

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 98 (2000)

Heft: 7-8

Artikel: Les conflits d'un sexe visité et d'un sexe visiteur

Autor: Choucroun, Daniell

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950779>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 02.04.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

EDITORIAL

Pour ma première participation à une assemblée des déléguées, ce fut l'occasion de prendre conscience du travail considérable effectué en coulisses par le comité central et les



commissions/groupes de travail. Que ce soit dans la commission qualité par exemple, ou au niveau des relations publiques ou des tractations avec les caisses-maladie, chaque fois une ou plu-

sieurs sages-femmes s'engagent pour faire avancer notre cause et mettre en valeur notre profession, que ce soit au niveau de la Fédération ou dans les sections. C'est l'occasion pour moi de leur rendre hommage.

Le lendemain, place à la journée de formation continue, avec une rencontre surprenante, celle de la femme dans l'art, non pas comme un objet, semblable à l'image des mannequins que nous renvoie la plupart des magazines féminins, mais la femme telle que nous la voyons tous les jours, naturelle et toute en rondeurs. Il y a aussi eu d'autres interventions intéressantes, telle celle parlant du travail de deuil des mères ayant perdu un bébé de mort subite (voir dans la partie germanophone de ce numéro) ou celle évoquant le problème du vaginisme (ci-contre).

A chaque fois, ces journées de formation sont aussi l'occasion de retrouver les amies perdues de vue. C'est aussi l'opportunité et le plaisir de constater la force d'un rassemblement de femmes. C'est surtout la chance d'en repartir pleine de motivation et d'enthousiasme. Rendez-vous à Schwyz, les 15 et 16 mai 2001!

Marie-Noëlle Pierrel
Membre de la commission
de rédaction du journal

Intimité sexuelle impossible

ou

Les conflits d'un sexe et d'un sexe visiteur

L'impossibilité de consommer son mariage, aussi appelé «mariage blanc», ne touche qu'une infime part des couples, entre 0,5 et 0,17%, selon les sources. Ce trouble psychosomatique, plus communément appelé «vaginisme», est le plus souvent traité au moyen d'une intervention chirurgicale, avec un taux d'échec très élevé. L'auteur de l'article, sexothérapeute et sage-femme à Genève, a préféré proposer une prise en charge de type «psychothérapie à médiation corporelle», qui donne d'excellents résultats.

Danielle Choucroun

LE titre «intimité sexuelle impossible», utilisé pour cet article, me semble plus approprié que l'appellation classique de vaginisme primaire, lequel définit un trouble féminin individuel sans tenir compte de la dimension du couple, dans ses aspects relationnels, fonctionnels et fantasmatiques.

Les appellations classiques de «mariage non consommé» ou de «mariage blanc», mettent aussi en évidence la dynamique du couple mais restent restrictives car elles imposent une notion de mariage, qui n'inclut pas automatiquement les couples non mariés qui sont de plus en plus nombreux.

Quoi qu'il en soit, cette problématique aboutit à un dysfonctionnement sexuel du couple et fait obstacle à une normalité. Pour la majorité d'entre eux, cette problématique fait aussi obstacle à un projet de parentalité désiré, même si pour certains

couples, ce dysfonctionnement reflète un refus inconscient de grossesse et/ou d'enfant.

Ce n'est pas parce qu'ils ne veulent pas de cette intimité, mais ils ne peuvent la réaliser. La peur des rapports sexuels vécus comme douloureux, si profondément ancrée, est en relation avec une pathologie fantasmatique de l'intériorité, sorte de frontière entre le dehors et le dedans; cette peur amplifie l'intensité émotionnelle de sentiments de honte, d'anormalité, d'isolement et de secret, de ce paradoxal conflit d'un «sexe visité» qui ne peut pas, tout en le voulant, accueillir un «sexe visiteur» qui lui, pourrait, mais n'ose pas.

C'est la souffrance de ces nombreux couples qui m'amène aujourd'hui à partager ma pratique clinique quotidienne pour mieux comprendre ce dysfonctionnement de couple qui met en scène deux êtres: «une impénétrée» et «un impénétrant».

Nous allons nous centrer sur la dysfonction féminine



Danielle Choucroun est sage-femme et sexothérapeute. Après avoir exercé 24 ans à la division de gynécologie psychosomatique et de sexologie de Genève, elle est actuellement installée en privé. Elle a assuré l'enseignement de la sexologie clinique aux élèves sages-femmes et infirmières du Bon Secours.

visité



A la pause de midi, le comité de rédaction est en pleine effervescence: quels exposés paraîtront dans «Sage-femme suisse»?

qui joue le rôle déterminant de la consultation de ces mariages blancs, même si elle se trouve quelquefois associée à une dysfonction masculine de type éjaculation prématurée ou difficulté érectile secondaire.

Le toucher et la parole pour thérapie

La spécificité et l'originalité de l'approche thérapeutique que je vous présenterai résulte d'une triple formation psychologique, sexologique et de sage-femme qui me permet d'utiliser un double code: un code biologique et un code symbolique et d'associer deux moyens fondamentaux qui sont le toucher et la parole. La spécificité de cette prise en charge est de ne pas être que technique, elle répond aux différents champs dans lesquels se développe la sexualité qui se vit dans le corps, par l'expérience et dans l'imaginaire par sa représentation; il y a donc un double champ d'action. Une intervention qui ne serait que technique ne permettrait pas de répondre à la complexité de la fonction sexuelle vue dans sa globalité.

Je vais me centrer sur l'aspect féminin de ce dysfonctionnement en vous proposant une définition: le vaginisme est un trouble psychosomatique qui rend difficile sinon impossible de «consommer charnellement une union».

Contracture spasmodique involontaire

Anatomiquement il se définit comme une contracture spasmodique involontaire et incoercible des muscles releveurs de l'anus et constricteurs de la

vulve rendant impossible toute pénétration à l'intérieur du vagin. C'est un trouble de la pénétration qui n'est douloureux qu'en cas de confrontation avec un visiteur (tampon périodique, doigt, spéculum, pénis).

Il faut signaler qu'il existe des degrés plus au moins prononcés de vaginisme: il peut aller d'une contraction localisée du muscle périvaginal, à une contraction généralisée de tout le corps sollicitant les adducteurs des cuisses, les abdominaux, les fessiers, jusqu'à la position d'ospithotonos.

La peur de la douleur qui est au premier plan se conjugue à de l'anxiété, voire de l'angoisse; il s'agit d'une peur insurmontable si fortement ancrée que la moindre tentative, voire l'anticipation ou même un fantasme de pénétration déclenche ce réflexe de défense par excellence qu'est la fermeture de cette zone.

Il est important de différencier le vaginisme primaire d'une autre dysfonction sexuelle féminine qu'est la dyspareunie. Ces deux dysfonctions sexuelles peuvent se superposer et se confondre au niveau clinique: la dyspareunie est avant tout un coït douloureux mais dans lequel la pénétration est possible. Par ailleurs la structure de personnalité des femmes dyspareuniques est différente de celle des vaginiques dont nous allons parler.

Une fréquence difficile à évaluer

Dans un de ses premiers rapports, il y a 40 ans, Kinsey constate que 2% des couples en âge de copulation ne consomment pas. Malleson et Sturgis estiment que 5% des cas de stérilité

sont dus en réalité à un mariage blanc. D'autres statistiques plus récentes estiment en Grande-Bretagne que le vaginisme affecte 0,17% des femmes et qu'en Irlande, le vaginisme atteint cinq couples mariés sur mille.

Quant à moi, je pense que la fréquence du vaginisme est difficile et restera difficile à apprécier. La plupart de ces couples ne consultent pas, soit parce que le symptôme a valeur de compromis satisfaisant pour le couple, soit parce qu'ils sont honteux, inhibés pour entreprendre une démarche active.

Cas clinique

M^{me} et M. H. me sont adressés par un gynécologue de la ville pour une impossibilité de rapports sexuels qui dure depuis huit ans. Lorsque j'accueille ce couple pour la première fois en salle d'attente, je suis frappée d'abord par la présentation de Madame: elle marche les épaules rentrées, le bassin anté versé, elle s'assoit au bord de la chaise, les jambes serrées, les bras fermés, le buste incliné vers l'avant et la respiration courte. La peur, la honte, l'angoisse et le secret présents tout au long de son discours s'incarnent véritablement dans son attitude corporelle; il y a cohérence entre les mots exprimés et les messages non verbaux émis.

En apercevant la table gynécologique, cette femme est saisie de terreur, car pour elle, l'examen gynécologique est synonyme d'agression: elle y va, dit-elle, «avec la trouille au ventre», peut-être avec l'espoir que lui soit révélé l'existence d'une anomalie physique.

Cette rencontre avec la table gynécologique est d'une importance capitale: en effet son attitude et sa réaction émo-

tionnelle face à la table, puis sur la table, vont nous permettre de confirmer le diagnostic, d'évaluer la gravité du symptôme, d'établir un pronostic, et ceci, indépendamment de la configuration de l'hymen et du status local.

Au niveau psychologique, les structures de personnalité les plus fréquemment rencontrées sont de type phobique ou hystéro-phobique. L'anamnèse fait souvent ressortir d'autres craintes, voire même d'autres symptômes phobiques, tels que claustrophobie, phobie de l'eau, du sang, du contact, de l'agression, de l'accouchement (mais pas de la grossesse).

Au niveau du vécu sexuel, la femme ayant un vaginisme n'est pas une «femme frigide», son identité féminine n'est pas en cause; bien au contraire, chez la vaginique l'excitabilité est grande, la libido reste intacte et lui permet d'obtenir, dans la majorité des cas, un orgasme satisfaisant par stimulation clitoridienne. Je rappelle que chez une femme frigide, l'absence de tout désir sexuel renvoie à une identité féminine elle-même problématique.

Pour la vaginique, tout jeu sexuel est possible, seul le coït est exclu, non pas parce qu'elle ne veut pas, mais parce qu'elle ne peut pas, à cause de ce réflexe tenace et inconscient de peur, qui empêche la réalisation de l'acte sexuel.

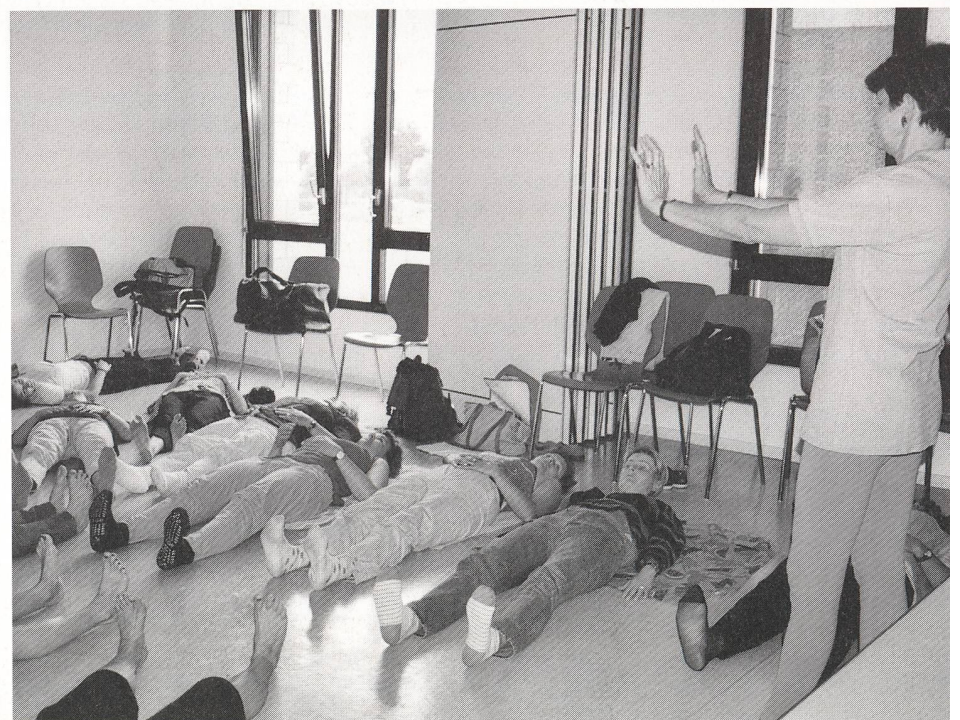
Anticipation de la douleur

Une femme vaginique vit la pénétration vaginale comme une menace d'intrusion génératrice d'angoisse, comme une violente agression envers l'intérieur de son corps; le fantasme qui la harcèle est le plus souvent de type agressif sadique. C'est la douleur qu'elle anticipe. Ses craintes entraînent la diminution des tentatives de rapport sexuel du couple. Comme Monsieur est un être gentil, doux, très compréhensif et surtout pas agressif, il ne supporte pas de lui causer une douleur, donc renonce à lui faire mal, et par là, accepte de manière tacite cette situation paradoxale.

Leur rencontre n'est certainement pas un hasard: ainsi nous voyons sa participation active et inconsciente au maintien du symptôme; il en devient ainsi le complice idéal. Cette situation peut durer, selon le degré de collusion, de quelques mois à plusieurs années, malgré les sentiments de frustration, de honte, d'anormalité. Il s'agit donc en général d'un couple dont les partenaires sont très attachés l'un à l'autre.



Fou rire garanti à l'atelier «Ce clown qui est en vous»...



Exercices exploratoires à l'atelier «Gym câline».

Une évaluation en quatre parties

Que se passe-t-il quand une telle femme ou un tel couple entreprend de consulter? Cet humiliant secret qui les isole des autres est soigneusement gardé pendant un an, deux ans voire vingt ans jusqu'à ce qu'une motivation plus forte l'emporte sur l'espoir et l'attente que

«tout s'arrange un jour avec le temps et l'amour» et les pousse à consulter: ce peut être le désir de normalité, le désir d'enfant, la peur de perdre l'autre ou la pression familiale et/ou médicale. Je fais toujours précéder la thérapie proprement dite par l'anamnèse sexologique qui me permet d'évaluer les différents niveaux étio-pathogéniques. Pour ces vaginismes primaires j'insiste:

1) sur l'évaluation de l'économie psychologique du symptôme chez la patiente (ainsi que son mode d'organisation psychique).

2) sur l'évaluation de la dynamique du couple.

3) sur l'évaluation du symptôme dans sa dimension biologique. Il faut préciser que bien des gynécologues préconisaient et préconisent encore une héménectomie, c'est-à-dire une rupture chirurgicale de la membrane. Je pense pour ma part que cette intervention, à l'exception d'indications précises concernant par exemple les cas d'hymens hauts, rigides ou scléreux, de septum hyménéal entre autres, s'avère non seulement inutile mais nocive étant donné qu'il s'agit d'une manœuvre agressive, pouvant d'une part, créer des cicatrices et renforcer l'élément spastique et d'autre part, réactiver les résistances psychologiques et l'élément d'angoisse.

A la suite de ce que j'ai exposé, on comprendra l'aberration d'une intervention chirurgicale au moyen d'un bistouri, qui vient illustrer exactement le fantasme le plus redouté par la femme: une agression sur son intériorité; et de plus lorsqu'elle est exécutée par un gynécologue homme, ce qui renforce encore une fois le même fantasme. En outre, l'anesthésie générale qui l'accompagne la plupart du temps, confirme l'idée qu'il existe effectivement une douleur au niveau vaginal et la perte de conscience qui en découle réveille précisément le fantasme de viol et la peur de l'effraction sous-jacente au trouble.

On n'opère pas une peur. Il est tout à fait illusoire de penser que seul un geste chirurgical puisse réduire ce problème en fonction de la logique qui consiste à espérer «élargir en bas» en «forçant la porte». Ce serait le type même de l'acte technique incapable de répondre à la complexité d'une telle problématique.

4) et enfin j'insiste également sur l'évaluation du degré de motivation de la patiente (et du couple) à entreprendre ce type de thérapie.

Le partenaire est alors pris comme un allié, à qui j'explique l'importance de l'interdiction que je pose de tenter des rapports sexuels, ainsi que de sa mise à l'écart, durant la prise en charge de sa compagne. Cette interdiction vaut pour la durée de la thérapie qui est brève.

La thérapie dans son ensemble aura pour but de passer d'un corps fermé à un corps qui s'ouvre et d'une représen-



Lors du banquet, la clownesse Georgina a assuré une animation «à la carte».

tation déformée de la féminité à une représentation plus valorisée et plus satisfaisante de soi.

Une prise en charge en trois temps

C'est ainsi que la prise en charge thérapeutique proprement dite comprend trois temps principaux:

1) *Un temps fondamental* effectué avec Madame seule, en vue d'une réconciliation avec son propre corps avant d'intégrer la réalité psychosexuelle du partenaire, et où chaque technique utilisée a une signification précise tant sur le plan psychologique que sur le plan symbolique.

La prise en charge thérapeutique utilise donc des «opérateurs techniques». Il faudra choisir parmi eux la ou les technique(s) appropriée(s) à la difficulté rencontrée. Je considère que:

a) pour l'approche corporelle globale, les opérateurs techniques peuvent

être la relaxation, la respiration, le travail de mobilisation du bassin, ou encore l'haptonomie, la gestalt, la visualisation.

b) pour la représentation des organes génitaux, j'utilise le dessin.

c) quant à l'approche corporelle focale expérientielle correctrice sur table gynécologique, il s'agit d'une intégration progressive de l'expérience corporelle de la pénétration et son intégration psychique parallèle, au moyen d'opérateurs techniques précis.

Ces «opérateurs techniques» ne sont pas utilisés seulement en tant qu'outils mais servent surtout et avant tout de support à un vécu émotionnel verbalisé. Autrement dit, l'expérience corporelle provoquée, vécue dans l'ici et maintenant, renvoie à l'imaginaire, dévoilant les fantasmes négatifs et inhibiteurs; et c'est l'élaboration verbale qui ouvre l'accès au symbolique et en favorise l'intégration fonctionnelle positive.

En conséquence, la thérapie permet d'établir constamment ce lien entre l'expérience corporelle correctrice vécue présentement et la résurgence de craintes, de peurs, de croyances, voire de souvenirs traumatisants; en quelque sorte la confrontation entre la réalité et l'imaginaire est reprise dans le cadre d'un transfert positif avec la thérapeute et garantit ainsi l'évolution thérapeutique favorable. Cette expérience intégrative n'est possible que dans le cadre de la relation d'étayage et d'identification que je fournis à cette femme. Je surveille attentivement l'évolution de son transfert pour moi, sans en faire l'objectif de mon intervention. Une fois le temps fondamental intégré, nous pouvons poursuivre par:

- 2) *Temps de l'alliance thérapeutique* avec Monsieur en partageant les consignes précédentes avec sa partenaire; ainsi l'acquis individuel est traduit en termes relationnel dans le couple.
- 3) *Temps de l'accomplissement de la relation sexuelle* proprement dite, suggérée à leur domicile.

Cette approche thérapeutique est une approche psychosomatique; elle établit un point de convergence entre une thérapie de déconditionnement de type cognitif et une compréhension psychodynamique du symptôme. La compréhension et l'approche thérapeutique font appel aux codes: corporel ou biologique, comportemental, psychologique, systémique.

Thérapie brève et résultats gratifiants

Il s'agit d'une psychothérapie à médiation corporelle qui rentre dans le cadre des thérapies brèves, limitées dans le temps; en général dix jours consécutifs avec une ou deux séances par jour sur le mode de l'imprégnation, selon les difficultés rencontrées. J'adapte à chaque couple la description que je viens de vous faire. En particulier je ne banalise rien du discours du corps avec son expression de l'émotion, de la peur, de l'inhibition ou de la douleur.

En conclusion, ces outils sont riches et précieux en eux-mêmes; mais ce qui se passe dans la relation est infiniment plus important que la technique employée et il s'agit bien, plutôt que d'une manière de faire, d'une manière d'être. C'est cette manière «d'être en relation» qui permet à la femme d'atteindre la récupération de soi, la réassurance narcissique même si le symptôme sert de point de départ, la prise en charge thérapeutique décrite permet un travail globalisant de réintégration psychique.

Quant aux résultats de cette prise en charge, ils sont gratifiants: sur la base de 450 cas traités, le taux de succès est de 90% dans l'immédiat et de 85% plusieurs années après le traitement où les acquis de la thérapie sur le plan sexuel et relationnel se sont globalement maintenus. ◀

Grossesse «ante portas»

Combien de couples, de femmes restent prisonniers de ce problème, n'osant pas en parler ou tout simplement n'étant pas vraiment pris au sérieux par le gynécologue?

Lors de ma pratique en salle d'accouchement, j'ai été confrontée à une situation où la femme souffrait de vaginisme; avec son mari, elle avait déjà entrepris une démarche visant à résoudre le problème.

Ce couple très courageux (ce n'est pas simple de parler de sa vie sexuelle, même à un médecin!) et fort désireux de se faire aider, n'a à mon avis guère été entendu dans sa demande. J'ai été effectivement étonnée de la manière dont ils furent pris en charge...

J'ai donc accompagné cette femme tout au long du travail de l'accouchement. Les touchers vaginaux sont difficiles, M^{me} X. respire et essaie de se détendre au maximum, la contracture vaginale reste présente même avec une analgésie péridurale.

C'est quelques heures avant la naissance de l'enfant que le sujet est abordé par le mari. Tous deux me confient alors leur histoire: avant sa grossesse, M^{me} X. consulte son gynécologue. Elle et son mari souhaitent avoir un enfant mais n'arrivent pas à un rapport sexuel complet, toute pénétration sexuelle étant impossible.

Après examen, le diagnostique d'«hymen rigide» est posé et une intervention chirurgicale est proposée. Mais une grossesse survient* entre-temps et le médecin propose alors à M^{me} et M. X. d'attendre l'accouchement, le problème devant se régler de lui-même avec la naissance de l'enfant.

De ce fait la demande d'aide n'aboutit pas et le couple se retrouve à nouveau seul avec ses difficultés, patient et espérant fort de cet accouchement. Ces neuf mois de grossesse ont été perçus, particulièrement par le mari, comme autant de mois à attendre pour une nouvelle prise en charge de leur situation.

La naissance a finalement lieu par césarienne... Pour le mari, l'accouchement ne s'étant pas passé comme prévu, le problème n'est toujours pas résolu! Les émotions et l'accueil du bébé passés, il demande alors à être dirigé vers un service pouvant les aider.

Après discussion en post-partum, le couple est mis en contact avec le service adéquat. M^{me} et M. X. ont eu la chance de pouvoir parler, d'arriver à demander cette aide qu'ils désiraient. Mais combien d'autres attendent que nous, soignants, devinions cette douleur à demi mots ou à travers le langage de leur corps... à l'occasion d'un contrôle gynécologique ou même d'un accouchement...

Christine Peitrequin, membre de la commission du journal

* Selon M^{me} Choucroun, ces grossesses «ante portas» (fécondation sans pénétration) ne sont pas rares, mais difficiles à reconnaître en tant que telles.



Le ForuMeyrin offrait un espace clair et aéré, propice à la découverte détendue des nombreux stands présents.