

# La consultation sexologique



**Dr Jeanine Ohl**  
**d'après Dr Jean Sédivy**  
**Dr Marie Veluire**

# A connaître

- Notions de physiologie
    - Dimensions de la sexualité
    - La courbe d'excitation sexuelle
    - Physiologie de l'orgasme
    - Les lois du corps

---

  - Intrications relationnelles et habiletés sexuelles  
(différences hommes-femmes)
- 
- Fausses croyances
  - La consultation

# La consultation : identifier les fausses croyances

- La sexualité est naturelle, innée : les relations sexuelles doivent donc être spontanées et ne nécessitent aucun apprentissage
- Tout ce qui se passe sexuellement vient de l'homme. L'attitude sexuelle féminine doit être passive, l'attitude sexuelle masculine active
- Les orgasmes des 2 partenaires doivent être simultanés
- Les besoins sexuels de l'homme sont plus importants que ceux de la femme
- L'imaginaire érotique, les fantasmes sexuels, sont une trahison vis-à-vis de l'autre surtout s'ils mettent en scène un(e) partenaire différent(e)
- La masturbation est égoïste et anormale quand on vit en couple, honteuse et dangereuse

# Identifier les fausses croyances, les mythes sexuels

- Il est de la responsabilité de l'homme de satisfaire la femme
  - La longueur et la fermeté du pénis sont déterminants pour la satisfaction de la partenaire
  - L'orgasme n'existe que coïtal
  - La pénétration vaginale est ce que préfèrent les femmes
  - Un homme veut toujours et est toujours d'accord pour faire l'amour
- 
- Quand une femme a appris à aimer le sexe, elle devient insatiable
  - Avec l'âge, tous les hommes perdent leur capacité érectile
  - La dysfonction érectile est le témoin d'une baisse des sentiments chez l'homme ou de l'attractivité chez la femme

# Traquer les postulats dysfonctionnels

- Les difficultés sexuelles sont innées et représentent une fatalité biologique incontournable
- Les difficultés sexuelles ont des causes psychologiques tellement profondes, qu'elles ne peuvent être résolues que par une psychothérapie de longue durée

---

- 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

# En consultation : identifier la demande réelle

---

- Qui demande ? Lui ou elle ?
- Quelle est la demande ? Est-ce une demande de soins ou d'information ? Un besoin d'être rassuré ? D'être normal ?
- Pour qui ?
- Pour quoi ? Eviter une separation ? Faire Plaisir ? Répondre à un ultimatum ? Ou pour soi ?

# 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 naturel ou contre-naturel
- Ne pas juger les patients, ne pas interpréter
- Ne pas chercher de coupable ou de responsable
- Avoir toujours présentes à l'esprit les questions : «*qui demande quoi et pour qui ?*»
- Ne pas être interventionniste au-delà de la demande

# Principes de base 2

---

- Ne pas vouloir séparer absolument ce qui relève du psychologique de ce qui relève de l'organique, c'est illusoire
- Le «*psychologique*» ne doit pas être un diagnostic d'élimination
- On ne peut débiter une thérapie sans faire un diagnostic précis (positif, différentiel, étiologique)
- Dissocier l'examen clinique de l'évocation des troubles sexuels



# Principes de base 3

---

- L'examen doit rester médical, sans ambiguïté, sans geste équivoque, expliqué 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'infailibilité des dires du patient
- Ne pas se laisser berner par son attente immédiate d'une solution miracle
- L'information fait partie du soin

# Anamnèse et bilan somatique

- Comme dans toute observation médicale :

---
- Antécédents, maladies chroniques, intoxications
- Traitements en cours (iatrogénie et dysfonctions sexuelles)
- Examen clinique. On en fait parfois trop ou pas assez... Peut être réalisé chez un correspondant
  - 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, hypoestrogénie

# 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...

# Évaluer le contexte de la problématique sexuelle

---

- Facteurs organiques
- Facteurs psychologiques
- Facteurs sociaux
- Facteurs culturels, ethniques et religieux
- Facteurs familiaux
- Facteurs professionnels
- Préjugés éducatifs
- Préjugés religieux
- Appréhensions fantasmatiques

# 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(a) patient(e) :
    - 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

# 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 %



# Optimiser la relation soignant-patient

- Savoir écouter (silences adaptés) et reformuler  
(en particulier : reformuler clairement la demande à la fin du premier entretien)
- Ecouter tout ce que le patient émet : langage verbal et non-verbal
- Donner des signes verbaux et non-verbaux d'intérêt : attitude et gestes qui soulignent l'écoute et invitent à poursuivre
- Apprendre à être empathique
- Considérer la non-observance comme un comportement fréquent et habituel

# Optimiser la relation soignant-patient : apprendre à être empathique

- Capacité de comprendre la situation du patient, son point de vue et ses sentiments (et les significations qui y sont attachées)
- Capacité à partager les émotions avec autrui sans confusion entre soi et l'autre
- 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. 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

# L'empathie: bénéfiques pour le patient

---

- Favorise l'expression par le patient de ses difficultés et préoccupations, ce qui améliore aussi la pertinence des diagnostics médicaux
- 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 à s'adapter à son affection (coping) et améliore la qualité de vie
- Diminue les tendances dépressives

# Optimiser la relation soignant-patient

- Ne pas ignorer la souffrance masquée derrière l'agressivité. Connaître la valeur économique, sur le plan psychique, du besoin chez le patient à trouver un «bouc émissaire»
- Pouvoir maintenir le lien en sachant dire NON (demande de performance-pervers ou couple au fonctionnement pervers)
- Se former à observer transfert et contre-transfert
- Réaffirmer la confidentialité absolue des propos tenus
- Savoir partager son expérience avec d'autres professionnels de santé
- Savoir adresser à un confrère (gynécologue, andrologue, psychologue, psychiatre, kinésithérapeute...)

# Communication avec un couple

---

- Ne pas chercher de responsabilité ou de culpabilité
- Ne pas prendre partie
- Les patients ne se parlent pas entre eux, ils parlent au thérapeute

# Définir un contrat thérapeutique

---

- 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

# Pièges à éviter

- Vouloir à tout prix dédramatiser le vécu du patient
- S'en sortir en faisant de l'humour
- Se montrer trop amical
- Répondre en miroir à l'agressivité du patient en se montrant blessant
- Faire sentir au patient qu'on n'a plus envie de le voir
- 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»
- Prescrire rapidement pour masquer sa difficulté et son embarras



# Conclusion

## la sexologie est un champ multidisciplinaire

---

- Ne doit pas être isolée des autres disciplines
  - Chaque intervenant a appris (ou apprend) à évaluer et diagnostiquer l'ensemble des problèmes sexuels
  - peut prendre en charge ceux qui relèvent de sa compétence
  - oriente les autres vers le spécialiste concerné
- ▮ pratique de compétences en réseau





# Cas Clinique 1

- Couple consulte car madame pense ne pas être "normale".
- Madame se plaint d'une absence d'orgasme. Frustration
- Sécheresse vaginale lors des rapports
- Madame a été mariée un an avec un premier conjoint : disputes, menaces, violences physiques
- Vie commune de 4 ans avec le conjoint actuel. Désir d'enfant. Couple solide
- Madame aime faire l'amour avec son conjoint, apprécie les préliminaires. Elle peut avoir un orgasme lors des préliminaires ou lors de la masturbation
- La plainte ciblée: ne pas avoir accès à l'orgasme par coït vaginal

- "Je sais que j'ai des blocages, je suis lente en tout"

---

- Discussion sur l'absence de norme
- Discussion sur la nécessité d'apprentissage
- Explications sur le schéma de Masters et Johnson
- Discussion sur un meilleur accès au plaisir en jouant sur les préliminaires et les caresses
- Explications anatomiques
- Le couple se rassure, désireux de poursuivre leur sexualité selon des modalités un peu différentes
- Ce n'est pas le thérapeute qui leur donne la clé mais bien eux-mêmes

# Cas Clinique 2

---

- Couple adressé par la gynécologue de madame pour désir d'enfant depuis 18 mois et difficultés aux rapports sexuels
- Vaginisme pour madame
- Erection peu durable et absence d'éjaculation pour monsieur
- Vie commune 10 ans. Pas de rapports sexuels avant leur vie ensemble. Le couple n'avait pas de plainte sexuelle jusqu'ici mais le désir d'enfant est venu bousculer cela
- Mr n'a pas confiance en lui. "Peur de ne pas la satisfaire". De plus n'a pas d'emploi ce qui le fragilise
- Lors de la masturbation l'érection et l'éjaculation fonctionnent bien

# Cas Clinique 2

- Il a fait un spermogramme. "Je ne suis pas stérile"

---

- Madame n'a "pas réussi à aller au bout" chez le radiologue pour l'hystérosalpingographie. Trop mal, trop peur, choquée par le speculum
- Couple probablement encore dans l'apprentissage de la sexualité
- Bases du couple paraissant solides. La prise en charge sera possible
- Explications anatomiques
- Exercices de contractions/relâchements volontaires à faire par madame
- Réassurance. Confusion virilité/procréation
- A revoir

# Cas Clinique

- Adressée par Dr K gynécologue, pour dysménorrhée, dyspareunie et baisse de libido. Consulte avec monsieur
- Couple se connaît depuis 8 ans. Vie commune depuis 3 ans.
- Monsieur : saisonnier VNF. Cherche du travail actuellement.
- Madame : éducatrice- surmenage et burn-out l'an dernier. A subi également du harcèlement par une collègue. A changé de poste de travail. Problème semble réglé.
- DID depuis l'âge de 7 ans- Suivie par Dr L : Télésurveillance.
- Projet d'enfant à moyen terme. Repoussé un peu du fait de la perte d'emploi de Mr.

# Cas Clinique

- "J'ai du mal avec les RS" "J'ai peur du contact physique", "Je me protège".

---
- Maman n'était pas caline, père très absent. Père n'a pas assumé le diabète de sa fille. Mère a assuré, presque trop. Puis burn-out de la mère suite au placement de sa petite fille (fille de sa fille aînée qui a subi des violences par son père)...
- A été caressée par une gamine de 10 ans à l'âge de 7 ans mais n'en a été choquée que secondairement, lors de l'entretien avec une sophrologue.
- A été témoin de rapports sexuels de ses parents et a entendu leurs ébats alors qu'ils l'avaient enfermée dans sa chambre.

# Cas Clinique

- Son copain à l'âge de 20 ou 21 ans, alors que le couple vivait chez les parents, a pris la mère de madame en photo : habillée mais les jambes écartées, a failli faire aussi une photo alors qu'elle était nue sous la douche. La maman n'est pas au courant mais la fille a été très perturbée.
- A du mal à faire confiance à Mr. Lorsque Mr la touche la nuit, même lorsqu'il dort, elle ne supporte pas.... Dit que cela n'a pas été assez discuté. Le couple a vu un sexologue en ville qui a été horrifié à l'écoute de cet épisode et leur a conseillé de voir une psy. Le problème est resté enkysté.
- Longue discussion. Mr dit clairement qu'il a honte et qu'il ne serait jamais allé et n'ira pas jusqu'à une tromperie physique. A obéi à une pulsion de jeune adulte. La mère est une belle femme. Madame le dit aussi.
- Je la rassure, elle est belle aussi.... Le couple a clairement choisi de continuer ensemble, il leur faut construire à partir de ces éléments de vie négatifs.

# Cas Clinique

- La baisse de libido et la dyspareunie semblent liés au contexte évoqué ci-dessus. Reste la dysménorrhée primaire, bien améliorée par la prise de pilule. IRM normale.
- Par ailleurs HBA1c= 8- Diététique inadaptée- Je préfère stopper la Leeloo en continu et passer à Optimizette qui devrait rester adaptée pour la dysménorrhée et impacter très peu la libido. Si échec on peut opter pour un Kyleena. Le Mirena a été mal toléré mais de toute évidence trop grand pour une nulligeste.
- Le couple revient à sa guise.



# Transfert

## Définition du transfert

---

le transfert n'est pas un mécanisme réservé à la psychanalyse.

La notion introduite par Sigmund Freud et Sandor Ferenczi entre 1900 et 1909. En psychanalyse : processus durant lequel un affect passé et refoulé du patient, surgit dans le champ psychanalytique et se projette sur l'analyste.

Le transfert renvoie donc à la notion de déplacement et plus particulièrement de double déplacement. Il est en effet un déplacement de temps dans la mesure où l'affect est ramené du passé et revécu dans le présent, mais aussi un déplacement de personne car il se dirige vers le thérapeute.

# Contre-transfert

## Définition

~~l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à l'analysant et plus particulièrement au transfert de l'analysant. Il renvoie à la capacité du thérapeute à supporter l'ensemble des projections et des rôles que lui attribuent le Moi et le Surmoi du patient, lors de la mise en scène des conflits et dans le cadre de la relation analytique.~~

Ce processus nécessite donc, de la part du thérapeute, une parfaite connaissance du fonctionnement de son propre inconscient, sans quoi ses propres résistances en provoqueraient en retour chez le patient.