

Principes de la prise en charge Sexologique pour un non spécialiste

Dr Pierre Desvaux

Directeur d'Enseignement Paris-Descartes
Paris.



Parler de sexualité...

- **Nous parlons de sexualité**

- Dans notre relation de couple
- Avec des proches sur le ton de la plaisanterie...
- Rarement avec nos patients...



- **Nous pouvons en parler de trois manières:**

- Comme un timide qui tourne autour du pot, à l'aide de métaphores...
- Dans un langage cru, pornographique
- Dans un langage formel, médical, pas très stimulant à l'écoute



Parler de sexualité à son Médecin ?

- L'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive en Suisse a mené cette étude par autoquestionnaire, auprès des patients âgés de 18 à 70 ans, dans les deux plus grandes cliniques de Lausanne entre octobre 2005 et février 2006. 53% des hommes ont accepté d'y répondre, soit un total de 1452 participants.
- **90,9% d'entre eux aimeraient que leur médecin leur pose des questions sur leur vie sexuelle**, afin de bénéficier de conseils de prévention (60,0% oui, 30,9% plutôt oui).
- 15% reconnaissent pourtant qu'ils seraient embarrassés devant un tel sujet.
- En dépit de ce souhait, seuls 40,5% d'entre eux rapportaient avoir abordé au moins une fois un sujet relatif à "leur vie sexuelle en général".

Talking about sexuality with the physician : are patients receiving what their wish ? G. Meystre-Agustoni et al. - Swiss Medical Weekly, 8 mars 2011, vol. 141, 7 p.

Comment y répondre ?

- Les patients considèrent le médecin comme omniscient
- Pas de formation au cours du cursus médical
- Peut être écouter tout simplement
 - Voir s'informer
 - Ou encore se former...



De l'éducation thérapeutique et du "sex-coaching"

- Repérer des facteurs psychologiques (vulnérabilités) et cognitifs (Craintes infondées, fausses attentes, idées reçues) responsables de résistance chez le patient, la partenaire ou le couple.
- Il est alors possible de dégager les grandes lignes d'une logique thérapeutique et d'encadrer efficacement la prescription (par ex iPDE5) et d'en optimiser les effets** avec succès***

**Corman A, communication WAS 2005

***Colson MH, *Le coaching sexuel dans la DE: optimiser l'efficacité et l'acceptation des traitements pharmacologiques*, *Medecine sexuelle* Dec 2007

Quels sont les principaux troubles sexuels rencontrés lors de l'AMP ?

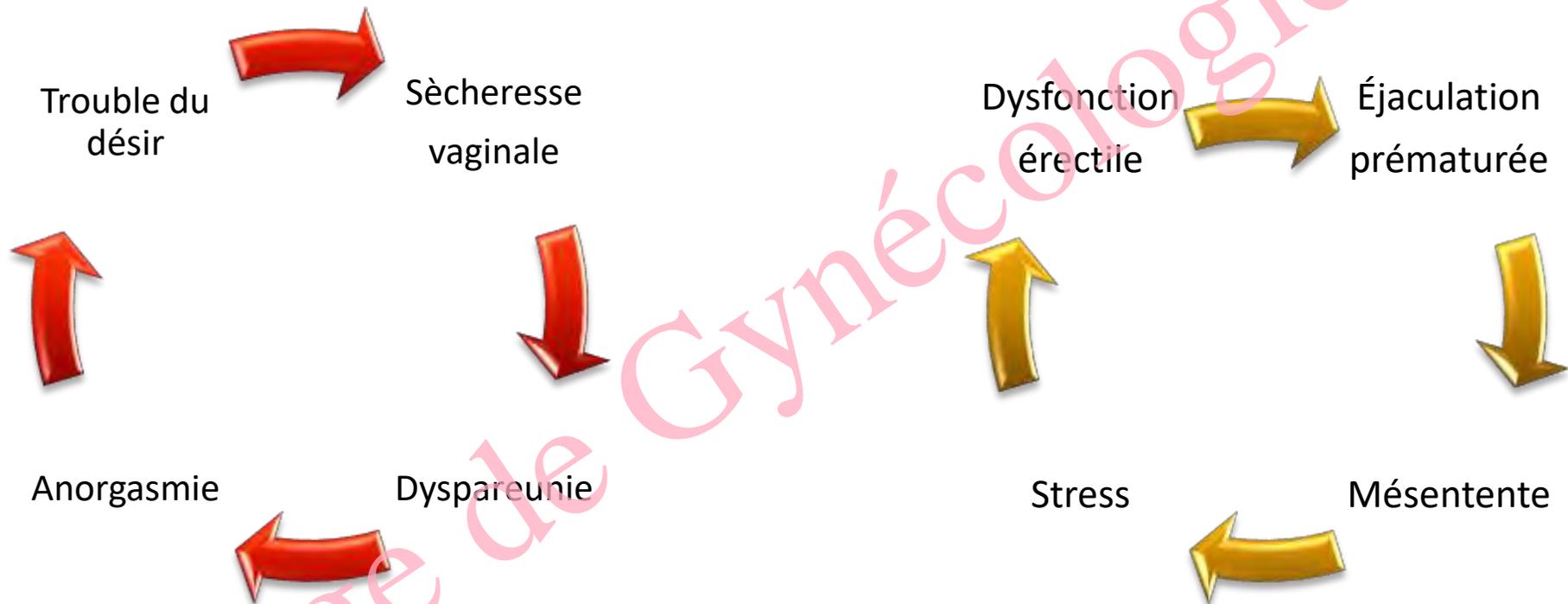
- Les troubles qui empêchent le rapprochement des gamètes
 - Vaginisme
 - Dysfonction érectile
 - Anorgasmie coïtale de l'homme
- Les autres troubles ont moins (ou pas) d'incidence sur la reproduction
 - Troubles du désir
 - Troubles du plaisir
 - Dyspareunies
 - Éjaculation prématurée

L'anamnèse en sexologie: principes généraux



- Procéder avec tact, empathie, sans jugement
- Le thérapeute doit avoir conscience de ses propres valeurs et idées reçues
- Tout ne peut pas être dit en une seule fois
- Reformuler pour validation par le patient ++
- Le symptôme sexuel a pu évoluer au fil du temps:

Situation classique : Trouble sexuel évolutif



Le vaginisme



La vaginique, la mal aimée

- Incompréhension face à ce trouble
 - "Faites un effort, essayer de vous détendre "
 - " ne faites pas de chichi "
- Échec du thérapeute à examiner la patiente
 - Sentiment d'un travail mal fait, incomplet, frustration

Le quotidien de la vaginique

"La vaginique est une femme adulte avec un sexe psychique de petite fille"

Mécanisme de défense contre toute intrusion vaginale:

- Évitement sexuel et dérobade ++ face à toute tentative de pénétration
- Contraction réflexe du périnée, rendant impossible toute pénétration

Mais jeux sexuels possibles ++

- Substitution par la sodomie parfois
- Vaginaires enceintes



Vaginisme

D'après Veluire & Desvaux

Primaire

Non phobique
10%

Examen vaginal et testing périnéal possible

Peur de la grossesse ou IST
Prise en charge psychothérapique

Phobique 90 %

- Troubles cognitifs (*fréquents*)
 - Ignorance
 - Dismorphophobie
 - Fausses croyances
 - Education stricte, religieuse

Traumatismes
(*rare*s)

Secondaire

à considérer comme
une dyspareunie
chronicisée

Traitement des
dyspareunies

Vaginisme : phobie de la pénétration ?

Le plus souvent à toutes les caractéristiques d'une phobie.

- Sensation de malaise face à la situation d'être pénétrée
- Peur panique de la pénétration → réactions de stress
- Représentations erronées
- Images de plaie béante, d'éventration
- Ignorance de son corps
- Alimentée parfois par un traumatisme
 - Souvent minime (jeux enfantins)
 - Récits horribles de la nuit de nocce des **autres (grande sœur...)**
 - Abus sexuel

Mécanismes de défense

- 1° Niveau:
 - Évitement sexuel
- 2° Niveau
 - Empêcher l'accès au sexe
 - Contraction des adducteurs
 - Dérobade
- 3° Niveau
 - Contraction du plancher pelvien

Vaginisme : ce qui peut être fait facilement

- Manifester de l'empathie avec la patiente
 - Car la vaginique se sent anormale, seule au monde
 - Savoir mettre les mots sur le trouble
 - Lui préciser que ce trouble n'est pas du tout exceptionnel
 - Que toute femme, à des degrés divers, peut vivre ça au cours de sa vie
- Renoncer à vouloir examiner la patiente, coûte que coûte.
 - Face à une vraie vaginique, le spéculum de vierge sera bien peu rassurant... (distorsion cognitive)
 - Éviter de la placer dans une situation d'échec
- Faites lui raconter son histoire, programmer éventuellement un autre RDV

Vaginisme : ce qui peut être fait facilement

Essayer de trouver l'origine possible:

1. Réactionnel à un évènement de vie

2. Ignorance, phobie:
 - Information, éducation et déconditionnement:
 - Accepter la vision de son sexe, savoir le décrire
 - Exercices d'introductions de dilatateurs (lubrifiant +++)
 - Anesthésie locale vestibulaire et hyménéale (Emla 5%)

3. Travail sur le périnée avec une kinésithérapeute spécialisée ++

Atlas du sexe féminin



Vaginisme : Prise en charge

Découverte de la vacuité vaginale avec dilataateurs:
Kit Vagiwell



Partenaire de la vaginique

- En général le partenaire n'est pas choisi au hasard...
 - Peu "agressif" sexuellement
 - Souvent sexuellement inexpérimenté
- **Couple bâti sur deux failles ...**
 - (devenir du couple après traitement du symptôme ?)



Dysfonction érectile de l'homme jeune



Dysfonction érectile (DE) chez un homme jeune

- **Cas simple:**

- DE récente, survenue dans le contexte de paternité
- Érections présentes dans certaines circonstances (matin, masturbation)
- L'Humain se cache de ses congénères pour s'accoupler
 - Dans le cadre de l'AMP, c'est toute une équipe qui scrute les résultats de cette union...

- **Un danger:** Refus de paternité +++

Dysfonction érectile (DE) chez un homme jeune

- **Cas complexe:**

- DE déjà ancienne, source d'infertilité
- Érections absentes ou insuffisantes (matin, masturbation, RS)
- Parfois source de mésentente dans le couple
- Avenir de ce couple ?

Dysfonction érectile (DE) chez un homme jeune

Prise en charge

- **Cas simple:**

- "l'érection est possible, mais pas au bon moment"
 - Stress de l'accouplement "utile", désérotisé
 - Volonté de paternité réelle ?

- **Information, dédramatisation**

- **Aide pharmacologique :**

- **IPDE5 soit à la demande, soit en continu (moins stressante, se fait "oublier")**
- **Contre indication de la PGE1 intra-urétrale**

Dysfonction érectile (DE) chez un homme jeune

Prise en charge

- **Cas complexe:**
 - **Information, dédramatisation**
 - **Aide pharmacologique :**
 - **IPDE5 soit à la demande, soit en continu (moins stressante, se fait "oublier")**
 - **Contre indication de la PGE1 intra-urétrale dans ce contexte**
 - **En cas d'échec, prise en charge spécialisée +++**

Anorgasmie Coïtale chez l'homme



Anorgasmie coïtale masculine



- **Comme les femmes, les hommes peuvent jouir...**
 - **Donc faire la différence entre anéjaculation et anorgasmie**
- Il s'agit d'homme qui sont dans l'incapacité d'atteindre l'orgasme lors du coït
- **2 grands cas de figure:**
 1. L'homme jeune, le trouble est le plus souvent primaire et psychologique
 2. L'homme âgé, trouble secondaire lié à l'âge et parfois à des problèmes hormonaux

Le plus souvent l'orgasme reste possible par la masturbation

Prévalence de l'anorgasmie masculine

- **La prévalence de l'anorgasmie masculine n'est pas négligeable.**
- **En France**, l'enquête Spira/Bejin (ACSF) a montré que 14 % des hommes présentaient « souvent ou parfois » une anorgasmie (1).
- **Aux États-Unis**, l'enquête de Laumann (NHSLs) a évalué cette dysfonction à 8 % (2).
- **En Suède**, dans l'enquête de Fugl-Meyer, 2 % des hommes présentaient une éjaculation retardée « souvent, presque tout le temps ou tout le temps » (3).
- Enfin, **en Australie**, dans l'enquête de Pinnock, 18,2 % des hommes parvenaient « rarement ou jamais » à l'orgasme (4).

1. Béjin A. L'orgasme de l'homme adulte. Quelques résultats des études quantitatives récentes sur le comportement sexuel, notamment en France. *Andrologie* 1997 ; 7 : 336-42.

2. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999 ; 281 : 537-44.

3. Fugl-Meyer AR, Sjögren Fugl-Meyer K. Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scand J Sexol* 1999 ; 2 : 79-105.

4. Pinnock CB, Stapleton AM, Marshall VR. Erectile dysfunction in the community: a prevalence study. *Med J Aust* 1999 ; 171 : 353-7.

Tentative de classification

- **Différentes causes ou groupes de causes semblent s'individualiser:**

1. L'abus de toxiques (alcool, cannabis)
2. Iatrogénèse (ISRS et autre)
3. Répandre son sperme
4. L'homme hypoexcitable
5. L'homme auto-centré

Répondre son sperme



- **Le refus de paternité** face à une partenaire désireuse de grossesse : l'homme reste dans le contrôle, il ne se "lâche pas".
- Un second cas de figure est la **crainte de la transmission d'une maladie** par le sperme, particulièrement en cas d'infection par le VIH, quand bien même la charge virale serait indétectable.
- **Le sperme est sale**, refus de "souiller" la partenaire (profil obsessionnel fréquent, peu assertif)
- Enfin il existe un autre cas, plus rare, lié à des interdits religieux qui ont condamné toute masturbation chez l'adolescent qui **ne devait pas répandre son sperme**, retardant et perturbant la mise en place des mécanismes excitatoires chez l'adulte. Dans ce cas, le trouble est le plus souvent primaire, chez un sujet sachant difficilement s'exciter.

L'homme hypoexcitable

- Le porno-dépendant (pas forcément addict)
- Le masturbateur vigoureux
- L'homosexualité non assumée
- L'hypogonadisme
- L'âge
- La partenaire

L'homme hypoexcitable



- **Le porno-dépendant**

- D'un imaginaire plutôt pauvre, il a recours à la pornographie pour créer de l'excitation mentale.
- Il ne consomme pas la pornographie forcément de manière intense (il n'est pas nécessairement addict à la pornographie), mais en a besoin pour faire monter son excitation.
- Consommer de la pornographie en couple n'est pas évident, aussi réussit-il mieux seul par la masturbation qu'avec sa partenaire.
- Il peut exister une escalade dans les pratiques sexuelles visionnées qui peut créer un point de rupture avec la partenaire, celle-ci pouvant se montrer hostile ou supposée l'être dans l'esprit de l'homme et le simple rapport sexuel peut devenir bien fade pour s'exciter.

L'homme hypoexcitable

- **Le masturbateur vigoureux**



- Il a besoin d'une stimulation du pénis forte, vigoureuse, non reproductible par la pénétration vaginale.
- La question est de savoir s'il a construit son mode excitatoire comme cela (mode archaïque en sexocorporel)
- ou s'il a eu besoin de cette sur-stimulation dès le départ, car ayant un seuil excitatoire plus élevé que les autres hommes (comme l'éjaculateur précoce pourrait avoir un seuil excitatoire plus bas).

L'homme hypoexcitable



- **L' homosexualité non assumée**

- Situation classique d'une union hétérosexuelle de façade, sociale, qui peut poser problème quand le projet de parentalité arrive alors que l'attraction physique pour la partenaire n'est pas au rendez-vous...

L'homme hypoexcitable



- **Hypogonadisme**

- Le déficit en testostérone peut avoir de multiples retentissements sur la sexualité (désir, motivation, érection, orgasme et éjaculation).
- De nombreux circuits neuronaux impliqués dans le plaisir sont androgéno-dépendants, par exemple le déficit en testostérone diminue la désactivation du cortex orbito-frontal
- **Chez le sujet sain, les stimuli sexuels visuels entraînent la libération du contrôle inhibiteur orbito-frontal, permettant l'excitation,**
- **Chez le sujet hypogonadique ce contrôle inhibiteur persiste malgré les stimuli sexuels visuels**
- **Ce phénomène d'inhibition est corrigé par l'administration de testostérone**

Redouté J, Stoléru S, Pugeat M et al. Brain processing of visual sexual stimuli in treated and untreated hypogonadal patients. Psychoneuroendocrinology 2005;30:461-82

L'homme hypoexcitable



- **La partenaire**

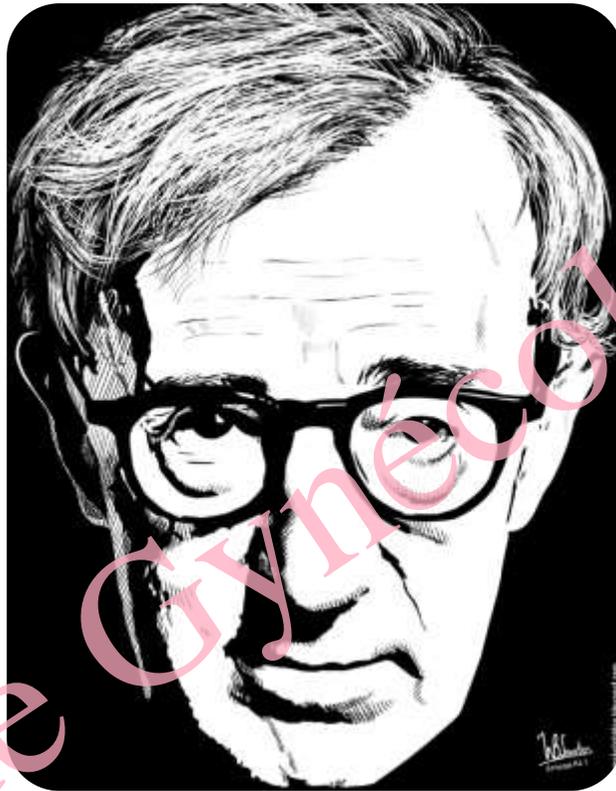
- Passive, peu stimulante, l'homme n'arrive pas à s'exciter
- Autre cas de figure, la béance vaginale avec une lubrification abondante.
- Enfin en cas de mésentente, un homme peu désirant face à une partenaire désireuse de rapports sexuels n'est pas une situation exceptionnelle en consultation.

L'homme auto-centré



- Il s'agit le plus souvent d'un homme timide,
- Mal à l'aise avec la sexualité de couple,
- Tourné vers la masturbation qu'il a patiemment perfectionnée, maîtrisant les paramètres de stimulation en termes de force, vitesse, pression.
- Il est perturbé de devoir s'occuper de sa partenaire, ce qui le détourne de la perception de ses sensations ⁽¹⁾.
- La relation de couple l'empêchant de réunir toutes ces conditions, il souffre souvent d'anorgasmie coïtale alors que tout fonctionne bien par la masturbation.
- Ses fantasmes sont plutôt assez exclusifs. Il n'hésitera pas à déclarer que son plaisir sexuel est plus intense seul qu'en couple
- *et fera à n'en pas douter un bon client pour la pornographie virtuelle en 3 D !*

1. Apfelbaum B. Retarded ejaculation. A much misunderstood syndrome. In: Leiblum SR, Rosen RC, editors. Principles and practice of sex therapy: Update for the 1990's. 2nd edition. New York: Guilford Press 1989.



"La masturbation, c'est faire l'amour avec quelqu'un que l'on aime"

Woody Allen

Que proposer dans l'anorgasmie coïtale ?

- **Prise en charge difficile ++**

- Éviction des toxiques (alcool, cannabis)
- Arrêt consommation de la pornographie
- Favoriser l'imaginaire érotique
- Autoriser les fantasmes opérants dans l'imaginaire
- Favoriser le rapprochement des corps : éviction des pyjamas, exercices de massages...
- Contraction du périnée voir des muscles abdominaux (modèle d'excitation archaïque)

En conclusion

- Écouter ++
- Procéder avec tact, empathie, sans jugement
- Ne pas projeter sa propre sexualité
- Reformuler pour validation par le patient ++
- Repérer des facteurs psychologiques (vulnérabilités) et cognitifs (Craintes infondées, fausses attentes, idées reçues) responsables de résistance chez le patient, la partenaire ou le couple
- Il sera alors possible de dégager les grandes lignes d'une logique thérapeutique

