

La consultation sexologique

Dr Jean Sédivy
Dr Jeanine Ohl



«Fête l'amour, pas la guerre»

- L' Humain se sert de sa sexualité pour faire l'amour
- Les patients qui nous consultent donnent le sentiment de faire la guerre
 - dans leur couple, leur histoire, leurs émotions et avec leurs corps
 - guerre des sexes, des générations, des sentiments
- But des consultations: leur permettre de retrouver la paix, l'équilibre et si possible l'amour

Identifier la demande et l'attente réelle

- Qui demande ? Lui ou elle ?
- Quelle est la demande ?
- Est-ce une demande de soins ou d'information ? Un besoin d'être rassuré ?
- Pour qui ?
- Pour quoi ?
 - éviter le divorce, 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 **nature** (naturel ou contre-nature)
- 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

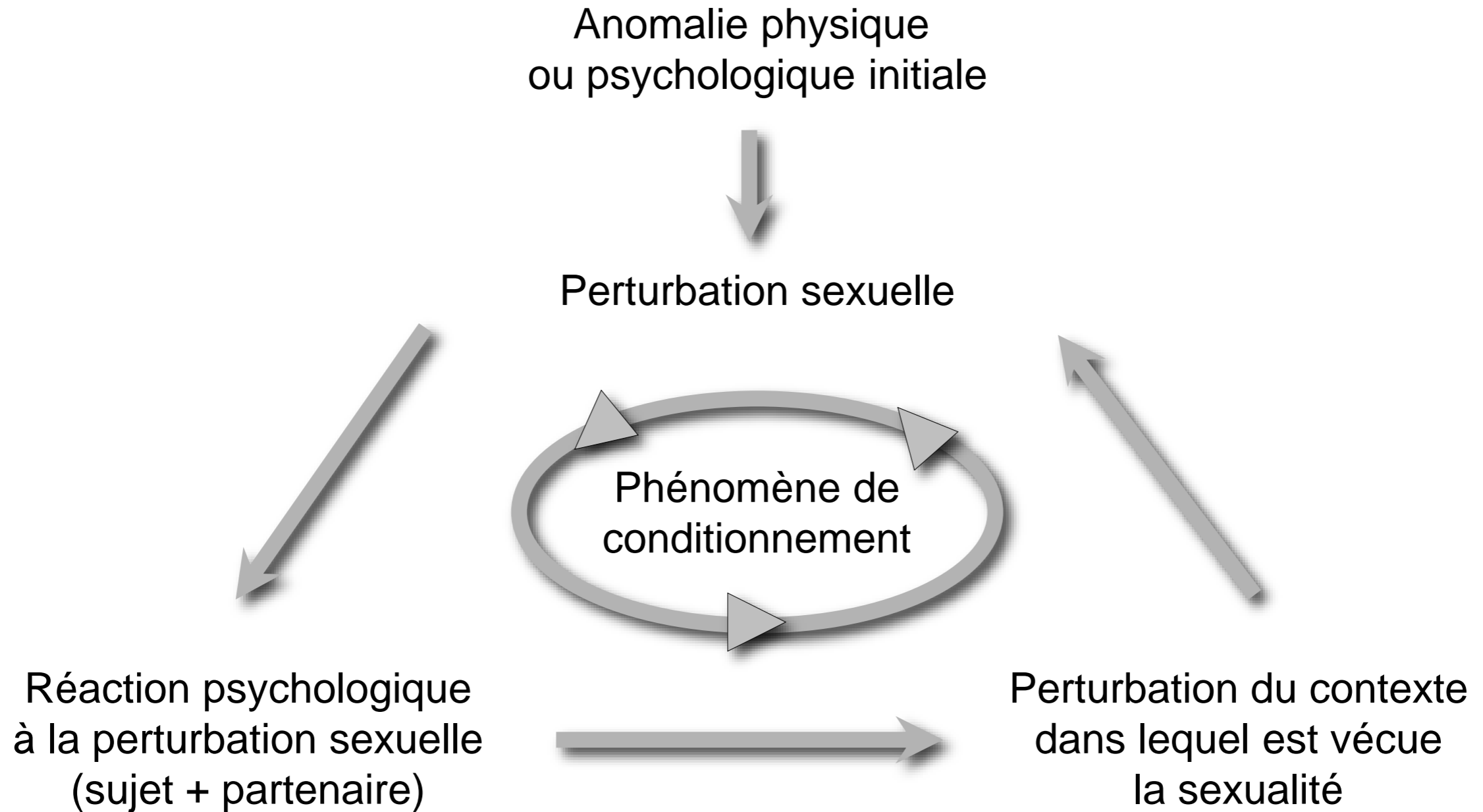
Principes de base 2

- 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 débiter 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

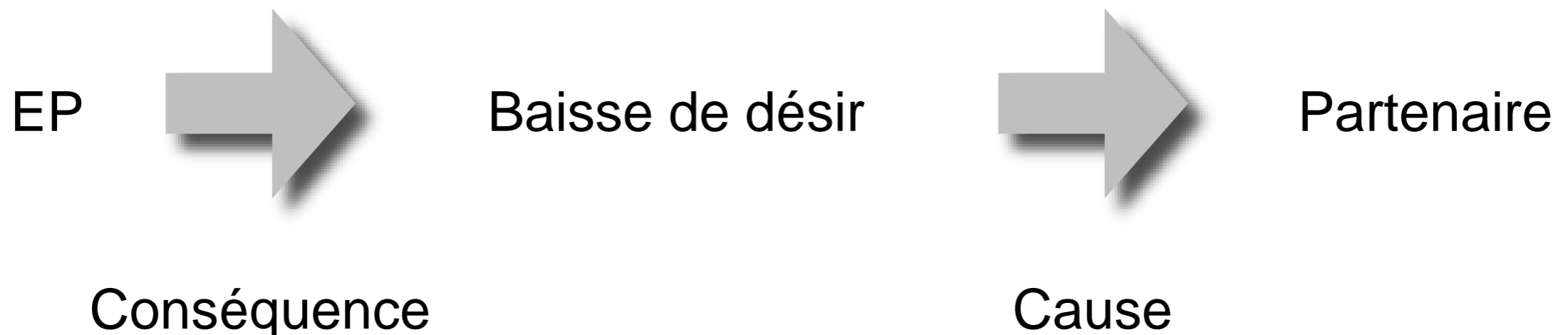
- Gestes précis, jamais caressants et expliqués au patient
- Tout passage à l'acte est proscrit, y compris en cas de séduction de la part du patient
- Ne pas conclure trop vite à l'infaillibilité des dires du patient
- Ne pas se laisser berner par son attente immédiate d'une solution miracle
- L'information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

Le cercle vicieux des difficultés sexuelles : cause ou conséquence ?



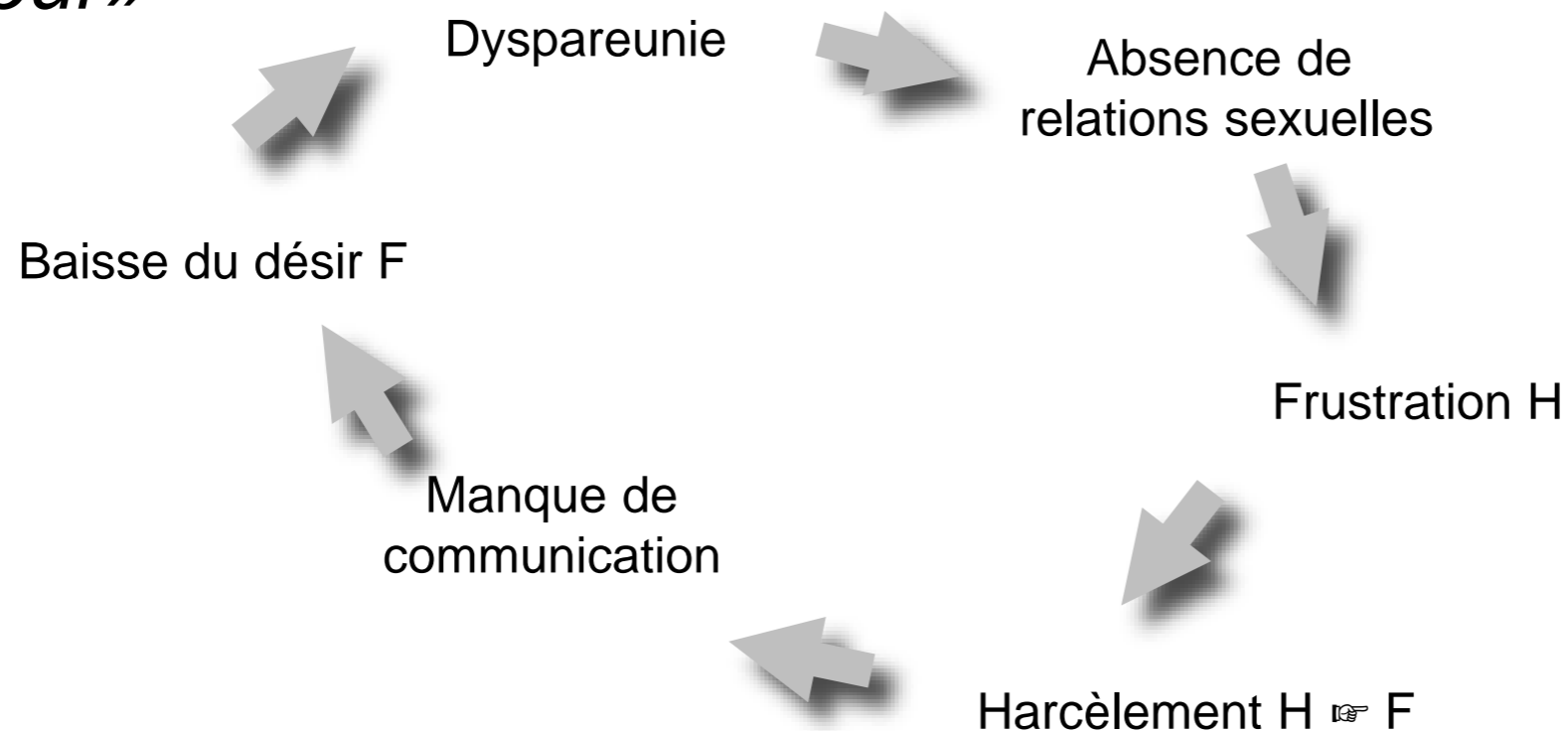
Le cercle vicieux des difficultés sexuelles : cause ou conséquence ?

- 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)



Le cercle vicieux des difficultés sexuelles : 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*»



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 vaginisme

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... 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

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
- Tendances dépressives, 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

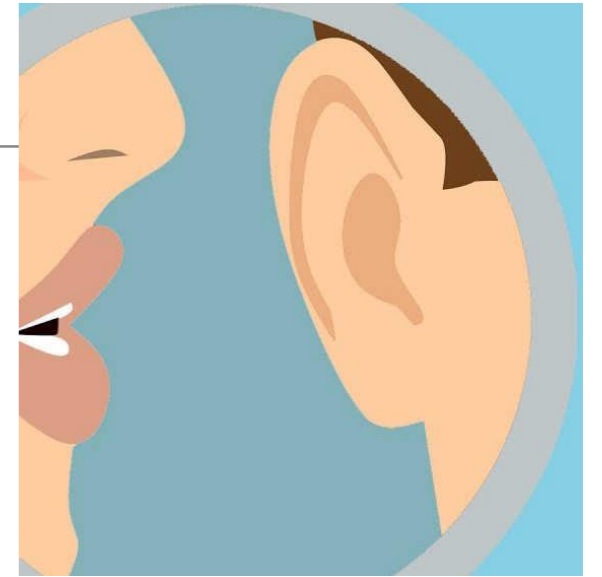
Investigations

- 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 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 à observer transfert et contre-transfert
- Savoir partager son expérience avec d'autres professionnels de santé

Optimiser la relation soignant-patient



- **Savoir écouter et reformuler**
- 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 à observer transfert et contre-transfert
- Savoir partager son expérience avec d'autres professionnels de santé

Savoir écouter. C'est :

- Être disponible avec une écoute réelle et active et un silence adapté (laisser l'autre parler jusqu'au bout, sans l'interrompre)
- Se montrer totalement concerné par le problème du patient en ne pensant qu'à lui et rien d'autre au moment de la consultation
- Une écoute exhaustive notant tout ce que le patient émet (langage verbal et non-verbal)
- Une écoute analytique qui classe les informations
- Donner des signes verbaux et visuels d'intérêt (attitude et gestes qui soulignent l'écoute et invitent à poursuivre)

Savoir communiquer. C'est :

- Poser des questions simples
- Créer un climat dédramatisé par des mots simples
- Faire des phrases courtes
- S'assurer de la bonne compréhension du patient pour éviter les erreurs
- Reformuler ses propos et ses questions. En particulier : reformuler clairement la demande à la fin du premier entretien)
- Ne pas toujours demander une réponse immédiate
- Trouver des liens entre les propos du patient et ceux évoqués auparavant

Savoir communiquer. C'est :

- Éviter de banaliser et de se désintéresser en prescrivant à la va-vite
- Manifester de la compréhension et de *l'empathie*
- Mettre en confiance par des mots
- Saluer la confiance accordée
- Réaffirmer la confidentialité absolue des propos tenus

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

La communication non-verbale

- Aussi importante que la communication verbale
- Participe pour 2/3 à la compréhension d'un entretien
- Peut modifier, voire infirmer le sens des mots énoncés
- 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. - Gomez G et al. Ways to improve the patient-physician relationship. Curr Opin Psychiatry. 2013 Sep;26(5):453-457.- Sticley 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.

Éléments de la communication non verbale

- 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.

Communication avec un couple

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



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 à observer transfert et contre-transfert
- Savoir partager son expérience avec d'autres professionnels de santé

L'empathie

- 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 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

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
- 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.

L'empathie: 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

Empathie: exemple clinique

- Le médecin décide pour la première fois de questionner M. F. sur sa sexualité. Il a 57 ans et souffre d'HTA
- *«Dites-moi, je ne vous ai pas encore posé cette question :*
- *Avez-vous des problèmes d'érection ? »*
- 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

Empathie: exemple clinique

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**

Optimiser la relation soignant-patient

- Savoir écouter et reformuler
- 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 à observer transfert et contre-transfert
- Savoir partager son expérience avec d'autres professionnels de santé



Connaître les contre-indications à la prise en charge

- 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

Optimiser la relation soignant-patient

- Savoir écouter et reformuler
- 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 à observer transfert et contre-transfert
- Savoir partager son expérience avec d'autres professionnels de santé

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
- Les phases d'évaluation et de traitement sont deux moments généralement distincts de la pratique médicale mais sont intimement liées en sexologie

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

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
- Rester loyal, tenir ses engagements
- Demeurer présent et disponible
- Ne pas hésiter à demander conseil à un collègue même si ce dernier ne voit pas le patient

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 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

Corriger les croyances erronées ou irréalistes des patients : 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

Traquer les 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

Traquer les 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

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...»*



Optimiser la relation soignant-patient

- Savoir écouter et reformuler
- 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 à observer transfert et contre-transfert
- Savoir partager son expérience avec d'autres professionnels de santé

Conclusion : la sexologie : un champ multidisciplinaire

- Ne doit pas être isolée des autres disciplines

- A considérer comme un champ multidisciplinaire :
 - chacun a appris 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 en réseau de compétences
- Représente un exemple idéal d'approche globale de l'individu et peut servir de modèle pour l'enseignement de la médecine générale.



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