

La consultation sexologique

Dr Jean Sédivy

Identifier la demande et l'attente réelle

- ▶ «Qui demande ?» lui ou elle ?

- ▶ «Que veut-on ?» est-ce réaliste ?

- ▶ « Pour qui ? »
 - Pour éviter le divorce, faire plaisir, répondre à un ultimatum ou pour soi ?

 - Est-ce une demande de soins ou d'information et un besoin d'être rassuré ?

Principes de base 1

- ▶ Se souvenir qu'en matière de sexualité il n'y a pas de règle générale
- ▶ Ne pas invoquer des notions de **normalité** ou de nature (naturel ou contre-nature)
- ▶ Ne pas juger les patients
- ▶ Ne pas chercher de coupable ou de responsable
- ▶ Avoir toujours présente à l'esprit cette question : «*Qui demande quoi et pour qui ?*»
- ▶ Ne pas être interventionniste au-delà de la demande

Principes de base 2

- ▶ Il est illusoire de séparer absolument ce qui relève du psychologique de ce qui relève de l'organique
- ▶ Le «*psychologique*» ne doit pas être un diagnostic d'élimination
- ▶ On ne peut débuter une thérapie sans faire un diagnostic précis (positif, différentiel, étiologique)
- ▶ Dissocier l'examen clinique de l'évocation des troubles sexuels
- ▶ L'examen doit rester médical, sans ambiguïté, sans geste équivoque

Principes de base 3

- ▶ Gestes précis, jamais caressants et expliqués au patient
- ▶ Tout passage à l'acte est proscrit, y compris en cas de séduction de la part du patient
- ▶ Ne pas conclure trop vite à l'infaillibilité des dires du patient
- ▶ Ne pas se laisser berner pas son attente immédiate d'une solution miracle
- ▶ L'information fait partie du soin

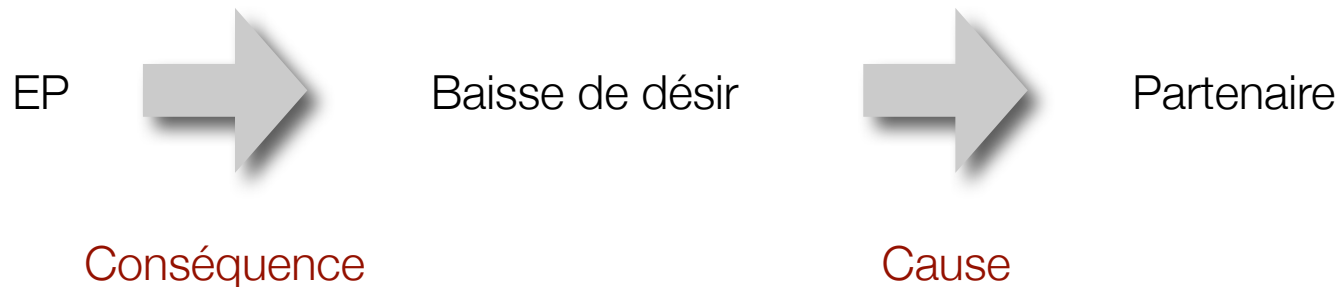
Cause ou conséquence ?

Exemple : un homme souffrant d'éjaculation prématurée

Il a honte de son problème et espace les relations

Il met inconsciemment son désir en berne pour ne pas être frustré (**conséquence**)

Sa partenaire pourra ne pas souffrir de son éjaculation prématurée, mais de son manque de désir (**cause**)

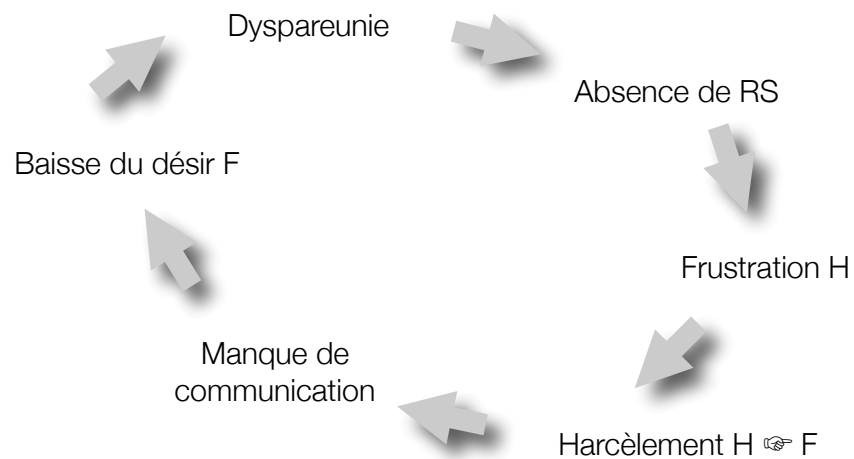


Cause ou conséquence ?

Exemple : une femme souffrant de dyspareunie :

LUI : « *L'absence de relations sexuelles perturbe notre couple* »

ELLE : « *Le manque de communication m'empêche de faire l'amour* »



Cause ou conséquence ?

Exemple : un homme souffrant de dysfonction érectile ET d'éjaculation prématurée

1ère possibilité :

L'EP engendre une perte de confiance et une anxiété à l'origine de la DE

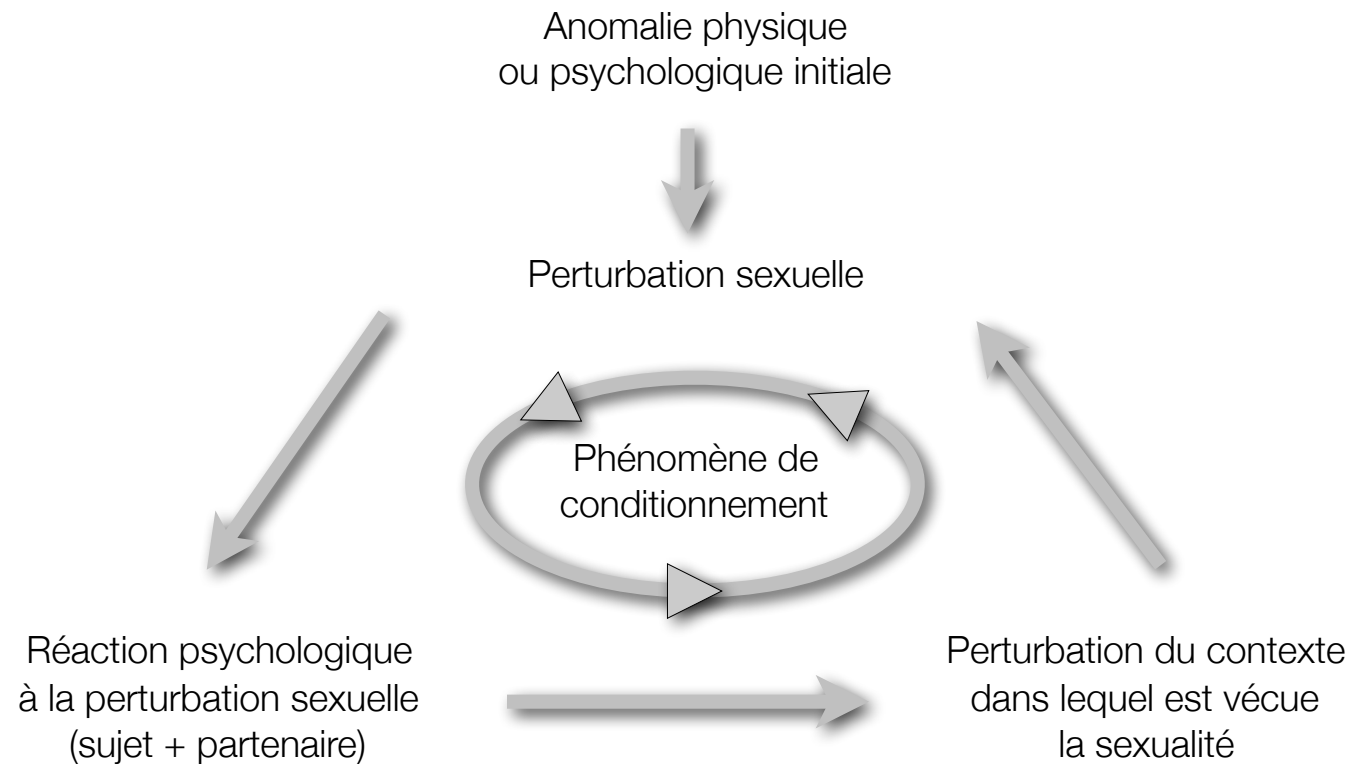


2e possibilité :

L'homme souffrant de DE se « dépêche » d'éjaculer avant la perte de son érection



Le cercle vicieux des difficultés sexuelles



L'arbre qui cache la forêt

Exemple : un homme qui souffre d'éjaculation prématurée :

Sa partenaire «l'amène» à la consultation en montrant bien que c'est LUI le problème

Mais quand il est guéri rien ne change pour elle

ELLE est alors confrontée à son anorgasmie

Anamnèse et bilan somatique

- ▶ Comme dans toute observation médicale
- ▶ Antécédents, maladies chroniques
- ▶ Traitements en cours (iatrogénie et dysfonctions sexuelles)
- ▶ Examen clinique (on en fait parfois trop, ou pas assez...)
 - Inutile chez une femme vaginique si on n'est pas gynécologue
 - Nécessaire en cas de bilan d'une DE après 50 ans
 - Indispensable en cas de suspicion d'hypoandrogénie

Évaluer la problématique sexuelle

- ▶ Facteurs organiques
- ▶ Facteurs psychologiques
- ▶ Facteurs sociaux
- ▶ Facteurs culturels (+ ethniques et religieux)
- ▶ Facteurs familiaux
- ▶ Facteurs professionnels
- ▶ Les préjugés éducatifs
- ▶ Les préjugés religieux
- ▶ Les appréhensions fantasmatiques

Évaluation psychiatrique et psychologique

- ▶ Psychiatrique
 - ▶ Trouble panique, délire, dépression, état maniaque, trouble bipolaire, angoisse, symptomatologie obsessionnelle etc.
- ▶ Psychologique
 - ▶ Quel est le message à décoder derrière le symptôme ?
 - ▶ Recherche d'un conflit psychique (individuel, conjugal, actuel, historique) derrière le symptôme

En individuel

- ▶ Évaluer la personnalité de chacun des deux partenaires
- ▶ Identifier la demande spécifique de chacun
- ▶ Liaison extra-conjugale
- ▶ Antécédent d'agression sexuelle

Analyser le retentissement sur le patient

- ▶ Culpabilité
- ▶ Dévalorisation
- ▶ Perte de confiance en soi
- ▶ Tendance dépressive, voire dépression sévère

Analyser le retentissement sur le/la partenaire

- ▶ Préciser son statut (époux-se, concubin(e), maîtresse, amant)
- ▶ Évaluer sa motivation
- ▶ Évaluer son vécu sexuel, ses difficultés relationnelles
- ▶ Chercher l'existence d'un trouble sexuel
- ▶ Déterminer son type d'attitude (proactive, réactive, empathique, indifférente, hostile)
- ▶ Apprécier son attitude envers la sexualité (ouverte ou rétive)

Analyser le retentissement sur le couple

- ▶ Évaluer les relations passées et présentes dans le couple
- ▶ Évaluer les pratiques sexuelles passées et présentes
- ▶ Évaluer la qualité de la communication
- ▶ Mettre en évidence un éventuel conflit sous-jacent

Connaître les contre-indications

- ▶ Savoir refuser les sujets demandeurs de performances
- ▶ Savoir refuser les pervers ou les couples au fonctionnement pervers
- ▶ Demander l'avis d'un psychiatre en cas de troubles graves de la personnalité ou de troubles psychotiques

Investigations

- ▶ La prescription doit être orientée par la clinique
- ▶ Il est inutile de prescrire un examen s'il ne modifie pas la conduite diagnostique ou thérapeutique
- ▶ L'évaluation des facteurs organiques est nécessaire à 100 %
- ▶ L'évaluation sexo-psychologique est nécessaire à 100 %

Phase d'évaluation et phase de traitement

- ▶ Sont deux moments distincts de la pratique médicale
- ▶ Mais sont intimement liées en sexologie
- ▶ Le sexologue ne doit pas imposer (par ses questions, réactions ou attitudes) ses propres modèles au patient

Sept mythes sexuels

1. Il est de la responsabilité de l'homme de satisfaire la femme
 2. La longueur et la fermeté du pénis sont déterminants pour la satisfaction de la partenaire
 3. La pénétration vaginale est ce que préfèrent les femmes
 4. Un homme veut toujours et est toujours d'accord pour faire l'amour
 5. Quand une femme a appris à aimer le sexe, elle devient insatiable
 6. Avec l'âge, tous les hommes perdent leur capacité érectile
 7. La dysfonction érectile est le témoin d'une baisse des sentiments chez l'homme ou de l'attractivité chez la femme
- 👉 Nécessité de corriger les croyances erronées ou irréalistes des patients

Postulats dysfonctionnels

- ▶ L'orgasme vaginal est le seul valable
- ▶ L'orgasme doit toujours être simultané avec celui du ou de la partenaire
- ▶ L'attitude sexuelle féminine doit être passive, l'attitude sexuelle masculine active
- ▶ La sexualité est entièrement innée : les relations sexuelles doivent donc être spontanées et ne nécessitent aucun apprentissage
- ▶ Les fantasmes sexuels sont interdits, surtout s'ils mettent en scène un(e) partenaire différent(e)
- ▶ Les difficultés sexuelles sont innées et représentent une fatalité biologique incontournable

Postulats dysfonctionnels

- ▶ Les difficultés sexuelles ont des causes psychologiques tellement profondes, qu'elles ne peuvent être résolues que par une psychothérapie de très longue durée
- ▶ La masturbation est une pratique honteuse et dangereuse
- ▶ La vie sexuelle s'arrange forcément si la vie relationnelle du couple ou la vie professionnelle s'améliorent
- ▶ Le corps ne doit pas être montré car il a des aspects repoussants ou choquants

👉 Traquer les postulats dysfonctionnels

Le normal et le pathologique

Le normal et le pathologique

- ▶ La sexualité humaine est le domaine qui interroge le plus quant à la normalité et la pathologie. Cette question est au centre de la position clinique du sexologue.
- ▶ «Normal», du latin *norma* qui se réfère à l'équerre, dans le sens de rectitude, de mesure. L'équerre est précise et dessine des angles, donc un cadre.
- ▶ Larousse : «norme» = une règle, un principe, un critère auquel se réfère tout jugement. C'est également un ensemble de règles de conduite qui s'imposent à un groupe social.
- ▶ En sexologie les normes sont mouvantes suivant les époques et les cultures.

La fonction de la norme chez le patient

« *Suis-je normal ?* »

« *Je voudrais être normal...* »

« *Il n'est pas normal !* »

- ▶ Concept statistique et/ou social : « *Je voudrais être comme les autres* »
- ▶ Absence de maladie
- ▶ En référence à ce que les *media* véhiculent comme norme
- ▶ Dans une loyauté normative familiale
- ▶ En lien avec une «Loi» intérieure (Surmoi freudien)

Le normal et le pathologique selon Georges Canguilhem

- ▶ Continuum entre normal et pathologique : le vivant a un pouvoir organisateur et d'adaptabilité qui construit sans cesse de nouvelles normes. La normativité (capacité de créer de nouvelles normes) est spécifique du sujet vivant.
- ▶ La guérison n'est pas le retour au *statu quo ante*, mais la capacité de créer de nouvelles normes, un nouvel état d'équilibre.
- ▶ **Le pathologique n'est pas le contraire de la norme, mais le contraire de la santé**
- ▶ Différence **Loi** (physique, inviolable) et **norme** (biologique, sociale, adaptable)
- ▶ En sexologie nous sommes attentif à la souffrance vécue

Qui est Georges Canghulem ?

Philosophe et médecin français (1904-1995)

Spécialiste d'épistémologie et d'histoire des sciences, il publia des ouvrages très importants sur la constitution de la biologie comme science, sur la médecine, la psychologie, les « idéologies scientifiques » et l'éthique.

Il soutient sa thèse de médecine en 1943 : Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique, reprise et complétée plus tard sous le titre de : «**Le Normal et le Pathologique**» en 1966.

Disciple d'Alain et de Gaston Bachelard, il s'inscrit dans la tradition de l'épistémologie historique française. Condisciple de Jean-Paul Sartre et Raymond Aron (Normale Sup 1924) il eut une influence notable sur Michel Foucault et Pierre Bourdieu dont il fut leur directeur de thèse.

Sa thèse principale est que le vivant ne saurait être déduit des lois physico-chimiques ; il faut partir du vivant lui-même pour comprendre la vie. L'objet d'étude de la biologie est donc irréductible à l'analyse et à la décomposition logico-mathématique.

Comment communiquons nous ?

Optimiser la relation soignant-patient

- ▶ Savoir écouter et reformuler
(en particulier : reformuler clairement la demande à la fin du premier entretien)
- ▶ Apprendre à être empathique
- ▶ Considérer la non-observance comme un comportement fréquent et habituel
- ▶ Pouvoir maintenir le lien en sachant dire NON
- ▶ Savoir motiver un patient à changer (se former aux entretiens motivationnels)
- ▶ Se former à observer transfert et contre-transfert
- ▶ Savoir partager son expérience avec d'autres professionnels de santé
(groupe Balint, supervision)

Savoir communiquer et écouter

- ▶ Être disponible avec une bonne qualité d'écoute
- ▶ Utiliser les questions simples
- ▶ S'assurer de la bonne compréhension du patient pour éviter les erreurs
- ▶ Éviter de banaliser et de se désintéresser en prescrivant à la va-vite

Écouter, c'est :

- ▶ Une écoute réelle avec un silence attentif
- ▶ Une écoute exhaustive notant tout ce que le patient émet (langage verbal et non-verbal)
- ▶ Une écoute analytique qui classe les informations
- ▶ Une attitude et des gestes qui soulignent l'écoute et invitent à poursuivre

Écouter, ce n'est pas :

- ▶ Une écoute simulée qui permet de penser à la phase suivante de la consultation
- ▶ Une écoute sélective qui n'entend qu'une partie du discours afin de reprendre la questionnement
- ▶ Une écoute des mots sans prêter attention aux attitudes, gestes, expressions et intonations

Convier le patient

- ▶ Mettre en confiance par des mots
- ▶ Ne pas toujours demander une réponse immédiate
- ▶ Faire des phrases courtes
- ▶ Créer un climat dédramatisé par des mots simples
- ▶ Réaffirmer la confidentialité absolue des propos tenus

Être convié par le patient

- ▶ Manifester de la compréhension et de l'empathie
- ▶ Reformuler ses propos et ses questions
- ▶ Trouver des liens entre ses propos et ceux que l'on a évoqué auparavant
- ▶ Saluer la confiance accordée

Définir un contrat thérapeutique, c'est :

- ▶ S'accorder sur des objectifs clairs et précis
- ▶ Se fixer une possibilité d'essai
- ▶ Évaluer et adapter le traitement à la vie du patient
- ▶ Créer un lien entre les consultations

Définir un contrat thérapeutique, ce n'est pas :

- ▶ Tout imposer, ni tout accepter
- ▶ Culpabiliser le non-suivi du contrat
- ▶ Rigidifier la relation thérapeutique
- ▶ Demander sa réalisation immédiate

La communication non-verbale

- ▶ Elle est aussi importante que la communication verbale
- ▶ Elle participe pour 2/3 à la compréhension d'un entretien
- ▶ Elle peut modifier, voire infirmer le sens des mots énoncés
- ▶ Elle s'adresse à notre subconscient de façon très rapide
- ▶ Une meilleure communication non-verbale du médecin améliore la relation médecin-patient

Collins LG et al. Evaluating verbal and non-verbal communication skills, in an ethnogeriatrics OSCE. *Patient educ Couns*. 2011 May; 83(2):158-162.
Burgoon JK et al. In: Knapp ML, Miller CR, eds- Beverly Hills, California. *Handbook of interpersonal communication*: Sage publications;1985:344-390.
Gladwell M. *Blink: The Power of Thinking Without Thinking*. New York, NY: Back Bay Books, Little, Brown 2005.
Gomez G et al. Ways to improve the patient-physician relationship. *Curr Opin Psychiatry*. 2013 Sep;26(5):453-457.
Stickey T. From SOLER to SURETY for effective non-verbal communication. *Nurse Educ pract*. 2011 Nov;11(6):395-398.
Frankel RM et al. Context, culture and (non-verbal) communication affect handover quality. *BMJ Qual Saf* 2012;21:i121-i127.
Griffith CH et al. House staff non-verbal communication skills and standardized patient satisfaction. *J Gen Intern Med* 2003;18:170-174.

Les éléments de cette communication

- ▶ Expression faciale (inexpressive — expressive)
- ▶ Fréquence des sourires
- ▶ Contact visuel (regard fuyant — «droit dans les yeux»)
- ▶ Fréquence des hochements de tête
- ▶ Inclinaison du buste (vers l'avant — vers l'arrière)
- ▶ Posture corporelle (refermée bras croisés — ouverte)
- ▶ Tonalité vocale (inexpressive — chaleureuse)

Nardone DA et al. A model for the diagnosis medical interview: non-verbal, verbal and cognitive assessments. J Gen Intern med. 1992 Jul-Aug;7(4):437-442.

L'écoute active

- ▶ Être très attentif à son patient
- ▶ Se montrer totalement concerné par son problème, ne pensant qu'à lui et rien d'autre au moment de la consultation
- ▶ Cette écoute active permet au patient de consentir à parler de sa vie personnelle et d'éléments intimes difficiles à aborder avec une tierce personne, y compris son médecin

Bensing G et al. Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psycho-social problems in general practice. J Nonverb Behav 1995; 19(4):223-242.

L'empathie

- ▶ Capacité de comprendre la situation du patient, son point de vue et ses sentiments (et les significations qui y sont attachées)
- ▶ Capacité de communiquer cette compréhension au patient et de vérifier sa pertinence par la reformulation
- ▶ Capacité d'agir en utilisant cette compréhension dans un but thérapeutique

Neumann M et al. Physician empathy: Definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2012, Vol. 29(1), ISSN 1860-3572.
Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. Br J Gen Pract. 2002;52(Suppl):S9-13

Bénéfices pour le patient

- ▶ L'empathie favorise l'expression par le patient de ses difficultés et préoccupations
 - ▶ Ce qui améliore aussi la pertinence des diagnostics médicaux
- ▶ L'empathie augmente la quantité d'informations comprises et retenues par le patient
 - ▶ Ce qui améliore l'observance au traitement et une meilleure efficacité de celui-ci
 - ▶ Augmente la capacité de s'adapter à son affection (coping) et améliore la qualité de vie
 - ▶ Diminue les tendances dépressives

Bien différencier ;

▶ Attitude **apathique**

Ne pas tenir compte de l'état émotionnel du patient

▶ Attitude **antipathique**

Refuser l'état émotionnel de son patient

▶ Attitude **sympathique**

Adhérer complètement à l'état émotionnel de son patient

▶ Attitude **empathique**

Comprendre et accepter l'état émotionnel mais sans forcément y adhérer

Exemple clinique

Le médecin a décidé pour la première fois de questionner M. F. sur sa sexualité

M. F. a 57 ans et souffre d'HTA

*«Dites-moi, je ne vous ai pas encore posé cette question :
Avez-vous des problèmes d'érection ?»*

Après cette question le patient est très embarrassé, il répond vaguement à la question en marmonnant et il fuit le médecin du regard

d'après une communication de P. Costa

Le médecin peut réagir de quatre manières

Il décide de ne pas le gêner davantage et change de sujet de conversation

sympathie

Il fait semblant de n'avoir pas remarqué l'embarras du patient et continue, imperturbable, l'interrogatoire sur sa sexualité

apathie

Il lui dit qu'il n'a aucune raison d'être gêné : parler de sa sexualité est de nos jours aussi banal qu'évoquer son sommeil ou sa digestion

antipathie

Il lui indique qu'il comprend fort bien sa gêne car il n'est pas facile de parler de sa sexualité

empathie

d'après une communication de P. Costa

L'écoute active de Carl Rogers

Savoir se taire : laisser l'autre parler jusqu'au bout, sans l'interrompre

Se montrer disponible et attentif sans se laisser distraire par des éléments extérieurs

Donner des signes verbaux et visuels d'intérêt

Reformuler les derniers propos de l'autre ou ceux qui nous ont marqués pour s'assurer que nous avons bien compris

Poser des questions neutres sur ce qui a été dit

Faire une synthèse de ce qui a été dit

Se refuser à tout jugement ou toute interprétation

Faire preuve d'**empathie**

L'empathie

«Einführung» = ressenti de l'intérieur

Capacité à partager les émotions avec autrui sans confusion entre soi et l'autre.

Les composantes de base sont :

- La résonance affective

- La flexibilité mentale pour adopter le point de vue subjectif de l'autre

- La régulation des émotions

Selon **Carl Rogers**:

L'empathie consiste à saisir avec autant d'exactitude que possible, les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre *comme si l'on était cette autre personne*.

Ambiguïté :

Se mettre à la place de l'autre génère forcément de l'affectivité

Garder ses distances conduit forcément à ne pas comprendre l'autre.

L'illusion du miroir :

Écouter l'autre pour se mettre à sa place (tout en restant soi-même) est un leurre.

Se mettre à la place de l'autre ne peut permettre de le comprendre.

C'est du narcissisme relationnel (Thierry Tournebise)

Plutôt s'ouvrir sans se mettre à la place :

Mettre du soin à l'entendre exprimer ce qu'il ressent, pense, ou vit à la place où il est.

Être distinct sans être distant

La bonne distance c'est «pas de distance du tout».

Le zéro de la distance produit l'infini de la qualité (Thierry Tournebise)

Mais «distance zéro» ne signifie surtout pas «se mettre à la place».

Car se mettre à la place, c'est aboutir à une sorte de fusion qui amène la confusion.

Si la bonne distance c'est pas de distance du tout, il est par contre fondamental d'être distinct.

Ne pas confondre **distinct** et **distant**, **proche** et **fusionnel**

Être distant, c'est se mettre en rupture (se couper) de son interlocuteur.

Il en résulte bien sûr qu'on ne le voit plus.

Se mettre à la place, c'est se mettre en fusion (ne faire qu'un) avec lui.

Il en résulte alors qu'il disparaît et qu'on ne le voit pas non plus.

Pour voir l'autre, ce qui est important, c'est de s'individualiser.

Être pleinement SOI face à quelqu'un à qui on accorde d'être pleinement LUI

Thierry Tournebise

L'empathie est à différencier de :

La **contagion émotionnelle** qui annule la distance entre soi et autrui

La **sympathie** qui repose sur une composante motivationnelle et une proximité affective

La **compassion** qui est affliction pour les souffrances d'autrui

L'empathie

L'empathie comportementale

- Effet caméléon, imiter spontanément les postures de l'autre (bâillement)

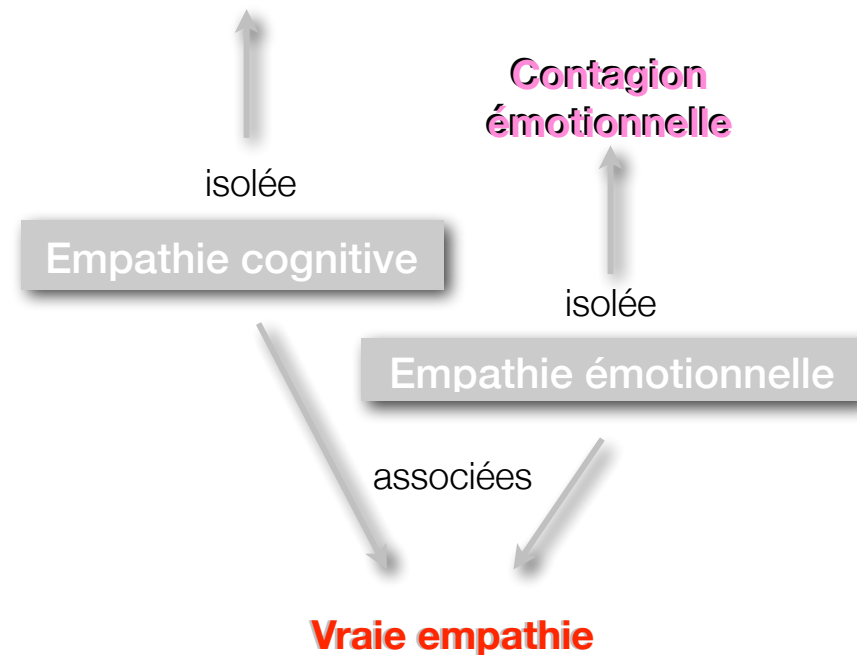
L'empathie cognitive

- Se représenter les pensées de l'autre

L'empathie émotionnelle

- Capacité à se représenter ses émotions

outil utile au pervers



Communication et couple

Règles de base :

- ▶ Éviter toute projection personnelle
- ▶ Ne pas succomber au charme (physique ou intellectuel)
- ▶ Ne pas chercher de responsabilité ou de culpabilité
- ▶ Ne pas prendre parti
- ▶ Les patients ne se parlent pas entre eux, ils parlent au thérapeute

Pièges à éviter

- ▶ Vouloir à tout prix dédramatiser le vécu du patient
- ▶ S'en sortir en faisant de l'humour
- ▶ Répondre en miroir à l'agressivité du patient en se montrant agressif et blessant
- ▶ Faire sentir au patient qu'on n'a plus envie de le voir
- ▶ Vouloir toujours avoir le dernier mot
- ▶ Tenter de se disculper en soutenant qu'on n'y est pour rien
- ▶ Évoquer sans ménagement une cause «interne» ou «psychologique» à ce que le patient attribue à des causes «externes»
- ▶ Se montrer trop amical

Éviter les contre-attitudes

- ▶ Rassurer ne veut pas dire banaliser :
«*Ce n'est rien, ça passera, c'est un peu de fatigue*»
- ▶ Les mots de bon sens :
«*Pourquoi pas avec une autre ?*»
- ▶ Les projections personnelles du soignant :
«*Vous savez, à votre âge...*»
- ▶ La prescription rapide pour masquer sa difficulté et son embarras :
«*Prenez ceci, vous m'en direz des nouvelles...*»

Quelques recommandations

- ▶ Ne jamais ignorer la souffrance réelle masquée derrière l'agressivité et les revendications du patient
- ▶ Connaître la valeur économique, sur le plan psychique, du besoin chez le patient à trouver un «bouc émissaire»
- ▶ Être attentif à son propre éprouvé
- ▶ Faire preuve d'empathie
- ▶ Rester loyal, tenir ses engagements
- ▶ Demeurer présent et disponible
- ▶ Ne pas hésiter à demander conseil à un collègue «psy», même si ce dernier ne voit pas le patient

En guise de conclusion...

La sexologie ne doit pas être isolée des autres disciplines mais considérée comme un champ multidisciplinaire où chacun a appris à évaluer et diagnostiquer l'ensemble des problèmes sexuels et peut prendre en charge ceux qui relèvent de sa compétence en orientant les autres vers le spécialiste concerné.

➡ pratique en réseau de compétences

La sexologie représente un exemple idéal d'approche globale de l'individu et devrait servir de modèle pour l'enseignement de la médecine générale.