

Le vaginisme n'est plus ce qu'il était

Dr Jacques Waynberg*

Pour J. Waynberg, le vaginisme n'est pas une dyspareunie aggravée mais une dysmorphophobie génitale primaire, interdisant toute pénétration intravaginale. Le dispositif psychogène de cette entorse au schéma corporel est méconnu, mais il ruine dès l'enfance les représentations mentales de la percée vulvaire et de la cavité vaginale. Il s'apparente à une automutilation imaginaire, archaïque et inflexible. Ses conséquences sur la fonction érotique et la maternité sont redoutables, plaçant souvent le médecin généraliste au premier plan de sa prise en charge.

Liste (non exhaustive) des sujets prévus :

- 1 - Guide pratique du premier entretien en sexologie de ville
- 2 - Le vaginisme n'est plus ce qu'il était
- 3 - Faut-il traiter l'éjaculation précoce ?
- 4 - Des chiffres et des lettres : quelles normes comportementales ?
- 5 - Femmes "frigides" et femmes repues : la tyrannie du désir.
- 6 - La contraception est-elle sexuellement bénéfique ?
- 7 - Conduites addictives et sexualité
- 8 - Les dysfonctions érectiles de la cinquantaine
- 9 - Ménopause et dyspareunies
- 10 - Malformations, déformations, blessures génitales et coït
- 11 - Maladies sexuellement transmises et fonction érotique

« Les douleurs légères s'expriment ; les grandes douleurs sont muettes. »

Lucius Annaeus Seneca
alias Sénèque

- * Médecin, psychothérapeute, juriste et écrivain. - Directeur de l'Institut de sexologie et du Diplôme Universitaire "Sexologie et santé publique" à l'Université de Paris 7. Institut de sexologie - 57, rue Charlot - 75003 Paris. Tel. 01 42 71 10 30. waynberg@club.fr

Le « vaginisme » est caractérisé par une opposition invincible à toute manœuvre de pénétration génitale, qu'elle soit sexuelle ou instrumentale. Ce veto est habituellement attribué à la douleur intolérable que déclenche les tentatives de franchissement de l'orifice vaginal. Handicap sexologique majeur, puisqu'il constitue une cause honteuse de stérilité conjugale, il est couramment associé au vaste ensemble des « dyspareunies » : similitude d'expression clinique et conflits relationnels aussi redoutables. Or ces deux entités sont bien étrangères l'une à l'autre, distinctes dans leur définition, leur prise en charge et leur pronostic. A priori cet empêchement au coït relève de la consultation du gynécologue qui est en mesure d'en évaluer l'organicité présumée, mais en pratique c'est souvent au généraliste de le découvrir, dans des circonstances infiniment variées, l'obligeant à mesurer l'effet iatrogène de l'annonce d'un diagnostic aussi menaçant pour l'identité et l'avenir relationnel de la patiente.

Le coït ? Un attentat à la pudeur...

● La nomenclature qui décrit aujourd'hui cette obstruction vaginale est inspirée de l'étalonnage des signes cliniques fondé sur une nosographie mécaniste – vassal des concepts anglophones d'*Evidence-Based Medicine* (EBM), du *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders* (DSM), de l'*International Classification of Disease* (ICD) – et n'a qu'une apparence d'objectivité scientifique. « *Quand on qualifie de pathologiques un symptôme ou un mécanisme fonctionnel isolé, écrit Georges Canguilhem, on oublie que ce qui les rend tels c'est leur rapport d'insertion dans une totalité indivisible d'un comportement individuel* ». Chez la femme « vaginisme », l'organe affecté à la copulation fait certes opposition à sa fonction innée d'ouverture sur l'intérieur du corps, mais s'est-on suffisamment interrogé pour mesurer ce que représente précisément pour la femme le franchissement de cette brèche ? La lecture purement fonctionnelle issue d'un consensus familial s'appuie sur trois critères diagnostiques :

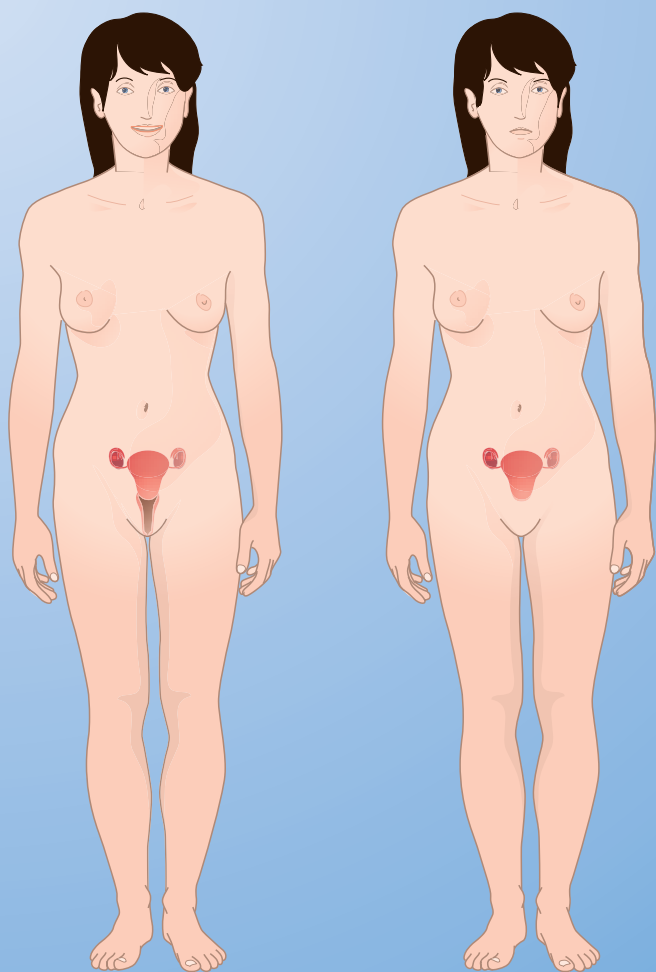
Le vaginisme n'est pas une forme particulièrement aggravée, théâtrale, aiguë de dyspareunie, mais un syndrome détachable de l'ensemble des refus féminins de pénétration génitale. Ce ne sont par exemple, ni l'ancienneté du conflit, ni la gravité des séquelles de violences vécues, ni l'importance des signes phobiques de la patiente qui le caractérisent, mais très en amont de la biographie adulte, l'équivalent d'une mutation phénotypique, d'un blocage dans l'élaboration de l'autoportrait génital de la fillette, d'un scotome inconscient, d'un arrêt indélécelable des représentations de ses orifices... Plus tard, la conviction irraisonnée d'être « impénétrable », pleine, occluse, bouchée, devance toutes les autres angoisses sexuelles : le coït devient aussi invraisemblable dans cette zone érogène jugée imperforée que s'il était sollicité dans le nombril. Diagnostic alarmant donc, qui ne devra être porté qu'avec circonspection et déboucher sur une prise en charge spécifique, la moins instrumentalisée possible chez des patientes généralement en bonne santé par ailleurs !

- les spasmes involontaires, répétés ou persistants, de la musculature du tiers externe du vagin perturbent les rapports sexuels ;

- les tentatives d'effraction de l'obstacle déclenchent des douleurs intolérables et de graves dissensions relationnelles ;

- le diagnostic d'organicité ne suffit pas à assujettir le rejet de tout contact génital avec une affection gynécologique ou médicale en général.

Une telle représentation cinétique du symptôme prolonge certes les constatations cliniques initiales mais ne permet pas d'en faire le tri en amont des



Le vaginisme se caractérise par un « scotome » inconscient des représentations de la cavité vaginale ; la patiente se sait, se croit donc irrémédiablement impénétrable.

innombrables motifs de consultation. Schématiquement ces multiples manières de non consentement au coït sont placées sous les auspices de quatre ensembles de plaintes : la « **non consommation du mariage** » et ses effets délétères sur le désir de maternité ; l'**opposition à tout examen gynécologique** et ses conséquences néfastes pour le suivi habituel de toute femme adulte ; **désorganisation de la libido** avec son cortège de frustrations et de rétentions affectives ; l'**hostilité et la répulsion** vis-à-vis de la sexualité en général et/ou le sexe masculin en particulier. Si la sévérité de ces conflits et de ces défaites de la sexualité est largement documentée, la confusion demeure en ce qui concerne l'unité de mesure de gravité, et par conséquent de curabilité d'un tel déficit sexuel.

Selon les auteurs, la distinction entre *vulvodynies*, *dyspareunies* et *vaginisme*, dépend soit du caractère plus ou moins invalidant de la douleur locale associée aux manœuvres de passage en force, soit à la véhémence des interdits d'ordre « névrotique » qui hypothèquent la fonction érotique de patientes mentalement abîmées. En revanche, comme le rappelle le guide diagnostique du DSM IV, des lésions locorégionales de l'appareil génital peuvent constituer évidemment des circonstances aggravantes du comportement d'autodéfense incriminé, mais n'induisent aucune évaluation pronostique : l'énigme demeure. Cet *embrouillamini* de la profession est disons, aggravé par la question de l'orgasme : Masters a reformulé de façon péremptoire une notion de notoriété publique à savoir que toutes les femmes « vaginales » n'en sont pas automatiquement privées. Que reste-t-il à débattre pour ne pas mettre dans le même emballage étiologique des entités aussi disparates ? Leur survenue à titre *primaire*, opposée à leur déclaration *secondaire* après une période d'activité érogène quasi-normale ? La violence des conduites d'évitement vis-à-

vis du gynécologue, ou *a fortiori* du partenaire, infligeant l'épithète de *vaginaires* aux femmes les plus rebelles, les plus revêches, les plus opiniâtres ?

● En vérité, au sommet de toutes ces considérations balistiques siège une question essentielle pour la bonne compréhension de cet ensemble de mésaventures de la sexualité érogène féminine : le fait de pénétrer dans le ventre d'une femme, même au motifs louables de le fertiliser ou d'en jouir ensemble, est-il un geste de nature si bénin qu'il soit inhabituel de s'interroger sur les obstacles qu'il franchit « naturellement » ? L'acceptation du coït comme norme comportementale n'est pas irrévocablement innée. Chez les primates non humains, des expériences d'isolement des jeunes dès la naissance ont montré toute la valeur pédagogique de l'environnement social sur les aptitudes instinctives primaires, et notamment sur l'apprentissage du savoir-faire copulatoire. Chez l'adolescente, la **dimension cognitive de la béance vaginale** doit être déjà acquise afin que puisse se renforcer le conditionnement réflexe orgasmique inauguré dans l'enfance, mais surtout, afin que s'installe le sentiment de la *pénétrabilité vulvaire*. Se savoir génitalement creuse, ou n'être pas, telle est la question primordiale qui départage selon moi la femme vaginale de la patiente endolorie ou humiliée par une dyspareunie. Une étude plus précise des étapes du scénario autodidacte infantile qui balise cette intuition est indispensable à l'avenir. A quel âge se construit-il ? Quel est le rôle des « jeux sexuels de l'enfance » dans l'accommodation de l'imaginaire anatomique à ses futures fonctions copulatoires ? L'intelligence sensori-motrice, antérieure au langage, c'est-à-dire comme l'écrit Jean Piaget, cette forme d'intelligence qui prépare sur le terrain de l'action élémentaire ce que deviendront bien plus tard les opérations de la pensée réfléchie, préfigure-t-elle le degré zéro du coït ? Chez la petite fille, la genèse d'une représentation intuitive de la vacuité de son sexe n'est pas antinomique avec le travail de deuil phallique auquel l'assigne la

Q.C.M.

La prescription d'une insémination artificielle est avisée et juste pour répondre à un vif désir de grossesse confronté à un vaginisme avéré chez une patiente âgée de 30 ans :

- A. Oui, au bout de six mois d'accompagnement sexologique sans résultat notoire ;
- B. Oui, lorsque l'abstention coïtale est désespérément aggravée par de sévères dysfonctions sexuelles du partenaire ;
- C. Oui, lorsque les explorations spécifiques du potentiel fertile de l'un et/ou de l'autre conjoint font la preuve d'une stérilité ;
- D. Oui dans les suites immédiates d'une défloration chirurgicale ;
- E. Oui, après plus de cinq ans de cohabitation conjugale vécue dans la plus totale abstinence coïtale.

Réponse C

Dans toutes les autres vignettes cliniques, l'entreprendre curative n'a pas dit son dernier mot. Le diagnostic de stérilité, lui, précipite la médicalisation du désir de grossesse puisque même guéri le vaginisme ne sera jamais fécondant. Les manœuvres d'insémination - qui peuvent même être proposées sous analgésie péridurale - doivent être un ultime recours, répondant à un désir de maternité, aspiré, inflexible pour un couple solide et consentant, face à la représentation fantasmatique de l'**immaculée conception**. Il faut rappeler néanmoins que la PMA n'est pas une thérapeutique du vaginisme, mais une violence faite à la féminité, aux effets collatéraux latrogènes insaisissables, notamment en ce qui concerne le devenir érotique du couple. L'espoir d'une « guérison partielle » est déçu : après l'accouchement la clôture vulvaire est de nouveau rétractaire à toute intrusion.

psychanalyse, elle est même bien plus riche d'accommodations émotionnelles et d'enrichissements symboliques... Bref, un vaste chantier de recherche est ouvert pour fuir la chimère d'une banalisation simpliste de la pénétration génitale féminine. Le passage du dehors au-dedans – emblème de la sexualité humaine - peut être métaphorisé ici en intrusion, en violation d'espace privatif, avec effraction, afin d'en évoquer la complexité et les incertitudes, même lorsque le besoin de coït est mutuellement consenti, mais échoue.

Dépister ou guérir ?

● Si l'étiopathogénie du vaginisme est encore méconnue, son dépistage lui, est facilité par la démesure des signes de continence qu'il exhibe, mais pas n'importe lesquels. Les fausses pistes d'organicité sont légion, les plus fréquemment empruntées concernent **les malformations congénitales** et notamment les multiples formes d'aplasie vaginale. Exceptionnelles, complexes, très invalidantes du point de vue de la fertilité, elles s'annoncent bruyamment au plus tard lors de la puberté par la rétention du sang menstruel. Hors contexte clinique aussi nuisible, ne seraient-elles pas la parfaite allégorie du « vaginisme » ? L'objectivation, la matérialisation *in vivo* de l'imperforation vulvaire ? Non, la fiction d'un « vagin fantôme » est dépassée ici par la réalité tangible du manque : ces jeunes patientes apasiques ne sont pas vaginiques, mais impénétrables par nécessité anatomique et psychologiquement atteintes d'autres maux... De moindre gravité - du moins du point de vue purement biologique de l'aptitude à procréer - les cloisons longitudinales et les diaphragmes transversaux sont aussi des causes probantes d'empêchement du coït. Leur découverte plus tardive, généralement contemporaine de la *dyspareunie* des suites immédiates de la défloration, est considérée à tort comme le chaînon manquant du diagnostic étiologique d'un pseudo vaginisme. Ces cloisonnements sont généralement incomplets et situés au tiers moyen inférieur de la crypte vaginale, leur découverte survient donc *a posteriori* de tentatives infructueuses mais tolérées et peut être joyeuses de « rapport sexuel » constat incompatible avec le « déni anatomique », le veto, l'hostilité, les objections des patientes authentiquement vaginiques.

● **Le vaginisme est une dysmorphophobie** aux racines psychogènes complexes, sous des aspects fonctionnels habituellement attribués aux nombreux tableaux de dyspareunie. Mais au lieu de souffrir ici de facteurs pathogènes de types *exogènes* facilement identifiables (spasmes musculaires réflexes, lésions vulvaires hyperalgiques, sécheresse vaginale, séquelles du post-partum, cystites à répétition, algies pelviennes, syndromes infectieux...) ce sont des forces *endogènes* indécélables qui déforment les représentations mentales de la génitalité. Ce « retard de croissance » du schéma corporel s'apparente à **une automutilation sexuelle** de nature inconsciente, qui remodèle le comportement sexuel... et le destin maternel.

Quel peut être le rôle du médecin traitant, confronté à la demande pressante d'une femme, d'un couple, blessés par un tel « manque » ? Mais précisément un manque de quoi ? Pour qui ? Depuis quand ? Toute la question est là. De quoi sont-ils privés par

Trois groupes d'informations recueillies lors des entretiens vont asseoir le diagnostic différentiel de vaginisme sur une base incontestable

	vaginisme	dyspareunies	
l'anamnèse médicale	plainte isolée	toujours	jamais
	passé gynécologique	non spécifique	souvent
	bilan gynécologique	jamais	banal
	anorexie mentale	souvent associée	jamais
	violences subies	fortuit	fréquent
	pathologie vulvaire	fortuit	fréquent
	suivi psychiatrique	fréquent	facultatif
l'ontogenèse de la sexualité	auto examen du sexe	jamais	possible
	toilette intime	jamais	possible
	tampons périodiques	jamais	possible
	empreintes éducatives	toujours	facultatif
	ignorance candide	toujours	aléatoire
	peur initiale du pénis	toujours	non
	manipulation du clitoris	évitée	usuelle
	usage de gadgets sexuels	jamais	facultatif
les stratégies d'autodéfense	chasteté préconjugale	toujours	non
	fidélité exemplaire	toujours	aléatoire
	conflit conjugal	rare	systématique
	moyens contraceptifs	jamais	en général
	amours platoniques	systématique	occasionnel
	alibi religieux	fréquent	non
	virginité préservée	oui	non
	satisfaction érotique	constante	litigieuse
	inclination homosexuelle	fréquente	facultative
	dysfonctions associées	parfois	systématique

la faute d'un jeûne vaginal devenu désormais intolérable, inadmissible ? De rapports sexuels vécus de façon plus « normale » ? Du besoin de maternité ? Des deux simultanément ? Quel sacrifice refusent-ils de perpétuer aujourd'hui ? Le coït ou l'enfant ? Les deux revendications sont en concurrence, induites par les pressions normatives des *media* d'un côté, et les motivations subjectives de l'autre. L'entretien avec le généraliste a donc pour but essentiel de clarifier la demande du couple. Ce téléguidage est de son ressort, de nature à valoriser sa perspicacité, son humanisme. *Primum non nocere* : le terrain est miné par des frustrations indicibles, des punitions injustes, de suspicions de désordres mentaux et émotionnels plus ou moins obscurs...

Finalement, entériner le diagnostic et inaugurer une prise en charge dans les délais très courts de la pratique de ville se visualise en « 3D », trois axes de l'entretien, trois types de recommandations :

1. la « sténose » vaginale est commentée, dédramatisée, déchiffrée, dessinée même, en priant la patiente de crayonner son *autoportrait* génital, et d'observer ensemble que la zone vulvaire n'indique aucun passage vers les organes internes ;

2. le besoin de maternité est apprécié avec prudence et sympathie, mais sans masquer le « coût sexuel » de son instrumentalisation, notamment lorsque l'âge de la patiente inspire une certaine urgence à rechercher *in vitro* ce que le couple s'est vu interdire *in vivo* ;

3. le potentiel érotique du couple est questionné, brièvement raconté, afin d'explicitier le pouvoir d'autodéfense que détient l'orgasme face à la médicalisation de leur projet familial. Prévenir, c'est guérir un peu : le risque de confiscation de leur rêve de bonheur par la tutelle biologique doit être amoindri en magnifiant ce qui jamais ne peut être spolié par autrui, les rituels érogènes.

C'est en parvenant à créer un climat de confiance réciproque avec ces patients blessés dans leur amour propre et leur vie privée, que le généraliste peut efficacement jouer le rôle d'effet tampon, de recours, de *nursing* des blessures physiques et sentimentales qui accompagnent la trouée d'un sexe qui n'en demandait pas tant pour jouir. ■

Prochain article :

Faut-il traiter l'éjaculation prématurée ?

Références

- 1 - Canguilhem Georges : *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 2003.
- 2 - Chapron Charles, Benhamou Dan, Belaisch-Allart Joëlle, Dubuisson Jean-Bernard : *La douleur en gynécologie*, Paris, Arnette Blackwell, 1997.
- 3 - Fertel Norman S. : *Vaginismus : a Review*, J. of sex & Marital Therapy, Vol.3, n° 2, Summer 1977.
- 4 - Lecourt Dominique : *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2004.
- 5 - Masters William H., Johnson Virginia E. : *Human Sexual Response*, Boston, Little Brown, 1966.
- 6 - Masters William H., Johnson Virginia E. : *Human Sexual Inadequacy*, Boston, Little Brown, 1970.
- 7 - Piaget Jean : *La formation du symbole chez l'enfant*, Paris, Delachaux & Niestlé, 1978.
- 8 - Poudat François-Xavier, Jarousse Noëlla : *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*, Paris, Masson, 1997.
- 9 - Waynberg Jacques : *Jouir, c'est aimer*, Toulouse, Editions Milan, 2004.
- 10 - Zwang Gérard : *Le sexe de la femme*, Paris, Cie Jean-Jacques Pauvert, 1987.