



Motifs de consultations sexologiques féminines : approche pour les médecins praticiens

Les problèmes sexuels féminins sont moins connus que les problèmes sexuels masculins car ils s'expriment de façon plus discrète et moins visible. D'une part parce que les organes génitaux féminins sont principalement internes, d'autre part parce que les femmes vivent leur sexualité de manière plus introvertie et sentimentale que les hommes qui se soucient plus de leurs performances. Les demandes féminines constituent la bonne moitié d'une consultation de sexologue et varient entre manque de désir, frigidité, anorgasmie clitoridienne ou coïtale, pénétration douloureuse, vaginisme, sexualité de la grossesse et du post-partum. Cet article présente l'anamnèse clinique psychosomatique selon une grille en cinq cercles qui permet ensuite de déterminer l'orientation thérapeutique la plus adéquate.

Rev Med Suisse 2005 ; 1 : 754-61

J. Buffat

Dr Juliette Buffat
Chemin Paul Rose 7
1213 Onex
Jbuffat@hin.ch

Why women consult sexologists : an approach for practicing physicians

Female sexual dysfunctions are less known than male ones because women are more discrete and introverted. Female genitals are mostly internal and women live sex more cerebrally and sentimentally than men. Still half the patients my current sexological consultation are women. They seek help due for lack of desire, frigidity, coital or clitoridal anorgasm, dyspareuny, vaginism and problems related to pregnancy or the post-partum period. This article describes how to construct a precise clinical etiology following a «5 circles» scheme, which will help to determine the most adequate therapeutic approach.

INTRODUCTION

Cet article présente une approche psychosomatique qui se situe entre la gynécologie-obstétrique et la psychiatrie, ce qui permet de balayer le spectre des différentes problématiques entrant en jeu dans la sphère sexuelle.

ANAMNÈSE SEXOLOGIQUE

Il est important de faire préciser les plaintes que les patientes expriment de prime abord de façon vague et floue. Il appartient au sexologue averti de faire une anamnèse détaillée, ce qui implique d'oser poser toutes les questions qui nous passent par la tête, même si elles sont intimes et indiscretes. L'expérience m'a appris que les patientes apprécient ce questionnement exhaustif qui leur montre que je suis capable de parler de tout, sans censure, ce qui les met à l'aise. Offrir l'opportunité à nos patientes de surmonter leur gêne et leur crainte d'être moquées ou ridiculisées a déjà un premier effet thérapeutique en soi.

L'anamnèse sexologique doit repérer à quel niveau se situe l'atteinte de la fonction sexuelle, et si elle est primaire ou secondaire (et dans ce cas-là, à quoi ?). Chez la femme, on distingue quatre phases qui peuvent être perturbées :

- Le désir érotique.
- L'excitation sexuelle.
- La pénétration.
- Le plaisir orgasmique.

Le désir érotique peut être absent ou présent (partiellement ou complètement), diminué ou augmenté. Il en va de même de l'excitation sexuelle, mais il s'agit de bien distinguer s'il s'agit d'une frigidité physique ou d'une insensibilité psychologique aux stimuli érotiques, et si elles sont distinctes ou associées. L'anamnèse doit détailler les différents partenaires rencontrés et le contexte précis dans lequel le trouble survient ou pas. Il ne faut pas oublier de demander si le trouble est présent ou absent dans la vie imaginaire et les fantasmes.

La pénétration vaginale peut être soit possible, soit impossible (vaginisme), soit agréable, soit désagréable ou franchement douloureuse (dyspareunie), la



douleur pouvant être ressentie à la vulve (superficielle) ou en profondeur.

Quant au plaisir orgasmique, il a fait l'objet d'une longue controverse au sujet «des vaginales et des clitoridiennes». Controverse qui a fait couler beaucoup d'encre et vu s'affronter hommes et femmes qui ont là-dessus des conceptions très différentes, les premiers préférant faire jouir leur partenaire avec leur sexe plutôt qu'avec leur main ou leur langue, et les secondes préférant souvent les caresses à la pénétration. Il faut donc bien distinguer si une patiente ignore tout du plaisir orgasmique (anorgasmie complète), ou si elle y parvient par stimulation clitoridienne mais pas par pénétration vaginale (anorgasmie vaginale), et si elle peut jouir en présence d'un partenaire ou seulement en solitaire (orgasme sélectif).

LES CINQ CERCLES

La lecture de la cible en cinq cercles pour évaluer les problèmes sexuels m'a été enseignée par Willy Pasini. Elle permet d'investiguer de manière exhaustive chaque demande et de faire un bilan diagnostique clair et précis qui permettra de l'orienter adéquatement sur le plan thérapeutique. Cette cible se compose des cinq cercles suivants, (le premier étant au centre et le dernier à l'extérieur) :

1. Le niveau corporel et somatique.
2. Le niveau psychologique individuel.
3. Le niveau relationnel et du couple.
4. Le milieu familial et éducatif.
5. Le milieu socioculturel et religieux.

I. Le niveau corporel

La première chose à faire lorsqu'une femme se plaint d'un problème sexuel, c'est d'investiguer les aspects gynécologiques et endocriniens pour s'assurer qu'il n'y a rien d'anormal ou de pathologique sur le plan somatique. L'examen et l'avis du gynécologue sont nécessaires au diagnostic différentiel d'une dysfonction sexuelle féminine comme celui d'un urologue l'est pour les dysfonctions sexuelles masculines.

Dyspareunie

Une vaginite cause une dyspareunie superficielle, l'irritation vulvaire provoquée par l'infection rendant la pénétration vaginale douloureuse. Il faut prêter attention aux femmes souffrant de mycoses vaginales récidivantes qui signalent souvent une difficulté relationnelle plus importante avec le partenaire. Une dyspareunie superficielle avec des brûlures péri- et postcoïtales provoquées par un manque de lubrification vaginale signe soit un manque de désir pour le partenaire incriminé, soit une insuffisance hormonale fréquente en période ménopausique ou dans le post-partum. On peut découvrir sous une *dyspareunie profonde* une endométriose pelvienne ou un utérus rétroversé. Il faut les distinguer d'un problème anatomique lorsque la taille du membre du partenaire excède de beaucoup celle du vagin. La solution consiste à proposer des positions coïtales qui ne raccourcissent pas trop la longueur vaginale, comme celle du missionnaire.

Méconnaissances anatomiques

Les perturbations de l'image corporelle, la méconnaissance de l'anatomie génitale, l'ignorance entretenue par le refus de se caresser et de s'explorer toute seule, la crainte de tomber enceinte ou encore celle d'attraper une maladie sexuellement transmissible, une incontinence urinaire inavouée peuvent entraîner un désintérêt marqué pour le sexe. Ces problèmes se traitent volontiers par des approches sexo-corporelles pratiquées par des physiothérapeutes ou des sages-femmes spécialisées qui aident les femmes à découvrir leur corps et à surmonter leurs craintes de le regarder, le montrer, le toucher et l'explorer.

Perte du désir

La baisse du désir peut être secondaire à la prise de médicaments, en particulier de psychotropes. Tous les antidépresseurs sérotoninergiques et les neuroleptiques diminuent la libido et retardent voire suppriment la réponse orgasmique. Il faut cependant distinguer la perte de libido secondaire au médicament de celle qui est associée à la symptomatologie anxiodépressive. La *pilule contraceptive* a un effet négatif sur la libido car elle supprime l'ovulation et ses pics hormonaux qui stimulent le désir des femmes une fois par mois, ceci à l'exception des micropilules qui ne contiennent que des progestatifs. L'alcool ou les drogues qui ont un effet désinhibant à petites doses, finissent par affecter négativement le comportement sexuel à hautes doses en ayant un effet répulsif et dévastateur sur l'estime de soi.

La *grossesse* interfère avec la sexualité. Au premier trimestre, la fatigue, les nausées et la crainte d'une fausse couche freinent souvent le désir et l'activité sexuelle. Au deuxième trimestre, bébé devient perceptible, bouge et se voit, la femme se rassure, s'épanouit et si elle se sent désirable, elle peut avoir beaucoup de plaisir à faire l'amour. Au troisième trimestre, la congestion vasculaire dans le petit bassin crée des sensations semblables à l'excitation sexuelle et la lubrification vaginale est augmentée, rendant la femme plus disponible sexuellement, sauf si son embonpoint abdominal la gêne ou est ressenti comme non désirable par son partenaire. La crainte d'un accouchement prématuré peut freiner l'ardeur du couple, alors qu'arrivée à terme, un acte sexuel avec jouissance peut déclencher les contractions et le travail.

Quant à la période du *post-partum*, elle est dangereuse pour la sexualité des couples car elle cumule une mauvaise conjonction hormonale avec une mauvaise image de soi, des douleurs vulvaires postépisiotomie, des pertes de sang durables, une perte de sensibilité vaginale, un manque de lubrification, une grande fatigue, une fragilité psychologique importante, beaucoup d'anxiété et une tendance dépressive, une relation conjugale en perte d'équilibre, deux familles en émoi, une remise en question professionnelle, tous ces facteurs interférant longtemps et négativement avec la libido féminine. Je conseille donc à mes patientes de profiter de leur disponibilité sexuelle pendant la grossesse en prévision de l'abstinence post-partum, pour ne pas frustrer leur mari trop longtemps. L'homme peut être traumatisé par le vécu d'un accouchement et la vision de certaines images choquantes peut couper sa libido. Une



épisiotomie ou un accouchement traumatique peuvent causer une dyspareunie secondaire.

2. Le niveau psychologique

Sexualité et personnalité

La personnalité et le caractère de chaque individu influencent sa façon de vivre sa sphère intime et sexuelle. Une femme phobique qui a de la peine à aller vers l'autre et craint de se dévoiler, va refouler sa libido pour éviter de se confronter à ses peurs intérieures et consulter pour un manque de désir et de communication avec son partenaire. On trouve souvent cachée derrière des attaques de panique l'expression d'une libido trop bridée qui cherche à exulter. Une femme hystérique aime au contraire séduire et allumer le désir des hommes. Mais, ne sachant pas lequel choisir et craignant de ne pas trouver le prince charmant qui nourrit ses rêves romantiques, elle va censurer fortement sa propre excitation sexuelle. Elle n'est donc pas en manque de désir érotique, mais en panne d'excitation, et se plaint de « blocages sexuels » qui l'empêchent de passer à l'acte et de consommer. Une femme obsessionnelle a besoin de tout contrôler et que les choses se passent comme elle le veut. Elle va présenter une anorgasmie relationnelle, ne pouvant pas se laisser aller à jouir en présence d'un tiers, l'orgasme étant ressenti comme une perte de contrôle sur soi. Elle peut aussi avoir un vaginisme qui empêche son partenaire de la pénétrer, donc de prendre possession d'elle. Une femme borderline a besoin d'établir une relation de dépendance affective très forte. Elle va osciller entre des périodes de grande activité et de promiscuité sexuelles et des périodes d'abstinence provoquées par des besoins affectifs si grands qu'ils étouffent son désir sexuel. Une femme psychotique craint tout rapprochement intime et, excepté durant les phases maniaques où elle peut avoir une poussée nymphomane, elle vit repliée sur elle-même et évite les contacts sexuels.

Fantasmes érotiques

L'imaginaire érotique féminin est très varié. Les femmes s'excitent rarement à la vue d'un bel homme nu et ne fantasment pas souvent sur leur partenaire sexuel. Elles ont besoin de scénarios érotiques plus sophistiqués pour éveiller leur désir. Les fantasmes érotiques féminins sont très différents des fantasmes masculins qui sont mis en scène dans les films X. Les femmes rêvent de séduire un ou plusieurs partenaires et de l'exciter, afin de se sentir fortement désirées. Le désir au féminin est plus centrifuge que centripète car il se nourrit surtout du sentiment d'être désirable. Les scénarios sadomasochistes permettent de se dédouaner du plaisir « infligé » qu'on peut alors prendre sans retenue.

Il est important d'interroger les patientes sur leur vie imaginaire érotique, car certaines ont autocensuré leur propre développement psychosexuel au point de n'avoir aucun fantasme érotique. D'autres ont des fantasmes érotiques qu'elles n'osent pas décrire car ils contiennent trop d'agressivité, de variété ou d'originalité, ce qui les culpabilise.

Je prête volontiers à mes patientes en mal d'imaginaire érotique des livres sur les fantasmes sexuels féminins afin

d'éveiller leur esprit et d'observer comment elles réagissent à ce stimulus. Certaines n'ouvrent pas le livre, signant ainsi leur refus d'entrer en matière et donc d'évoluer. D'autres sont choquées par ce qu'elles y trouvent et peuvent ensuite préciser ce qui les dérange. Il y a aussi celles qui s'enflamment à la lecture de ces fantasmes et qui s'en inspirent pour créer les leurs.

3. Le niveau relationnel

Les images modèles

Le père est le premier homme avec lequel une jeune fille vit et grandit, le type de relation établi avec lui va fortement conditionner ses futures relations avec les autres hommes. Un père aimant et valorisant va apprendre à sa fille la confiance, les différences et les points complémentaires entre hommes et femmes. S'il sait gérer son contretransfert œdipien et ne succombe pas aux affres de la jalousie, il aidera sa fille adolescente à se sentir belle et désirable. Un père alcoolique et violent induira chez sa fille une peur de l'homme qui ne la quittera plus. Un père critique et exigeant engendrera beaucoup d'insécurité, d'appréhension et de retenue. Un père qui parle du sexe de façon vulgaire et péjorative indiquera que c'est quelque chose de sale et de mauvais.

Il en va de même du modèle féminin représenté par la mère qui, selon si elle est sexuellement épanouie ou pas, va induire chez la fille des conduites sexuelles semblables et lui ouvrir la voie du plaisir ou la lui refuser. La façon dont une mère se comporte et réagit au moment de la puberté de sa fille lorsque ses rondeurs féminines se développent est déterminante. Des explications franches et claires accompagnées de « tu verras, l'amour c'est bon à vivre » sont un véritable cadeau à une fille pubère pour l'aider à accepter sa féminité naissante.

Il est important en sexologie d'explorer les images parentales reçues par une femme puis de lui expliquer l'impact positif ou négatif qu'elles ont sur son développement psychosexuel.

Les premières expériences sexuelles

Le désir sexuel apparaît à la puberté sous l'effet de l'augmentation des taux d'hormones sexuelles et de la mise en place du cycle menstruel. C'est à ce moment que débute naturellement les caresses autoérotiques qui permettent de découvrir son corps, d'explorer ses fantasmes érotiques et ses zones érogènes. Ceci est une étape fondamentale et nécessaire à un développement psychosexuel harmonieux qui va grandement faciliter ensuite la relation intime avec un partenaire. Pourtant, nombre de jeunes femmes s'abstiennent, attendant que le prince charmant les éveille et les initie de A à Z. On les retrouve consultant pour inhibition ou absence de désir car elles ont tellement bien appris à tout refouler qu'elles « peuvent très bien s'en passer et vivre sans ça ».

Puis on atteint l'âge des premiers flirts et de la découverte de l'autre. Pour que cela se passe bien, il faut que l'envie l'emporte sur les craintes qui sont multiples chez la jeune femme : peur du dépucelage, peur de la pénétration, peur d'une grossesse non désirée, peur d'attraper une maladie, peur de la réaction des parents, peur des commen-



taires des pairs, peur de ne pas faire le bon choix amoureux, peur que l'autre aille plus loin que là où je suis prête à aller, peur d'être prise pour un objet sexuel comme dans les films X, peur ou dégoût des organes génitaux, la liste est longue. Pour contrebalancer cela, il faut que la force du désir pulsionnel s'associe aux sentiments amoureux et aux besoins de tendresse et de conformité sociale. A moins que l'alcool ou la drogue ne s'en mêlent pour lever ces freins intérieurs et franchir une étape importante, mais pas toujours bien vécue dans ces conditions. La façon dont sont vécues les premières expériences sexuelles est déterminante dans l'épanouissement sexuel futur et il faut explorer quelles sensations, émotions et sentiments une patiente a ressentis.

Le partenaire actuel

Les jeunes filles préfèrent souvent un partenaire plus âgé, expérimenté et sûr de lui, apte à les séduire et à les conquérir, et qui accepte de s'engager dans une relation durable. Elles ont besoin d'un climat de sécurité et de confiance sur le plan sentimental pour pouvoir exprimer leurs émotions et expérimenter librement les différents jeux sexuels, alors que les jeunes hommes préfèrent souvent l'aventure fortuite et les expériences multiples.

Les jeunes femmes consultent souvent lorsqu'elles sont convaincues d'avoir rencontré «l'homme de leur vie» mais qu'elles ne s'entendent pas bien sexuellement avec lui. Il faut explorer les aptitudes et expériences antérieures du partenaire, et identifier s'il souffre d'une dysfonction sexuelle comme l'éjaculation précoce ou des pannes érectiles? On doit insister car les femmes ont tendance à prendre sur elles l'entière responsabilité de la mésentente sexuelle pour protéger l'image de «l'homme parfait». Il est encore plus utile de rencontrer le partenaire individuellement pour explorer sa sphère sexuelle et évaluer son investissement dans la relation.

Agressivité et sexualité

Un aspect important à investiguer est la gestion de l'agressivité dans le couple. Les couples qui ne savent pas se disputer étouffent leurs pulsions sexuelles en tentant sans cesse de retenir et de neutraliser leurs pulsions agressives, et perdent toute raison de se réconcilier sur l'oreiller. Beaucoup de femmes en manque de tendresse et de reconnaissance punissent leur mari en lui refusant l'acte sexuel. Ce genre de règlement de compte tourne malheureusement souvent à la tromperie. D'autres préfèrent se porter pâles et invoquer des maux de tête ou de ventre pour échapper au devoir conjugal.

Recevoir le couple ensemble permet d'observer la dynamique relationnelle, les attitudes et la qualité des échanges, verbaux et non verbaux. La tâche principale du sexologue est d'améliorer la communication entre les deux partenaires et de favoriser la discussion et le partage d'informations intimes pertinentes pour le couple.

4. Le milieu familial et éducatif

La famille dans laquelle on grandit nous transmet sa conception de la sexualité. Cela passe aussi bien par les mots choisis, l'intonation de la voix, les émotions asso-

ciées, les attitudes corporelles que par les non-dits et l'absence de paroles à ce sujet. Tous les enfants du monde savent ce qui se passe – ou ne se passe pas – dans la chambre à coucher de leurs parents. Et même bébé est capable de percevoir l'effet de détente et les rougeurs du plaisir sexuel sur ses parents après une sieste coquine ou une nuit d'amour! Je m'amuse toujours à questionner mes patientes sur la vie intime de leurs parents, à savoir ce qu'elles entendaient comme bruits ou sons caractéristiques des ébats conjugaux, à retrouver leurs observations d'enfants souvent précises et pertinentes. La difficulté étant que celles qui me consultent ont parfois eu des parents trop sages qui ne donnaient pas grand chose à voir ou à entendre et qui n'ont pas été des modèles d'épanouissement sexuel, ni des sources d'inspiration à ce genre d'exploration pour leurs enfants.

Degré d'intimité acquis

Chaque famille a sa façon d'exprimer son amour entre parents et enfants. Le degré de proximité physique et d'intimité affective atteint dans notre famille d'origine nous conditionne pour la vie dans nos besoins d'amour et leurs modalités d'expression. Et ceci peut créer des difficultés dans un couple: quand Madame qui a grandi dans une famille froide, distante et austère, rencontre Monsieur qui vient d'une famille chaleureuse, unie et démonstrative, leurs codes affectifs vont être très différents. Madame va se sentir envahie par les témoignages de tendresse intempestifs de son époux qui se plaint de sa froideur et souffre de manque d'affection. Les aider à en parler et à en prendre conscience ensemble permettra de chercher un équilibre entre les deux et de trouver le moyen de communiquer et d'exprimer leur amour pourtant partagé.

De l'éducation sexuelle

Il est illusoire de croire que les quelques heures d'éducation sexuelle réparties entre l'école primaire et secondaire vont modifier radicalement l'appréhension des jeunes pour un sujet aussi délicat à aborder en classe. Surtout quand ces cours sont centrés sur la contraception et la prévention de grossesses non désirées, des maladies sexuellement transmissibles et des abus sexuels, ce qui est bien loin de l'apprentissage du plaisir! Il n'empêche que le sujet étant abordé ouvertement par des professeurs, il devient officiellement accepté, ce qui permet dans un deuxième temps des échanges de confidences entre élèves. Mais la famille reste le lieu privilégié pour enseigner les bienfaits de la sexualité et donner des informations précises sur ses fonctions physiologiques, relationnelles et hormonales. L'éducation sexuelle scolaire ne servant que de palliatif pour les enfants issus de familles où le sexe est encore un sujet complètement tabou. Il existe aujourd'hui une profusion de livres initiant à la sexualité et s'adressant aux enfants ou aux adultes, et les médias comme l'Internet fournissent quantité d'informations capables d'éveiller la curiosité des plus coincées.

Du bonheur d'avoir des enfants

Nous sommes bercés depuis notre plus tendre enfance par des contes merveilleux qui se terminent invariablement



par: «ils se marièrent, furent heureux et eurent beaucoup d'enfants». Ces histoires d'amour qui peuplent nos rêves depuis si longtemps conditionnent nos espérances en matière de planification familiale. Mais quasiment la moitié des familles sont aujourd'hui confrontées au divorce ou à la séparation, souvent induite par l'arrivée des enfants. Autrefois on retenait un homme en lui faisant un enfant, mais aujourd'hui les mœurs ont bien changé et un homme qui a des enfants s'éloigne plus souvent de son épouse et du domicile familial qu'il ne s'en rapproche. Le danger guette toute jeune maman investie dans sa fonction maternelle qui néglige un peu son mari et oublie le goût des jolies dentelles et des galipettes à toute heure. Et je reçois en consultation de plus en plus de jeunes couples qui souhaitent améliorer leurs relations sexuelles avant de faire un enfant, car «après il sera trop tard pour bien faire», ce en quoi ils n'ont pas tort!

5. Le milieu socioculturel et religieux

Chaque société et chaque culture véhiculent des principes au sujet de la sexualité qui permettent de l'orienter et de la canaliser. Freud parlait du tabou de l'inceste en Occident, les Indiens ont leur fameux Kama-Sutra, les Tibétains le Tantra, et les Américains les cigares. Nous grandissons tous dans un environnement qui nous transmet en permanence des informations sur ce qui est permis, valorisé, critiqué ou interdit. Les publicitaires se concentrent sur ce qui fait vendre et le marketing sexologique est aujourd'hui très à la mode. On peut débattre tant qu'on veut des limites de ce qu'on peut montrer ou pas, mais il faut être conscient que le milieu ambiant et les nombreuses images qu'il expose imbibent notre cerveau dès notre plus jeune âge.

Chaque religion définit ses règles et ses normes quant à la façon de considérer le corps, le couple, le mariage, l'éducation sexuelle, la masturbation, la contraception ou encore l'avortement. La religion faisant partie de notre inconscient collectif, elle nous imprègne de ses convictions au plus profond de nos neurones, et favorise souvent l'ignorance et la méconnaissance en raison de ses nombreux interdits sexuels et de la culpabilité liée à la notion de péché. Il est plus facile d'en parler avec ceux qui croient et pratiquent qu'avec les mécréants qui prétendent n'avoir foi en rien et qui sont pourtant imprégnés par le biais de leur famille d'origine et de leur éducation, même si elle n'a pas été spécifiquement religieuse. Il est important en sexologie clinique de tenir compte des principes religieux de nos patientes et de les aider à comprendre en quoi ils peuvent interférer avec leur épanouissement sexuel.

MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES

Le climat sexologique

Pour parler de son intimité, il faut d'abord créer une atmosphère détendue et chaleureuse qui mette à l'aise nos patientes. Le counseling sexologique qui dispense multiples informations sur l'anatomie et la physiologie sexuelles est nécessaire et permet de modifier beaucoup de fausses idées reçues et de préjugés négatifs. Il est important d'explorer le système de valeurs de chacune, de l'identifier, le

nommer, puis de le reconditionner positivement. Nous avons des préférences et des goûts en matière de sexualité, mais nous ne donnons pas toujours la permission de suivre nos propres inclinations sensorielles et d'exprimer nos envies érotiques. Il appartient au sexologue d'identifier les nombreuses craintes qui peuvent inhiber et empêcher l'accès à une vie sexuelle riche et épanouie: la peur de l'échec, la peur de mal faire, la crainte de ne pas être à la hauteur, de ne pas satisfaire l'autre, de fournir une contre-performance, de ne pas être appréciée ou aimée, d'être rejetée ou pire encore de se sentir humiliée et méprisée. S'accepter dans son identité de genre, accepter son corps et s'aimer comme on est, sont des ingrédients indispensables pour accéder à une vie sexuelle mature. Nous devons souvent encourager nos patientes à s'accorder le droit au désir et au plaisir, en solitaire ou à deux, et à accepter de donner autant que de recevoir. L'orgasme n'est que la conséquence naturelle de l'accumulation de stimuli érotiques.

La variété dans les rôles, actif ou passif, et dans les positions amoureuses comme dans les scénarios érotiques est indispensable à l'entretien d'une vie sexuelle satisfaisante sur la durée. Développer sa réceptivité, ses sensations érotiques et sa vie fantasmatique imaginaire en solitaire permet d'échanger plus avec son partenaire. La prescription de lectures spécifiques stimule les échanges et favorise la communication sur un sujet qui reste encore souvent tabou. La spontanéité, la liberté et les idées viennent en s'exerçant. Bien faire l'amour n'est pas inné mais doit s'apprendre. Ce ne sont que ceux qui s'entraînent régulièrement qui deviennent de bons amants et peuvent offrir leur expérience et leur savoir-faire. Sans oublier que l'ingrédient principal de l'érotisme est le sentiment amoureux et que sans lui, tout paraît bien fade et monotone.

DIFFÉRENTES ORIENTATIONS SEXO-THÉRAPEUTIQUES

La lecture de la grille en cinq cercles permet d'orienter l'approche sexo-thérapeutique. Si le problème principal est au niveau somatique, il faut soit compter sur l'expertise d'un médecin spécialiste, soit conseiller une approche sexo-corporelle, comme par exemple un auto-examen gynécologique ou des exercices de tonification musculaire du périnée, ou encore l'entraînement des mouvements de bascule du bassin et de l'arc réflexe orgasmique. Si cela coince plutôt au niveau psychologique et que les capacités d'introspection et de verbalisation semblent bonnes, on peut proposer une approche psychothérapeutique, qui peut être brève et centrée sur le problème sexuel. Si la dynamique relationnelle du couple semble insuffisante ou perturbée, ou si la demande de la femme cache un problème masculin, une thérapie en couple est recommandée afin d'améliorer les capacités de communication et de prescrire des exercices qui facilitent l'accordage des deux partenaires. Quand la problématique se situe plus au niveau familial, l'approche systémique est la meilleure avec le travail du génogramme familial et la prescription d'entretiens avec les parents pour explorer l'histoire sexuelle familiale, en présence ou non du thérapeute.



Un dernier mot sur le pronostic et l'évolution des traitements sexo-thérapeutiques : bien conduits, ils sont rapidement efficaces, surtout quand la patiente est vraiment motivée dans sa démarche. La sexualité est un domaine sensible qui nous touche et nous concerne tous. Un couple qui partage les mêmes vues sur la vie et qui a des projets d'avenir communs se met en danger dès qu'il s'éloigne physiquement et perd les liens puissants tissés par une vie intime satisfaisante et la reconnaissance réciproque procurée par le plaisir sexuel partagé. Ce qui est à la

fois merveilleux et frustrant en sexologie clinique, c'est la rapidité avec laquelle les patients évoluent et disparaissent dès qu'ils ont trouvé des conseils adaptés et obtenu les résultats qu'ils recherchaient. Parfois un seul et unique entretien leur suffit pour recadrer, reformuler et repenser leur problème sexuel et y trouver une solution. La moyenne de mes traitements sexo-thérapeutiques se situe autour de trois séances et ils excèdent rarement une dizaine de rencontres.



Bibliographie

- Alzate H. Erogénité du vagin et orgasme féminin : analyse actuelle de la question. *Contraception-Fertilité-Sexualité* 1987;15:421-30.
- Choucroun D. Impénétrée – Impénétrant ou les conflits d'un sexe visité et d'un sexe visiteur. *Med Hyg* 1982; 40:1320-5.
- Choucroun D. Richesse et limites de l'examen sexologique chez l'adolescente. *Med Hyg* 1990;48:1001-5.
- Choucroun D. Thérapie comportementale des anorgasmies primaires. Et pourquoi pas moi? *Med Hyg* 1993; 51:825-3.
- Coelho P. Onze minutes. Paris: Ed. Anne Carrière, 2003.
- Ensler E. Monologues du vagin. Paris: Ed. Balland, 1999.
- Friday N. L'empire des Femmes. Paris: Ed. Albin Michel, 1993.
- Gray J. Mars et Vénus sous la couette. Paris: Ed. J'ai Lu, 1997.
- Hite S. L'orgueil d'être une femme. Lausanne: Ed. Favre, 2002.
- Leleu G. Le traité du plaisir. Paris: Ed. J'ai Lu, 1995.
- Pasini W. Eloge de l'intimité. Paris: Ed. Payot, 1991.
- Perry JD, Talcott LB. Le point Gräfenberg 15 ans après. *Cahiers de Sexologie Clinique* 1993;19:21-5.
- Urfer-Buffat J. La sexualité en institution psychiatrique. *Med Hyg* 1991;49:936-7.
- Zwang G. Considérations chronobiologiques sur l'établissement de la physiologie orgasmique féminine, sa dépendance de possibles périodes sensibles et de facteurs caractériels. *Cahiers de Sexologie Clinique* 1994; 20:28-36.