



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Les troubles de l'orgasme féminin[☆]

Women's orgasmic disorders

M.-H. Colson^a, F. Cour^{b,*}

^a Hôpital Sainte-Marguerite, CRIR AVS, 13009 Marseille, France

^b Service d'urologie, hôpital Foch, université de Versailles–Saint-Quentin-en-Yvelines, 40, rue Worth, 92150 Suresnes, France

Reçu le 9 septembre 2012 ; accepté le 12 septembre 2012

MOTS CLÉS

Orgasme féminin ;
Anorgasmie ;
Thérapie cognitivo-
comportementale

Résumé

Objectif. – Évaluer les formes cliniques des troubles de l'orgasme (TO) chez la femme et les modalités thérapeutiques proposées dans la littérature.

Matériel et méthodes. – Revue des articles publiés dans la base de données Medline (Pubmed), des conférences de consensus et des recommandations publiées sur le sujet.

Résultats. – Les données actuelles suggèrent fortement que l'orgasme serait une potentialité qu'une femme apprendrait à développer avec l'expérience, le temps et l'apprentissage. Les anorgasmies primaires de la femme jeune (< 35 ans) seraient le plus souvent liées au manque d'expérience et quelquefois aux maladroresses du ou des partenaires. Celles qui surviennent secondairement sont fréquemment circonstancielles, en premier lieu lors d'événements de vie difficiles, plus rarement du fait d'une mésentente dans le couple. Dans ces deux situations, des conseils simples modifiant les pratiques sexuelles et les diversifiant peuvent suffire. Pour la femme, l'apprentissage du « lâcher prise » sera fondamental. L'information du partenaire permettra de mettre fin aux comportements sexuels inadaptés qui entretiennent la difficulté, en sachant qu'un TO, principalement secondaire, serait moins dû à la qualité de la prestation masculine qu'au contexte émotionnel et affectif de la relation sexuelle. Les anorgasmies primaires, surtout totales, persistant à la maturité, évoquent des troubles plus structurels (image du corps, séquelles d'abus sexuels, sentiment de culpabilité...) et nécessitent une prise en charge spécialisée.

Conclusion. – Si les problèmes de désir chez la femme sont souvent mis en avant, il faut savoir qu'une femme sur quatre dans le monde souffre d'un TO plus ou moins complet. Les TO sont le deuxième motif de consultation féminine en pratique sexologique. S'intéresser au contexte de survenue des TO est essentiel pour différencier les TO primaires et secondaires, afin d'adapter la prise en charge.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[☆] Cet article fait partie intégrante du rapport « Médecine Sexuelle » du 106^e congrès de l'Association française d'urologie rédigé sous la direction de Florence Cour, Stéphane Droupy et François Giuliano.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : f.cour@hopital-foch.org (F. Cour).

KEYWORDS

Female orgasm;
Anorgasmia;
Cognitive-behavioral
therapy

Summary

Objective. – To evaluate the clinical presentation of women's orgasmic disorders (OD) and therapeutic options, suggested in the literature.

Material and methods. – Review of articles published on this subject in the Medline (PubMed) database, selected according to their scientific relevance, of consensus conferences and published guidelines.

Results. – At present it is thought that the orgasm is a potentiality which a woman can learn to develop with experience, and practice over time. Primary anorgasmia in young females (< 35 years) is very often due to lack of experience or lack of skill in the partner or partners. Secondary anorgasmia is often linked to difficulties of life, more rarely to problems with the partner. In both cases, informed advice to the patient and her partner can provide simple ways of modifying and diversifying sexual practice, slight changes can be sufficient. For the woman, learning to "let go" is essential. Speaking to the partner can help to eliminate and diversify sexual behaviour which can be responsible for this problem. However, OD, particularly the secondary type, is less attributable to the male performance than to the emotional and affective aspect. Primary anorgasmia, if total, persisting in the mature woman, evokes more structural problems (body image, sexual abuse, guilt...) and requires specialized management.

Conclusions. – Currently, female sexual desire is often evoked, however, one woman in four suffers from OD to a greater or lesser extent. Orgasmic dysfunction in women is frequent and is the second most common reason for consulting a sexologist. Evaluating the context is essential to differentiate primary from secondary OD, in order to give an appropriate treatment.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction, définitions

La nosologie des troubles de la sexualité féminine s'est longtemps cantonnée aux premières définitions de l'Organisation mondiale de la santé (IC-10) de 1992 [1], puis à celles du DSM-IV de 1994 et à sa version révisée de 2000 [2], proposée par l'Association américaine de psychiatrie (APA). Depuis 2004, ces définitions ont fait l'objet d'une évolution importante lors de deux conférences internationales de consensus professionnel [3]. Elles tiennent mieux compte aujourd'hui à la fois de l'âge, du statut hormonal et de la relation avec le partenaire, ainsi que du vécu subjectif accompagnant ce type de pathologie, et distinguent les troubles de l'orgasme (TO) de ceux du désir, souvent appelés désir sexuel hypoactif dans les publications, des troubles de l'excitation ou des problèmes de douleurs.

L'orgasme est aujourd'hui défini comme «une sensation de plaisir intense provoquant un état de conscience modifié, accompagné de contractions de la musculature des muscles striés à l'entrée du vagin qui amènent une sensation de bien-être». A contrario, on considère qu'il y a trouble de l'orgasme lorsque «malgré une excitation sexuelle importante, on note soit une absence d'orgasme, soit une intensité des sensations orgastiques nettement diminuée, soit un orgasme nettement retardé, et cela quel que soit le type de stimulation». Pour que le trouble soit avéré, il doit aussi être responsable d'une souffrance subjective marquée et/ou de difficultés interpersonnelles [4].

Formes cliniques

Les TO revêtent des formes cliniques multiples. Ils peuvent être primaires, mais aussi apparaître secondairement. Ils peuvent s'étendre à toutes les formes de stimulation

(anorgasmie totale), mais aussi se limiter à certaines formes de stimulation, et de nombreuses femmes peuvent avoir un orgasme pendant la pénétration, mais pas pendant les caresses clitoridiennes préliminaires, l'inverse étant tout autant possible.

Ils sont parfois partiels. Beaucoup de femmes qui n'ont pas d'orgasme coïtal, par exemple, en ont très facilement par la masturbation en quelques minutes [5–8], mais l'inverse est tout aussi possible.

Les TO peuvent aussi être circonstanciels et beaucoup de femmes ayant des orgasmes coïtaux n'en ont pas à chaque fois, une sur quatre seulement y arrive [9,10]. Ces TO correspondent parfois à des tranches de vie particulières : 50% des femmes qui n'avaient pas de problème d'orgasme avaient traversé des périodes plus ou moins longues sans orgasme [11]. Pour Kinsey, en 1953, 20% des femmes ayant des relations extraconjugales avaient atteint plus facilement l'orgasme avec leur amant qu'avec leur mari [5].

Comme on le voit, l'orgasme des femmes semble être particulièrement difficile à cerner, peu reproductible, ne répondant à aucune règle logique de déclenchement, et somme toute, assez capricieux.

C'est certainement ce qui explique l'ampleur des controverses qui subsistent encore de nos jours, en particulier en ce qui concerne l'origine des différentes formes d'orgasmes constatées cliniquement, ou sur la réalité de l'existence d'une zone spécifique intravaginale en permettant le déclenchement (point G?) [12], ou bien encore sur celle d'une possible éjaculation féminine [13].

Alors que l'orgasme masculin semble poser peu de problèmes, celui des femmes continue à susciter bien des interrogations. Plusieurs revues de littérature récentes et très documentées font le point en particulier sur les possibilités extragénitales de déclenchement de l'orgasme (bouche, anus, épaule...) [14], voire même

par l'intermédiaire d'un membre fantôme chez des femmes amputées [15], ainsi que sa possibilité de survenue lors de situations insolites, comme pendant l'accouchement [16] ou l'exercice physique [17].

Les TO nous renvoient donc à une problématique complexe, engageant certainement des dimensions différentes de l'individu, et dont la prise en charge peut s'avérer délicate.

Prévalence

Une femme sur quatre dans le monde souffre d'un TO plus ou moins complet, comme l'ont mis en évidence les études les plus valides, avec une fréquence de l'ordre de 24 à 37% [11,18,19] et de 25% dans la revue de littérature la plus récente [8].

Dans une revue de 34 études, S. West [20] retrouvait des chiffres pouvant aller de 20 à 50%. L'extrême variabilité de ces chiffres semble s'expliquer, plus encore que dans d'autres dysfonctions sexuelles, par l'étroite dépendance entre TO et variables socioculturelles ou religieuses, facteurs liés à l'âge et au partenaire, ou à son absence, ou encore à la durée de la dysfonction, comme l'ont rapporté Hayes et al. en 2006 [21]. Dans leur récente revue de littérature de 1248 publications, elles n'ont sélectionné que 11 études possédant des critères de tri fiables en croisant des questionnaires validés portant sur ces différents paramètres, avec une fréquence moyenne de TO de 31%.

Derrière le trouble de l'orgasme

Un certain nombre de facteurs peuvent être à l'origine d'un TO, certains pouvant interagir entre eux.

Facteurs psycho-émotionnels et psycho-affectifs

Ils sont souvent au premier plan, se traduisant principalement par une absence de lâcher prise. Sans abandon, il n'est pas possible d'atteindre l'orgasme, qui est le point culminant de l'excitation.

Troubles de l'humeur

Pour certains auteurs, les femmes présentant un TO seraient souvent anxieuses et/ou dépressives [22] et cela explique en grande partie la plupart des TO secondaires. Mais plus largement, l'absence d'abandon et de lâcher prise peut aussi être sous-tendue par des problématiques émotionnelles plus complexes.

La peur de l'attachement

La peur de l'attachement peut se manifester de plusieurs manières, par exemple, par la crainte de la perte de l'indépendance de choix, au moment du mariage ou de l'engagement affectif. Elle peut aussi être liée à la crainte de l'abandon, qui en est une autre déclinaison. Cela se retrouve assez aisément chez les femmes ayant vécu des situations personnelles d'attachement non sécurisantes ou de précarité affective, mais aussi dans des relations

trop fusionnelles et hyperprotectrices avec les parents, principalement la mère. Pour exemple, Cohen et Belsky ont retrouvé une corrélation significative entre capacité orgasmique déficiente et mauvaise qualité de l'attachement dans la relation parentale chez 323 femmes de 24–39 ans [23].

Relation de puissance

Des problèmes relationnels de type partage et défense de territoires peuvent être à l'origine également de dysfonctionnements orgasmiques, surtout les plus complexes. Comment s'abandonner si l'on pense que cela va renforcer la puissance de l'autre sur soi ou sa domination? Les liens de nature névrotique et leur relation avec les symptômes sexuels avaient été bien étudiés par Willy [24]. Plus récemment, des paramètres moins structurels ont fait l'objet d'études très documentées de la part de plusieurs chercheurs nord-américains, comme les facteurs émotionnels d'engagement ou de désengagement en jeu dans la relation à deux [25–27]. Ils apportent un éclairage nouveau et particulièrement déterminant dans la prise en charge des difficultés sexuelles au sein d'un couple.

Le sentiment de culpabilité

Le sentiment de culpabilité peut aussi, et fréquemment, être une autre source de perturbations émotionnelles venant entraver la détente et l'accès au plaisir [28]. Il est responsable d'un besoin d'hyper-contrôle sur soi-même et sur son environnement, interdisant l'abandon et le lâcher du corps. Il n'est pas rare qu'il repose sur des tabous, souvent religieux ou sociétaux, alimentant largement idées reçues et fausses croyances [11].

Une information sur la sexualité insuffisante

En règle générale, une information sur la sexualité insuffisante est souvent retrouvée, ou des normes médiatiques culpabilisantes qui vont provoquer une focalisation excessive sur l'absence d'orgasme et la renforcer. Les contraintes morales et religieuses, qui ont longtemps pesé sur la sexualité de nos mères et de nos grands-mères, sont encore très présentes. Mais la culture occidentale, qui a jadis culpabilisé le plaisir et la sexualité, en fait aujourd'hui le passage obligatoire d'une femme déjà confrontée à un cumul de rôles bien difficiles à assumer (bonne professionnelle, bonne mère de famille, bonne maîtresse de maison, bonne épouse et maîtresse de son mari toujours désirable et séduisante...), l'orgasme devenant l'un des repères normatifs essentiels mesurant la réussite personnelle de la femme moderne.

Dysfonctions d'anticipation

Une place importante doit être faite, dans l'étiologie des TO, primaires ou secondaires, aux dysfonctions d'anticipation. De nombreuses femmes qui ne jouissent pas sont des impatientes, des perfectionnistes centrées sur la recherche de performances, des femmes dont l'attente anxieuse pendant la relation sexuelle ne permet pas un abandon et un lâcher prise suffisant pour atteindre l'orgasme. Certaines d'entre elles adoptent un comportement hâtif pendant la relation sexuelle. Au lieu de rechercher activement leur plaisir, elles abandonnent très vite, découragées par une absence de résultats immédiats [29].

Une image de soi perturbée

Une image de soi perturbée est aussi très souvent observée en pratique clinique, et une corrélation significative entre bonne image de soi et de l'image de son corps, avec la capacité orgasmique, la capacité à s'abandonner et à avoir du plaisir avec son partenaire, a bien été mise en évidence chez la femme [30,31].

L'incidence des abus sexuels

L'incidence des abus sexuels chez les femmes anorgasmiques a déjà été bien démontrée elle aussi [32,33], encore qu'ils puissent davantage être corrélés à d'autres difficultés sexuelles, de type troubles du désir ou dyspareunies [34].

Facteurs organiques

Les facteurs organiques peuvent jouer un rôle important, en particulier dans l'installation d'un TO secondaire. Les maladies chroniques, les suites de cancer, les interventions chirurgicales, l'asthénie, les rhumatismes inflammatoires, le *burn-out*, l'obésité, tout autant que les douleurs chroniques, interfèrent avec l'axe neurophysiologique du plaisir, comme l'ont mis en évidence deux larges études récentes [35,36].

La modification du seuil de déclenchement de l'excitation et de l'orgasme qui en résulte est probablement responsable de troubles du désir, mais aussi de TO secondaires, car il semble bien qu'il existe un seuil de perception d'excitation à atteindre pour déclencher un orgasme et que ce seuil soit significativement augmenté lors de certains processus pathologiques [37].

En ce qui concerne les états dépressifs, il ne semble pas qu'il y ait une relation réelle, alors qu'elle apparaît corrélée de manière plus significative aux troubles du désir. Dans une étude chez 1184 femmes ayant une dépression majeure mesurée avec des échelles validées, 17,7% présentaient des troubles de désir, 7% un TO [38]. Une autre étude récente, concernant 1258 femmes, n'a mis en évidence aucune corrélation entre TO et dépression [39].

L'abus de substances toxiques a pu être incriminé, mais une large étude de cohorte n'a pas rapporté de corrélation entre l'abus de cannabis et la survenue d'un TO chez les femmes utilisatrices [40].

Pas de prédispositions particulières pour la dysorgasmie

De nombreuses récentes publications ont cherché à établir un lien entre difficultés orgasmiques féminines, un mode de fonctionnement psychique ou psychiatrique, un caractère génétique particulier [41], ou encore une particularité physique comme une certaine démarche [42] ou la conformation de la lèvre supérieure [43]. L'équipe australienne de Zietsch, dans une étude d'excellente validité méthodologique, conduite auprès de 2914 femmes, a mis en évidence l'absence de prédisposition particulière à une difficulté orgasmique quelconque, que ce soit au niveau du fonctionnement psychologique, du capital génétique, ou même des croyances religieuses ou des opinions politiques [44].

Du temps pour apprendre

Déjà, dans son rapport de 1953, Kinsey avait constaté que de nombreux TO avaient tendance à s'amender avec le temps. Parmi les 7789 femmes de 16 à 50 ans de son étude, il notait 50% de femmes ayant un TO avant 20 ans, mais seulement 10% avant 35 ans et en ce qui concerne les anorgasmies coïtales, 36% dans les tranches d'âge les plus jeunes, mais plus que 5% dans les plus âgées. Il rapportait aussi que 50 à 57% de celles qui avaient déjà eu des orgasmes avant le mariage arrivaient à l'orgasme dès leur première année de mariage, contre 29% de celles qui n'en avaient jamais eu auparavant [5].

D'autres auteurs ont, ensuite, également rapporté que les TO primaires étaient moins fréquents avec l'âge [11,45]. Pour Fugl-Meyer, dans une étude qui fait référence pour sa méthodologie, menée auprès de 1335 suédoises de 18 à 74 ans, le nombre de TO primaires passait de 8% dans la population des 18–24 ans à 2% dans les tranches d'âge plus élevées [7]. Il existe également des études mettant en évidence une corrélation significative entre multiparité et capacité orgasmique [46], qui vont dans le même sens.

L'ensemble de ces données suggère fortement que l'orgasme serait une potentialité qu'une femme apprendrait à développer avec l'expérience, le temps et l'apprentissage. Un grand nombre de TO ne seraient dus qu'à l'inexpérience, aux peurs et parfois aussi aux maladroresses du partenaire. Aujourd'hui encore, pour la plupart des femmes, l'expérience de l'orgasme n'est ni spontanée, ni facile et s'apparente davantage à un apprentissage qu'à une révélation.

La part de l'expérience émotionnelle

Nous savons depuis longtemps que l'excitation comme l'orgasme sont, chez la femme, davantage influencés par le contexte émotionnel et subjectif que par la stimulation directe génitale [47,48]. La capacité d'orgasme d'une femme, intimement liée à sa propre perception du plaisir et de la détente, est aussi très dépendante à la fois de son expérience personnelle et affective, mais aussi de la qualité de la relation charnelle et émotionnelle qu'elle entretient avec son ou ses partenaires successifs.

Le rôle de l'ocytocine semble lui aussi étroitement dépendant de la spécificité de l'orgasme féminin. On connaît son importance chez la femme depuis longtemps. Des recherches récentes nous ont appris que l'ocytocine était libérée en grande quantité pendant l'orgasme et que l'importance de sa sécrétion déterminerait l'intensité de l'orgasme [49]. Cette hormone est libérée lors des caresses, ou des massages [50,51], avec le baiser, les pensées amoureuses, le son de la voix aimée [52]. Les travaux d'Hélène Fisher nous ont depuis bientôt deux décennies familiarisés avec l'importance de son rôle dans l'attachement [53].

Pour exemple, il est souvent signalé qu'un orgasme obtenu dans des conditions de partage émotionnel avec le partenaire serait plus satisfaisant que s'il est obtenu par masturbation [54]. Il semblerait que la part émotionnelle et affective de la relation à deux compte davantage pour l'obtention d'un plus grand sentiment de satisfaction, ou d'une plus grande intensité de l'orgasme, probablement en lien avec la sécrétion d'ocytocine. Cela semble aller dans le

sens des travaux récents mettant en lumière l'implication des structures sous-corticales et du système limbique, qui font de l'orgasme, tout particulièrement chez la femme, un processus principal réflexe non conscient, sous-tendu par une expérience affective et émotionnelle, qui se renforcerait en fonction du cycle et du statut hormonal [55].

Le rôle du partenaire et de la relation de couple

L'expérience clinique a montré que s'il était difficile pour la plupart des femmes d'avoir un orgasme dans des conditions émotionnelles et affectives insatisfaisantes [56], l'inverse ne remédierait pas obligatoirement à un TO primaire. Si les dysfonctions de couple semblent jouer un rôle important, comme facteur de déclenchement, de maintien et de blocage dans les dysfonctions sexuelles féminines en général, principalement en ce qui concerne les troubles du désir et de l'excitation, cela paraît moins s'appliquer aux TO primaires. Des conflits conjugaux et l'absence de dialogue sont en revanche souvent retrouvés dans les TO secondaires [57].

Le rôle du partenaire dans le déclenchement ou le maintien des TO féminins doit être recherché. Ils accompagnent souvent une sexualité maladroite ou hésitante du partenaire [22,58], ou sont secondaires à des dysfonctions sexuelles masculines, problèmes d'érection [59] ou d'éjaculation trop précoce. Weiss et Brody, qui ont publié de nombreux articles très controversés sur le sujet, ont rapporté que la qualité de l'orgasme féminin serait corrélée (!) à la longueur du pénis [60] ou à sa rigidité [61].

Les partenaires maladroits, inexpérimentés, ou eux-mêmes bloqués dans leur sexualité sont bien évidemment assez peu à même d'aider une femme déjà trop tendue pour se laisser aller à l'orgasme tant désiré. Parfois cependant, le partenaire est un amant attentif, trop peut-être, qui la stimule inlassablement dans l'attente anxieuse de l'orgasme qui le confirmerait dans sa propre identité virile. Quelquefois aussi, c'est sur un fond davantage obsessionnel qu'il cherchera à déclencher cet orgasme tant attendu, en l'entraînant dans la quête sans fin de sources de stimulations toujours plus diversifiées (*sex toys*, échangeisme...). Lorsque l'angoisse du partenaire à satisfaire sa femme se fait trop prégnante, elle renforce chez elle l'impossibilité d'abandon, de lâcher du corps et l'absence d'orgasme, ainsi que le découragement et le sentiment d'anormalité [29].

Pour de nombreux auteurs, cependant, un TO, principalement secondaire, serait moins dû à la qualité de la prestation masculine qu'au contexte émotionnel et affectif de la relation sexuelle. Pour Frank et al. [62], des performances sexuelles « normales » n'entraîneraient pas obligatoirement un orgasme. Pour Kinsey, au-delà de dix à 15 minutes de pénétration, la probabilité pour la femme d'avoir un orgasme n'augmenterait pas [5].

Satisfaction sexuelle et orgasme

D'autres notions compliquent un peu plus la problématique. Il apparaît évident que l'orgasme n'est pas obligatoirement lié à la satisfaction sexuelle. Une femme peut être satisfaite sexuellement sans orgasme et l'orgasme n'entraîne pas obligatoirement la satisfaction sexuelle [63], laquelle semble mieux assurée par la qualité de la relation et de

la communication à deux que par la quantité d'orgasmes féminins qu'elle induit [56,64].

Perspectives thérapeutiques

Comment dès lors, compte tenu de la complexité de l'orgasme féminin, prendre en charge ses dysfonctionnements? (Fig. 1).

Information

Comme dans toutes les difficultés sexuelles, une information éclairée est essentielle et souvent suffisante à elle seule, en tous cas dans de nombreux TO primaires liés à l'inexpérience et aux maladresses. Elle visera à dédramatiser, en particulier en relativisant les modèles véhiculés par les médias. L'explication doit insister sur la notion d'apprentissage et d'entraînement à l'orgasme, ainsi que sur la fréquence des TO. Si la jouissance vient facilement à l'homme, il n'en est pas de même pour la femme qui doit apprendre à aller activement vers son plaisir.

L'information est un temps dynamique de l'interrogatoire et de l'évaluation de la dysfonction sexuelle et doit dépister les fausses croyances et les idées reçues afin de pouvoir les corriger. C'est aussi l'information qui permettra de mettre fin aux comportements sexuels inadaptés qui entretiennent la difficulté (impatience, abandon, focalisation anxieuse sur les sensations...).

Apprentissage

L'apprentissage de l'orgasme étant une étape essentielle sur le chemin de l'orgasme féminin, de nombreux auteurs préconisent l'usage de vibromasseurs et de *sex toys* [65,66], à utiliser seule ou en couple. Ils ont l'avantage de favoriser la survenue d'un premier orgasme, mais l'inconvénient aussi d'habituer à des niveaux trop élevés de stimulation, bien éloignés de ce qui est perçu lors d'une relation sexuelle.

D'autres auteurs recommandent des exercices de musculature du périnée [67]. Là encore, cela a l'avantage de faire prendre conscience à la femme en difficulté, d'une partie de son corps qu'elle connaît mal ou ignore, mais ils ont aussi l'inconvénient de trop faire focaliser sur ses sensations et de ne pas faciliter l'abandon et le lâcher prise.

Prises en charges psychosexuelles

Les thérapies d'inspiration analytique sont peu efficaces sur les TO. L'essentiel de la prise en charge psychosexuelle repose sur des thérapies de type intégratif alliant un soutien psychothérapeutique à une prise en charge sexologique. Celle-ci permettent d'opérer un changement durable au niveau des pensées dysfonctionnelles, avec à la fois la gestion des perturbations émotionnelles et l'apprentissage progressif et concret d'une sexualité différente.

La correction des cognitions et des comportements inadaptés

La correction des cognitions et des comportements inadaptés, en particulier de découragement ou d'impatience, se fera à la fois par l'information et l'apprentissage d'une autre

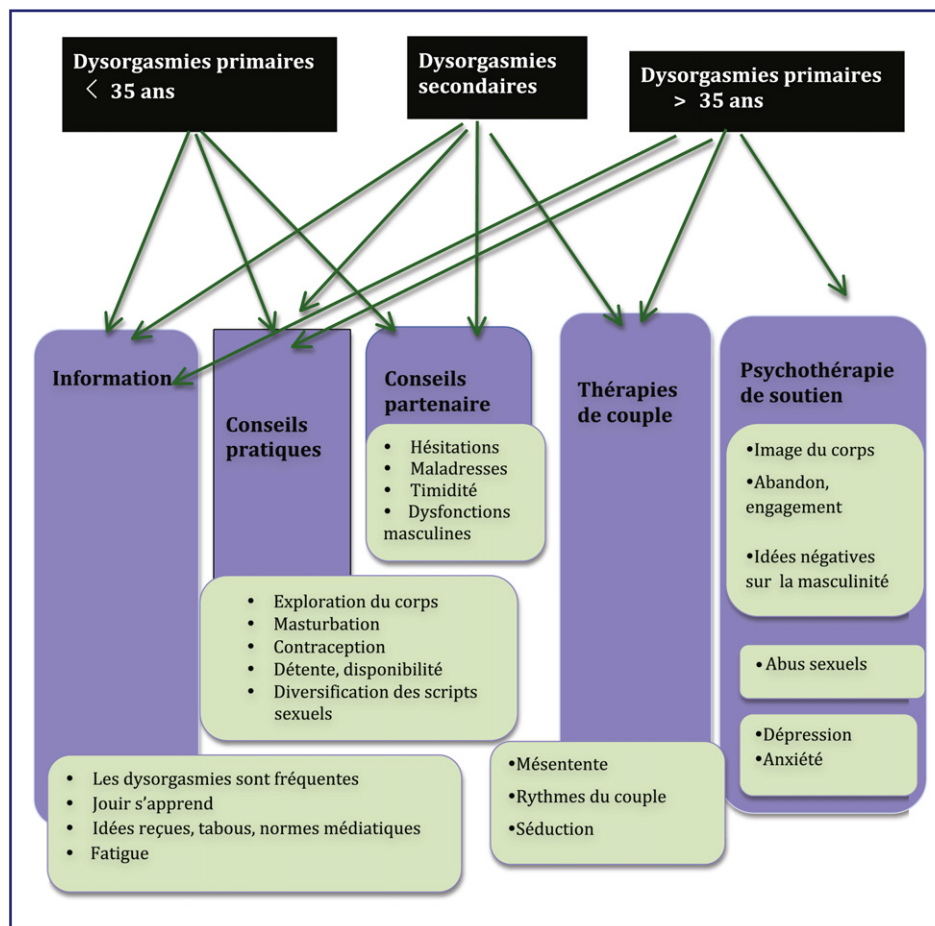


Figure 1. Perspectives thérapeutiques pour la prise en charge des dysfonctions orgasmiques féminines.

logique de la sexualité, ainsi que par l'exploration du corps, dans le but de se familiariser avec lui afin d'apprendre peu à peu à se l'approprier.

La gestion des perturbations émotionnelles

La gestion des perturbations émotionnelles est un temps important de la thérapie. Elle a pour objet de faire cesser les comportements d'échec qui en sont la résultante. Elle passe par l'apaisement des peurs et des tensions, la mise à distance du sentiment d'obligation de réussite, la gestion de l'attente anxieuse et du souci de performance.

Le travail sur la perception sensorielle

Le travail sur la perception sensorielle a pour but de trouver (ou retrouver) ses sensations, de s'y laisser aller, d'apprendre à les devancer et à aller activement vers son plaisir. Il permet d'abaisser le seuil orgasmique et passe par un travail d'élaboration psychique en entretien, mais aussi par des exercices pratiques. Il sera parfois utile de s'aider quelquefois de séances de relation ou de sophrologie, de thérapies corporelles.

Un soutien psychothérapique

Un soutien psychothérapique peut s'avérer important en cas de dépression, d'anxiété au premier plan, de sentiment de

culpabilité trop prégnant, ou lorsque les cognitions erronées sont importantes, en particulier chez les femmes qui entretiennent des pensées négatives sur les hommes et la masculinité (sentiment de menace, de rivalité, défense de territoire...).

La prise en charge du couple

La prise en charge du couple est parfois déterminante, en particulier pour désamorcer les conflits latents ou avérés [68], mais cet élément est rarement au premier plan des TO féminins, davantage présents dans les troubles du désir. En revanche, l'information du partenaire sera souvent précieuse, en particulier avec les hommes trop timides et trop peu directifs sexuellement, mal à l'aise dans leur masculinité, hésitant et maladroit, ou encore lorsque le partenaire est focalisé sur la performance à accomplir.

Aide pharmacologique

Aucun traitement pharmacologique n'est à même de venir à bout de la complexité des TO féminins [66]. Les études ayant évalué l'utilisation du sildénafil dans les TO féminins ont conduit à des résultats mitigés [69], tout comme celles ayant préconisé de la testostérone [70]. Dans certains cas, un antidépresseur ou un anxiolytique peuvent être

d'un appoint important, en cas de dépression latente ou de troubles anxieux trop importants [65].

Conclusion

Un certain nombre d'éléments concernant l'orgasme féminin et ses troubles peuvent être retenus après l'étude de la littérature internationale. Si une femme sur quatre souffre de TO, ces troubles diminuent nettement avec l'âge et l'apprentissage de la sexualité. Ils peuvent être circonstanciels et sont souvent limités à certaines formes de stimulation ou à certains partenaires, et pas à d'autres. Comme les troubles du désir, les TO peuvent varier avec le temps, des périodes de difficultés orgasmiques pouvant alterner avec des tranches de vie où la jouissance est satisfaisante.

Nous connaissons mieux aujourd'hui l'orgasme féminin. Il semble se faire, encore davantage que chez l'homme, sous le signe d'une étroite corrélation avec les émotions, les représentations et les circuits motivationnels, allant ainsi dans le sens d'une plus grande implication affective, en se plaçant davantage sous le signe du lien et de l'attachement, eux-mêmes largement sous-tendus par le rôle majeur de l'ocytocine.

Les TO sont donc complexes, mettant en jeu des dimensions de nature différentes qu'il faudra savoir prendre en compte dans nos stratégies thérapeutiques.

CE QU'IL FAUT RETENIR

Multiplicité des formes cliniques :

- les troubles de l'orgasme peuvent être primaires, secondaires, circonstanciels, partiels... ;
- les facteurs psycho-émotionnels et psycho-affectifs sont souvent au premier plan, se traduisant principalement par une absence de lâcher prise ;
- l'orgasme serait une potentialité qu'une femme apprendrait à développer avec l'expérience, le temps et l'apprentissage ;
- l'orgasme, chez la femme, est davantage influencé par le contexte émotionnel et subjectif que par la stimulation directe génitale ;
- une information éclairée est essentielle et souvent suffisante dans un grand nombre d'anorgasmies primaires liées à l'inexpérience et aux maladresses ;
- de nombreux troubles de l'orgasme ont tendance à s'amender avec le temps et l'apprentissage de la sexualité ;
- il n'y a aucun médicament miracle ;
- en cas de persistance des troubles malgré information et conseils, seule une sexothérapie de type intégratif est requise, alliant un soutien psychothérapeutique à une prise en charge sexologique.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] ICD 10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition, text revised Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- [3] Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer KS, et al. Revised definitions of women's sexual dysfunctions. *J Sex Med* 2004;1:40–8.
- [4] Jones KP, Kingsberg S, Whipple B. Women's sexual health in midlife and beyond: clinical proceedings. Association of Reproductive Health Professionals: Washington, DC; 2005.
- [5] Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH. Sexual behaviour in the human female. Philadelphia: W.B. Saunders; 1953.
- [6] Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 2003;32:193–208.
- [7] Fugl-Meyer KS, Öberg K, Lundberg PO, Lewin B, Fugl-Meyer A. On orgasm, sexual techniques, and erotic perceptions in 18- to 74-year-old Swedish women. *J Sex Med* 2006;3: 56–68.
- [8] Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira Jr ED, et al. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med* 2010;7:1598–607.
- [9] Butler CA. New data about female sexual response. *J Sex Marital Ther* 1976;2:40–6.
- [10] Spira A, Bajos N, et le groupe ACSF. Les comportements sexuels en France. Rapport officiel au Ministre de la Recherche et de l'Espace, 1973, la documentation française.
- [11] Laumann E, Paik A, Anthony MA, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537–44.
- [12] Jannini EA, Rubio-Casillas A, Whipple B, Buisson O, Komisaruk BR, Brody S. Female orgasm(s): one, two, several. *J Sex Med* 2012;9:956–65.
- [13] Kilchevsky A, Vardi Y, Lowenstein L, Gruenwald I. Is the female G-spot truly a distinct anatomic entity. *J Sex Med* 2012;9:719–26.
- [14] Barry R, Komisaruk BR, Whipple B. Non-genital orgasms. *Sex Relationship Ther* 2011;26:356–72.
- [15] Money J. Phantom orgasm in the dreams of paraplegic men and women. *Arch Gen Psychiatry* 1960;3:373–82.
- [16] Harel D. Sexual experiences of women during childbirth. Unpublished doctoral dissertation. San Francisco, CA: The Institute for Advanced Study of Human Sexuality; 2007.
- [17] Herbenick D, Fortenberry JD. Exercise-induced orgasm and pleasure among women. *Sex Relationship Ther* 2011;26:373–88.
- [18] Laumann EO, Gagnon JH, Michaël RT, Michaël S. The social organization of sexuality. Sexual practices in the United States. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1994.
- [19] Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. *J Sex Med* 2004;1:66–8.
- [20] West SL, Vinikoor LC, Zolnoun DA. Systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annu Rev Sex Res* 2004;15:40–172.
- [21] Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction. *J Sex Med* 2006;3:589–95.
- [22] Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross-sectional population survey. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:144–8.
- [23] Cohen DL, Belsky. Avoidant romantic attachment and female orgasm: testing an emotion-regulation hypothesis. *Attach Hum Dev* 2008;10:1–10.

- [24] Willy J. *Couple in collusion*. New York & London: Jason Aronson; 1982, p. 265–71.
- [25] Gottman JM, Levinson RW. The social Psychophysiology of marriage. In: Noller P, Fitzpatrick MA, editors. *Perspectives on marital interaction*. Philadelphia: Multilingual Masters; 1988.
- [26] Knudson-Martin C, Mahoney A. Beyond different worlds: a post-gender approach to relational development. *Fam Process* 1999;38:325–40.
- [27] Wright J, Lussier Y, Sabourin S. *Manuel clinique des psychothérapies de couple*. Quebec: Presses de l'université du Québec; 2008.
- [28] Birnbaum GE. The meaning of heterosexual intercourse among women with female orgasmic disorder. *Arch Sex Behav* 2003;32:61–71.
- [29] Colson MH. Female orgasm: myths, facts and controversies. *Sexologies* 2010;19:8–14.
- [30] Ackard DM, Kearney-Cooke A, Peterson CB. Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. *Int J Eat Disord* 2000;28:422–9.
- [31] Herbenick D, Reece M. Development and validation of the female genital self-image scale. *J Sex Med* 2010;7:1822–30.
- [32] Kearney-Cooke A, Ackard DM. The effects of sexual abuse on body image, self-image, and sexual activity of women. *J Gen Specif Med* 2000;3:54–60.
- [33] Staples J, Rellini AH, Roberts SP. Avoiding experiences: sexual dysfunction in women with a history of sexual abuse in childhood and adolescence. *Arch Sex Behav* 2012;4:341–50.
- [34] Randolph ME, Reddy DM. Sexual abuse and sexual functioning in a chronic pelvic pain sample. *J Child Sex Abus* 2006;15:61–78.
- [35] Basson R, Rees P, Wang R, Montejo AL, Incrocci L. Sexual function in chronic illness. *J Sex Med* 2010;7:374–88.
- [36] Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008;112:970–8.
- [37] Helpman L, Greenstein A, Hartoov J, Abramov L. Genito-sensory analysis in women with arousal and orgasmic dysfunction. *J Sex Med* 2009;6:1039–44.
- [38] Fabre LF, Smith LC. The effect of major depression on sexual function in women. *J Sex Med* 2012;9:231–9.
- [39] Kalmbach DA, Ciesla JA, Janata JW, Kingsberg SA. Specificity of anhedonic depression and anxious arousal with sexual problems among sexually healthy young adults. *J Sex Med* 2012;9:505–13.
- [40] Smith AM, Ferris JA, Simpson JM, Shelley J, Pitts MK, Richters J. Cannabis use and sexual health. *J Sex Med* 2010;7: 787–93.
- [41] Dunn KM, Cherkas LF, Spector TD. Genetic influences on variation in female orgasmic function: a twin study. *Biol Lett* 2005;22:260–3.
- [42] Nicholas A, Brody S, de Sutter P, de Carufel F. A woman's history of vaginal orgasm is discernible from her walk. *J Sex Med* 2008;5:2119–24.
- [43] Brody S, Costa RM. Vaginal orgasm is more prevalent among women with a prominent tubercle of the upper lip. *J Sex Med* 2011;8:2793–9.
- [44] Zietsch BP, Miller GF, Bailey JM, Martin NG. Female orgasm rates are largely independent of other traits: implications for female orgasmic disorder and evolutionary theories of orgasm. *J Sex Med* 2011;8:2305–16.
- [45] Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. *Urology* 1999;54:385–91.
- [46] Witting K, Santtila P, Alanko K, Harlaar N, Jern P, Johansson A, et al. Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther* 2008;34:89–106.
- [47] Laan E, Everaerd W. Determinants of female sexual arousal: psychophysiological theory and data. *Annu Rev Sex Res* 1995;6:32–76.
- [48] Laan E, Both S. Sexual desire and arousal disorders in women. *Adv Psychosom Med* 2011;31:16–34.
- [49] Meston CM, Frohlich PF. The neurobiology of sexual function. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1012–30.
- [50] Moberg K. Plasma levels of vasoactive intestinal polypeptide and oxytocin in response to suckling, electrical stimulation of the mammary nerve and oxytocin infusion in rats. *Neuroendocrinology* 1990;51:237–40.
- [51] Uvånas-Moberg K, Arn I, Magnusson D, Brownley KA, West SG, Hinderliter AL, et al. The psychobiology of emotion: the role of the oxytocinergic system. *Horm Behav* 2005;47:540–8.
- [52] Light KC, Grewen KM, Amico JA. The psychobiology of emotion: the role of the oxytocinergic system. *Int J Behav Med* 2005;12(2):59–65.
- [53] Fisher H. Lust, attraction, and attachment in mammalian reproduction. *Hum Nat* 1998;9:23–52.
- [54] Philippsohn S, Hartmann U. Determinants of sexual satisfaction in a sample of German women. *J Sex Med* 2009;6(4):1001–10 [Epub 2008 Aug 29].
- [55] Gizewski ER, Krause E, Karama S, et al. There are differences in cerebral activation between females in distinct menstrual phases during viewing of erotic stimuli: a fMRI study. *J Exp Brain Res* 2006;174:101–8.
- [56] Heiman JR. Sexual dysfunction: overview of prevalence, etiological factors, and treatments. *J Sex Res* 2002;39:73–8.
- [57] Kelly MP, Strassberg DS, Turner CM. Communication and associated relationship issues in female anorgasmia. *J Sex Marital Ther* 2004;30:263–76.
- [58] Raboch J, Raboch J. Infrequent orgasms in women. *J Sex Marital Ther* 1992;18(2):114–20.
- [59] Fisher WA, Rosen RC, Eardley I, Sand M, Goldstein I. Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: the female experience of men's attitudes to life events and sexuality (FEMALES) study. *J Sex Med* 2005;2(5): 675–84.
- [60] Brody S, Weiss P. Vaginal orgasm is associated with vaginal (not clitoral) sex education, focusing mental attention on vaginal sensations, intercourse duration, and a preference for a longer penis. *J Sex Med* 2010;7(8):2774–81.
- [61] Weiss P, Brody S. International Index of Erectile Function (IIEF) scores generated by men or female partners correlate equally well with own satisfaction (sexual, partnership, life, and mental health). *J Sex Med* 2011;8(5):1404–10.
- [62] Frank E, Anderson C, Rubinstein D. Frequency of sexual dysfunction in normal couples. *N Engl J Med* 1978;299(3):111–5.
- [63] Garde K, Lunde I. Female sexual behaviour. A study in a random sample of 40-year-old women. *Maturitas* 1980;2(3): 225–40.
- [64] Laan E, Rellini AH. Can we treat anorgasmia in women? The challenge to experiencing pleasure. *Sex Relationship Ther* 2011;26(4):329–41.
- [65] Basson R, Weijmar Schultz WCM, Brotto LA, Binik YM, Eschenbach DA, Laan E, et al. *Second international consultation on sexual medicine: men and women's sexual dysfunction*. Paris: Health Publications Limited; 2004.
- [66] Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, Hull EM, Heiman JR. Women's orgasm. *Annu Rev Sex Res* 2004;15:173–257.
- [67] Graber B, Kline-Graber G. Female orgasm: role of pubococcygeus muscle. *J Clin Psychiatry* 1979;40(8):348–51.
- [68] Kelly MP, Strassberg DS, Turner CM. Behavioral assessment of couples' communication in female orgasmic disorder. *J Sex Marital Ther* 2006;32:81–95.
- [69] Rellini AH, Clifton J. Female orgasmic disorder. *Adv Psychosom Med* 2011;31:35–56.
- [70] Davis SR, Moreau M, Kroll R, Bouchard C, Panay N, Gass M. APRODITE Study Team. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. *N Engl J Med* 2008;359:2005–17.