

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE

UNIVERSITE DU MALI
DIRECTION NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

Année : 2000 – 2001

N°

135

TITRE

**ETUDE DE LA DYS-PAREUNIE CHEZ LES FEMMES
EN PERIODE D'ACTIVITE GENITALE
AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE V DE BAMAKO
A PROPOS DE 100 CAS**

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le.....2001
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie*

Par

Monsieur Boubacar Baba DIALLO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury :

Président :

Membres :

Directeur de Thèse :

**Professeur Sidi Yaya SIMAGA
Docteur Bakoroba COULIBALY
Docteur Samba TOURE
Docteur Bouraïma MAÏGA**

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2000 - 2001

ADMINISTRATION

DOYEN : MOUSSA TRAORE - PROFESSEUR
1^{ER} ASSESSEUR : AROUNA KEITA - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
2^{EME} ASSESSEUR : ALHOUSSEYNI AG MOHAMED - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE PRINCIPAL YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
AGENT COMPTABLE : YEHIHA HIMINE MAIGA - CONTROLEUR DE TRESOR

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale

5. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Mamadou I. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie, Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie - Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme Konipo Fanta TOGOLA	ORL
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophthalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-obstétrique
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie-Virologie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie Histoembryologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Mr Yéya T. TOURI	Biologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie Chef de D E R
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie - Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie - Virologie
Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Kaourou DOUCOURF	Biologie

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mr Diankiné KAYENTAO	Pneumo-Phtisiologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Mamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie

5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUIINTO	Neurologie
-------------------------	------------

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA Matière Médicale
Mr Ousmane DOUMBIA Pharmacie Chimique
Mr Flabou BOUGOUDOGO Bactériologie - Virologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA Législation
Mr Elimane MARIKO Pharmacologie, **Chef de D.E.R.**

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO Matières Médicales
Mr Alou KEITA Galénique
Mr Ababacar I. MAIGA Toxicologie
Mr Yaya KANE Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE Anthropologie
Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique
Mr Adama DIAWARA Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique
Mr Massambou SACKO Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléyman GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Arouna COULIBALY	Mathématiques
Mr Mamadou Bocary DIARRA	Cardiologie
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie Médicale

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. A.E. YAPO	BIOCHIMIE
Pr. M.L. SOW	MED. LEGALE
Pr. Doudou BA	BROMATOLOGIE
Pr. M. BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr. Babacar FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr. Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Pr. Mounirou CISSÉ	HYDROLOGIE
Dr. G. FARNARIER	PHYSIOLOGIE

DEDICATIONS

DEDICACE

Je dédie ce travail :

A mon père Baba DIALLO et à ma mère Badiallo BÂH

Très chers parents, aucune expression écrite ou orale ne saurait déterminer mon niveau de reconnaissance en votre endroit pour la bonne éducation de votre part qui est le meilleur des héritages à préparer pour sa descendance. Papa et Maman, grand merci pour tout ce que vous m'avez enseigné et que vous continuez à m'enseigner : le travail dans la dignité, la vérité partout et à n'importe quelle occasion et bien d'autres... qu'Allah vous accorde une longue vie pour « goûter aux fruits de l'arbre que vous avez planté » amen.

Mon tonton Badara DIALLO et ma tante Sokona BÂH.. je vous remercie pour tout ce que vous avez fait durant mon séjour à Bamako et pour la bonne réussite de mes études supérieurs. Votre affection et votre attention n'ont pas d'égal à mon endroit.

A mes frères Amadou DIALLO Oumar DIALLO pour votre soutien et votre amour.

A mes sœurs du Mali : Mariam, Koïta et Fatoumata DIALLO pour votre affection et votre attention à mon égard.

A ma sœur des USA : Madina DIALLO vous avez tout donné pour ma réussite. Votre attention et votre affection à mon endroit n'ont pas

d'égal. Puisse dieu le tout puissant vous donnez une longue vie . Think you very much.

A ma famille à kayes : plus particulièrement mes tontons et tantes : feu Hamady DIALLO, Maky DIALLO, Na BÂH, Fanta KANE et Ami BANE, merci votre pour votre soutien, vos sages conseils et votre accueil chaleureux.

A ma très chère aimée : ma dulcinée Oumou TRAORE et sa famille à Magnambougou. Ma chérie, merci pour ton amour et ta tendresse à mon égard pour la réussite de ce travail..

A mon ami si non mon frère jumeau Ousmane SY et sa famille. Frère, merci pour ton soutien moral, tes conseils et ta disponibilité pour la bonne réussite de ce travail.

A ma famille en France : pour leur soutien, leur affection et leur attention à mon égard.

A mon tonton feu Moussa pour ses sages conseils, sa gentillesse et soutien à mon égard pendant des périodes difficiles. Que ton âme à jamais repose en paix.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Au tout puissant, Dieu de m'avoir donné la force, le courage et la santé de mener ce travail à bien malgré les petites difficultés.

Aux familles DIALLO (Kayes, Bamako, France, USA) pour vos sages conseils, votre soutien et votre accueil chaleureux.

A la famille BÂH (Nioro, Kayes, Bamako, France) pour votre gentillesse et votre soutien.

A mes cousins et cousines de Kayes, Nioro, Bamako, France... . aucun mot ne traduira ce que je pense de vous.

A mon beau frère Boubacar SIDIBE aux USA pour sa sympathie, sa gentillesse et son soutien. Je dirais merci « grand frère ».

A monsieur Issa BAGAYOKO informaticien au CSR/Commune V pour ta disponibilité nuit et jour, tu as laissé tes causeries pendant les nuits pour m'aider dans ce travail. Que Dieu te soit reconnaissant.

Au grin « vision 2001 » à Magnambougou, plus particulièrement Amadou KONE et Moustaph SACKO, Ladji COULIBALY pour votre soutien moral et encouragement.

A mon camarade Cheick SIDIBE pour ta disponibilité nuit et jour pour la réalisation de ce travail.. que Dieu te soit reconnaissant.

A tous les membres de l'ex grin « Capharäneun » : Aba, Back, Bassiaka, Boubacar, Balla, Roi. Trouvez ici le témoignage de toute mon amitié et de toute ma sympathie.

A la famille TRAORE à Magnambougou : pour votre soutien et accueil chaleureux.

A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de la Commune V pour votre bonne collaboration et vos enseignements.

A mes aînés et cadets du service :

- Aux Docteurs Diakaridia DIALLO, Ibrahim SANGARE, Brahim CISSE, Brahim DICKO, Mamadou MAGUIRAGA, Mamadou S. TRAORE dit Dou, Mamadou SIMA, Mamadou B. COULIBALY dit Colby, Moussa A. OUATTARA dit Mao, Maïmouna COULIBALY, Ibrahim KANTE, Nouhoum DIARRA dit Berg pour les enseignements et conseils fournis pour la réalisation de ce travail.
- Aux internes : Mamadou L. COULIBALY dit ML, Mariam KEÏTA, Halima CISSE, Sitapha DEMBELE, Maxima KYE, Bakary T. DEMBELE, Pierre KONE, Mamadou B. KEÏTA, Birama DIALLO, Ramata SANGARE, Namissa, merci jeunes pour votre collaboration et contribution à la réalisation de ce travail.
- A la famille BÂH à Faladiè pour l'accueil et le soutien.
- A ma cousine Mimi BÂH pour son affection et son attention à mon égard.

- A ma grand mère Namoussa SOUMANO à Faladiè Séma pour ses sages conseils et son soutien.
- A mes amis de Kayes : Daouda DIAKITE, Abdel Kader KOUMARE, Papa, Yacouba.... je vous remercie pour m'avoir aidé durant mes périodes difficiles. Au personnel de l'ASACOMA.
- A mon ami Ada ma TRAORE dit Axel pour son soutien et ses conseils.

**REMERCIEMENTS
PARTICULIERS AUX
HONORABLES MEMBRES
DU JURY**

A notre Maître et Président du Jury
Professeur Sidi Yaya SIMAGA
Professeur de Santé Publique
Chef de DER de Santé Publique à la FMPOS
Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé

Cher maître et père, c'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples préoccupations. Votre abord facile, votre rigueur scientifique, votre enseignement de qualité et vos qualités humaines ont forcé notre admiration.

Veillez accepter cher maître toute notre reconnaissance.

A notre Maître et juge
Docteur Bakoroba COULIBALY
Spécialiste et Assistant chef de clinique
en Psychiatrie
Chargé de cours à la FMPOS

Cher maître, c'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury. Votre simplicité et votre rigueur scientifique ont toujours été à la disposition de la jeune génération pour le grand bien de la santé mentale. Vos cours de psychiatrie l'attestent. nous en sommes gré reconnaissants et vous remercions de votre constante disponibilité.

Veillez recevoir l'expression de nos sincères remerciements pour la qualité de l'enseignement rendu.

A notre Maître et juge
Docteur Samba TOURE
Spécialiste en gynéco-obstétrique
Médecin Gynéco-obstétricien de
l'Association Malienne pour la Protection
et de la Promotion Familiale (AMPPF)

Cher maître, c'est un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre courtoisie, votre rigueur scientifique ont toujours été au service de la jeune génération pour le grand bien de la santé surtout de la femme. Vos prestations au niveau de l'AMPPF l'attestent. nous en sommes ravis et vous remercions pour votre constante disponibilité

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de Thèse
Docteur Bouraïma MAÏGA
Spécialiste en gynéco-obstétrique
Chef de service du centre de santé de référence de
la commune V
Détenteur d'un Ciwara d'excellence en 1997 pour
l'excellence des prestations gynéco-obstétricales
Détenteur d'un Diplôme de reconnaissance décerné
par le Ministère de la Femme, de la Famille et de
l'Enfant pour votre combat en faveur de la femme et de
l'enfant
Responsable de la filière Sage-Femme à l'ESS
Chevalier de l'Ordre National

Nous avons été touché par votre courtoisie, votre rigueur scientifique, votre simplicité et votre patriotisme. Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service. Nous avons bénéficié de vos savoirs en gynéco-obstétrique surtout lors des staffs quotidiens et nous en sommes fiers de nous compter parmi vos élèves.

Cher maître, trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance et notre plus grand respect.

Qu'Allah le tout puissant vous garde aussi longtemps auprès de nous. Amen.

ABBREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.

- CSR CV : centre santé de référence commune V.
- IECS : Information – éducation – communication pour la santé.
- EIPC : Ecole des infirmiers du premier cycle.
- ESS : Ecole secondaire de santé.
- Prof : Profonde.
- Superf : superficielle
- IST : infections sexuellement transmissibles.
- PDSC : plan de développement socio-sanitaire de la commune.
- CSCOM : centre de santé communautaire.
- PEV : programme élargi de vaccination.
- CPN : consultation prénatale.
- Pf : Planning familial.
- IMCM : institut malien de conseil en management.
- CNTS : centre national de transfusion sanguine.
- HINPG : Hôpital national du point G.
- HGT : hôpital Gabriel Toure.
- DDL : Degré de liberté.
- SYND : Syndrome.
- EFF : effectif.
- EPISIO : épisiotomie.
- IC : intervalle de confiance.
- Med : Médecine.
- RESP : responsable.
- Labo : laboratoire.
- Gyneco-obst : Gynécologie obstétricale.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS ET HYPOTHESE	2
III. GENERALITES	3-12
IV. METHODOLOGIE	13-18
V. RESULTATS	19-30
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	31-35
VII. CONCLUSION	36
VIII. RECOMMANDATIONS	37
IX. BIBLIOGRAPHIE	38-39
X. ANNEXES	40-47

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

- La fréquence et la gravité des IST leurs valent de compter parmi les priorités de la santé au Mali.
- La dyspareunie étant un symptôme quasi - présent dans les différentes IST mérite une étude opérationnelle.
- La dyspareunie peut être à l'origine de conflits conjugaux et d'une anxiété considérables. Très peu de femmes s'ouvrent de ce problème auprès de leur médecin. Pourtant la simple question : 'avez-vous une vie sexuelle satisfaisante' ?, suffit d'amorcer la question.
- Une étude a montré qu'un tiers de femmes estimaient que la dyspareunie affectait négativement leur vie sexuelle.
- 'La douleur éprouvée varie d'une gêne qui rend le coït désagréable à des algies localisées ou diffuses qui rendent le coït pénible ou irréalisable. Ces manifestations douloureuses se produisent soit très régulièrement à chaque acte sexuel soit d'une manière imprévue et irrégulière'.
- La fréquence , le caractère pluridisciplinaire (sexologie, psychologie et gynécologie), les conséquences psychosociales de la dyspareunie lui valent une recherche opérationnelle.
- Une telle étude est une 1^{ère} en République du Mali.
- La dyspareunie met en jeu l'harmonie sexuelle du couple.

**OBJECTIFS
ET
HYPOTHESES**

II- OBJECTIFS ET HYPOTHESES

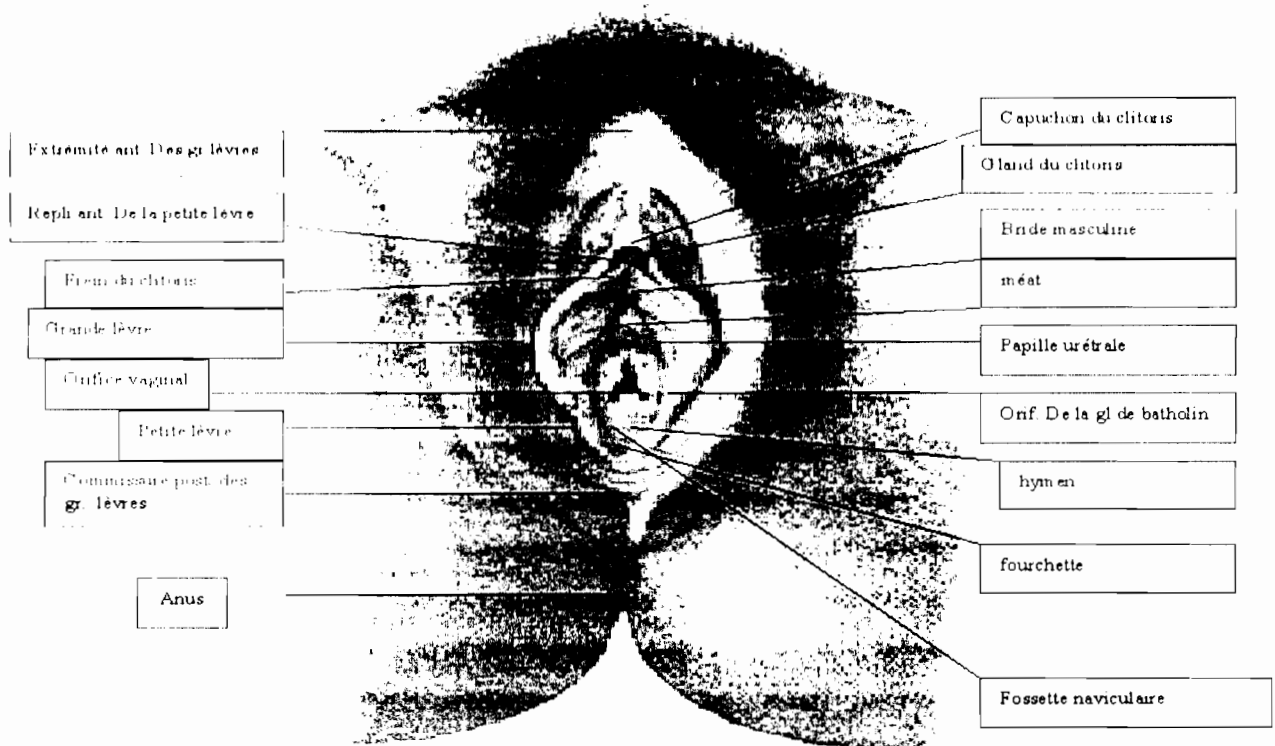
1) Objectifs :

- a. Objectif Général : étudier la dyspareunie chez les femmes en période d'activité génitale au centre de santé de référence de la commune V.
- b. Objectifs spécifiques :
 - déterminer la fréquence de la dyspareunie.
 - Etudier les circonstances de survenue.
 - Etudier les facteurs favorisants.
 - Rechercher les causes de dyspareunie.
 - Déterminer les conséquences psycho-sociales.

2) Hypothèses :

- L'âge a-t-il une influence sur la dyspareunie ?
- Les IST constituent-elles une cause de dyspareunie ?
- L'excision est-elle une cause de dyspareunie ?
- Les préliminaires ont-ils une influence sur la dyspareunie ?
- Le premier rapport sexuel a-t-il une influence sur la dyspareunie ?

GENERALITES



Organes génitaux externes d'une vierge, vus après écartement des grandes et petites lèvres

III- GENERALITES

1) Rappel anatomique de l'appareil génital féminin

a. La vulve : la vulve (voir schéma), est marquée à sa partie moyenne par une dépression médiane ; le vestibule ; au fond duquel s'ouvrent l'urètre et le vagin. Le vestibule est limité de chaque côté tout d'abord par les petites lèvres qui se rejoignent en avant au niveau du clitoris puis plus en dehors par les grandes lèvres qui se perdent en avant du même clitoris

- Les grandes lèvres :

Ce sont deux replis cutanés allongés sagittalement sur une longueur d'environ 8cm. Elles présentent une face externe recouverte de poils ; séparée de la cuisse par le sillon genito-crural et une face interne qui est lisse et séparée de la petite lèvre par le sillon interlabial. Leur extrémité antérieure se perd sur le mont de venus tandis que, l'autre s'unit à celle du côté opposé par la commissure postérieure. Au point de vue histologique on distingue :

- La peau
- Une couche de fibre musculaire lisse formant le dartos des grandes lèvres
- Une couche graisseuse
- Une membrane fibro-elastique
- Une deuxième couche adipeuse

.Le mont venus : il s'agit d'une saillie médiane qui est recouverte de poils ; cette saillie est comprise entre les deux plis de l'aîne.

Le nombre et la variété de ces extérocepteurs vont croissant des petites lèvres au gland clitoridien. Celui-ci plus richement innervé que son homologue masculin ; présente des formations en massue décrites sous le nom de corpuscule de la volupté de KRAUSE-FUNGER.

- Les nerfs vasomoteurs proviennent du plexus sympathique hypogastrique et accompagnent les artères jusqu'aux organes érectiles.

• Le clitoris :

Organe érectile, il est formé par la juxtaposition des corps caverneux et par les enveloppes :

- Les corps caverneux : analogues à ceux de la verge chez l'homme, ils s'unissent pour former le corps du clitoris qui le prolonge puis change de direction et se coude pour former le genou du clitoris. Le clitoris se termine par une extrémité arrondie : le gland du clitoris.
- Les enveloppes : il s'agit de :

. La peau : elle forme le capuchon du clitoris. Elle est bridée en-dessous par le frein, sur la ligne médiane duquel se trouve une banquette sagittale ou bride qui va de la face inférieure du clitoris au méat urétral. Ce revêtement cutané contient des corpuscules sensitifs très particuliers et très nombreux.

. Une couche celluleuse ;

. Fascia clitoridien : est semblable au Fascia du pénis, les glandes de **BARTHOLIN** sont situées de chaque côté de la moitié postérieure du vestibule.

. Vaisseaux et nerfs de la vulve :

- Les artères : elles viennent en avant des artères honteuses externes branches de la fémorale ; en arrière de la périnéale superficielle branche de la honteuse interne ; au centre des artères caverneux ; bulbaires et bulbo-urétrale et dorsale du clitoris venus de la honteuse interne.
- Les veines : elles sont des territoires analogues aux artères.
- Les lymphatiques : elles vont aux ganglions inférieurs superficiels (groupe supéro interne). Seuls les lymphatiques du gland clitoridien vont aux ganglions inguinaux profonds et recto-cruraux.
- Les nerfs : proviennent en avant des filets génito-cruraux, des abdomino-génitaux, et des génitaux en arrière du nerf périnéal et du rameau périnéal interne venus du nerf honteux interne (sur la face dorsale du clitoris cheminent les nerfs dorsaux du clitoris) ; branche du nerf honteux interne.
- Les corps érectiles : ils reçoivent leurs filets vasomoteurs du sympathique.
- Moyens de fixité : le clitoris est solidement fixe en arrière par ses piliers sur les branches ischio-pubiennes ; et en avant au niveau de son coude par un suspenseur. Celui-ci se détache de la symphyse pubienne et de la ligne blanche ; descend vers le clitoris se

dedouble a son contact pour le contourner latéralement et se constituer au dessous de lui.

- Dimensions :

à l'état de la flaccidité : sa longueur est à moyenne de 6 à 7 cm dont environ 3 cm pour les racines : 2,5 cm pour le corps et 0,6 cm pour le gland.

Son diamètre est de 0,6 à 0,7 cm.

A l'état d'érection, ses dimensions augmentent très peu et le corps garde les mêmes directions.

Rapports : les piliers du clitoris en dedans avec les muscles ischio-cavernés. Le gland est recouvert par un repli cutané, dépendant des petites lèvres : c'est le prépuce du clitoris. Sur la face postérieure du corps se fixent deux petits replis labiaux qui forment le frein clitoridien. Le gland est libre.

• Le vagin :

Etendu du col utérin à la vulve, le vagin constitue un conduit situé derrière la vessie et l'urètre ; devant le rectum. Sa longueur moyenne est de 8 cm. Il présente deux faces :

- Une face antérieure et une face postérieure.

La première répond dans ses deux tiers supérieurs à la vessie et à la portion terminale des deux uretères, dans son tiers inférieur à l'urètre.

La seconde répond au cul-de-sac de DOUGLAS dans le quart supérieur et à l'ampoule rectale dans ses trois quarts inférieurs.

Vagin et rectum sont alors séparés par la cloison recto-vaginale.

Le vagin débouche au fond du vestibule dont il est séparé par l'hymen.

• Ovaires :

Il s'agit de deux glandes qui produisent des hormones féminines et les ovules.

• L'utérus :

Il constitue le 'nid' dans lequel se développera l'œuf fécondé et comprend :

. deux trompes qui ont pour fonction essentielle de conduire les ovules jusqu'au corps de l'utérus.

. un corps qui héberge le fœtus pendant toute l'évolution de la grossesse et assure son expulsion par ses contractions.

- Le vagin et la vulve : ce sont les organes de l'acte sexuel. Ils permettent par ailleurs l'expulsion de l'enfant lors de l'accouchement.

2) RAPPELS PHYSIOLOGIQUES

Bien que beaucoup de choses aient été dites ou écrites sur leur compte ; les mécanismes qui conduisent la femme au plaisir sexuel sont encore peu connus. De nombreux auteurs affirment avoir établi que tout orgasme chez la femme trouve son origine dans le clitoris, bien qu'elle puisse le ressentir d'une autre manière.

La région clitoridienne et vaginale (réseau de nerfs ; et de veines et d'artères) constitue la plus grande partie érogène du corps féminin.

Ces structures sus jacentes ont aussi un homologue masculin d'une taille sensiblement égale au pénis. Il devient engorgé de la même manière que le pénis le devient. Quand il est pleinement gonflé ; le système clitoridien dans son ensemble, devient brusquement 30 fois plus large que le gland et le corps externe clitoridien qui est communément désigné sous l'appellation de clitoris. Les organes sexuels de la femme, bien qu'internes et pas aussi facilement visibles que ceux de l'homme, se dilatent durant l'excitation. En fait la seule réelle différence entre l'érection des hommes et celle des femmes consiste en ce que celle des hommes s'effectue à l'extérieur de leur corps, alors que celle des femmes se fait à l'intérieur. Les stimulations clitoridiennes évoquent l'orgasme féminin qui se localise au plus profond du corps autour du vagin et d'autres structures, de même que les stimulations de l'extrémité du pénis évoquent l'orgasme masculin qui se localise dans la partie basse du corps de l'homme.

Concernant les conséquences de l'excision, certains affirment que plus tôt elle est réalisée, plus grand est le dommage ; car la masturbation infantile et adolescente révèle à l'organisme et à la conscience de mécanismes normaux de la réaction sexuelle. Ils en précisent qu'aucune technique chirurgicale ne peut réparer une clitoridectomie pour instaurer la sensibilité érogène de l'appareil amputé.

- Pour les physiologistes, l'exécution de l'acte sexuel sous l'égide du cerveau reste de mécanismes incertains. Ils pensent que la congestion vaginale ; la transsudation séreuse ; la distension du fond du vagin avec redressement de l'utérus et turgescence des bulbes ; homologue de l'érection sont sous la commande de la voie parasympathique sacrée. L'orgasme féminin s'accompagne de contractions périnéales qui précèdent l'éjaculation et les contractions utérines, qui en principe la suivent. Les secondés en générale faiblement perçues dominant sur quelques unes ; ce qui rendait compte de certaines anorgasmies après hystérectomie. Les points de départ de l'arc réflexe sont innombrables (peau ; muqueuse ; image psychique) ; mais la stimulation clitoridienne est sélectivement efficace au contraire du contact vaginal très inconstamment érogène : la fonction de reproduction et de plaisir érogène sont remarquablement indépendant dans le sexe féminin. L'efficacité des stimulations est fortement modulée par les représentations psychiques qui leur sont associées et la qualité des relations qui unissent les partenaires sexuels ; chez l'excisée, l'orgasme féminin ne se produit qu'après une excitation prolongée. . L'orgasme existant indiscutablement chez elle ; tout laisse à penser que l'organisme privé de clitoris développe de nouveaux chemins pour assurer le plaisir. Il est possible comme cela a été dit précédemment que l'obtention de l'orgasme soit alors plus exigeant dans la conduite de l'acte sexuel.

3) DEFINITIONS DE LA DYSPAREUNIE

Il existe plusieurs définitions dont :

- Selon santé Web : 'la dyspareunie se définit comme la présence de douleur au moment des rapports sexuels'.
Ces douleurs ont leurs causes propres ; mais elles retentissent toujours plus ou moins rapidement sur le psychisme et l'orgasme.
- Selon votre santé : 'se sont des douleurs survenant chez la femme pendant les rapports sexuels'.
- Selon Top Santé : 'il s'agit de douleurs soit lors de la pénétration soit pendant l'acte sexuel soit après'.
- Selon La Sexologie Clinique : 'la dyspareunie signifie d'une façon générique la difficulté dans l'accouplement : coït douloureux'.

4) DIFFERENTES SORTES DE DYSPAREUNIE

- La dyspareunie peut survenir dès le début de la pénétration du pénis dans le vagin : elle est alors **superficielle**.
- La dyspareunie peut se manifester quand la pénétration est complète dans le bas ventre : elle est alors **profonde**.
- La dyspareunie est **primaire** quand le phénomène remonte déjà au début des relations sexuelles.
- La dyspareunie primaire souvent en rapport avec les difficultés des premiers rapports sexuels disparaît spontanément avec la continuité des rapports et cela dans beaucoup de cas.
- On appelle dyspareunie **secondaire**, celle qui apparaît plus tard.
- La dyspareunie est dite **interne** quand la douleur se produit au cours du coït et **externe** quand la douleur survient déjà lors de la pénétration.

5) CAUSES DE LA DYSPAREUNIE

Les causes entraînant la dyspareunie peuvent être très nombreuses. Si une division en causes organiques et causes fonctionnelles est justifiée en théorie ; en pratique les deux ordres de cause s'entre mêlent.

a- Causes Organiques :

- Une malformation vulvo-vaginale : atrésie vulvo-vaginale, hymen imperforé.
- Hypoplasie génitale.
- Un caroncule urétral.
- Une déformation vaginale postopératoire ou post-partum.
- Tumeurs utérine ou ovarienne.
- Atteintes rectales.
- Kraurosis vulvaire.
- Une leucoplasie.
- Une fibrose vaginale sénile.
- Lésions cicatricielles : épisiotomie, cure chirurgicale de prolapsus.
- Lésions du col de l'utérus.
- L'endométriase (présence anormale de la muqueuse utérine ailleurs que dans l'utérus).
- Le lichen sclero-atrophique.

- Les infections vaginales : mycose, herpès, végétation vénérienne, trichomonas, gonococcie.
- Exemple : vaginite mycosique ou bactérienne, bartholinite.
- Les séquelles d'infections pelviennes.

- L'excision : est une cause de dyspareunie.

D'après l'étude sur les complications gynéco-obstétricales et gynéto-urinaires liées à l'excision :

- 43,75 % de cas de dyspareunie dans le type 1 contre 56,25 % de frigidity dans le type 1.
- 78,20 % de dyspareunie dans le type 2 contre 21,8 % de frigidity dans le type 2.
- 54,5 % de dyspareunie dans le type 3 contre 45,5 % de frigidity dans le type 3.

On constate que le pourcentage de dyspareunie augmente du type 1 au type 2. L'excision dans le type 2 et 3 entraîne outre l'ablation du clitoris et ou les lèvres ; d'où vulve étroite ; rigide ; donc entraîne des douleurs au cours des rapports sexuels.

b- Causes Fonctionnelles :

- La sécheresse vaginale est une grande pourvoyeuse de dyspareunie pendant l'acte :
 - . elle peut être hormonale dès la pré-ménopause et à fortiori après la ménopause.
 - . elle peut être secondaire à une maladie avec sécheresse de toutes les muqueuses (œil, bouche, ...) comme dans le syndrome de **GOUJEROT-SJÖGREN**.

c- Causes Psychologiques :

- Hyperexcitabilité du sympathique.
- Hyperémotivité.
- L'existence de conflits
- Un désaccord conjugal.
- Les troubles psychologiques de type phobiques (peur irraisonnée de certaines choses ou situations) semblables à ceux rencontrés dans la frigidity qui, souvent précède la dyspareunie. Les différentes phobies rencontrées sont plus ou moins associées chez une même femme ; certaines peurs sont conscientes, d'autres plus ou moins inconscientes.
 - . Les phobies conscientes :

- 'Peur de se montrer nue', peur d'être salie, d'être contaminée par des maladies.
- Peur de la douleur surtout une 1^{ère} expérience malheureuse.
- Peur de perdre la pureté ; d'être assimilée à une 'femme facile'.
- Peur d'être répudiée par ses proches, ses parents, d'être montrée du doigt.

. Les phobies inconscientes :

- Peur de l'échec.
- Peur de la réussite : 'que faire si elle y prend goût. Va-t-elle devenir une fille perdue ou prostituée ?' 'va-t-elle perdre son contrôle sur elle-même ?'
- Peur de perdre ses qualités maternelles ou au contraire peur de grossesse.
- Peur de renoncer à son éducation ; surtout aux principes moraux et religieux inculqués dans l'enfance (par des parents rigides en général).
- Peur d'être contrôlée, dominée.
- Immaturité de caractère avec peur de rompre avec ses parents (cordon ombilical).
- Peur de l'inceste.
- Peur de perdre son identité personnelle ; d'être inséminée par quelqu'un même à son insu.
- Peur d'être rejetée ; abandonnée par l'homme.

Il existe une dualité de comportement de type rapprochement-évitement de 'l'objet de convoitise sexuelle' (peur de l'échec comme peur de réussite ...) voire une peur de s'abandonner ou d'être abandonnée, situation assimilée à une perte d'identité et donc à la mort.

Il existe chez certaines femmes une prédisposition sur base psychologique et émotive ; vers les réactions douloureuses dans la sphère sexuelle notamment ces réactions vont de la dysménorrhée et de la défloration très douloureuse jusqu'à la dyspareunie ; à l'orgasme douloureux ; à des accouchements très pénibles ; à un climatère tourmenté.

d- Causes selon le type de dyspareunie

- La dyspareunie d'introduction ; superficielle ; au niveau de l'orifice vulvaire est liée le plus souvent à une inflammation vulvaire ou vaginale : vaginite mycosique ; parasitaire ou infectieuse. Il peut également s'agir d'une infection ou d'une balonnisation kystique de la glande de BARTHOLIN responsable des sécrétions vaginales.
- Les dyspareunies profondes sont très différentes. Il s'agit de douleurs ressenties au niveau du ventre et du pelvis ; par une pénétration profonde. Elles sont liées à une affection de l'appareil génital et à des troubles fonctionnels très variés dans leurs symptômes :
L'infection génitale (salpingite) ; l'endométriase et la déchirure des ligaments larges de l'utérus sont les causes les plus fréquentes de dyspareunies profondes.
Une mention particulière est à faire à la ménopause qui, par des résultats différents, peut aboutir à une dyspareunie superficielle ou profonde.

6) THERAPIE

Le traitement dépend de la cause. Il peut être tour à tour chirurgical ; anti-infectieux ; anti-inflammatoire et hormonal pour les causes organiques.

La prédominance des causes psychologiques et psychoaffectives nous orientera vers une gamme thérapeutique allant d'une psychanalyse aux entretiens psychothérapeutiques ; à des informations d'hygiène sexuelle ; à la suggestion hypnotique et à la relaxation ; aux modifications de situations relationnelles insupportables pour le sujet.

Des moyens médicamenteux symptomatiques ont ici naturellement leur éventualité d'emploi ; qu'il s'agisse de sédatifs ; de tranquillisants ; d'antispasmodiques.

METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. La commune V du district est une commune urbaine qui couvre une superficie de 41Km², avec une population de 184.715 habitants soit une densité de 4505 habitants/Km² composée de 89560 femmes dont 88863 résidentes. Le taux d'accroissement de la population est de 5,1. Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger; elle est limitée par le fleuve Niger au nord-ouest; à l'est par la commune VI et au Sud-Ouest par le quartier de Kalaban-Koro (cercle de Kati). La commune est constituée de 8 quartiers qui sont :

1. Badalabougou ;
2. SEMA N°1 ;
3. Quartier Mali SEMA GEXCO ;
4. Torokorobougou ;
5. Sabalibougou ;
6. Baco-Djikoroni ;
7. Kalaban-coura ;
8. Daoudabougou.

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako. Communes : I, II, III, IV, V, et VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fût crée le Centre de Santé de la Commune V (Service Socio-Sanitaire de la Commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique Sectorielle de Santé et de Population et conformément au plan de Développement Socio-Sanitaire de la Commune (P.D.S.C) la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 10 aires de santé (10

CSCOM) , sur les 10 aires 9 CSCOM sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré.

Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre qui fût un succès a fait de lui un centre de santé de référence pour la commune V et partant de ce succès le système de référence a été instauré dans les autres communes du district.

Le centre de santé de référence de la commune V comprend actuellement plusieurs unités qui sont :

- Unité Bloc opératoire
- Unité Gynécologie-Obstétrique
- Unité Médecine Interne
- Unité Dentisterie
- Unité Ophtalmologie
- Unité Dermatologie
- Unité Imagerie-Radio-Echographie
- Unité Pédiatrie
- Unité Maternité
- Unité suite de couches
- Unité P.E.V (Programme Elargi de Vaccination)
- Unité Néonatalogie
- Unité C.P.N (Consultations Pré-Natales)
- Unité P.F (Planning Familial)
- Unité Soins (Pansements et injections)
- Unité Laboratoire d'Analyses

- Unité Recherche et Formation (Bibliothèque – Salle Informatique – Salle de Staff – Salle d’archives).
- Comptabilité
- Morgue.

Le centre de santé de référence compte plus de 120 travailleurs et est dirigé par le Médecin- chef . Les travailleurs sont soit des fonctionnaires, soit des conventionnaires de l’Etat, soit des contractuels, soit des Agents de la municipalité et des Agents de l’INPS. En 1997 le centre de santé de référence de la commune V a reçu le prix CIWARA d’Excellence décerné par l’IMCM. Ce prix a été décerné au centre pour ses bonnes performances en activités Gynéco-obstétricales. En 1999 le Médecin-Chef du centre de référence commune V a reçu un diplôme Honorifique du Ministère de la promotion féminine, de la famille et de l’enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l’enfant.

Les organes de gestion du centre sont le comité de gestion et le conseil de gestion.

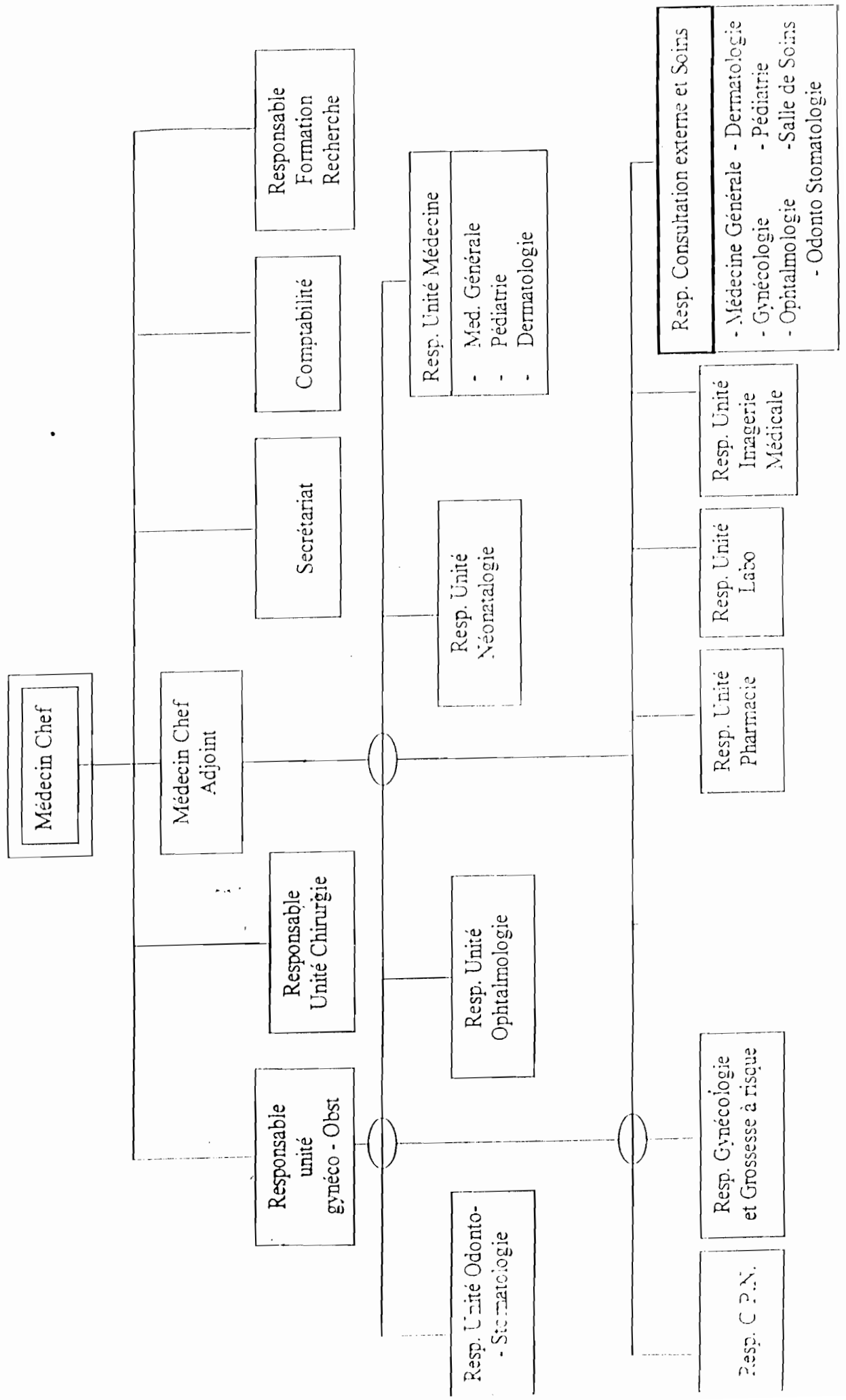
Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- un médecin chirurgien
- deux étudiants en médecine faisant fonction d’Internes
- une sage-femme remplaçable par une autre toutes les 12 heures et son aide-soignante
- un infirmier anesthésiste
- une technicienne de laboratoire
- un chauffeur d’une ambulance qui assure la liaison avec les hôpitaux nationaux (HNPG & HGT)et le centre national de transfusion sanguine(CNTS)

- deux garçons de salles assurant la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de 2 tables d'accouchement, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Ce kit de médicaments crée sur fonds propres du centre est remboursable par les patientes.

ORGANIGRAMME DE FONCTION DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V



2. Type d'étude :

Notre étude est une étude transversale avec recueil prospectif des données.

3. Période d'étude :

Elle s'est étendue sur une période de 3 mois (du 1^{er} janvier 2001 au 31 mars 2001).

4. Population d'étude :

Sont concernées par cette étude, toutes les femmes qui sont venues se faire consulter au service de gynéco obstétrique au Centre de Santé de Référence de la Commune V au cours de la période d'enquête.

5. Echantillonnage :

- Critères d'inclusion : femmes en âge de procréation (14-49 ans) venues en consultation gynéco-obstétricale du centre de santé de référence de la commune V et présentant une dyspareunie.

- Critères de non inclusion :

- Femmes venues en consultation gynéco-obstétricale pendant la période d'enquête non incluses dans l'intervalle 14-49 ans.
- Femmes en âge de procréation venues en consultation gynéco-obstétricale et ne présentant pas de dyspareunie.

- Taille de l'échantillon :

Notre étude a été menée sur 100 femmes en âge de procréation (14-49 ans) venues en consultation gynéco-obstétricale au centre de santé de référence de la commune V pendant la période d'étude présentant une dyspareunie.

6. Collecte des données :

- Supports :

Le recueil des données est fait sur questionnaires individuels et confidentiels.

- Techniques :

Les techniques que nous avons utilisées durant l'enquête sont : l'interrogatoire, l'observation et l'examen physique.

7. Les variables sur lesquelles nous-nous sommes intéressés sont :

- Age ;
- Résidence ;
- Profession ;
- Douleur aux rapports sexuels ;
- Type de douleur ;
- Douleur primaire ou secondaire ;
- Antécédents gynéco-obstétricaux ;
- Excision ;
- 1^{er} rapport sexuel,
- Cycle menstruel ;
- Préparation préalable au rapport sexuel ;
- Antécédents d'accouchement ;
- Réaction du partenaire ;
- Réaction de la femme ;
- Infertilité.

8. Plan d'analyse et traitement des données :

L'analyse et le traitement de texte ont été faits sur Epi info version 6, Word et Excel 97. Différents tests statistiques ont été utilisés : Khi², Odds ratio, Test Exact de Fischer. P<0,05 est considéré comme significatif.

9. Aspects éthiques :

Cette étude a été menée dans l'intérêt de la population afin de publier les résultats, de servir de base pour d'autres études dans ce domaine et de permettre l'information, l'éducation et la communication pour la santé (IECS) de la population sur la sexualité.

RESULTATS

RESULTATS

Tableau 1 : Fréquence des femmes dyspareuniques par rapport à celles ayant été consultées pendant la période d'enquête (janvier 2001 – mars 2001).

PERIODE D'ENQUETE	FEMMES CONSULTEES	FEMMES DYS-PAREUNIQUES	FREQUENCE
1^{er} janvier au 31 mars 2001	612	100	16,3 %

16,3 % des femmes ayant été consultées pendant la période d'enquête (3 mois), ont exprimé une dyspareunie.

Tableau 2: Répartition de la population selon la tranche d'âge.

Ages	Effectif	pourcentage
15 - 18 ans	7	7,2
19 - 45ans	91	92,8
Total	98	100

La tranche d'âge la plus importante est 19-45 ans soit 92,8 %. L'âge moyen était égal à 27 ans.

Tableau 3 : Répartition de la population en fonction de la résidence.

RESIDENCE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Commune I	2	2 %
Commune II	0	0 %
Commune III	5	5 %
Commune IV	12	12 %
Commune V	45	45 %
Commune VI	29	29 %
Autres localités	7	7 %

Autres localités : Kalabankoro =6 ; Kéléya = 1.

(45 %) de notre population vient de la commune V.

Tableau 4 : Répartition de la population selon la profession.

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Ménagère	69	69 %
Secteur informel	22	22
Elève	2	2 %
Fonctionnaires	7	7 %

Les ménagères sont prédominantes (69 %).

Tableau 5: Répartition de la population selon le type de dyspareunie.

TYPE DE DYS-PAREUNIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Superficielle	56	56 %
Profonde	23	23 %
Mixte	21	21 %

Notre étude a montré une prédominance de la dyspareunie superficielle (56 %).

Tableau 6 : Répartition de la population en fonction du caractère primaire ou secondaire de la dyspareunie.

CARACTERE DE LA DYS-PAREUNIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Primaire	29	29 %
Secondaire	71	71 %

Le caractère secondaire a prédominé dans notre étude (71 %).

Tableau 7: Répartition de la population en fonction des syndromes d'I S T.

SYNDROME IST	EFFECTIF	POURCENTAGE
Ecoulement vaginal	23	23 %
Pelviaigies	1	1 %
Prurit vulvaire	2	2 %
Ecoulement vaginal + pelviaigies + prurit vulvaire.	41	41 %
Ecoulement vaginal + Pelviaigies	12	12 %
Pas de synd. IST	12	12 %
Ecoulement vaginal + prurit vulvaire	9	9 %

41 % de nos femmes ont présenté de façon concomitante un écoulement vaginal, des pelviaigies, un prurit vulvaire.

Tableau 8: Répartition de la population en fonction de l'excision.

EXCISION	EFFECTIF	POURCENTAGE
OUI	94	94 %
NON	6	6 %

Notre étude a retrouvé 94 % de femmes excisées.

Tableau 9: Répartition de la population en fonction du vécu du 1^{er} rapport sexuel.

VECU DU 1^{ER} coït	EFFECTIF	POURCENTAGE
Traumatisant	59	59 %
Non traumatisant	41	41 %

59 % des femmes enquêtées ont eu un premier rapport sexuel traumatisant.

Tableau 10 : Répartition de la population en fonction du cycle menstruel.

CYCLE MENSTRUEL	EFFECTIF	POURCENTAGE
Préménstruelle	8	8 %
Fin du cycle	5	5 %
Ne sait pas	87	87 %

87 % des femmes n'ont pas pu établir un rapport entre leur cycle et la dyspareunie.

Tableau 11 : Répartition de la population en fonction de la préparation préalable au rapport sexuel :

PRELI MINAIRE	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oui	74	74%
Non	26	26%

(74%) de nos femmes affirment avoir fait une préparation préalable au rapport sexuel.

Tableau 12: Répartition de la population en fonction de la réaction du partenaire.

REACTION DU PARTENAIRE	EFFECTIF	POURCENTAGE
INDIFFERENCE	83	83%
CONFLIT	17	17%

Nôtre étude montre que 83% des partenaires restent indifférents à la douleur ressentie par les femmes au cours des rapports sexuels.

Tableau 13 : Répartition de la population en fonction de la réaction de la femme.

REACTION DE LA FEMME	EFFECTIF	POURCENTAGE
EVICTION	58	58 %
ACCEPTATION	42	42 %

58% de nos femmes évitaient le rapport sexuel à cause de la douleur.

Tableau 14 : Répartition de la population en fonction de l'infertilité.

INFERTILITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
OUI	46	46,5 %
NON	54	53,5 %

(53,5%) de nos femmes n'avaient pas d'infertilité.

Tableau 15 : rapport entre classe d'âge et types de dyspareunie.

AGES	SUPERFICIELLE		PROFONDE + Mixte		TOTAL
	EFF	%	EFF	%	
15-18 ans	6	10,7	1	2,3	7
19-45 ans	50	89,3	41	97,7	91
TOTAL	56	100	42	100	98

Odds ratio = 4,92 IC = 54 - 114,81

56 de nos femmes souffraient de dyspareunie superficielle dont 89,3 % dans la tranche d'âge 19- 45 ans et 10,7 % dans la tranche d'âge 15 - 18 ans.

Il n'existe pas de relation statistique entre la tranche d'âge et le type de dyspareunie.

Tableau 16 : Répartition de la population en fonction des antécédents d'accouchement.

ANTECEDANT D'ACCOUCHEMENT	EFFECTIF	POURCENTAGE
Episiotomie	14	14%
Déchirure périnéale	5	5%
Episio+déchirure	1	1%
Pas d'antécédent particulier.	80	80%

80% de nos femmes n'avaient d'antécédent particulier.

Tableau 17 : Rapport entre type de dyspareunie et le caractère primaire ou secondaire.

TYPE DE DYS-PAREUNIE	PRIMAIRE		SECONDAIRE		TOTAL
	EFF	%	EFF	%	
Superficielle	20	69	36	50,7	56
Profonde et Mixte	9	31	35	49,3	44
Total	29	100	71	100	100

Odds ratio = 2,16 IC = 0,79 - 6,03

Dans notre étude on a retrouvé 71 cas de caractères secondaires dont 50,7 % dans le type 1 (superficiel).

Il n'existe pas de relation statistique entre ces deux variables.

Tableau 18 : Rapport entre type de dyspareunie et l'excision.

TYPE DE DYS-PAREUNIE	EXCISION				TOTAL
	OUI		NON		
	EFF	%	EFF	%	
Superficielle	54	57,4	2	33,3	56
Profonde + Mixte	40	42,6	4	66,7	44
Total	94	100	6	100	100

Odds ratio = 2,70 intervalle de confiance = 0,40 à 22,49. Test exact de fisher : p = 0,40.

Après regroupement des variables notre étude a retrouvé 94 cas de femmes excisées présentant une dyspareunie avec 57,4 % pour le type 1 (superficiel).

Il n'existe pas de relation statistique entre type de dyspareunie et excision.

Tableau 19 : Rapport entre type de dyspareunie et vécu du premier rapport sexuel.

TYPE DE DYS-PAREUNIE	VECU DU PREMIER RAPPORT SEXUEL				
	TRAUMATISANT		NON TRAUMATISANT		TOTAL
	EFF	%	EFF	%	
Superficielle	31	52,5	25	70	56
Profonde	10	17	13	32	23
Mixte	18	30,5	3	08	21
Total	59	100	41	100	100

$\text{Khi}^2 = 8,79$ ddl = 2 p = 0.01.

Notre étude a montré que :

- 59 de nos femmes ont eu un rapport sexuel traumatisant dont :
- 52,5 % ont présenté une dyspareunie superficielle.

Il existe une relation statistique entre ces deux variables.

Tableau 20 : Rapport entre type de dyspareunie et antécédents d'accouchement.

TYPES DE DYS-PAREUNIE	1 = épisio+2 = dech péri+1 et 2		NON		TOTAL
	EFF	%	EFF	%	
SUPERFICIELLE	09	45	47	58,7	56
PROFONDE, MIXTE	11	55	33	41,3	44
TOTAL	20	100	80	100	100

Odds ratio = 0,57. Ic = 0,19 à 1,71. P = 0,26

Test exact de FISCHER : P = 0,31.

Malgré le regroupement, on n'a pas pu trouver de relation statistique entre les deux variables.

Tableau 21 : Rapport entre type de dyspareunie et réaction du partenaire.

TYPES DE DYS-PAREUNIE	INDIFFERENCE		CONFLIT		TOTAL
	EFF	%	EFF	%	
SUPERFICIELLE	45	54,2	11	64,7	56
PROFONDE et MIXTE	38	45,8	06	35,3	44
TOTAL	83	100	17	100	100

Odds ratio = 0,65 Ic = 0,19 – 2,15

Notre étude a montré que (83) cas restaient indifférents à la dyspareunie surtout le type 1 (superficielle = 54,2 %). Le test statistique n'est pas significatif.

Tableau 22 : Rapport entre type de dyspareunie et réaction de la femme.

TYPES DE DYS-PAREUNIE	EVICTION		ACCEPTATION		TOTAL
	EFF	%	EFF	%	
SUPERFICIELLE	37	63,8	19	45,2	56
PROFONDE et MIXTE	21	36,2	23	54,8	44
TOTAL	58	100	42	100	100

Odds ratio = 2,13 Ic = 0,87 – 5,25

L'étude a retrouvé que :

(58 cas) évitaient les rapports sexuels à cause de la douleur surtout le type 1 (63,8 %). Le test statistique n'est pas significatif.

Tableau 23 : Rapport entre caractère de dyspareunie et l'infertilité.

CARACTERES	INFERTILITE				TOTAL
	OUI		NON		
	EFF	%	EFF	%	
PRIMAIRE	11	39,3	17	60,7	28
SECONDAIRE	35	50,7	36	39,3	71
TOTAL	46	100	53	100	99

Odds ratio = 0,67. Ic = 0,25 à 1,78. P = 0,36.

Test exact de FISCHER : P = 0,25.

Notre étude a montré que le caractère secondaire est retrouvé dans 50,7 %.

COMMENTAIRES

ET DISCUSSIONS

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Notre étude a été réalisée chez les femmes en âge de procréation se présentant en consultation gynéco-obstétricale du Centre de Santé de Référence de la Commune V.

La taille de notre échantillon est de 100 femmes dyspareuniques. Malgré les difficultés rencontrées au cours de notre enquête liées au caractère privé, discret et le tabou existant autour du sujet ; il apparaît clairement que les différents types de dyspareunie sont retrouvés ici, comme l'attestent les auteurs avec la prédominance du type 1 (superficielle).

1. Etude de la dyspareunie selon la fréquence :

Notre étude prospective transversale au Centre de Santé de Référence Commune V du District de Bamako nous a permis d'établir à 16,3 % la fréquence de la dyspareunie sur une période de 3 mois. Ce qui nous permet de dire que la dyspareunie est un problème de santé qui affecte la vie sexuelle du couple.

Ainsi *Citizen Doc* dans les nouvelles médicales de la semaine du 6 octobre 2001 n°47 a montré que 1/3 des femmes estimaient que la dyspareunie affectait négativement leur vie sexuelle.

2. Age des femmes enquêtées :

Notre étude retrouve 92,8 % des femmes dyspareuniques appartenant à la tranche d'âge (19-45 ans). La moyenne d'âge était de 27 ans. Les adolescentes ont représenté 7,2 % de la population. Ceci peut être expliqué par la prédominance de la population jeune parmi la population générale au Mali.

3. Répartition des femmes en fonction de leur résidence :

La majorité de nos femmes venaient de la commune V (45 %) et commune VI (29 %). Cela s'explique par le fait que le Centre de Santé de Référence est situé au coeur de la commune et à proximité de la commune VI.

4. Profession de nos femmes enquêtées :

69 % des femmes dyspareuniques étaient des ménagères qui représentaient la majorité devant le secteur informel représentant 22 %. Ceci s'explique par le fait que la plupart de nos femmes étaient non scolarisées et venaient des quartiers populaires.

5. Types de dyspareunie :

La dyspareunie superficielle a été retrouvée chez 56 % des femmes contre 23 % de cas de dyspareunie profonde et 21 % de dyspareunie mixte (superficielle et profonde). Notre étude a retrouvé 3 types de dyspareunie contre 2 types chez les autres auteurs (Santé Web, *Citizen Doc*, Congrès Acfas qui n'ont pas donné de pourcentage).

6. Caractères de la dyspareunie :

La dyspareunie secondaire a été retrouvée dans 71 % des cas, ce qui représente la majorité. Cela peut être expliqué par le fait que le caractère secondaire a une multitude de causes surtout organique comme témoigne le passé gynéco obstétrical de nos femmes.

7. Répartition de la population en fonction des syndromes d'IST:

La triade syndromique (écoulement vaginal + pelvialgie + prurit vulvaire) est retrouvée chez 41 % des femmes enquêtées. Ceci s'explique par le fait que les IST responsables de ces syndromes sont les plus grandes pourvoyeuses de dyspareunie soit par la vulvo-vaginite ; soit la bartholinite ; soit une infection génitale haute.

8. Répartition de la population en fonction de l'excision :

94 % des femmes enquêtées ont été excisées. L'étude sur les complications gynéco-obstétricales et génito-urinaires liées à l'excision du Docteur I.O.K. montre que :

- la dyspareunie survient très généralement dans les trois types d'excision.
- 70,5 % des femmes excisées souffraient de dyspareunie.

Le caractère multifactoriel de la dyspareunie fait qu'on ne peut pas affirmer si la dyspareunie des 94 femmes excisées est due seulement à l'excision ou d'autres facteurs.

9. Répartition de la population en fonction du vécu du 1^{er} rapport sexuel :

Notre étude a trouvé 59 % de cas de dyspareunies liées aux difficultés du 1^{er} rapport sexuel. Ceci explique l'importance de l'état psychologique dans les relations sexuelles.

Les séquelles psychologiques du 1^{er} rapport sexuel traumatisant sont à la base d'un rapport sexuel douloureux persistant.

10. **Répartition de la population en fonction du cycle menstruel :**

La majorité de nos femmes (87%) n'ont pas pu situer la douleur au cours du rapport sexuel par rapport au cycle menstruel. Dans 8% des cas, la dyspareunie fait partie du syndrome prémenstruel et dans 5 % des cas en fin de cycle ce qui explique le rôle du déséquilibre hormonal dans la dyspareunie.

11. **Répartition de la population en fonction de la préparation préalable au rapport sexuel :**

74% des femmes ont avoué qu'elles font une préparation préalable au rapport sexuel. Ceci explique que la majorité des femmes même non scolarisées sont conscientes de l'importance des préliminaires dans un bon rapport sexuel contre 26% des femmes.

Il faut signaler que les préliminaires favorisent les sécrétions vaginales permettant la lubrification de l'organe génital féminin ce qui facilitera la pénétration donc un « rapport sexuel sans douleur ».

12. **Réaction du partenaire par rapport au coït douloureux :**

Nôtre étude a montré que 83% des partenaires de nos femmes restaient indifférents à la douleur ressentie.

Ceci s'explique par le fait que les femmes n'informent pas leurs partenaires par rapport à la douleur qu'elles ressentent par peur de dévalorisation.

Dans les 17% des cas, le partenaire fait une interprétation erronée de la réaction de la femme et cela aboutit à des conflits conjugaux.

13. **Réaction de la femme par rapport à la douleur ressentie :**

Nôtre étude a montré que :

- 58% de nos femmes évitaient les rapports sexuels à cause de la douleur. Ceci explique que la dyspareunie est un véritable obstacle pour l'épanouissement sexuel du couple.
- 42% acceptaient, malgré la douleur, les rapports sexuels. Ceci explique le fait que ces femmes s'efforçaient malgré la douleur à faire plaisir à leurs partenaires pour éviter les conséquences psychosociales qui peuvent en découler.

14. **Répartition de la population en fonction de l'infertilité :**

L'étude a montré 46,5% de cas d'infertilité.

15. **Répartition de la population en fonction des antécédents d'accouchement :**

La majorité de nos femmes (80%) n'ont pas eu d'antécédents particuliers.

- 14% ont subi une épisiotomie.
- 5% ont fait une déchirure périnéale.
- 1% l'association d'épisiotomie et de déchirure périnéale.

Ceci s'explique qu'une lésion périnéale mal suturée peut provoquer à la longue par ses séquelles cicatricielles un rétrécissement de la vulve entraînant des rapports sexuels douloureux.

16. **Relation entre la classe d'âge et le type de dyspareunie :**

La dyspareunie superficielle est retrouvée dans 56% des cas avec 10 ;7% chez les adolescentes et 89,3% dans la tranche d'âge 19-45 ans. Ceci s'explique par la prédominance de la population jeune parmi la population générale au Mali. Chez les adolescentes on a pas retrouvé de dyspareunie profonde seule. Il n'existe pas de relation statistique entre l'âge et le type de dyspareunie.

17. **Relation entre le type de dyspareunie et le caractère primaire ou secondaire :**

Nôtre étude a retrouvé 71% de dyspareunie secondaire dont 50,7 % sont superficielles. Il n'existe pas de relation statistique entre ces deux variables.

18. **Relation entre type de dyspareunie et l'excision :**

La dyspareunie superficielle à été retrouvé chez 57,4% des femmes excisées. Le test statistique n'est pas significatif.

19. **Relation entre type de dyspareunie et vécu du premier rapport sexuel :**

Nôtre étude a montré que 59% des femmes ont eu des difficultés lors de leurs premiers rapports sexuels dont :

- 52,5% pour la dyspareunie superficielle
- 30,5% pour la dyspareunie mixte
- 17% pour la dyspareunie profonde.

Ce ci s'explique par le fait que la dyspareunie superficielle (l'introduction) est surtout provoqué par les séquelles psychologiques d'un premier rapport sexuel difficile. Il existe une

relation statistique entre le type de dyspareunie et le vécu du premier rapport sexuel ($p < 0,05$).

20. **Relation entre type de dyspareunie et antécédents d'accouchement :**

Dans notre étude on retrouve : 55 % de nos femmes ayant subi soit une épisiotomie, soit une déchirure périnéale, soit l'association épisiotomie et déchirure périnéale ont exprimé une dyspareunie profonde et mixte et 45 % ont exprimé une dyspareunie superficielle. Il n'existe pas de relation statistique entre ces deux variables.

21. **Relation entre type de dyspareunie et réaction du partenaire :**

Notre travail affirme que : La plupart des partenaires restent indifférents à la douleur ressentie au cours des rapports sexuels surtout le type superficiel (54,2%). Le test statistique n'est pas significatif .

CONCLUSION

VI. Conclusion

Au terme de notre étude transversale avec recueil prospectif des données réalisée au Centre de Santé de Référence de la Commune V du 1^{er} Janvier 2001 au 31 mars 2001 à propos de 100 cas, nous avons les résultats suivants :

- 16,3% des femmes consultées pendant la période d'enquête ont exprimé la dyspareunie.
- 71 % de dyspareunie secondaire.
- 3 types de dyspareunie dont 56 % pour le type superficiel.
- La triade syndromique (écoulement vaginal, pelvialgies, prurit vulvaire) a été retrouvé chez dans 41 % des cas.
- 94 % de nos femmes ont été excisées.
- La tranche d'âge la plus importante est 19-45 ans soit 92,8 %.
- 8 % de nos femmes ont présenté une dyspareunie prémenstruelle et 5 % en fin de cycle.
- 71 % de nos femmes affirment avoir fait une préparation préalable au rapport sexuel : "préliminaires".
- Dans 17 % des cas la dyspareunie engendre des conflits conjugaux.
- 58 % des femmes évitaient le rapport sexuel à cause de la douleur.
- 14 % de nos femmes ont subi une épisiotomie.
- Il existe également une relation entre les types de dyspareunie et certaines variables :

Vécu du 1^{er} rapport sexuel avec $P < 0,05$.

Mais la relation entre la dyspareunie et les autres variables doit faire l'objet d'autres études.

RECOMMAN DATIONS

VII. Recommandations

1) Aux autorités politiques :

- Renforcer la formation des prestataires en matière de santé de la reproduction tout en assurant une formation continue.
- Promouvoir la spécialisation des prestataires en sexologie, gynécologie et psychologie pour la prise en charge des femmes dyspareuniques.
- Augmenter le taux de scolarisation des femmes et des filles en créant des écoles ; en recrutant des enseignants.
- Créer des centres de psychothérapie pour la prise en charge des causes psychologiques de dyspareunie.
- Intégrer un module sur la sexualité dans le programme d'obstétrique ; gynécologique à la faculté de médecine ; à l'ESS ; et à l'EIPC ainsi que dans les programmes de formation en matière de santé.

2) Aux personnels de santé :

- Sensibiliser les femmes sur la nécessité de se faire consulter en cas de dyspareunie pour éviter les conséquences psycho-sociales.
- Sensibiliser les femmes sur la nécessité de parler de « sexe » avec les partenaires et les enfants.
- Organiser la prise en charge psychologique et médico-chirurgicale des femmes dyspareunies dans le cadre d'un système de référence bien organisé.

3) Aux femmes :

- Parler de sexualité aux partenaires et aux enfants.
- Organiser des causeries débats sur la sexualité pour rompre avec le tabous autour de ce problème.

BIBLIOGRAPHIE

VIII. Bibliographie

1) **Santé Web :**

<http://www.santeweb.com/ArticlesMedecine.asp?Sid=69>

2) **Congrès ACFAS :** <http://www.is.mcgill.ca/ACFAS/S2752.HTM>

3) **Citizen Doc :** du 6 octobre 2000 n°47

<http://perso.wanadoo.fr/rochou.alelcis/ctzdconline/1006aa01.htm>

4) **Lamarocaine :** TOP SANTE

<http://www.lamarocaine.com/sante/sante4.htm>

5) **Votre santé :**

http://www.doctissimo.fr/html/sante/encyclopedie/sa_577_douleurs_gyneco.htm

6) **MONROZIES :**

University PAUL Sabatier TOULOUSE FRANCE

Sexologie : (Marseille) ; ISSN 1158-1360 France ; DA 1995 vol 4 ; n°15
PP 19-23 ; ABS anglais ; Bibl-13 ref : langue française.

7) **Madame SIDIBE Kadiatou AOUA :** « lumière sur la vie sexuelle »

Edition Jamana 1998 Bamako Mali.

8) **CISSE Mamadou** (Pr ENSUP) :

Etre jeune aujourd'hui : « étude psychologique sur la jeunesse malienne » études maliennes n°35 spécial 1985.

9) **Séquelles de la circoncision et de l'excision traditionnelle :**

médecine d'Afrique noire ISS n° 0465-4668 CodenMAFNAS SEN-DA
1997 6vol 44 n° 4 PP 239-242 BANKOLA.R.SANNI et collaborateurs.

10) **Docteur BAASHER.T :**

« pratique traditionnelle affectant la santé des femmes et des enfants ». aspects psychologiques de la circoncision féminine OMS.

Bureau régional pour la Méditerranée orientale. Rapport séminaire tenu à Khartoum du 10 au 15 février 1979.

- 11) **Ibrahim Ousmane KANTE** : étude de complication gynéco-obstétricales et génito-urinaires liées à l'excision « thèse FMPOS 11 avril 2001 doctorat ».
- 12) **G. Abraham-R. Porto** : « psychanalyse et thérapies sexologiques » Payot : 106 Boulevard Saint Germain Paris. ISBN 2-228-12120-7 ; n° d'impression : 1594-229 ; dépôt légal : 2^{ème} trimestre 1978.
- 13) **J.C. Czyba et collaborateur** : « sexologie médicale : Bases physiologiques ; sémiologiques et thérapeutiques » ISBN : 285334181.

ANNEXES

**DYSPAREUNIE CHEZ LES FEMMES EN PERIODE
D'ACTIVITE GENITALE EN CONSULTATION GYNECO-
OBSTETRICALE DU CSREF CV.**

FICHE D'ENQUETE

Numéro :.....

Date :...../...../.....

Durée de l'enquête en mn :.....

Lieu de l'enquête :.....

voulez-vous nous accorder quelques instants afin de
répondre à certaines questions ?

si oui : passez à la question 1

Si non : pourquoi

1- Caractéristiques sociaux :

a- Nom :.....

b- Prénom :.....

c- Age :..... ans

d- Résidence :.....

e- Profession :.....

f- situation matrimoniale: ____\

1-célibataire

2-concubinage

3-divorcée

4-mariée monogame

5-mariée polygame

g- Nombre d'enfants : ____\

2- Caractéristiques de la dyspareunie :

a- avez-vous des rapports sexuels douloureux: oui

____\ non ____\

b- la douleur est-elle: ____\

1-superficielle

2-profonde

3-mixte

4-ne sais pas

c- caractères de la douleur :

Primaire ____\ Secondaire ____\

3- Antécédents gynéco-obstétricaux :

a-Avez-vous: ____ \

1-un écoulement vaginal

2-une ulcération génitale

3-des douleurs abdominales basses

4-un prurit vulvaire

5- (1) ; (3) ; (4)

6- (1) ; (2)

7- (1) ; (4)

8- non

b- _____ avez-vous été excisée : oui

____ \ non ____ \

c- Vécu du premier rapport sexuel : Traumatisant

____ \

non traumatisant ____ \

d-situation de la dyspareunie par rapport au cycle :

____ \

1-préménstruelle

2-debut du cycle

3-milieu du cycle

4-fin du cycle

5- ne sais pas

e- préparation préalable au rapport sexuel(lubrification) :oui

____\

non ____\

f- Antécédents d'avortements : ____\

1-spontané

2-provoqué

3-non

g -Antécédents d'accouchements : ____\

1-épisiotomie

2-déchirure périnéale

3-mixte

4-pas d'antécédents particuliers

4- Antécédents chirurgicaux

a- intervention chirurgicale au niveau du petit

bassin :oui ____\ non ____\

b- nature : ____\

1-colporraphie

2-forceps

3- autres à préciser :

4- ne sais pas

5-Examen gynécologique :

a-leucorrhée nature :.....

b- lésions de grattage :oui ____ \ non \ ____ \

b- cervicite : oui \ ____ \ non
 \ ____ \

d- endométrite : oui \ ____ \ non \ ____ \

e- vaginite : oui \ ____ \ non \ ____ \

f- pelvis sensible : oui \ ____ \ non \ ____ \

6- Avez-vous reçu des traitements : \ ____ \

1-médicaux

2-traditionnels

3- non

a- traitement actuel

1-

2-

3-

4-

5-

6-

7-

c-conseils hygiéniques: oui ___\ non ___\

d-résultats du traitement : ___\

1-amélioration

2-guérison

3-échec

7- Quelle est la réaction de votre partenaire ___\

1-ne sais pas

2-indifférence

3-conflit

4-divorce

8-réaction de la femme : éviction ___\ acceptation

___\

9-infertilité : oui ___\ non ___\

Fiche signalétique

Prénom : *Boubacar Baba*

Nom : *DIALLO*

Date et lieu de naissance : 31 Octobre 1972 à Kayes

Adresse : 365 Rue 424 Magnambougou, Bamako

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

Année de soutenance : 2000-2001

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Thème : Dyspareunie chez les femmes en période d'activité génitale au centre de santé de référence de la commune V.

Résumé :

Ce travail a été réalisé dans le but d'étudier la dyspareunie chez les femmes en période d'activité génitale dans le cadre de cerner son impact sur la vie sexuelle du couple. Notre étude s'est déroulée au CSR CV du District de Bamako avec comme critère d'inclusion : femmes en âge de procréer venues en consultation gynéco-obstétricale au CSR CV pendant la période d'enquête et présentant une dyspareunie.

Le recueil des données a été fait sur questionnaire individuel avec comme technique d'échantillonnage : l'interview, l'observation et l'examen physique. Au terme de notre étude transversale avec recueil prospectif du 1^{er} janvier 2001 au 31 mars 2001 à propos de 100 cas de femmes

dyspareuniques, nous avons pu : déterminer la fréquence, étudier les causes de dyspareunie et évaluer les conséquences psycho-sociales de la dyspareunie. Il existe une relation entre type de dyspareunie et certaines variables : vécu du 1^{er} rapport sexuel ($P < 0,01$). La dyspareunie, symptôme à caractère multifactoriel et pluridisciplinaire (gynécologie, sexologie et psychologie), compromet la vie sexuelle de couple dont l'épanouissement sexuel de couple.

Ne pourrait-elle pas être cause de divorce ? car elle peut engendrer des conflits conjugaux.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires .

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que de considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.