée vers les vagues, leur va-et-vient qui fait une douce musique à tes oreilles. Écoute le son des vagues...Tend l'oreille et entend maintenant le son que font les oiseaux...le cri strident des goélands et des mouettes qui se marient au son des vagues.

— Goûte pleinement à cette chaleur du soleil et du sable, apprécie les sons des vagues et des oiseaux. Toute cette chaleur et ces sons sont tellement relaxants et reposants. Regarde et apprécie les beautés de ce magnifique coin qu'est le bord de la mer. Vois, entends, ressens et imprègne tout ton être des bienfaits que t'offre ce paysage. Chaque cellule de ton corps en ressent le bienfait.

— Quand tu te sentiras prêt, tu reprends contact avec ta respiration, inspire profondément pour imprégner chacune de tes cellules de ce moment de bien-être. Lentement prépare-toi à revenir ici en classe (ou autres endroits), tout en sachant qu'à n'importe quel moment, tu peux retourner au bord de la mer pour t'y reposer. Inspire longuement, expire lentement. À la prochaine inspiration, ouvre tes yeux. Reviens lentement et calmement en classe (ou autres endroits)

## ANNEXE 12 :

**Exercice pour se détendre :** Cet exercice simple aide également à se détendre. Créez une atmosphère calme autour de vous (lumière tamisée, musique douce, etc.). Allongez-vous sur votre lit. Écartez les bras et les jambes (vos cuisses ne doivent pas se toucher). Inspirez et expirez profondément avec le ventre. Une fois que vous avez trouvé votre rythme respiratoire, visualisez votre corps en en faisant le tour mentalement, longuement, tout en poursuivant la respiration. Répétez l'exercice sur plusieurs jours, jusqu'à ce que vous soyez à l'aise avec cette position.

### **La rencontre avec son périnée via le dessin :**

-Assis sur chaise concentrez-vous sur les os de vos fesses. On dit souvent qu'ils sont pointus. Laissez le temps à votre corps de déposer son poids et observer. Puis soulevez une fesse, glissez le bout de vos doigts sous un de ces os : l'ischion.

Touchez-le, réveillez ses contours et laissez-vous surprendre. 3min

Votre ischion vous paraît-il toujours pointue ?

Poursuivez un moment, puis posez votre fesse.

Observer et recueillez vos sensations

On inverse on soulève l'autre fesse, et on réveille notre ischion du bout des doigts.

On respire calmement puis de nouveau on pose le bassin.

Observe et écoute

-on se lève et on s'assoit pointez vos fesses vers votre chaise. Recommencez et essayez d'imaginer l'espace entre vos 2 ischions. Quelle est sa taille ? 2 cm ? 5cm ? 10 cm ? 20cm ?

-amusez-vous à tracer vos ischions sur la feuille de façon simple (rond ou croix) afin de marquer leur espace. L'objectif est de clarifier la distance entre nos 2 ischions.

-levez-vous et posez 1 doigt ou 2 sur le coccyx. Faites bouger la peau de votre coccyx. Réveillez-le en touchant, en le tapotant légèrement du bout des doigts.

Où se trouve votre coccyx par rapport aux ischions ? Est-il possible pour vous de le ressentir de l'imaginer ?

Dessinez l'emplacement de votre coccyx sur votre papier.

-puis rendez-vous sur votre os pubien comme si c'était la 1ère fois, large puissant composé de 2 parties assemblées au niveau de la symphyse pubienne.

Descendez vos doigts en direction de votre sexe toujours sur l'os pubien. Où se trouve votre pubis par rapport à vos ischions ? Par rapport à votre coccyx ? Quel espacement entre le pubis et le coccyx ?

Posez son emplacement sur votre dessin.

-regardez votre dessin et reliez votre 4 points ou croix par l'extérieur.

Observer la forme géométrique et la taille.

-poser votre dessin au sol et installez-vous début au-dessus.

Imaginez que vos os de bassin projettent de la lumière sur votre dessin.

Est-ce que cela correspond ? Notre bassin féminin vu d'en bas à la forme d'un losange qui symbolise notre périnée. C'est là que s'attache schématiquement les muscles externes de notre périnée si on regarde d'en dessous.

Déplacez-vous, marchez, asseyez-vous bougez avec conscience et observez comment vous vous sentez.

Vous pourrez refaire cette exploration une autre fois autant de fois que vous en ressentez le besoin.

### **Dessinez sa vulve ou l'appareil génital :**

Fermez les yeux et prenez contact avec votre vulve ou votre appareil génital.

Imaginez-la : les grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris, méat urinaire

Imaginez-le : l'utérus, les trompes de Fallope, les ovaires, le vagin.

## LES MEILLEURS POSITIONS SEXUELLES



Andromaque est une position sexuelle dans laquelle la femme est assise sur l'homme allongé, face à lui.

La position du lotus, ou union du lotus, permet un face à face amoureux très sensuel. Idéal pour multiplier les baisers et les caresses, le lotus demeure l'une des positions favorites des amants



La Cuillère, vous êtes allongée sur le côté, votre homme est derrière vous, collé-serré contre votre corps.

La levrette allongée est une position sexuelle où l'homme se place derrière sa (son) partenaire.



Cunnilingus : Pratique sexuelle, caresses buccales des parties génitales féminines

## ANNEXE 14 :

Idée de recette :

Pierre Franchomme, conférencier, aromatalogue et pharmacologue, a mis en place un protocole des plus efficaces que nous vous partageons aujourd'hui dans le magazine GLOW UP, voici ses recommandations :

HE Estragon BIO (1) : 6 à 10 gouttes mélangées dans 6 à 10 gouttes d'huile végétale de calophylle.

Appliquer sur le ventre 2 ou 3 fois par jour au tout début et pendant la crise douloureuse.

HE Muscade d'Afrique : 2 gouttes sur un comprimé neutre. Laisser fondre dans la bouche. A répéter 2 à 3 fois par jour avant les repas, en cure de 5 jours par semaine durant 3 mois.

Recette Dysménorrhée (Règles douloureuses)

H E Ocimum basilicum var. basilicum (Basilic tropical) 3ml

H E Salvia sclarea (Sauge sclérée) 3ml

H E Citrus aurantium ssp aurantium feuille (Petitgrain bigarade) 1,5ml

H E Lavandula angustifolia (Lavande de Haute-Provence) 3ml

H E Pistacia lentiscus (Lentisque pistachier) 1,5ml

H V Macadamia integrifolia (Macadamia) 18ml

Préparation : Dans un flacon en verre teinté de 30 ml, ajouter chacune des huiles essentielles citées avant de compléter avec l'huile végétale de macadamia. Après avoir bien refermé le flacon, homogénéiser la préparation en lui faisant faire des rotations sur lui-même.

Utilisation : Dès le début des règles et avant même l'apparition des symptômes, appliquer 10 gouttes de ce mélange sur le bas-ventre et masser délicatement 2 à 3 fois par jour. Si un pic de douleur se fait sentir, procéder à un nouveau massage de l'abdomen avec ce mélange.