

POUR UNE APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE DES ALGIES PELVIENNES : DE LA DOULEUR À LA SOUFFRANCE... SEXUELLE

Ch. Reynaert, D. Jacques, B. Lepièce, N. Zdanowicz (1)

À partir d'une revue de la littérature et de leur expérience clinique, les auteurs mettent en évidence la complexité des processus douloureux et leurs interactions avec la fonction sexuelle. Ils proposent des pistes pour une approche thérapeutique psychosomatique intégrée à des éléments de sexothérapie.

DÉFINITION(S)

La douleur est une sensation pénible, désagréable ressentie dans une partie du corps.

Malgré l'apparente évidence de cette définition, la douleur est un fait subjectif à composante subjective.

La douleur et le plaisir sont des sensations apparemment opposées et pourtant intriquées.

Si la sensation de plaisir est habituellement associée à la sexualité, il y a des circonstances où le sexe peut devenir douleur partiellement ou totalement. Il peut même arriver, par exemple dans « la perversion » (aujourd'hui appelée paraphilie) masochiste qu'une douleur provoquée ou demandée puisse être vécue comme une sensation de plaisir (1). Un certain degré de douleur peut même être un excitant sexuel. Citons la scène de la fessée dans « Cinquante nuances de Grey » (2) et l'énorme succès de ce roman, le plus vendu au monde en 2012, malgré un certain mépris des critiques littéraires qui l'ont considéré comme un excitant pour la bourgeoisie moyenne !

D'un point de vue phylogénétique, remontons à l'univers de l'homme primitif : il était constitué par l'angoisse d'un environnement menaçant (froid, faim, maladies, bêtes féroces,...), si bien que le plaisir ne pouvait qu'être secondaire à la maîtrise de l'angoisse et de la souffrance. Ainsi, c'est la douleur qui est « la langue maternelle sensitive » de l'humain. Le plaisir lui est « une deuxième langue émotionnelle » apprise et qui peut s'oublier facilement.

En somme, quand le plaisir n'est pas au rendez-vous de l'émotion sexuelle, la douleur peut facilement apparaître.

La douleur pelvienne est située dans la partie basse de l'abdomen et peut toucher les organes sexuels en dehors des rapports ou pendant ceux-ci et dans

ce dernier cas, on parlera de dyspareunies chez l'homme comme chez la femme.

Dans tous les cas, l'anamnèse devra comporter une investigation de la fonction sexuelle et nous pouvons remercier le Professeur Opsomer de proposer le thème de la douleur lors d'un symposium de sexologie.

Venons en à la définition actuelle de la douleur telle qu'officialisée par l'*International Association for the Study of Pain* en 1986 :

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en fonction d'une telle lésion.

Autrement dit, le malade imaginaire n'existe pas ! Un(e) patient(e) qui dit qu'il a mal souffre effectivement d'une douleur bien réelle. Si nous nous imprégnons bien de cette définition nous aurons plus facile à développer de l'empathie dans la rencontre du patient douloureux surtout chronique.

En effet, outre leurs variations et leurs caractéristiques, la classification la plus importante des douleurs est celle qui différencie **la douleur aiguë, signal d'alarme utile** qui réclame une intervention le plus souvent urgente de la **douleur chronique, la douleur - maladie** qui semble ne servir à rien qu'à faire souffrir le patient (et souvent le médecin aussi) quand elle est rebelle et inexplicable.

En gynécologie, nous distinguerons aussi *la douleur chronique cyclique* (dysménorrhée).

De cette définition, découle aussi que dans tous les cas la douleur a une composante émotionnelle surtout dans la douleur chronique (3).

DOULEUR AIGÜE ET DOULEUR CHRONIQUE (FIGURE 1, TABLEAU 1)

La douleur chronique ou douleur maladie peut altérer gravement *la qualité de vie du patient*, elle risque de colorer l'ensemble du psychisme, des activités et des relations aux autres et les relations sexuelles;

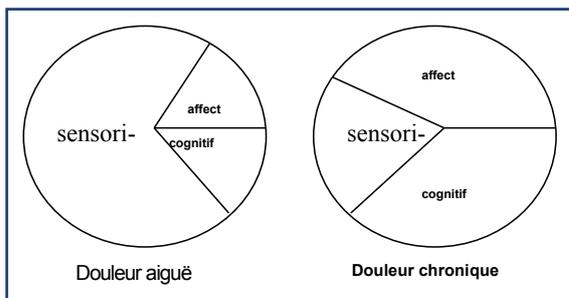


Figure 1 ► Contribution relative des dimensions sensori-discriminative, affective, et cognitive dans l'expérience de la douleur selon sa durée (Chaplin, 1991)

cette douleur est bien sûr *une demande d'aide* qui si elle n'est pas reconnue engendre un sentiment de rejet et d'impuissance et une réaction d'agression contre toutes les personnes qui sont vécues comme frustrantes et rejetantes : conjoint, parents et bien sûr médecins.

Les douloureux chroniques sont en général des patients difficiles qui mettent à l'épreuve nos capacités à gérer adéquatement *la relation médecin-malade*.

LA DOULEUR, UN PROCESSUS COMPLEXE ET SINGULIER

La douleur implique *sensation, émotion, interprétation* (en fonction des croyances), *cognitions* (notre discours intérieur : les pensées) et *comportement* (de plainte ou de retrait dépressif). Et bien sûr, s'y ajoutent en feed-back inhibiteur ou catalyseur *les réactions (ou l'absence de réactions...)* de l'entourage (famille, conjoint, amis, collègue... et médecins !) et *le contexte de survenue*.

Comment expliquer par la seule lecture biologique les faits suivants ?

- Pendant la première guerre mondiale, pour une plaie comparable, 25% des soldats demandaient de la morphine vs. 80 % des civils. La signification symbolique et les conséquences concrètes étaient bien différentes dans les deux groupes : pour les militaires, la fin des combats et l'espoir de ne plus retourner dans les tranchées; pour les civils, le handicap et le risque de ne plus pouvoir travailler.
- Si vous vous faites une entorse en courant, vous vous arrêtez, écoutant ainsi la douleur signal d'alarme, mais si vous êtes poursuivi par un chien féroce et dangereux vous ne sentirez presque pas la douleur et continuerez à courir, la peur d'être mordu par le chien étant un signal d'alarme hiérarchiquement supérieur.
- Comment expliquer les douleurs fantômes des patients amputés ? Le problème n'est bien entendu plus local.
- L'effet Placebo est un phénomène universellement connu tant en clinique que dans l'analyse des études pharmacologiques. Il serait responsable de près d'un tiers des effets thérapeutiques cliniques. D'après L. Cassiers, il résulterait d'un besoin de cohérence interne entre les champs responsables de l'idéation et des champs sensori-moteurs (4).

APPORT DES NEUROSCIENCES ET DE LA SEXOLOGIE

Les connaissances actuelles sur la transmission de la douleur et son contrôle par le système nerveux central rend caduque une opposition duelle entre physique et psychologique.

Tableau 1. Comparaison des douleurs aiguë et chronique (non cancéreuses), d'après Boureau, Luu & Doubrere (1997).

	Douleur aiguë (symptôme)	Douleur chronique (syndrome)
Finalité biologique	utile, protectrice, signal d'alarme	inutile, destructrice, maladie à part entière
Mécanisme générateur	unifactoriel	plurifactoriel
Réactions somato-végétatives	réactionnelles	habituation ou entretien
Composante affective	anxiété	dépression
Comportement	réactionnel	renforcé/appris
Modèle de compréhension	médical classique	pluridimensionnel biopsychosocial
Objectif thérapeutique	curatif	réadaptatif

Le modèle théorique général de la douleur connu sous le nom « système du porillon » témoigne de la plasticité extraordinaire de la nociception.

La sensation nociceptive de la douleur est véhiculée par des fibres nerveuses qui se rendent au cerveau mais elles sont entre temps filtrées, modulées, en différentes étapes : dans la moelle épinière d'abord, dans les structures supramédullaires (tronc cérébral, système limbique,...) ensuite (rôle des enképhalines) et dans le cortex enfin (rôle des endorphines).

Comprendre la douleur nécessite donc d'intégrer le phénomène neurobiologique du fonctionnement cortical qui comporte les liaisons supramédullaires impliquées aussi dans le champ des affects ainsi que des neurotransmetteurs comme la sérotonine et la dopamine largement impliquées dans le fonctionnement psychoaffectif (5).

Ces interactions neuropsychohumorales nous font réaliser que toute douleur a donc une connotation psychique et qu'inversement la souffrance peut favoriser des sensations douloureuses (6).

Le cerveau (nos neurotransmetteurs et nos neurohormones mais aussi donc nos émotions, nos valeurs, nos apprentissages, toute notre vie imaginaire et symbolique) est parfaitement à même de *moduler la douleur*.

Rappelons ici que *le principal organe sexuel* de l'homme et de la femme est aussi *le cerveau*.

En effet, les phases des réponses sexuelles incriminent la participation de divers neurotransmetteurs, en particulier le rôle anxiolytique (7) d'un rapport sexuel via la sécrétion d'ocytocine et d'endorphines (Figure 2).

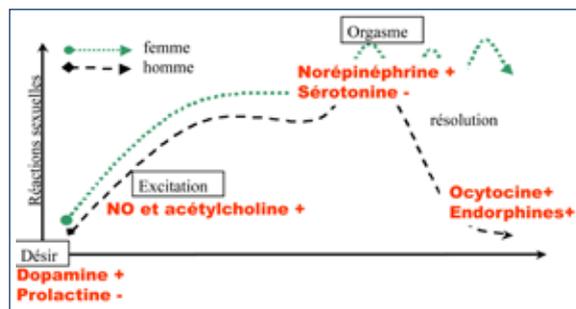


Figure 2 ▶ Trajectoire des réactions sexuelles au cours de l'activité sexuelle

La sexualité pourrait donc être prescrite comme bonne pour la santé par ses vertus antalgiques. Les sexologues sont bien souvent doués pour apporter un traitement multidimensionnel. Le problème sexuel est fréquemment psychosomatique, l'élément corps/esprit étant dans une relation circulaire très étroite (8) (9). Comme dans le cas des douleurs chroniques, on reconnaît la plupart du temps une origine multifactorielle aux dysfonctions sexuelles de façon à considérer le patient dans son équation globale. Le concept de causalité circulaire s'applique

aux deux problèmes et dans les douleurs pelviennes les boucles de rétroaction s'entrelacent parfois en véritable escalade de renforcement pour enfermer le patient dans un cercle vicieux, chaque étiologie retentissant sur une autre.

La littérature (10-13) relève une forte interaction entre douleurs pelviennes et dysfonction sexuelle chez l'homme comme chez la femme (Figure 3).

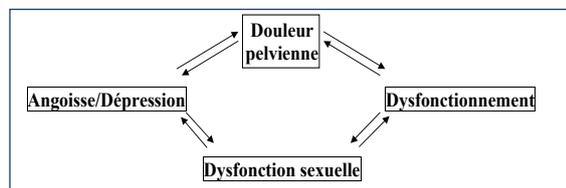


Figure 3

Ainsi, même si une douleur ou un trouble sexuel a une origine organique évidente, il y aura toujours un retentissement psychologique et vice versa : une étiologie psychologique pourra entraîner à la longue, par le stress et l'abstinence sexuelle, des désordres hormonaux et fonctionnels qui aggraveront les choses.

LA DOULEUR PELVIENNE : UNE DOULEUR PARTICULIÈRE ?

La douleur chronique pelvienne constitue un problème clinique courant : aussi fréquent que l'asthme et un peu moins fréquent que la lombalgie chronique. Elle concernerait 20% des consultations gynécologiques (14) et 50% des consultations de proctologie (15). Elle est considérée comme chronique lorsqu'elle dure plus de 6 mois.

L'identification de la douleur est délicate pour le gynécologue car, il faut éliminer les autres causes organiques (infectieuse, urologique, digestive, ostéoarticulaire, neurologique,...) et d'emblée prendre en considération les faits psychosociaux. La consultation demande un constant va-et-vient entre les aspects somatiques et sexologiques en passant par la psychologie (6).

Quelle que soit sa cause elle touche à la sphère de l'intime, du sexuel. Cette douleur peut même être vécue comme honteuse. Peu de patients sont assez à l'aise avec leur corps dans toute sa dimension : image du corps, identité sexuelle, intégration des expériences infantiles, comportement adéquat... pour consulter sereinement. Il est plus facile de parler de lombalgies que de douleurs pelviennes et bien sûr plus facile de faire examiner son dos que ses organes intimes. Cette douleur peut laisser supposer un dysfonctionnement sexuel même si ce n'est pas le cas. C'est pourquoi le sujet se tait et consulte souvent tardivement.

Des petites phrases comme « *vous avez bien fait de consulter* » ; « *je vous remercie de votre confiance* » ; « *puis-je vous poser une question intime ?* » ne sont pas inutiles pour rendre la consultation et l'examen clinique plus confortables.

Qui dit chronique, dit *accompagnement clinique* plutôt qu'une consultation unique de diagnostic d'exclusions avec surenchères d'investigations complémentaires.

L'anamnèse est primordiale tant par son contenu qui nous oriente vers tel ou tel diagnostic que par sa forme : comment la patiente décrit la situation, évalue les bilans antérieurs et les divers soignants consultés avant et comment elle interprète sa propre douleur et sur quel ton elle en parle. *À quoi attribuez-vous la douleur ? Quand a-t-elle commencé ?* (date à noter précieusement et à mettre en concomitance chronologique avec des événements de vie). *Qu'est-ce qui est le plus difficile dans votre douleur ? Qu'est-ce qui pourrait vous aider ?*

Ainsi, l'anamnèse devient déjà un élément thérapeutique en demandant au patient de se connaître et de se réapproprier un début de maîtrise.

L'examen clinique recherche les signes des affections connues pour générer des douleurs chroniques. C'est surtout un excellent moyen d'aborder et de toucher ce corps qui souffre, d'observer sa réaction : spasme, retrait, rejet, impassibilité, hyperesthésie (6).

Un bilan complet est bien sûr nécessaire mais le plus souvent, il est à visée de réassurance de la patiente et du médecin mais tous deux doivent savoir qu'on trouve rarement une cause précise à la douleur chronique.

En gynécologie, par exemple, l'examen de base est l'échographie endo-vaginale qui se prolonge par un long cortège d'investigations d'imagerie et le bilan se termine par une laparoscopie. Pour la patiente c'est « aller voir dans le ventre ». Certaines patientes se trouvent d'ailleurs améliorées par cet examen diagnostique ! Il se révèle fréquemment négatif ou assez pauvre, la signification des anomalies ne paraissant pas évidente (varices pelviennes, adhérences, petites lésions d'endométriose d'allure banale, ...).

Nous nous trouvons ainsi dans une situation d'incertitude, si difficile à vivre pour les esprits cartésiens, formés à la maxime « *ablata causa tollitur effectus* » (= enlever la cause, les symptômes s'amenderont). *C'est notre propre cognition qui doit s'adapter* en élargissant notre champs d'investigation aux dimensions psychoaffectives avec le souci de dépasser la question du « pourquoi de la douleur » à « comment moins souffrir » ou mieux (en référence au pouvoir de l'autohypnose) « comment aller mieux ».

VIGNETTES CLINIQUES

— Depuis son deuxième mariage, Madame C., 40 ans, souffre d'infections vaginales et urinaires à répétition dont elle et son conjoint s'accommodent plus ou moins jusqu'il y a deux ans. Depuis lors, Madame souffre de douleurs pelviennes chroniques et refuse les rapports sexuels par crainte d'augmenter la douleur. Elle a repris son métier de coiffeuse (auparavant, elle travaillait dans le commerce artisanal de son mari) et incrimine, contre toute logique médicale, la position toujours debout. C'est Monsieur qui, au cours d'un entretien de couple, rappellera une scène familiale mémorable : sa fille du premier mariage qui travaillait aussi avec le couple dans le commerce, a eu un violent conflit avec Madame sur une question professionnelle et Monsieur a donné raison à sa fille ! Du coup, Madame décide de ne plus travailler avec eux, ce qui est une souffrance pour le mari qui rêvait d'un couple fusionnel 24h sur 24 ensembles.

La douleur sans doute bien infectieuse au départ s'est surchargée d'une valeur symbolique dont la patiente souffre sans même avoir conscience du lien avec un événement de vie, ici très affectif. La douleur a remplacé la rancœur et la colère à l'égard de son mari et lui permet de l'agresser sans l'agresser verbalement mais inconsciemment avec le corps.

La patiente n'émergera de son problème que lorsqu'elle pourra se réapproprier un sens à ses symptômes et pourra s'affirmer et exprimer ses émotions au niveau verbal.

— Monsieur X., 52 ans, consulte pour douleur pelvienne après chaque rapport sexuel. Dans ses antécédents, on note une prostatectomie pour cancer. L'urologue qui l'a opéré l'envoie en consultation psychiatrique sexologique. Un autre urologue incrimine la présence d'agrafes laissées lors de l'intervention (et objectivées par examen d'imagerie) mais hésite à ré-intervenir. Lors de la consultation sexologique, le patient parle volontiers de sa vie sexuelle organisée sur un mode libertin et bisexuelle dont il se dit satisfait mais gâchée par ses douleurs. Du Tramadol® est prescrit, à prendre avant chaque rapport. Étonnamment, le patient est réticent face à cette prescription et réclame plutôt une prescription de Viagra. Ses performances sexuelles semblent plus importantes que sa douleur dont il se plaignait tant ! Par ailleurs, il accepte de s'engager dans un travail de réflexion et d'introspection psychosomatique. Au fil des consultations, le patient révèle qu'il n'a jamais connu son père, qu'il entretient une relation fusionnelle à sa mère et qu'il a été abusé à l'adolescence. Progressivement l'expression des émotions remplace les anecdotes sexuelles. Il parvient à remettre en question son rapport aux femmes et

à l'altérité. Et c'est quand il pourra s'engager dans une relation plus romantique qu'il constatera la quasi disparition de ses douleurs post coïtales.

Ces exemples cliniques montrent combien il faut montrer de la sollicitude pour le corps mais aussi faire parler de l'histoire de vie, des expériences affectives, de l'expression des émotions : plaisir, bonheur, colère, peur, ennui, agressivité, des valeurs et des croyances dans la vie.

FACTEURS PRÉDICTIONNELS DE LA DOULEUR PELVIENNE CHRONIQUE

Plusieurs articles de la littérature s'attachent à rechercher les facteurs prédictifs de la douleur pelvienne chronique (6, 16-18). Sans surprise, on y trouve des éléments organiques, des événements de vie et des difficultés psychologiques.

Les dysménorrhées sont associées avec le jeune âge, la minceur (BMI \leq 20), le fait de fumer, les longs cycles et l'irrégularité du flux menstruel, la suspicion d'une maladie inflammatoire du pelvis, la stérilisation et surtout des antécédents d'abus sexuels.

La dyspareunie est associée à la circoncision, la suspicion d'une maladie inflammatoire, la peri/post ménopause, l'anxiété, la dépression et les violences sexuelles.

Les douleurs pelviques non cycliques sont associées avec divers facteurs généraux gynécologiques et obstétricaux (accouchement mal vécu inclus), des antécédents de fausses couches, des violences et des abus dans l'enfance, des abus sexuels à l'âge adulte et une morbidité psychologique : anxiété, dépression, hystérie, somatisation.

La fréquence des antécédents d'abus sexuels durant l'enfance et l'adolescence est impressionnante (30 à 40%), ils ne peuvent être considérés dans une logique de causalité directe car ils sont fortement associés à un état dépressif (19, 20) qui doit être pris en considération.

Il ne faut pas soupçonner chaque douloureux pelvien d'avoir subi un traumatisme sexuel, mais il est nécessaire de lui donner la possibilité de l'exprimer si cela est le cas. En fait, il serait nécessaire d'analyser également les composantes psychiques des traumatismes affectifs de l'enfance, la perception de l'image corporelle du sujet.

UNE APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE DE LA DOULEUR

La majorité des articles de la littérature conclut à une affection multifactorielle et se termine par l'indication d'une approche multidisciplinaire. Fort bien en théorie mais savons-nous vraiment travailler en multidisciplinarité ?

Envoyer un patient en clinique de douleur chronique est souvent une façon de nous débarrasser avec bonne conscience de patients que nous n'avons pas su « guérir » avec les outils de nos spécialités respectives et ce, en étant nous-mêmes confrontés à un sentiment d'échec que nous gérons chacun à notre manière.

En effet, le plus souvent, le patient envoyé dans de tels centres a une longue histoire et un parcours du combattant avec le monde médical qui se rajoute et masque souvent sa propre histoire de vie. Il risque de se trouver piégé dans l'identité de « douloureux chronique » et quelle que soit la qualité de l'équipe, il sera bien difficile à celle-ci de faire un nouvel aiguisage des circuits neuropsychophysiologiques qui ont mené à la situation douloureuse chronique.

En effet, après avoir consulté une cascade de somaticiens mis en échec, le recours à une équipe comprenant psychiatres et psychologues est souvent vécu comme un abandon et le fait d'être pris pour un fou, un simulateur. Un tel vécu éveille des résistances telles que le seul refuge est souvent une escalade d'antalgiques, en particulier morphiniques. Chaque clinicien devrait pouvoir apporter une approche ouverte intégrative. L'expérience de l'étude des dossiers montre que lors des premières consultations, la majorité des patients mentionne des faits affectifs et des événements de vie (deuil, faillite, divorce, déménagement,...) mais le médecin spécialiste fixé sur la crainte de rater un diagnostic de sa spécialité n'y prête guère attention et ne les considère pas comme relevant.

L'idéal serait une meilleure communication entre spécialistes : dès que nous avons un cas complexe nécessitant diverses consultations spécialisées prévoyons de décider avec le patient qui sera l'interlocuteur privilégié qui fera la synthèse et le suivi psychosomatique et restera en contact avec d'éventuels « psy ». On pense évidemment au médecin traitant s'il accepte cette position d'accompagnement bienveillant sans hyperprotection. *Le vrai traitement ne pourra commencer qu'au moment où le patient acceptera qu'il peut s'aider lui-même beaucoup plus qu'il ne le pense* (21).

Bref, sachons être pluridisciplinaires entre nous et avec une position active du patient sans considérer d'office qu'il faut se tourner vers une spécialité supplémentaire à qui nous déléguons les patients difficiles.

TRAITEMENT PSYCHOSOMATIQUE ET SEXOLOGIQUE DES DOULEURS PELVIENNES

Le diagnostic de douleur chronique ou rebelle au traitement médical classique n'est pas un diagnostic de conclusion, au contraire c'est le début d'un travail passionnant de mise en sens dans l'histoire singulière et de restitution de maîtrise au patient.

Si la pathologie provient en partie d'un court-circuit du psychisme et d'un mauvais aiguillage des cognitions qui ne savent plus jouer leur rôle de modérateur de la douleur, les conséquences pratiques s'imposent d'elles-mêmes: sachons *panse* les plaies de nos patients mais aussi restituer le plaisir à *penser* puisque la protection du corps passerait par un processus de mentalisation et de remise en sens que le thérapeute se doit de favoriser. Par ailleurs, si une position active et un sentiment de contrôle au niveau cérébral semblent meilleurs pour la santé, laissons donc le patient *participer au maximum* à son traitement.

Cette attitude globale est utile dans toute affection somatique chronique (bien sûr en parallèle avec le traitement médical ou chirurgical classique de l'affection en question) et indispensable dans le cas de maladies fonctionnelles. Nous avons vu que dans le cas de douleurs pelviennes, il faudra y ajouter des éléments de *sexothérapie*. Sinon, nous courons le risque de voir un patient déçu et découragé se mettre à faire un « shopping », voire son « zapping » médical ou adopter une position passive, régressive, dépendante. Beaucoup risquent aussi de s'enfoncer dans la somatisation, l'hypochondrie voire la dépression ou les toxicomanies (alcoolique ou médicamenteuse).

A. Préalables au traitement

I. Informer

N'oublions pas de reconnaître comme réels les symptômes que le sujet ressent. Il faut donc essayer d'expliquer avec empathie au patient la participation psychosomatique des phénomènes physiques ressentis. Il faut pouvoir donner une information correcte sur les circuits de la douleur et les bénéfices d'une sexualité harmonieuse qui peut donner d'autres sensations qui atténueront la douleur.

Prenons donc une attitude modeste, en ce qui constitue l'étiologie exacte mais sachons donner une explication au patient sans promettre une guérison magique. L'explication peut se faire par exemple en nous appuyant sur le modèle du « stress » qui constitue probablement le meilleur support explicatif des affections multifactorielles. «*Nous pensons que vous souffrez d'une hypersensibilité du système de régulation de la douleur. Ce n'est pas en soi dangereux mais c'est très désagréable et douloureux. Vous n'êtes pas responsable de l'apparition de ces douleurs. Par contre votre façon de vous y adapter peut en influencer le degré de sévérité et de fréquence* ». Cette proposition nous permet de rester dans un discours « vrai » avec le patient, ce dont il nous saura gré.

II. Préparer l'adhésion au traitement

C'est l'étape la plus importante. Il importe de prendre le temps nécessaire pour préparer le patient à l'idée qu'il n'existe pas une réponse thérapeutique unique et simple à son problème et qu'il lui incombera de participer activement à son traitement. Le but reste toujours de révéler au patient les possibilités qui existent en lui-même à côté du traitement médical, voire chirurgical.

Ce temps de dialogue a bien sûr comme fonction aussi de restituer un mode de communication qui transite par la parole et non pas seulement par le corps.

Il est important aussi de *fixer un cadre de consultations* sous forme de « contrat thérapeutique » avec le patient en position participative : « nous nous verrons X fois au rythme d'une fois par mois, cela vous convient-il ? ».

Une fois le cadre fixé, le patient n'est plus obligé « d'avoir mal » pour nous revoir et en cas d'appel désespéré en urgence nous pouvons lui rappeler la prochaine consultation prévue.

B. Perspective thérapeutique

Considérons les trois grands niveaux de modulation de la douleur.

I. Au niveau perceptif

Les stratégies thérapeutiques articulées sur la perception sont essentiellement de deux types médicamenteux (antalgiques, anti-inflammatoires, anxiolytiques antidépresseurs, hormones,...) et/ou sensoriel (kinésithérapie, acupuncture et stimulation électrique transcutanée ou TENS, massages,...).

Dans les problématiques dépressivo-anxieuses, il n'est pas possible de se passer d'un support médicamenteux anxiolytique ou antidépresseur mais celui-ci ne doit pas être prescrit comme une fin mais comme un moyen (22). En médecine psychosomatique, il importe de ne pas hésiter à combiner pharmacothérapie et psychothérapie : cliver les deux démarches est un non-sens psychosomatique.

II. Au niveau de l'interprétation et de la cognition

La thérapeutique articulée sur ce niveau consiste à améliorer la capacité du sujet à percevoir et interpréter correctement et à temps ses états psychologiques et physiologiques (identifier les situations les plus et les moins douloureuses tout comme savoir repérer les sensations agréables).

Voici quelques lignes directrices pour élaborer avec le patient des stratégies pour « renverser la vapeur » et mieux « gérer » sa douleur.

1. Suivre la démarche médicale classique (diagnostic différentiel + examens complémentaires) de façon rationnelle mais non-obsessionnelle; donner les résultats de façon calme et bienveillante : « *c'est très rassurant* » plutôt que « *vous voyez, on n'a rien trouvé !* » « *c'est dans la tête* » « *ce n'est plus de mon ressort* » « *je ne peux plus rien faire pour vous* ».
2. Ne pas brusquer les prises de conscience, (respecter les mécanismes de défense) mais démystifier les fausses croyances du style :
« Ressentir une douleur vient toujours d'une lésion physique »,
« La douleur signifie que l'on ne doit plus bouger et prendre des médicaments, »
« Si des moyens psychologiques permettent d'alléger la douleur, c'est qu'elle est imaginaire ».
3. Accepter en un premier temps les interprétations du patient pour les faire évoluer progressivement : qui est ce sujet malade? quelle est sa logique symbolique, son projet de vie... comment se représente-t-il son corps et sa maladie?
« *Comment comprendre que vous en êtes là aujourd'hui.* ». « *Selon vous, votre tempérament, votre personnalité, les événements de votre vie peuvent-ils y être pour quelque chose?...* » « *Déjà auparavant, votre corps aurait-il pu être « marqué » par certains événements, par le style de vie qui existait dans votre famille?* ».
4. Faire une anamnèse intégrée des événements de vie et de la pathologie douloureuse pour identifier le poids des émotions : étudier le génogramme pour relever les concordances chronologiques entre les événements de vie (mariage, deuil, départ d'un enfant...) et les étapes de la maladie (déclenchement, rémissions, aggravations).
5. Restituer la maîtrise au sujet et augmenter son sentiment de contrôle interne en le faisant participer au maximum à son traitement: reconnaître la valeur de ses tentatives auto-thérapeutiques : un bain chaud, un massage, ... « *La médication vous a-t-elle paru efficace ?* » « *A quel moment de la journée pensez-vous qu'elle est la plus utile?* ».
6. Demander au patient de tenir un carnet de bord de son trouble et des signes avant-coureurs, ainsi que le mettre en relation avec les événements affectifs du contexte de survenue. Ceci nous permet de collecter de précieuses informations: quand ? comment ? avec qui ? par exemple, le trouble est-il plus fréquent en semaine ou au contraire le « week-end » ?
7. Ne pas oublier la gestion des choses bien concrètes et de tous les mini-stress de la vie quo-

tidienne (*perdre ses clés, être bloqué dans un embouteillage...*), qui sont souvent des agents précipitants.

8. Prescrire des activités physiques et de loisirs (*sports, relaxation, vacances*) y compris les activités sexuelles qui permettront une augmentation de la connaissance et des sensations du corps.

Comment introduire le sujet de la sexualité ?

- *Puis-je vous poser une question intime ?* Le patient dit toujours oui et le fait de demander la permission le met déjà en position de sujet actif. Cette précaution oratoire, toujours utile, est indispensable quand nous investiguons les antécédents de traumatismes.
- *Est-ce que votre maladie (la médication) a des répercussions sur votre vie sexuelle? C'est assez confortable de partir de l'objet principal de la consultation et du problème pour lequel le patient consulte*
- *Certains patients qui ont la même maladie ont des problèmes sexuels, est-ce votre cas ?*
Ceci est une petite ruse qui fait comprendre au patient qu'il n'est pas seul à avoir le problème, ce qui le rendra moins gêné d'en parler.
- *Avez-vous repris les relations avec Madame ? (Monsieur)*
Ne pas oublier de poser naturellement cette question après une hospitalisation pour mise au point et bien sûr après une intervention chirurgicale
- *En avez-vous parlé avec votre partenaire ?* C'est une question dont nous devons avoir le réflexe quand le patient évoque une difficulté. L'état de la dynamique de l'interaction conjugale peut être la cause du problème ou tout au moins un élément d'entretien ou de majoration. Dans le cas de couple stable, nous devons le plus possible encourager le dialogue avec la partenaire. Les conjoints ne sont pas neutres face à la douleur de leur partenaire (sollicitude, agressivité, découragement...) (23). En cas de difficulté sexuelle ou d'abstinence, les femmes, par exemple, peuvent penser qu'elles ne sont plus désirables, plus assez belles, que le partenaire a une autre relation... Il est important de mettre en évidence si la douleur coupe la communication ou au contraire prend toute la place dans l'interaction.

On peut s'inspirer de techniques issues des thérapies sexologiques pour donner quelques recettes de « mieux vivre » au couple (24).

III. Au niveau de la communication

Le traitement sera d'amener le patient à une communication claire et vraie consistant à savoir dire « non » quand il le faut sans devoir dire « j'ai trop mal », et à se fixer des limites.

1. *Amener progressivement le patient à exprimer ses émotions, à moins dénier ses sentiments même et surtout quand il s'agit d'affects négatifs.* Ceci, tout d'abord dans le cadre de la consultation médicale et ensuite avec l'entourage en recherchant les personnes significatives pour lui, en analysant la qualité de la communication avec ses proches.
 - « Qui remarque que vous souffrez ? »
 - « Qui, à part vous, s'intéresse à votre traitement ? »
 - « Qui peut vous aider à vous relaxer ? »
 - « Depuis que vous souffrez, vous entendez vous mieux, moins bien ou est ce la même chose avec votre conjoint ? votre famille ?, vos amis ? »
 - « Comment règle-t-on les conflits dans la famille, comment exprime-t-on l'affection? » S'il n'y a jamais de conflits et qu'on n'exprime de l'affection uniquement en cas de maladie, nous avons là des facteurs de risque de chronification !
2. *Reconstruire des limites:* mieux définir les limites autour des malades, c'est aussi les aider à mieux gérer leur stress: combien d'entre eux ne sont-ils pas en effet confrontés à des demandes auxquelles ils ne peuvent plus faire face, à des obligations qui « leur tombent sur la tête » à des charges qui « restent sur leur ventre » qu'ils portent « sur le dos ». Il nous faut leur apprendre à repérer ces situations où ils sont « coincés », leur apprendre à dire « non » sans le regretter après, tout autant qu'à exprimer directement leurs besoins et à affronter clairement les conflits!

C. Voici le même contenu présenté de façon paradoxale, à manier avec prudence si nous le donnons au patient : à utiliser uniquement quand la relation médecin-patient est forte et que le sujet se montre capable d'autodérision avec une certaine sensibilité à l'humour au cours du traitement.

Conseils pour qu'une douleur devienne vraiment rebelle (d'après F. Boureau p184) (21)

1. Cesser toute activité : physique, intellectuelle, sexuelle. Attendre sans rien faire.
2. Dès qu'il y a un mieux, s'activer et ne savoir s'arrêter qu'une fois la douleur devenue insupportable.
3. Attendre toujours le dernier moment pour prendre une médication efficace.
4. Penser qu'obligatoirement les médecins cachent quelque chose d'encore plus grave.
5. Vouloir à tout prix que les autres comprennent.
6. Ne jamais rater une occasion pour parler de sa douleur.

7. Penser que vous n'y pouvez rien et que c'est exclusivement l'affaire des médecins.
8. Refuser la douleur, la combattre, s'irriter contre elle.
9. Ne tenir compte que du côté négatif des choses.
10. S'assurer sans cesse que la douleur est toujours là.

Nous avons compris que le but de la prise en charge n'est pas de « forcer » le patient à reconnaître la participation de faits psycho-sociaux au phénomène chronique (ou répétitif) de douleur.

En effet, même lorsque cette reconnaissance existe, elle n'est pas ipso facto mobilisatrice (souvent : passivité, résignation et même culpabilité).

Le seul objectif de l'approche psychosomatique est que le patient se connaisse mieux, puisse s'affirmer dans sa relation singulière corps/esprit et clarifie ses objectifs de vie (petits et grands), qu'il se réapproprie *l'envie de prendre soin de lui* plutôt que d'être un *objet de soins passif* d'une médecine pas toujours triomphante. C'est à ce moment là seulement qu'il pourra s'engager avec confiance dans les thérapies présentées dans les exposés suivants (*kinésithérapie pleine conscience, hypnose,...*).

CONCLUSION GÉNÉRALE...

La prise en charge des douleurs pelviennes rappelle aux praticiens formés à une science issue de données statistiques et reproductibles que notre métier est une science, certes, mais aussi un art.

C'est bien un art de la communication de savoir informer en écoutant, de susciter chez le patient une prise de conscience de lui-même et de ses comportements tout en montrant de l'intérêt pour le corps souffrant.

Une approche sexologique et relationnelle n'est pas un luxe à intégrer dans les pathologies douloureuses en général et dans la clinique des douleurs pelviennes chroniques en particulier.

Entre la « fuite en avant » dans une technologie biomédicale toujours plus dure et l'attrait des guérisseurs, gourous et magiciens de toutes sortes, il y a certainement une place pour une médecine responsable, préoccupée du lien entre « mal de vivre » et dysfonctionnement organique.

Une approche psychosomatique, c'est intégrer l'apport des sciences humaines aux sciences biomédicales. Elle apporte une démarche à la fois clinique et scientifique qui concourt à l'augmentation de notre efficacité thérapeutique et de notre propre satisfaction professionnelle.

L'homme a besoin d'amour, certes;
Il a besoin de justice plus encore;
Mais il a surtout besoin de signification

Paul Ricoeur

RÉFÉRENCES

1. Mimoun S., *Petit Larousse de la sexualité*. Larousse 2007, p.262.
2. James EI. *Cinquante nuances de Grey*. JC Lattès Traduc. Française 2012.
3. Reynaert C, Jacques D. *Cours à option de Médecine Psychosomatique* MED 22 UCL.
4. Cassiers L. Réflexions épistémologiques sur le Placebo. *Bulletin et Mémoires de Bibliographie de l'Académie Royale de Médecine de Belgique* 1192 ; 147 n° 3-4-5 : 192-208.
5. Leo RJ. Pain management for Psychiatrists. *Am Psy Publishing Inc* 2003; 19.
6. de Muylder X. La douleur pelvienne chronique : cheminement psychoclinique. *Gyn Obstét Fertil* 2003; (31) : 365-369.
7. Reynaert Ch. *et al.* Chapitre 11 : Psychotropes et fonction sexuelle : Les dysfonctions sexuelles – les paraphilies – le transsexualisme. Actions des psychotropes. BCNBP. *Manuel de Psychopharmacothérapie. Gent, Academia Press* 2012 ; (11) : 323-360.
8. Benghozi P. « Psychosociosomatique et sexualité : une approche systémique et familiale », In : *Cahiers de sexologie clinique*. 1989 ; 15 (89) : 7-9.
9. Kaplan HS. *The Evaluation of Sexual Disorders*. New York : Brunner/Mazel. 1983.
10. Berberich HJ *et al.* Psychosomatic aspects is the chronic pelvic pain syndrome. *Urologe* 2004 ; 43(3) : 254-60.
11. Brunahl CA *et al.* Psychosomatic aspects of chronic pelvic pain syndrome: psychometric results from the pilot phase of an interdisciplinary outpatient clinic. *Der Schmerz* 2014; 28 (3): 311-68.
12. Sonmez NC *et al.* Sexual dysfunction in types III chronic prostatitis and chronic pelvic pain syndrome observed in turkish patients. *Int Urol Nephrol* 2011; 43 (2) : 309-14.
13. Tripoli TM *et al.* Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *J Sex Med* 2011; 8 (2) : 497-503.
14. Latthe P *et al.* Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ* 2006; 332.
15. <http://sante.lefigaro.fr/sante/symptome/douleurs-pelviennes>.
16. Bodden-Heidrich R *et al.* Chronic pelvic pain syndrome and chronic vulvar pain syndrome: evaluation of psychosomatic aspects. *Journal of Psychosomatic Obstet Gynecol* 1999; 20 (3) : 145-51.
17. Lampe A. Chronic pelvic pain and previous sexual abuse. *Obstet Gynecol* 2000; 96 (6) : 929-33.
18. Paras ML *et al.* Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009; 302 (5) : 550-561.
19. Hegardy *et al.* Association between depression and abuse by partners of women attending general practice. *BMJ* 2004; 4 : 328-621-4.
20. Randolph ME Reddy DM. Sexual functioning in women with chronic pelvic pain : the impact of depression, support, and abuse. *J Sex Res* 2006; 43 (1) : 38-45.
21. Boureau Fr. *Contrôlez votre douleur*. Petit bibliothèque Payot. Paris; 1991.
22. Reynaert C. Psychothérapie ou Neurosciences à l'image de la Dépression. *Louvain Med* 2009 ; 128 : 5219-224.
23. Vanbrabant D *et al.* Rôle de l'attitude du conjoint sur les manifestations comportementales de la douleur chez le patient douloureux chronique : revue de la littérature et limites des investigations. *Doul Analg* 1998 ; 4 : 189-194.
24. Reynaert C. Les traitements sexologiques : Généralités. In : *Les troubles de l'érection à 50 ans*. Vivio. 107-120, Bruxelles 2013.

SUMMARY

Based on both literature review and clinical experience, the authors highlight the complexity of pain processes, along with their interference regarding sexual function.

They put forth ideas concerning a psychosomatic treatment approach integrated with elements of sex therapy.

KEY WORDS

Pelvic pain, psychosomatic, sexuality, physician-patient relation

AFFILIATIONS

(1) CHU Dinant Godinne UCL Namur, service de Psychosomatique, B-5530 Yvoir

Correspondance :
Pr. CHRISTINE REYNAERT

Université Catholique de Louvain
CHU Dinant Godinne UCL Namur
Avenue Dr G. Therasse, 1
B-5530 Yvoir