



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Le couple : une entité incontournable? ☆

The couple: An essential entity?

F. Cour^{a,*}, A. Corman^b, P. Costa^c

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

^b 10, rue Trinité, 31000 Toulouse, France

^c Service d'urologie, CHU Caremeau, place du Professeur-Robert-Debré, 30029 Nîmes cedex 9, France

Reçu le 9 novembre 2012 ; accepté le 12 novembre 2012

MOTS CLÉS

Couple ;
Sexothérapie de couple ;
Conjugopathie

Résumé

Objectif. – Évaluer l'intérêt de la prise en compte de la relation de couple dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles féminines et masculines en pratique urologique.

Matériel et méthodes. – Revues des recommandations publiées sur le sujet dans la base de données Medline avec une réflexion à partir de notre expérience clinique.

Résultats. – L'urologue doit s'intéresser à la relation de couple du (de la) patient(e) qui consulte pour un symptôme sexuel, quel qu'il soit, car le risque d'inadéquation et d'échec de la proposition thérapeutique est important en cas d'absence de cette prise en compte. Si la dysfonction relationnelle est au premier plan, avec un conflit profond entre les partenaires ou un manque de communication marqué, ces couples négatifs nécessitent une prise en charge en sexothérapie, dans le cadre d'un travail multidisciplinaire. Même dans les couples positifs, sans mésentente importante, il est recommandé d'intégrer la partenaire au diagnostic et au traitement, car l'attitude de celle-ci est un facteur qui peut influencer sur la motivation sexuelle du couple, sur les modalités et les résultats de la prise en charge. Par ailleurs, la méconnaissance d'une dysfonction sexuelle chez la femme, qu'elle soit préexistante au problème sexuel de son partenaire ou bien sa conséquence, est un frein potentiel à l'efficacité des traitements pharmacologiques.

Conclusion. – Le couple est une entité clinique à part entière, avec sa propre dynamique : celle-ci joue un rôle important dans l'efficacité et l'observance des traitements. Adapter la stratégie thérapeutique à la demande réelle des patients et de leur couple est essentiel. Associé selon les cas aux traitements pharmacologiques proposés dans les différents troubles sexuels, un travail de type sexologique sur tous les paramètres de dysfonctionnement du couple permettra la résolution du symptôme sexuel dans un nouvel équilibre affectif et sexuel.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

☆ 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

Couple;
Couple therapy;
Conjugopathy

Summary

Objective. – To evaluate the urological management of the relationship of the couple with both male and female sexual dysfunction.

Materials and methods. – Review of the guidelines published on this subject in the Medline database together with our own clinical experience in this field.

Results. – To optimize therapy the urologist should consider the couple when a patient presents with a sexual symptom otherwise the risk of inappropriate, unsuccessful treatment is high. If a dysfunctional relationship is clearly present, with major conflict between the partners or a marked lack of communication, these negative couples must be seen for sex therapy within a multidisciplinary approach. Even with a positive couple, without major conflict, it is advisory to include the partner in the diagnosis and the treatment, for her attitude as a factor which can influence the sexual motivation of the couple, the means and results of the management. In addition, poor knowledge of a sexual problem concerning the woman, whether this predates the partner's dysfunction or not, can impede the efficacy of pharmaceutical treatment.

Conclusion. – Thus, the couple should be seen as a clinical entity with its own fulfillment, which plays an important role in treatment effectiveness, in compliance. Adapting the management to the real expectations of the patient and the couple is essential. With the possible help of the pharmacological treatments of sexual symptoms, a work on all aspects of the couple's dysfunction should bring a new harmony in sexual and affectionate aspects of the relationship.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS.

Bien qu'en principe il faille être deux pour avoir un rapport sexuel, très peu d'études ou de conférences spécialisées se sont intéressées à l'entité « Couple » avant les années 2000. Dans la deuxième conférence internationale sur la médecine sexuelle en 2004, l'homme et la femme avaient été traités dans deux parties distinctes sans s'être rencontrés dans un chapitre dédié au couple. L'importance de la prise en charge du couple est pourtant au premier plan. Elle est apparue de façon insidieuse dans la pratique urologique dans deux situations fréquentes : dans les échecs, souvent mal compris, des inhibiteurs de PDE5, échecs qui ont mis en lumière l'importance de la partenaire comme coactrice de guérison ou de maintien du symptôme, et dans la consultation d'annonce des cancers vésicaux et prostatiques, où la partenaire est le plus souvent présente. L'urologue s'est donc ouvert à cette dynamique conjugale, qui dépasse largement l'organe à traiter.

Historique

Les consultations en couple sont une pratique relativement récente. Elles existaient au début du xx^e siècle pour les problèmes de fécondité. Elles ont été développées progressivement, notamment par l'école suisse, par Abraham et Pasini [1].

En 1959, Masters et Johnson ont révolutionné la sexothérapie en ouvrant un centre dédié aux troubles sexuels des couples, avec la possibilité nouvelle d'une prise en charge par deux thérapeutes pour un même couple. Pour ces sexologues, le rôle clinique du couple est fondamental [2]. Il y a eu ensuite une certaine stagnation après ce formidable essor [3].

Actuellement, il existe différents courants de thérapie de couple, essentiellement une approche systémique du couple le prenant en compte dans sa dynamique propre dans

le but principal d'améliorer la communication au sein de celui-ci, et une thérapie cognitivo comportementale, qui centre son travail sur les comportements et les croyances afin de les modifier. L'approche sexocorporelle, qui est un réapprentissage des « habiletés » sexuelles peut être une voie complémentaire. Quelle que soit l'orientation donnée à la prise en charge sexologique, celle-ci doit avoir un caractère polymorphe car les troubles sexuels sont multifactoriels, souvent associés chez une même personne.

Historiquement, d'un point de vue sociétal, la notion de couple en tant qu'entité est également assez récente avec l'individualisation d'une cellule familiale restreinte, séparée des ascendants. Parallèlement, les grandes lois sur la contraception, puis sur le droit à l'avortement et plus récemment sur la parité ont permis une reconnaissance et une autonomisation de la femme. Cela a changé la dynamique des couples avec une notion d'égalité de chacun de ses membres.

Actuellement, dans les sociétés occidentales, le couple est hyper médiatisé, idéalisé ; il est aussi très éphémère, le nombre de séparations et de célibataires ne cessant d'augmenter, ce qui donne un nouvel environnement au couple « traditionnel » (famille recomposée).

Chaque couple est différent. Son alchimie amoureuse et sexuelle est fragile, à l'ère des couples « kleenex » où la société martèle la nécessité de bonheur, de beauté, de jeunesse...

De part l'autonomisation socioprofessionnelle grandissante de la femme, « l'entrée » en couple est de plus en plus tardive avec une attente immense, une « peur » de se tromper puisqu'il faut absolument « trouver la perle rare » pour un épanouissement personnel abouti. Ce manque de lâcher prise, ce contrôle, cette volonté de ne pas prendre en compte les incertitudes inhérentes à toute vie à deux rend le challenge du « couple épanoui » très difficile.

Lorsque l'enfant paraît, enfant également souvent programmé, idéalisé, cet équilibre parfois difficilement acquis peut s'écrouler.

Intérêt de la prise en compte du couple en pratique urologique

Intérêt dans l'évaluation du symptôme sexuel

Le symptôme sexuel naît dans un couple ; de l'attitude du (de la) partenaire face à cette dysfonction, de sa fragilité et de ses problèmes sexuels propres dépend le caractère positif ou non de ce couple : c'est la dynamique de couple, qui peut soit jouer un rôle délétère dans le traitement du symptôme dans les couples où l'absence de communication et la mésestimation sont au premier plan (couples négatifs), soit jouer un rôle de tremplin si le lien est fort, ce qui aidera le praticien dans sa prise en charge (couples positifs).

Le praticien doit savoir repérer ces deux situations pour adapter sa prise en charge : il faudra ainsi qu'il replace le symptôme allégué en consultation dans la dialectique de l'individu, mais aussi dans celle de son couple, ce qui lui permettra d'évaluer les facteurs ayant déclenché les difficultés et susceptibles de les maintenir.

Quand doit-on penser au couple ?

La dysfonction sexuelle, quelle qu'elle soit, traduit souvent un problème relationnel dans le couple, à l'origine d'un défaut de communication, mais elle peut aussi le générer. En pratique, quelles sont les situations cliniques que rencontre le praticien ?

Diminution du désir masculin et/ou féminin

Les hommes ayant une baisse du désir sexuel auraient plus de difficultés dans leur couple [4], notamment si le trouble du désir est le motif de consultation, mais de façon moins nette que les femmes, pour lesquelles la qualité de la relation serait vraiment primordiale. Le trouble du désir peut être la raison invoquée de la mésestimation ou la conséquence de celle-ci, notamment chez la femme. Ainsi, Rosen et Leiblum [5] ont rapporté que la baisse du désir sexuel était un régulateur de « distance » dans la relation de couple, donnant ainsi un rôle central à la qualité de la relation dans le maintien du problème de désir. Dans les symptômes sexuels, les troubles du désir sont ceux qui sont le plus souvent associés à une mauvaise satisfaction par rapport à leur relation pour chacun des deux partenaires, la mauvaise qualité de la relation étant susceptible d'être délétère sur le désir sexuel, ce qui crée un véritable cercle vicieux.

Le lien est étroit entre les troubles du désir et le manque de communication sexuelle et affective [6,7], aussi bien chez la femme que chez l'homme. Des périodes particulières de la vie chez la femme, que ce soit la grossesse, la naissance d'un enfant ou la ménopause, peuvent être à l'origine d'une baisse du désir sexuel chez celle-ci, mais aussi chez son partenaire. Les modifications physiques de la femme peuvent entraîner une mauvaise image d'elle-même, mais également moins d'attraction de la part de l'homme.

La plupart des auteurs ont souligné la difficulté du traitement des troubles du désir sexuel chez l'homme, mais surtout chez la femme [8,9].

Savoir intégrer le couple en présence d'un trouble du désir est une condition importante pour éviter l'échec et la stagnation de la prise en charge de celui-ci : les résultats des thérapies sont meilleurs lorsque le (la) partenaire participe à celle-ci [10–12].

Dysfonction érectile

Une conjugopathie peut engendrer une dysfonction érectile (DE) et a contrario une DE peut être à l'origine de problèmes relationnels dans le couple [13]. Les études initiales sur les inhibiteurs de PDE5 n'avaient le plus souvent pas intégré de questionnaires spécifiques pour la partenaire. Pourtant, dès le début de l'utilisation du sildénafil, en 1998, certains auteurs avaient déjà mis en évidence l'intérêt d'un accompagnement en sexothérapie avec ce traitement [14]. Plus récemment, dans une étude prospective chez 67 couples, Chevreton-Méasson et al. ont utilisé un questionnaire spécifique, validé, chez les partenaires des patients présentant une DE traitée par sildénafil, l'Index of Sexual Life (ISL), questionnaire englobant des critères de satisfaction plus généraux comme la qualité de la vie quotidienne : ont été mis en évidence une plus grande satisfaction quant à la qualité de vie générale chez les partenaires des hommes traités ainsi qu'une forte corrélation entre l'amélioration de l'ISL et celui de l'Index international de la fonction érectile (IIEF) chez le patient [15]. Intégrer la partenaire renforce l'expérience sexuelle du couple [16].

Le ressenti de la partenaire vis-à-vis du traitement de la DE peut être très différent de celui de son partenaire. Conaglen et al. [17] ont rapporté que la principale raison d'arrêt du traitement par IPDE pour les hommes était son coût, puis la guérison de la DE, alors que pour leur partenaire, c'était avant tout le manque de communication, de confiance dans le couple. Si la récupération d'une érection correcte paraît essentielle pour l'homme, la qualité de la relation de couple est bien au premier plan pour la partenaire.

Les injections intracaverneuses semblent plus efficaces et mieux acceptées lorsque l'information sur leurs modalités est donnée au couple [18].

Ne pas s'informer sur la dynamique du couple (prescription « sèche ») est un facteur de pérennisation du trouble [19]. « *When an erection alone is not enough* » : lorsque l'homme est en couple, le médecin doit prendre en compte cette dimension, afin de ne pas réduire la prise en charge à un simple traitement du symptôme, sous peine d'échec [20–24] ou d'abandon de traitements pourtant efficaces, pouvant atteindre 60 % des cas [20]. Il est donc recommandé d'intégrer la partenaire au cours de l'évaluation et du traitement d'une DE chez le patient [24–26].

Éjaculation prématurée

L'éjaculation prématurée (EP), si elle est secondaire, peut être la conséquence d'un problème relationnel dans le couple, mais ce trouble est susceptible également d'être à l'origine d'une frustration de la partenaire et d'un climat conflictuel réactionnel.

Parallèlement à un éventuel traitement médicamenteux, des conseils simples pourront être délivrés par l'urologue. Dès que le cas est plus complexe, ou cache un problème relationnel, il est recommandé une prise en charge spécifique en sexothérapie [27].

Dysfonctions sexuelles féminines

La qualité de la relation avec le partenaire est toujours citée comme étant l'élément le plus important dans toutes les études sur les facteurs étiologiques des troubles du désir sexuel en premier lieu [28], mais également des troubles de l'orgasme ou de l'excitation. Elle apparaît comme un facteur déterminant pour la satisfaction sexuelle féminine [29].

En cas de problème de santé grave, comme la survenue d'un cancer du sein, c'est également la relation de couple qui est l'élément prédictif le plus important du maintien d'une sexualité satisfaisante [30].

Il est donc indispensable de prendre en compte le couple devant tout symptôme sexuel féminin [31].

Lors de la troisième conférence de consensus sur la médecine sexuelle, il a été recommandé d'intégrer la partenaire dans toute étude clinique sur un symptôme sexuel masculin [32], mais également en pratique quotidienne [33]. Pour les dysfonctions féminines, l'évaluation de la relation avec le partenaire est également recommandée [31] (Fig. 1).

Évaluer le symptôme sexuel dans son contexte est essentiel à sa compréhension.

Évaluer le couple permet de faire le diagnostic d'une dysfonction relationnelle, le symptôme sexuel étant alors l'expression d'une conjugopathie.

Évaluer le couple permet l'adaptation de la prise en charge à la demande réelle des partenaires, à leur motivation. Plusieurs études ont mis en évidence que c'étaient les hommes qui pensaient que leur relation avec leur partenaire était altérée par leur DE qui recherchaient le plus un traitement [35,36].

Savoir reconnaître les limites et les possibilités du couple est important pour éviter l'escalade thérapeutique, parfois irréversible (prothèse pénienne).

Intérêt thérapeutique

Bénéfice thérapeutique pour le patient

Si un conflit dans le couple et/ou un manque de communication sont au premier plan, la combinaison du traitement de la dysfonction sexuelle, une DE en particulier, à une prise en charge psychosociologique [37–40] que ce soit avec le traitement oral [41], les injections intracaverneuses [42], ou le vacuum [43] est recommandée, car elle optimise l'efficacité du traitement pharmacologique et participe à la résolution du symptôme sexuel « sentinelle » de la dysfonction relationnelle.

Bénéfice thérapeutique pour la partenaire

Il est recommandé d'interroger le patient consultant pour un trouble sexuel sur l'attitude de sa partenaire, sur sa motivation sexuelle, sur sa santé : antécédents de chirurgie pelvienne, de cancer du sein, ménopause... [44–46]. Le patient ne sait parfois pas répondre précisément à ces questions. Ces renseignements seront donnés par la partenaire, si elle participe à la consultation.

Le rôle éventuel de la partenaire dans le déclenchement ou le maintien de la DE, ou d'un autre trouble sexuel, est important à déterminer. L'existence d'une dysfonction sexuelle chez celle-ci est un élément fondamental à rechercher : une dysfonction sexuelle chez la partenaire peut être le déclencheur de la dysfonction masculine, mais également sa conséquence. Une étude suédoise a rapporté une corrélation statistiquement significative entre les dysfonctions sexuelles masculines et féminines dans un couple (« effet miroir »), sauf pour les troubles de l'éjaculation [47].

L'altération de la sexualité des femmes induite par la DE de leur partenaire a été mise en évidence dans de nombreuses études. Tous les domaines de la sexualité féminines peuvent être atteints : le désir sexuel, l'excitation subjective, l'orgasme, entraînant une diminution de la satisfaction sexuelle globale [13,16,48], parfois associée à un syndrome dépressif réactionnel [49]. Dans une étude chez 113 partenaires d'hommes ayant une DE, Greenstein et al. ont mis en évidence un problème sexuel chez 55 % d'entre elles. Il s'agissait le plus souvent de problèmes orgasmiques (63 %) ou de désir sexuel très diminué (56 %). Chez 65 % de ces femmes, plusieurs troubles étaient associés [50].

De nombreuses études ont rapporté l'impact bénéfique des traitements de la DE sur la partenaire, sa propre sexualité, sa satisfaction relationnelle [16,51–53], avec une augmentation significative de la fréquence des rapports sexuels, de l'orgasme et de la satisfaction de la femme, corrélée à la réponse positive au traitement de la DE. Dans une étude récente de McCabe et al. [54], chez 96 Néozélandaises, la plupart des femmes, du fait du traitement de la DE de leur partenaire, avaient trouvé un nouveau départ dans la communication au sein de leur couple avec moins de stress, une plus grande proximité affective et sexuelle. Cependant, dans un petit nombre de cas, le traitement, idéalisé, avait exacerbé les autres problèmes dans le couple et avait donc déçu les femmes qui en attendaient plus...

Amélioration de l'efficacité des traitements à long terme

La dynamique intime du couple joue un rôle important dans le choix du traitement par les patients, puis dans leur adhésion à celui-ci et dans son observance [55].

S'il y avait une amélioration du symptôme initialement, elle risquerait de n'être que temporaire en cas de dysfonction relationnelle méconnue [56]. L'association aux traitements médicamenteux de la DE et de l'EP de la prise en charge des problèmes psychologiques et relationnels a montré son intérêt dans la pérennisation de la guérison du trouble sexuel sur le long terme [57]. Cette prise en charge en psycho/sexothérapie a pour but d'agir sur les différents facteurs susceptibles de maintenir le trouble (Fig. 2).

Freins éventuels à une prise en charge du couple

Chez le (la) patient(e) et au niveau du couple

Il existe souvent un degré d'hostilité important chez les couples qui commencent une sexothérapie [58].

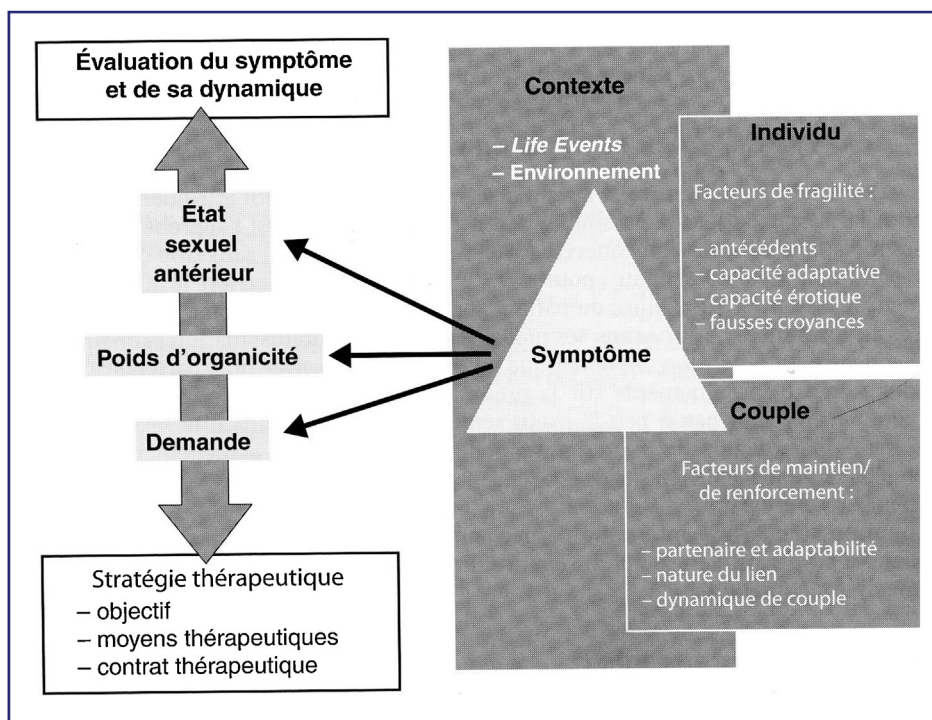


Figure 1. Le symptôme sexuel et son contexte. D'après Marie-Hélène Colson [34].

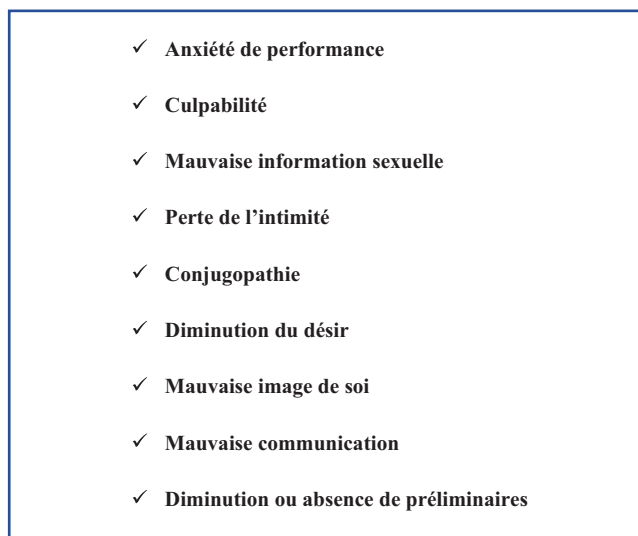


Figure 2. Facteurs susceptibles de maintenir la chronicité du symptôme sexuel.

L'importance des stratégies de résolution des conflits et de la restauration de la communication au sein du couple engagées par le praticien est bien essentielle pour une prise en charge efficace des troubles sexuels [22].

Chez le praticien

Si les sexologues sont formés et rompus à ce modèle de prise en charge « triangulaire », celle-ci est plus difficile pour les urologues et les praticiens formés plutôt à l'approche individuelle de leurs patients.

Modalités de l'abord du couple en pratique

Si l'entretien avec le couple paraît souvent aujourd'hui souhaitable pour la résolution du symptôme sexuel masculin ou féminin [59], le praticien décidera à quel moment il sera profitable de voir les partenaires ensemble, après l'entretien individuel du (de la) patient(e), ou de chaque partenaire séparément. Les entretiens individuels sont importants également, notamment en cas d'antécédent d'abus sexuel [60].

Différentes attitudes de la partenaire sont possibles

La partenaire peut avoir peur de ne pas être assez séduisante, notamment au moment de changements physiologiques comme la ménopause, avec une peur sous-jacente d'être abandonnée. Il y a parfois des antécédents de carence affective qui resurgissent à ce moment-là.

A contrario, la femme se pose parfois en victime du trouble masculin. Elle peut culpabiliser son partenaire, en réglant ainsi ses comptes sur d'anciens conflits (familiaux, adultère...) [61].

Déterminer le rôle de la femme dans le déclenchement du trouble de son partenaire est important : certaines femmes très en demande sexuelle peuvent être à l'origine d'une DE chez leur partenaire [44].

Quand c'est le partenaire qui plaint sa femme de subir sa DE, cela dénote souvent d'un manque de confiance ou à l'inverse d'un besoin de tout maîtriser [62].

L'objectif est de diagnostiquer les couples positifs et les couples négatifs

Le praticien doit pour cela savoir répondre à trois questions principales.

Comment le couple fonctionne-t-il ?

Il existe trois déterminants principaux dans le fonctionnement d'un couple :

- les rôles impartis et le pouvoir : partage des responsabilités, des tâches ménagères, couple fusionnel ou partenaires indépendants, couples hiérarchiques ou égalitaires... ;
- les territoires d'intimité : activités communes ou séparées... ;
- les « scripts » sexuels : activité sexuelle régulière ou espacée, « programmée » ou pouvant sortir de la « routine », actes de tendresse... .

Il faut que le praticien respecte le fonctionnement de chaque couple, qui a servi de socle à la construction de celui-ci, tout en mettant en avant les attentes de changement éventuel souhaité par l'un ou l'autre des partenaires, car c'est souvent du changement de comportement dans la vie de tous les jours que découlera un changement de comportement sexuel.

Quelle est la qualité de la relation ?

Une fois le mode de fonctionnement du couple établi, son degré d'entente (ou de mésentente) doit être évalué. Il faut savoir faire la différence entre une crise passagère dans un couple et une conjugopathie installée.

Les couples négatifs

Un couple conflictuel peut être un obstacle parfois rédhibitoire à une prise en charge purement urologique. Le symptôme sexuel est dans ce cas en fait souvent un prétexte, la partie émergée de la mésentente du couple : c'est en période de crise, de suspicion d'adultère... qu'une éjaculation prématurée peut être soudain reprochée par la femme à son partenaire (« en fait, je n'ai jamais été satisfaite avec toi... »). Un blocage des scripts sexuels était souvent présent avant le trouble sexuel. Ce sont les couples négatifs.

Différents degrés existent dans ces couples négatifs :

- il s'agit parfois d'un simple défaut de communication, notamment chez un couple qui était déjà peu enclin à parler de ses problèmes : le symptôme sexuel est alors le catalyseur des non-dits accumulés, avec des malentendus. C'est dans ces cas que des conseils simples, prodigués par l'urologue pourront suffire à réamorcer le dialogue affectif et sexuel entre les partenaires ;
- en revanche, il s'agit parfois d'une situation « sans retour possible », le symptôme sexuel n'étant que le prétexte au sein d'une mésentente profonde. Ce diagnostic est important pour l'urologue, afin d'éviter une escalade thérapeutique inutile.

Que peut faire l'urologue ? Dans de telles situations, son rôle est essentiellement diagnostique. L'urologue, une fois cette gravité diagnostiquée, ne pourra certes pas se substituer à l'avocat ! En cas de conjugopathie sévère avec un désir commun des deux partenaires de reconstruire un futur ensemble, il devra orienter ce couple en

sexothérapie, dans le cadre d'un travail en réseau multidisciplinaire.

- la partenaire peut être un véritable « frein » à la prise en charge du symptôme de son partenaire :
 - parfois, la partenaire est réticente au traitement oral d'une DE en raison de fortes idées reçues sur ce traitement ou d'une divergence sur l'importance accordée au problème sexuel.

Que peut faire l'urologue ? Dans ce type de situation, voir la partenaire est souhaitable pour faire de l'éducation thérapeutique, un accompagnement pour aider le couple à débloquer ou à enrichir ses scripts sexuels et expliquer le rôle du traitement dans cet objectif. S'il ne se sent pas assez compétent ou à l'aise pour ce type de prise en charge, il doit confier le couple à son correspondant sexothérapeute.
 - les situations où la femme est opposante, « anti-médicaments », où elle cache ses propres difficultés sexuelles, des griefs anciens ou des antécédents lourds (abus sexuels...) derrière un discours de précaution, de peur pour son mari « qu'elle ne veut pas perdre » avec l'utilisation de traitements « dangereux », sont des cas difficiles pour l'urologue qui est mis en porte à faux avec ses propositions thérapeutiques et qui aura souvent beaucoup de mal à convaincre la femme d'aller consulter en sexothérapie pour parler de ses peurs et de leurs causes profondes. Cette orientation est pourtant la seule qui soit efficace dans ces cas difficiles ;
 - la partenaire peut également n'avoir plus d'envie de sexualité. L'exemple typique est celui des injections intracaverneuses après prostatectomie dans les couples vieillissants où la femme est en fait peu motivée et devient même hostile à toute prise en charge sexuelle après le traitement carcinologique.

Dans certains cas, le couple peut avoir un équilibre social, familial et le problème sexuel en fait n'en est pas un. Il ne faudra pas alors médicaliser la prise en charge.

Les couples positifs

À l'inverse, les couples positifs fonctionnent dans un équilibre partagé, mais celui-ci peut être perturbé par une crise de vie, ou un symptôme sexuel, fréquemment une DE, l'homme pouvant alors avoir un comportement familial très délétère, à l'origine de conflits [63].

Dans ces couples positifs, les scripts sexuels sont bloqués depuis l'apparition de la dysfonction sexuelle. Il existe souvent une adaptation de l'activité sexuelle à cette dysfonction, avec maintien d'actes de tendresse... .

Comment le couple gère-t-il le problème ?

La vie d'un couple n'est pas un « long fleuve tranquille », elle peut être rythmée par des conflits, c'est-à-dire des moments de souffrance dans la relation du couple [64]. Il peut s'agir d'une crise en réaction à un événement (maladie, décès d'un parent ou relation extraconjugale) ou d'une mésentente sévère où la communication se délite [65] et où l'ensemble des modes de fonctionnement du couple sont remis en question et sont en échec.

La communication dans un couple est essentielle : un couple négatif où la communication n'était pas optimale avant le problème s'enfoncera plus facilement dans les

- ✓ La motivation à fonctionner en couple avec une bonne harmonie sexuelle
- ✓ L'attrait érotique des partenaires
- ✓ La complémentarité et la similitude des attentes dans la sexualité et dans le couple
- ✓ Le respect réciproque des partenaires, de leurs différences
- ✓ l'absence de conflit
- ✓ Leurs aptitudes à communiquer

Figure 3. Facteurs positifs pour la résolution du symptôme sexuel. D'après Mireille Bonierbale (2001) [62].

non-dits, dans une spirale de conflits, de reproches, alors qu'un couple positif ayant une meilleure communication sera plus enclin à analyser les causes de cette crise, pierre angulaire de sa résolution (Fig. 3).

Que peut faire l'urologue? Une « thérapie » de réassurance associée: au traitement médicamenteux du symptôme (IPDE5 pour la DE par exemple) est accessible à l'urologue. La partenaire peut être une alliée thérapeutique et un acteur important de la réussite du traitement. Elle en aura également des bénéfices directs sur sa propre sexualité [45,51,54]. Même dans les couples positifs, la femme peut être un frein si on ne lui explique pas qu'elle reste le déclencheur du désir masculin, notamment en cas de prise d'un IPDE5. La nécessité de préliminaires pour ces molécules facilitatrices de l'érection doit être bien expliquée au couple, ce qui rassurera la partenaire sur l'importance de son rôle [66]. La prise en compte du couple est utile pour optimiser le choix thérapeutique à son mode de fonctionnement, notamment selon les scripts sexuels. Ainsi, un couple ayant une activité sexuelle plutôt improvisée peut préférer un mode d'administration à la demande pour un IPDE5 alors qu'un couple aux scripts sexuels très routiniers peut préférer une administration quotidienne. Se servir du fonctionnement du couple pour adapter la prescription est à la portée de tout urologue: dans les couples positifs

(et également chez les couples dits négatifs du fait d'un simple problème de communication, évoqués précédemment) sans barrières importantes au traitement, avec des attentes sexuelles synchrones et une sexualité antérieure satisfaisante, la prise en charge sexologique associée n'est pas nécessaire en première intention [24,25]. Cet entretien de couple est également recommandé dans le suivi du traitement.

Le but de la prise en charge du couple est d'amener les partenaires à savoir se parler de leur sexualité et de leurs attentes. Elle permettra :

- d'éliminer la peur de l'échec, l'angoisse de performance ;
- de restaurer une meilleure communication dans le couple ;
- de retrouver une intimité ;
- d'annihiler les doutes de la femme sur les possibilités d'érection de son partenaire: cette crainte de l'échec peut renforcer l'échec [41,62].

Les difficultés à exprimer ses sentiments, ses émotions, à composer avec la personnalité de l'autre, une forte déception sentimentale et une mésestime sexuelle sont des éléments péjoratifs (Fig. 4). Si de tels éléments sont diagnostiqués, une prise en charge psycho/sexologique est recommandée.

Facteurs négatifs :

- ✓ Les conflits de couple
- ✓ Les relations extra conjugales concomitantes
- ✓ Le manque d'attachement et de motivation de l'un des partenaires
- ✓ Les facteurs de trouble de la personnalité de l'un des partenaires
- ✓ Les facteurs psychiatriques intercurrents : dépression, anxiété, inhibition, trouble de la personnalité chez l'un des partenaires
- ✓ Des attentes non complémentaires
- ✓ Le manque de désir de l'un des deux partenaires

Figure 4. Facteurs négatifs pour la résolution du trouble sexuel. D'après M. Bonierbale (2001) [62].

Les couples âgés

Les dysfonctions sexuelles des couples âgés nécessitent une prise en charge assez spécifique. Ils font l'objet d'un chapitre dédié dans ce même numéro.

Cas des patients pris en charge pour un cancer vésical ou prostatique

L'urologue est fréquemment confronté dans sa pratique quotidienne à des couples chez lequel le patient a un diagnostic de cancer prostatique ou vésical dont aussi bien l'homme que sa partenaire connaissent les séquelles sexuelles et urinaires possibles des différents traitements. Garos et al. [67] ont mis en évidence que des facteurs de stress relationnel et de dépression existaient souvent avant le diagnostic, et qu'ils étaient amplifiés de façon importante par l'annonce du cancer, à la fois chez l'homme et chez sa partenaire. Celle-ci étant la première personne servant de support émotionnel au patient présentant une maladie chronique [68,69], il est important de la prendre en compte : elle pourra être la meilleure alliée tout au long de la prise en charge, du diagnostic jusqu'à la fin du traitement [69,70]. Au moment du diagnostic de cancer, les signes de détresse psychologique sont parfois plus importants chez la femme que chez le patient lui-même. Prendre en compte ces paramètres est utile pour la prise en charge de ces patients, car le diagnostic de cancer et son traitement modifient souvent de façon importante chez les deux partenaires leur identité et leur activité sexuelle [69].

Répondre à la réelle demande sexuelle du patient et de son couple doit rester l'objectif principal de la prise en charge. Il faut savoir respecter le souhait du patient et/ou du couple, notamment après chirurgie carcinologique urologique, laisser le choix de renoncer à des traitements jugés « invasifs » (injections intracaverneuses par exemple) [71].

Que faire lorsque l'on ne peut pas voir la (le) partenaire ?

Devant l'homme ou la femme seuls, l'évaluation du problème sexuel peut être difficile du fait de l'interprétation monomodale de celui-ci.

L'urologue doit savoir que l'attitude des hommes et des femmes lorsqu'il y a une dysfonction sexuelle peut être différente [72], les femmes ayant fréquemment une stratégie d'évitement alors que les hommes peuvent parfois être au contraire dans le « harcèlement ».

Lorsqu'il n'y a pas de relation de couple « établie »

Certaines situations et affections (absence de partenaire, dépression, déficit androgénique) peuvent être à l'origine d'un manque de motivation à être traité. Le patient peut être venu consulter pour une simple demande de « normalité », de « conformité ».

Des antécédents de timidité, de peur des femmes, de peur d'une relation, ou de craintes plus diffuses, avec réaction de fuite ou d'inhibition dans d'autres situations, doivent faire suspecter une personnalité « évitante » : l'urologue

devra confier alors le patient pour une prise en charge en psycho/sexothérapie, car si cette vulnérabilité de la personnalité n'est pas prise en charge, le trouble sexuel, une DE par exemple, est susceptible de se répéter dans toutes les situations qui réactiveront cette fragilité structurelle (nouvelle relation, conflit...) et le patient pourra devenir plus qu'un autre dépendant d'un médicament sexoactif (objet contra phobique). [73].

Chez les patients sans partenaire, la prise en charge paraît plus difficile [41,74]. Cependant, un travail en sexothérapie, notamment cognitivo-comportementale, peut être tout de même efficace, en cas de baisse du désir sexuel [75], de dysorgasmie [76] chez la femme, de DE [77] ou d'éjaculation prématurée chez l'homme [78]. En cas de patient(e) sans partenaire, il faut renforcer la certitude de la demande réelle de la patiente/du patient qui est en face de soi. S'agit-il d'une réelle souffrance ou d'une demande normative ? Les traitements pharmacologiques seront limités par le fait qu'il n'y a pas de partenaire. En revanche, la prise en charge en sexothérapie avec réassurance, notamment en cas d'anxiété de performance, est importante pour permettre justement d'aborder une nouvelle relation.

L'urologue doit repérer les déviations sexuelles (paraphilies) et savoir refuser les demandes irréalistes, comme par exemple, les demandes d'implant prothétique ou de chirurgie cosmétique rentrant dans le cadre d'une dysmorphophobie.

Lorsque le (la) patiente(e) est en couple, mais refuse que la (le) partenaire vienne

Si cette opposition est le reflet d'un trouble de la personnalité au premier plan, de type anxieux très fréquemment, avec une peur « du ridicule », d'être jugé négativement... il faudra se servir de cette analyse pour proposer au patient une consultation en psycho/sexothérapie.

Dans le cadre de la DE, le problème diagnostique le plus fréquent est de savoir différencier un trouble de la personnalité « évitante » d'une « simple » réaction en réponse à un stress créé par la DE (angoisse de performance). L'importance du travail de réassurance ne sera évidemment pas le même.

Ce refus peut être le reflet d'une conjugopathie installée, avec parfois des problèmes de relations extraconjugales et de « sélectivité » dans les circonstances des pannes sexuelles. En parler simplement avec le patient, en lui expliquant notamment la concrétisation possible dans le symptôme sexuel (une DE le plus souvent) d'un sentiment de culpabilité peut être utile.

Si c'est réellement la femme qui refuse de venir, son manque d'investissement peut être un obstacle important à l'efficacité de la prise en charge. Dans ce cas de femme opposante, Hirst et Watson ont rapporté que la sexothérapie avait de meilleurs résultats si le patient ayant un trouble venait seul en thérapie [39].

Si le patient veut simplement « garder son jardin secret », avec un traitement qui est efficace, par exemple d'une DE, au sein d'un couple décrit comme « sans problème relationnel », l'urologue peut respecter ce choix. En revanche, si le traitement initial du symptôme sexuel est en échec, il doit savoir dire au patient que si sa femme ne vient pas, cela stoppera la prise en charge.

Conclusion

La complexité de la prise en charge du couple est à la hauteur de celle de la définition de l'Amour : selon Lévine, ambition idéalisée d'avoir un respect mutuel, une intimité, du plaisir, équilibre personnel dans une relation avec des mêmes degrés de plaisir et d'intérêt entre deux individus, représentation interne idéalisée du partenaire [79]. C'est cette représentation idéalisée qui permet d'avoir un exercice d'équilibre permanent entre son épanouissement personnel forcément égoïste et les concessions, l'écoute de l'autre avec une intégration des désirs de l'autre. En dépit de certaines évolutions, l'étude épidémiologique récente sur le comportement sexuel des Français [80] a rapporté que les représentations de la sexualité restaient marquées par un clivage qui continue d'opposer une sexualité féminine pensée prioritairement dans le registre de l'affectivité et de la relation de couple, à une sexualité masculine vécue majoritairement dans le registre des besoins naturels et du plaisir. L'urologue a un rôle d'écoute et de conseil auprès des couples présentant une dysfonction sexuelle et doit les aider à recréer une complicité et une communication nécessaire à la guérison du symptôme, bien au-delà d'une simple prescription médicamenteuse.

CE QU'IL FAUT RETENIR :

- L'urologue doit s'intéresser à la relation de couple du (ou de la) patient(e) qui consulte pour un symptôme sexuel, car le risque d'inadéquation ou d'échec de la proposition thérapeutique est important en cas d'absence de cette prise en compte.
- La méconnaissance d'une dysfonction sexuelle chez la partenaire, qu'elle soit préexistante au problème sexuel du partenaire ou bien sa conséquence, est un frein potentiel à l'efficacité de la prise en charge du trouble sexuel de l'homme.
- L'entretien avec le couple permet de savoir si celui-ci est dysfonctionnel, car le symptôme peut être l'indicateur d'une conjugopathie :
 - dans les couples négatifs, en conflit profond, ancien, ou dans lesquels toute communication est absente, la résolution du problème ne peut passer que par une prise en charge en sexothérapie, à moins que le couple ne soit réellement au bord de la rupture,
 - dans les couples positifs, qui sont face à une crise récente liée à un trouble sexuel, la résolution de celui-ci permettra un nouvel équilibre affectif et sexuel.
- L'intérêt d'un travail en multidisciplinarité est au premier plan. Savoir travailler en réseau en gardant la confiance du patient et de son couple est essentiel.

Objectifs de l'approche sexologique du couple :

- évaluation séparément avec chaque partenaire puis en couple de la sexualité de chacun, de leurs attentes;
- évaluation de l'interaction des personnalités et des conflits présents dans le couple;
- compréhension du symptôme sexuel et intégration de celui-ci dans la relation de couple.

Déclaration d'intérêts

A. Corman et P. Costa n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

F. Cour : oratrice pour Bayer et Pfizer

Références

- [1] Abraham G, Pasini W. Introduction à la sexologie médicale. Paris: Payot; 1974.
- [2] Masters WH, Johnson V. Human sexual inadequacy. Boston: Little Brown; 1970.
- [3] Schover LR, Leiblum SR. The stagnation of sex therapy. *J Psychol Hum Sex* 1994;6:5–30.
- [4] Donahey KM, Carroll RA. Gender differences in factors associated with hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther* 1993;19:25–40.
- [5] Rosen RC, Leiblum SR. Hypoactive sexual desire. *Psychiatr Clin North Am* 1995;18:107–21.
- [6] McCabe M. Intimacy and quality of life among sexually dysfunctional men and women. *J Sex Marital Ther* 1997;23:276–90.
- [7] Davies S, Katz J, Jackson JL. Sexual desire discrepancies: effects on sexual and relationship satisfaction in heterosexual dating couples. *Arch Sex Behav* 1999;28:553–67.
- [8] Stuart FM, Hammond DC, Pett MA. Inhibited sexual desire in women. *Arch Sex Behav* 1987;16:91–106.
- [9] Trudel G, Boulos L, Matte B. Dyadic adjustment in couples with hypoactive sexual desire. *J Sex Educ Ther* 1993;19:31–6.
- [10] Zimmer D. Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction? *J Sex Marital Ther* 1987;13:193–209.
- [11] Hurlbert DF, White LC, Powell RD, Apt C. Orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire: an outcome comparison of women-only groups and couples-only groups. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1993;24:3–13.
- [12] MCPhee DC, Johnson SM, Van Der Veer MMC. Low sexual desire in women: the effects of marital therapy. *J Sex Marital Ther* 1995;21:159–82.
- [13] Fisher WA, Eardley I, McCabe M, Sand M. Erectile dysfunction (ED) is a shared sexual concern of couples II: association of female partner characteristics with male partner ED treatment seeking and phosphodiesterase type 5 inhibitor utilization. *J Sex Med* 2009;17:3111–24.
- [14] Mc Carthy BW. Integrating Viagra into cognitive-behavioral couples sex therapy. *J Sex Educ Ther* 1998;23:302–8.
- [15] Chevret-Méasson M, Lavallée E, Troy S, Arnould B, Oudin S, Cuzin B. Improvement in quality of sexual life in female partners of men with erectile dysfunction treated with sildenafil citrate: findings of the index of sexual life (ISL) in a couple study. *J Sex Med* 2009;6:761–9.
- [16] Dean J, Rubio-Aurioles E, McCabe M, Eardley I, Speakman M, Buvat J, et al. Integrating partners into erectile dysfunction treatment: improving the sexual experience for the couple. *Int J Clin Pract* 2008;6:127–33.
- [17] Conaglen HM, Conaglen JV. Couples' reasons for adherence to, or discontinuation of PDE5 type inhibitors for men with erectile dysfunction at 12 to 24-month follow-up after a 6-month free trial. *J Sex Med* 2012;9:857–65.
- [18] Lottman PE, Hendriks JC, Vrugink PA, Meuleman EJ. The impact of marital satisfaction and psychological counselling on the outcome of ICI-treatment in men with ED. *Int J Impot Res* 1998;10:83–7.
- [19] Atiemo HO, Szostak MJ, Sklar GN. Salvage of sildenafil failures referred from primary care physicians. *J Urol* 2003;170:2356–8.

- [20] Althof SE. When an erection alone is not enough: biopsychosocial obstacles to lovemaking. *Int J Impot Res* 2002;14: S99–104.
- [21] Althof SE, Corty EW, Levine SB, Levine F, Burnett AL, McVary K, et al. EDITS: development of questionnaires for evaluating satisfaction with treatments for erectile dysfunction. *Urology* 1999;53:793–9.
- [22] Besharat MA. Management strategies of sexual dysfunctions. *J Contemp Psychother* 2001;31:161–80.
- [23] Seftel AD. Challenges in oral therapy for erectile dysfunction. *J Androl* 2002;23:729–36.
- [24] Jardin A, Wagner G, Khoury S, Giuliano F, Padma-Nathan H, Rosen R. Recommendations of the 1st international consultation on erectile dysfunction. In: Jardin A, Wagner G, Khoury S, Giuliano F, Padma-Nathan H, Rosen R, editors. *Erectile dysfunction*. Paris: Health publications; 1999. p. 711–26.
- [25] Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. In: Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F, editors. *Sexual medicine*. Paris: Health publications; 2004. p. 607–19.
- [26] Cour F, Fabbro-Peray P, Cuzin B, Bonierbale M, Bondil P, de Crecy M, et al. Recommendations to general practice doctors for first line management of erectile dysfunction. *Prog Urol* 2005;15:1011–20.
- [27] Mc Mahon CG, Abdo C, Incrocci L, Perelman M, Rowland D, Stuckey B, et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men. In: Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F, editors. *Sexual medicine*. Paris: Health publications; 2004. p. 409–68.
- [28] Brotto LA, Petkau AJ, Labrie F, Basson R. Predictors of sexual desire disorders in women. *J Sex Med* 2011;8:742–53.
- [29] Oberg K, Sjögren Fugl-Meyer K. On Swedish women's distressing sexual dysfunctions: some concomitant conditions and life satisfaction. *J Sex Med* 2005;2:169–80.
- [30] Ganz PA, Desmond KA, Belin TR, Meyerowitz BE, Rowland JH. Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol* 1999;17:2371–80.
- [31] Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 2010;7:314–26.
- [32] Porst H, Vardi Y, Akkus E, Melman A, Park NC, Seftel AD, et al. Standards for clinical trials in male sexual dysfunctions. *J Sex Med* 2010;7:414–44.
- [33] Montorsi F, Adaikan G, Becher E, Giuliano F, Khoury S, Lue TF, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med* 2010;7:3572–88.
- [34] Colson MH. Le symptôme sexuel. In: Lopes P, Poudat FX, editors. *Manuel de sexologie*. Issy-Les-Moulineaux: Édition Masson; 2007. p. 220–5.
- [35] Shabsigh RM, Perelman A, Laumann EO, Lockhart DC. Drivers and barriers to seeking treatment for erectile dysfunction: a comparison of six countries. *BJU Int* 2004;94:1055–65.
- [36] Ansong KS, Lewis C, Jenkins P, Bell J. Help-seeking decisions among men with impotence. *Urology* 1998;52:834–7.
- [37] Elia D, Grivel T, Lachowsky M, Costa P, Amar E. Erectile dysfunction drugs and women. *Gyn Obs Fertil* 2005;3: 590–3.
- [38] Sand MS, Fisher W, Rosen R, Heiman J, Eardley I. Erectile dysfunction and constructs of masculinity and quality of life in the multinational men's attitudes to life events and sexuality (MALES) study. *J Sex Med* 2008;5:583–94.
- [39] Hirst JF, Watson JP. Therapy for sexual and relationship problems: the effects on outcome of attending as an individual or as a couple. *J Sex Marital Ther* 1997;12:321–37.
- [40] Perelman M, Shabsigh R, Seftel A, Althof S, Lockhart D. Attitudes of men with erectile dysfunction: a cross-national survey. *J Sex Med* 2005;2:397–406.
- [41] Wylie KR. Treatment outcome of brief couple therapy in psychogenic male erectile disorder. *Arch Sex Behav* 1997;26:527–45.
- [42] Hartmann U, Langer D. Combination of psychosexual therapy and intracavernous injections: rationale and predictors of outcome. *J Sex Educ Ther* 1993;19:1–12.
- [43] Althof S. Therapeutic weaving: the integration of treatment techniques. In: Levine S, Risen C, Althof S, editors. *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals*. New York: Bruner-Routledge; 2003. p. 359–76.
- [44] Speckens AE, Hengeveld MW, Lycklama à Nijeholt G, van Hemert AM, Hawton KE. Psychosexual functioning of partners of men with presumed non-organic erectile dysfunction: cause or consequence of the disorder? *Arch Sex Behav* 1995;24:157–72.
- [45] Chevret-Méasson M, Jaudinot E, Sullivan K, Marrel A, De Gendre AS. Impact of erectile dysfunction (ED) on sexual life of female partners: assessment with the index of sexual life (ISL) questionnaire. *J Sex Marital Ther* 2004;30:157–72.
- [46] Colson MH. [Couple, ways of couples coping, and erectile dysfunction]. *Gynecol Obstet Fertil* 2007;35:129–34.
- [47] Fugl-Meyer K, Fugl-Meyer AR. Sexual disabilities are not singularities. *Int J Impot Res* 2002;14:487–93.
- [48] Fisher W, Rosen R, 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: 675–84.
- [49] Shabsigh, Anastasiades A, Cooper KL, Rutman MP. Female sexual dysfunction, voiding symptoms and depression: common findings in partners of men with erectile dysfunction. *World J Urol* 2006;24:653–6.
- [50] Greenstein A, Abramov L, Matzkin H, Chen J. Sexual dysfunction in women partners of men with erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2006;18:44–6.
- [51] Goldstein I, Fisher W, Sand M, Rosen R, Mollen M, Brock G. Women's sexual function improves when partners are administered vardenafil for erectile dysfunction; a prospective randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Sex Med* 2005;2:819–32.
- [52] Heiman JR, Talley DR, Bailen JL, et al. Sexual function and satisfaction in heterosexual couples when men are administered sildenafil citrate (Viagra) for erectile dysfunction: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Br J Obst Gynaecol* 2007;114:437–47.
- [53] Hundertmark J, Esterman A, Ben-Tovim D, Austin MA, Dougherty M. The South Australian couples sildenafil study: double-blind, parallel-group randomized controlled study to examine the psychological and relationship consequences of sildenafil use in couples. *J Sex Med* 2007;4: 1126–35.
- [54] McCabe M, O'Connor EJ. The impact of oral ED medication on female partner's relationship satisfaction. *J Sex Med* 2011;8:479–83.
- [55] Hatzimouratidis K, Hatzichristou DG. A comparative review of the options for treatment of erectile dysfunction: which treatment for which patient? *Drugs* 2005;65:1621–50.
- [56] Wiederman MW. The state of theory in sex therapy. *J Sex Res* 1998;35:88–99.
- [57] Aubin S, Heiman J, Berger R, Murallo AV, Yung-Wen L. Comparing sildenafil alone vs. sildenafil plus brief couple sex therapy on erectile dysfunction and couples' sexual and marital quality of life: a pilot study. *J Sex Marital Ther* 2009;35:122–43.

- [58] Roffe MW, Britt BC. A typology of marital interaction for sexually dysfunctional couples. *J Sex Marital Ther* 1981;7:207–22.
- [59] Brenot P. Can a sexual symptom be fixed without taking account of the couple? *Sexologies* 2011;20:20–2.
- [60] Harway M, Faulk E. Treating couples with sexual abuse issues. In: Harway M, editor. *Handbook of couples therapy*. Hoboken: John Wiley and Sons; 2005. p. 272–88.
- [61] Dennerstein L, Lehert P, Burger H, Dudley E. Factors affecting sexual functioning of women in the mid-life years. *Climacteric* 1999;2:254–62.
- [62] Bonierbale M. La femme de l'impuissant: victime ou inducteur? *Sexologies* 2001;10:29–31.
- [63] Costa P, Arnould B, Cour F, Boyer P, Marrel A, Jaudinot EO, et al. Quality of Sexual Life Questionnaire (QVS): a reliable, sensitive and reproducible instrument to assess quality of life in subjects with erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2003;15:173–84.
- [64] Cuzin B, Cour F, Bousquet PJ, Bondil P, Bonierbale M, Chevret-Méasson M, et al. Guidelines for general practitioners for first-line management of erectile dysfunction (updated 2010). *Sexologies* 2011;20:23–5.
- [65] Bodenmann G, Ledermann T, Blattner D, Galluzzo C. Associations among everyday stress, critical life events, and sexual problems. *J Nerv Ment Dis* 2006;198:484–501.
- [66] Hedon F. Anxiety and erectile dysfunction: a global approach to ED enhances results and quality of life. *Int J Impot Res* 2003;15:S16–9.
- [67] Garos S, Kluck A, Aronoff D. Prostate cancer patients and their partners: differences in satisfaction indices and psychological variables. *J Sex Med* 2007;4:1394–403.
- [68] Blanchard CG, Albrecht TL, Ruckdeschel JC. The crisis of cancer: psychological impact on family caregivers. *Oncology (Williston Park)* 1997;11:189–94.
- [69] Ptacek JT, Pierce GR, Ptacek JJ, Nogel C. Stress and coping processes in men with prostate cancer: the divergent views of husbands and wives. *J Soc Clin Psychol* 1999;18:299–324.
- [70] Gore JL, Krupski T, Kwan L, Maliski S, Litwin MS. Partnership status influences quality of life in low-income, uninsured men with prostatic cancer. *Cancer* 2005;104:191–8.
- [71] Chartier-Kastler E, Amar E, Chevallier D, Montaigne O, Coulange C, Joubert JM, et al. Does management of erectile dysfunction after radical prostatectomy meet patients' expectations? Results of a national survey (REPAIR) by the French urological association. *J Sex Med* 2008;5:693–704.
- [72] McCabe MP, Cobain MJ. The impact of individual and relationship factors on sexual dysfunction in males and females. *Sexual Marital Ther* 1998;13:131–43.
- [73] Shabsigh R, Klein LT, Seidman SS, Kaplan SA, Lehrhoff BJ, Ritter JS. Increased incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction. *Urology* 1998;52:848–52.
- [74] Stravynski AG, Gaudette G, Lesage A, Arbel N, Petit P, Clerc D, et al. The treatment of sexually dysfunctional men without partners: a controlled study of three behavioural group approaches. *Br J Psychiatry* 1997;170:338–44.
- [75] Trudel G, Marchand A, Ravart M, Aubin S, Turgeon L, Fortier P. The erect of a cognitive behavioural group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sex Rel Ther* 2001;16:145–64.
- [76] Heiman JR. Psychologic treatments for female sexual dysfunction: are they effective and do we need them? *Arch Sex Behav* 2002;31:445–50.
- [77] Reynolds B. Psychological treatment of erectile dysfunction in men without partners: outcome results and a new direction. *J Sex Marital Ther* 1991;17:136–46.
- [78] De Carufel F, Trudel G. Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *J Sex Marital Ther* 2006;32:97–114.
- [79] Levine SB. *Sexuality in mid-life*. New York: Plenum; 1998.
- [80] Bajos N, Bozon B, Beltzer N, et l'équipe CSF. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris: La Découverte; 2008.