



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

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



## Ce qu'il faut savoir de la pratique sexologique pour l'exercice quotidien<sup>☆</sup>

What do we need to know about sexology in our urologic practice?

F. Hedon<sup>a,\*</sup>, F. Cour<sup>b</sup>

<sup>a</sup> 1, villa Jeanne, 92170 Vanves, France

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

Reçu le 8 septembre 2012 ; accepté le 17 septembre 2012

### MOTS CLÉS

Sexothérapie ;  
Sexologie ;  
Thérapie cognitivo-  
comportementale ;  
Sexualité

### Résumé

**Objectif.** — Connaître les différents types de sexothérapie et leur utilité en pratique urologique.  
**Matériel et méthodes.** — Revue des articles publiés dans la base de données Medline (Pubmed), sélectionnés selon leur pertinence scientifique, avec une réflexion à partir de notre propre expérience clinique.

**Résultats.** — La plupart des maladies peuvent avoir une incidence, directe ou indirecte, sur la fonction sexuelle et/ou relationnelle dans le couple. Il serait donc souhaitable de penser, en pratique quotidienne, à interroger les patients sur leur état de santé sexuelle, en particulier au cours ou au décours de certaines pathologies dont les effets délétères sur la sexualité sont de mieux en mieux connus. L'urologue est souvent confronté à une plainte sexuelle alléguée par ses patients. S'il ne s'implique pas toujours dans la gestion complète de ce trouble, le plus souvent multidimensionnel, il doit connaître les principes de l'approche sexologique pour pouvoir, quand cela est nécessaire, confier au mieux ses patients, dans un concept de prise en charge multidisciplinaire. Les principaux axes du travail en sexothérapie : émotionnel, cognitif, comportemental et relationnel seront associés de façon variable et adaptée à chaque cas. L'objectif principal est la prise en charge globale du (de la) patient(e) et éventuellement du partenaire « autour » de la plainte sexuelle.

**Conclusions.** — Le traitement pharmacologique isolé du symptôme sexuel, sans prise en compte des facteurs personnels et relationnels des patients, est souvent source d'échec ou d'abandon de celui-ci, malgré son efficacité initiale. En fixant une stratégie thérapeutique avec les patients, à partir de leur demande réelle clarifiée, ceux-ci se retrouvent acteurs principaux dans la récupération d'une sexualité satisfaisante, en dialogue interactif avec le sexothérapeute.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

<sup>☆</sup> Cet article fait partie intégrante du rapport « Médecine Sexuelle » du 106<sup>e</sup> 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.hedon@hotmail.com (F. Hedon).

**KEYWORDS**

Sex therapy;  
Sexology;  
Cognitive behavioral  
therapy;  
Sexuality

**Summary**

*Objective.* – To know the different types in sex therapy and their usefulness in urologic practice.

*Material and methods.* – Review of articles published on this subject in the Medline (PubMed) database, selected according to their scientific relevance, and a reflexion from our own experience.

*Results.* – Most pathologies can affect sexual function and a relationship directly or indirectly. It is advisable, therefore, to question patients about their sexual health, in particular during or after certain illnesses where deterioration of sexual function is more and more well known. Urologists are often faced with patients having such problems and should be familiar with the sexological approach so as to participate in multidisciplinary management of these problems, since urology alone does not bring a solution. The main axes of sex therapy: the emotional, cognitive, behavioral, and relational factors, will be associated as necessary and adapted to each case. The main objective is a holistic management of the problem with the patient and the partner going beyond the purely sexual aspect. Pharmaceutical treatment of the sexual problem alone, without taking into account the personal and relational problems of the patients, often leads to failure or abandon of the treatment in spite of initial success. By fixing a therapeutic strategy with the patients, based on their clear expectations, they become the actors in the recovery of a satisfactory sex life, with an interactive dialogue with the sex therapist.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS.

Depuis l'apparition des traitements per os de la dysfonction érectile (DE), le grand public est averti de la possibilité de traiter les troubles sexuels. À l'heure actuelle, tout médecin se doit de prendre en compte la souffrance sexuelle de ses patients, hommes ou femmes, soit en s'impliquant directement dans la prise en charge, soit en sachant à qui les confier.

En posant quelques questions simples, le médecin ouvre le dialogue et permet au patient, souvent gêné de le faire de lui-même, de se sentir plus à l'aise pour parler de ses inquiétudes ou demander à bénéficier de conseils ou traitements adéquats. La spécificité de l'approche sexologique, c'est l'association étroite entre démarche médicale et abord de la vie intime. En respectant quelques règles simples, tout médecin est à même de venir en aide à un(e) patient(e) confronté(e) à des troubles sexuels et de chercher avec lui le moyen le plus approprié à son attente.

## Généralités

L'approche sexologique est une approche spécifique, qu'il ne faut pas confondre avec les thérapies au long cours.

Compte tenu du champ très vaste de la sexualité humaine, le praticien sexologue doit avoir suivi un enseignement complémentaire, sous forme d'un diplôme interuniversitaire national (DIU) se déroulant sur trois ans, en général complété d'une formation aux méthodes de psychothérapie. Cet enseignement complet lui permettra d'apporter la réponse thérapeutique la plus adaptée à chacun de ses patients, car, pour un symptôme donné, celle-ci n'est pas unique. Prenons le cas d'une éjaculation précoce (EP) : chez certains hommes, la résolution du trouble s'appuie sur des explications et des conseils simples [1], alors qu'un traitement médicamenteux s'avère nécessaire chez d'autres [2], tout en sachant qu'il faut parfois envisager une prise en charge plus approfondie [1] chez un certain nombre de patients.

C'est en fonction des éléments fournis lors de la première consultation que le sexologue définira, pour chaque patient, la ou les méthodes jugées les mieux adaptées à la situation.

L'éventail thérapeutique est large et si le sexologue médecin peut prescrire un traitement pharmacologique, qu'il s'agisse de médicaments sexo-actifs ou de psychotropes, tout à fait justifiés dans certains cas, il le fait rarement de façon isolée, préférant opter pour une prescription « accompagnée » [3], c'est-à-dire combinée à une approche complémentaire tenant compte des éléments associés au trouble sexuel. Par exemple, la prescription d'IPDE5 ne saurait suffire pour résoudre une DE chez un homme dont la compagne refuse tout rapport.

En sexologie, les approches sont nombreuses et complémentaires pour une prise en charge qui se veut globale [4,5].

Elles se répartissent en différentes catégories :

- les approches cognitives et comportementales ;
- les approches psychocorporelles ;
- les thérapies de communication ;
- les approches « psy ».

## Les approches cognitives et comportementales

Les approches cognitivocomportementales ou TCC [6] reposent sur des protocoles thérapeutiques standardisés en fonction du trouble à traiter. Très utilisées, entre autres dans le traitement des phobies et des addictions, elles s'adressent également aux troubles anxieux. Leur particularité consiste à proposer des exercices pratiques centrés sur les symptômes observables dans les comportements à problème ainsi qu'un accompagnement par le thérapeute visant à intervenir sur les processus mentaux cognitifs, conscients ou subconscients. Particulièrement utiles en sexologie [7], les TCC permettent de diminuer l'anxiété, d'améliorer l'affirmation de soi et de lutter contre les pensées négatives ou les craintes phobiques. Leur standardisation a permis

aux TCC de faire reconnaître leur efficacité, grâce à leur caractère reproductible.

### Les approches psychocorporelles

Parmi elles, une place de choix est faite aux techniques de relaxation [8] qui visent à une réduction des tensions à la fois musculaires et psychiques. D'inspirations diverses, elles sont largement issues des principes du yoga et de la méditation. Axées sur la prise de conscience des sensations corporelles, elles permettent de mieux se mettre à l'écoute de son corps et de mieux percevoir ce qui se joue en termes de blocages ou de stress. L'une de ces méthodes de relaxation, appelée training autogène de Schultz, s'avère particulièrement intéressante pour la prise en charge des dyspareunies féminines, de l'EP et des DE psychogènes. D'autres méthodes, Sapir ou Ajurriaguerra, qui s'appuient sur les sensations corporelles comme support à un travail d'élaboration psychique, sont particulièrement adaptées aux cas d'anorgasmie ou d'anhédonie. Parmi les approches psychocorporelles, on peut également citer l'hypnose [9], dont l'utilisation en médecine est bien loin de l'imagerie folklorique qui lui est souvent attachée. Traditionnellement, le terme hypnose désigne un état modifié de conscience et les techniques permettant de le créer. Contrairement à une idée reçue, l'hypnose n'est pas une sorte de sommeil profond dans lequel le sujet est inconscient, mais un état spécifique de profonde détente. Dans ce domaine, l'hypnose ericksonienne fait référence. Elle a été mise au point par Milton Erickson, psychiatre américain du milieu du <sup>xx</sup>e siècle sur le principe qu'une personne en état d'hypnose peut ainsi réorganiser ses idées, ses compréhensions et ses souvenirs, ce qui lui permet, en quelques séances, d'effectuer une sorte de rééducation psychique et de réapprentissage émotionnel [10].

### Les thérapies de communication

En sexologie, on utilise essentiellement les thérapies de couple, qu'elles soient axées autour de la communication verbale, non verbale ou sensuelle.

### Les approches « psy »

Bien que s'inspirant du modèle des thérapies plus traditionnelles, les psychothérapies utilisées en sexologie s'appuient majoritairement sur le counseling individuel et/ou conjugal et la thérapie de soutien. On reste, dans la grande majorité des cas, dans le cadre de thérapies brèves, environ une dizaine de consultations, réparties sur trois à quatre mois. Dans de rares cas, le sexologue orientera la prise en charge vers une thérapie d'inspiration psychanalytique et pourra adresser son patient à un psychanalyste pour un travail de fond.

## Principes de base de la sexologie

Il s'agit d'une prise en charge globale qui s'établit après avoir identifié la demande réelle du patient et après avoir défini les objectifs thérapeutiques et les moyens d'action, grâce à une première consultation détaillée (Fig. 1).

## Objectif : une prise en charge globale

Toute atteinte de la fonction sexuelle touche l'individu à plusieurs niveaux, à la fois sur le plan physique (c'est une fonction corporelle), sur le plan psychologique (image de soi en tant qu'être sexué) et sur le plan relationnel (avoir des rapports sexuels ne se faisant pas seul mais à deux).

La clef de voûte de l'approche sexologique repose sur une prise en charge globale [11] : il ne s'agit pas seulement d'évaluer le symptôme mis en avant, mais également de repérer les éléments qui en ont déclenché son apparition, ou son maintien, ainsi que les répercussions individuelles et conjugales [12] qui en découlent afin de le traiter au mieux, en tenant compte de l'ensemble des facteurs en cause.

L'objectif à atteindre est le mieux-être de la personne concernée, ce qui ne veut pas toujours dire guérison, au regard d'un fonctionnement sexuel normal ou supposé tel [13], mais parfois simplement amélioration du vécu sexuel, pour la personne elle-même et/ou pour le couple.

### Identifier la demande réelle du patient

Même si le patient est adressé par un confrère, cette étape est fondamentale, car la réponse du médecin ne doit pas aller au-delà de la demande du patient. Alors que certains patients viennent chercher une guérison, d'autres sont simplement en quête d'une confirmation auprès d'un interlocuteur qualifié, que ce soit pour se rassurer ou pour obtenir les informations nécessaires à la compréhension de ce qui leur arrive. Enfin, certains viennent chercher un alibi médical au fait de ne plus bien fonctionner sexuellement, répondant ainsi à l'injonction d'un conjoint qui les presse d'agir. Il importe donc de cerner ce qui a justifié la démarche afin d'y répondre au plus juste et éviter ainsi la mise en route d'un traitement inapproprié, qui serait alors voué à l'échec.

Par exemple, certains hommes vieillissants viennent consulter pour une DE liée à l'âge, mais ne souhaitent pas recevoir de traitement médical. Le simple fait d'avoir l'explication du médecin suffit à les rassurer.

En revanche, il peut arriver que la demande de traitement pharmacologique soit liée à un mode de vie particulier (partenaires multiples, soirées échangistes, rencontres brèves chez un homosexuel...) sans qu'il y ait de réelle DE, mais une simple envie d'accroître ses performances : se pose alors la question du bien-fondé d'une prescription...

En tout état de cause, le médecin doit avant tout se rappeler qu'il n'est pas là pour juger, mais pour comprendre et aider, même s'il lui faut, aussi, garder à l'esprit qu'il ne doit pas proposer de solutions contraires à la morale. S'il suspecte une paraphilie, il devra orienter le patient à un confrère spécialisé [14].

### Fixer les objectifs avec le patient

L'implication active du patient étant fondamentale en sexologie, il est de règle de fixer avec lui les objectifs à atteindre, sans complaisance (c'est-à-dire sans laisser croire à une solution magique), ni pessimisme (car tout est modifiable en y mettant le temps et l'énergie nécessaire). Dans tous les cas où elle est envisageable, la résolution complète du trouble est évidemment le but recherché, à plus ou moins court terme, ce dont le patient doit être informé.

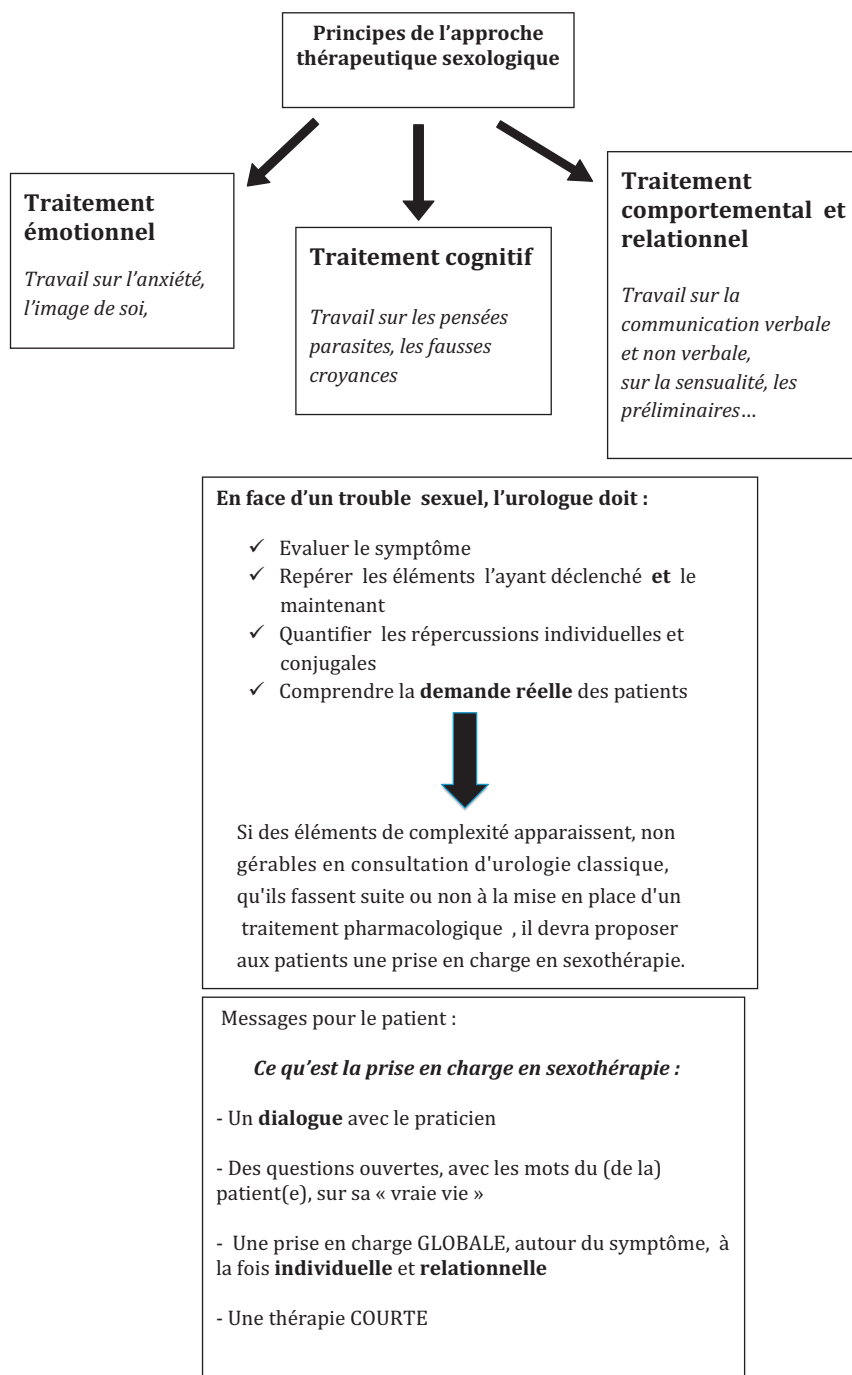


Figure 1. Principes de l'approche thérapeutique sexologique.

Dans les cas où la « guérison » espérée sous-entend un travail d'introspection et de remise en question à plus longue échéance, il est souvent possible d'obtenir une amélioration partielle plus rapide, par exemple sous forme d'approche conjugale, bénéfique dans un premier temps à l'individu et au couple. Mais il peut également s'agir d'un simple accompagnement pour s'adapter à l'évolution en fonction de l'âge, de la situation personnelle ou conjugale ou de maladies intercurrentes.

Par exemple, on peut tout à fait aider un couple à retrouver une complicité sexuelle, par le dialogue, les gestes de tendresse et un mode différent de relations sexuelles, alors

que le trouble initial, que ce soit une EP, une DE ou une dyspareunie n'est pas encore résolu.

### Mettre en place une stratégie thérapeutique

Après avoir fourni au patient les informations fondamentales sur la sexualité en général et sur son symptôme sexuel en particulier, lors de la première et/ou de la deuxième consultation, les différentes possibilités thérapeutiques lui sont expliquées, tout en lui laissant la possibilité de poser toutes les questions qui lui semblent utiles.

Le patient peut alors, d'une certaine façon, choisir ce qui lui paraît le plus adapté à son mode de vie et de pensée, ce qui a pour corollaire de l'impliquer d'emblée dans le déroulement de la prise en charge.

Les moyens d'action eux-mêmes n'étant pas systématisés, comme ils le seraient par exemple pour une technique chirurgicale, ils peuvent de ce fait sembler un peu confus à l'observateur extérieur non rompu à leur pratique. Quelles que soient les méthodes choisies, il faut se rappeler qu'elles visent toujours à agir de façon globale, à la fois sur le comportement sexuel, les perturbations émotionnelles et les capacités relationnelles, mais aussi sur l'anticipation négative, l'anxiété, l'estime de soi, les distorsions sensitives et l'imaginaire érotique.

Par ailleurs, dans le cadre de cette stratégie thérapeutique, le rythme des rendez-vous, leur programmation et leur coût doivent avoir été clairement énoncés, ainsi que les règles d'annulation ou de report de rendez-vous. Rappelons-le, même si la forme des entretiens est différente, la sexologie se trouve aux confins des psychothérapies et les mécanismes de défense sont parfois plus puissants que ceux qui poussent au changement.

## Modalités de la première consultation

La première consultation doit être à la fois le temps fort du diagnostic et le premier acte thérapeutique [15].

S'il relève également, comme dans toute approche médicale, des données apportées par l'examen clinique et les éventuels examens complémentaires, le diagnostic d'un trouble sexuel se fait pour une part essentielle par l'interrogatoire. Contrairement à d'autres domaines, où le dysfonctionnement est objectivable et mesurable, ici tout repose sur les dires du patient et l'écoute du médecin.

Ce premier rendez-vous (il faut parfois deux ou trois « premiers rendez-vous » avec certains patients ayant beaucoup à dire) s'attache à définir les éléments en cause, sur le plan somatique bien sûr, mais aussi (surtout ?) sur le plan affectif. Les troubles sexuels sont mixtes, associant facteurs physiques et facteurs psychiques : même si ces derniers ne sont parfois que la conséquence d'un problème organique, ils apparaissent très vite et deviennent alors des causes complémentaires que l'on ne peut pas laisser de côté [16].

La consultation initiale est dédiée à une analyse minutieuse de la situation avec enquête étiologique détaillée et évaluation des éléments personnels et conjugaux pouvant interférer tant dans la survenue du trouble que dans sa prise en charge et son évolution. S'il est évident qu'une psychothérapie ne pourrait suffire à résoudre un problème organique, l'absence de prise en compte des facteurs psychogènes personnels et relationnels aboutirait à un échec thérapeutique, y compris en cas de prescription de molécules dont l'efficacité ne fait pourtant aucun doute [3].

Plusieurs axes sont investigués :

- l'histoire de la maladie : il faut faire décrire le trouble, en préciser les critères permettant de le définir : circonstances d'apparition, évolution dans le temps, trouble secondaire ou primaire, permanent ou ponctuel, sélectif ou non ;
- l'évaluation du profil patient(e) :

- âge, profession, situation familiale (célibataire, marié, pacé, concubinage ou même solitude),
- histoire personnelle : origine, enfance, parents, fratrie . . . ,
- histoire sexuelle : premiers rapports, nombre de partenaires, abus sexuels éventuels, hétéro- ou homosexualité,
- médicale : antécédents médicaux et chirurgicaux,
- évaluation de la fonction sexuelle globale,
- contexte psychosocial, culturel et religieux,
- mode de vie,
- contexte relationnel, conjugal en particulier,
- critères de personnalité : sommeil, loisirs, anxiété, antécédents de dépression ;
- les événements de vie, quels qu'ils soient (positifs ou négatifs), dans la période précédant l'apparition du trouble :
  - changement de partenaire,
  - divorce, séparation, crise conjugale, aventure extraconjugale,
  - licenciement, déclassement, échec professionnel,
  - mise en retraite, anticipée ou non,
  - maladie intercurrente,
  - perte d'un parent ou d'un proche,
  - et même des événements heureux (mise en couple, naissance d'un enfant, entrée dans la vie active, travail trop prenant, achat de maison . . . ) ;
- le désir de prise en charge du (de la) patient(e) et de la (du) partenaire à travers des questions posées au patient si le conjoint n'est pas présent, ce qui est souvent le cas. Le praticien décidera de l'utilité et du moment où il serait nécessaire de voir le couple.

C'est en posant des questions ouvertes que l'on pourra mener au mieux cette première étape. En effet, compte tenu de l'implication affective et émotionnelle que soulèvent les questions sur la fonction sexuelle, il est déconseillé d'utiliser ce que l'on appelle des questions fermées, dont la réponse par « oui » ou « non » peut aboutir à une impasse, alors que les questions ouvertes appellent des réponses variables, pouvant contenir des nuances et donner lieu à une suite.

Quelques exemples :

- « Avez-vous des problèmes d'érection ? » peut aboutir à une réponse négative chez un homme qui a une DE, mais n'ose pas en parler, ou qui . . . n'a pas compris la question !
- Au contraire, dire « *Et sur le plan sexuel . . . ?* » ou « *Et avec votre femme . . . ?* » et attendre posément la réponse (au besoin pendant 30 à 40 secondes) peut donner lieu à des réponses telles que :
  - « Oh, tout va bien . . . Bon, c'est plus comme avant, mais je suppose que c'est normal, Docteur ? »
  - ou bien : « Avec ma femme, ça fait longtemps qu'on est mariés, vous savez. C'est plus si important à notre âge . . . après les soucis que j'ai eus avec mon cœur, elle me dit de ne plus penser à "ça" . . . ».

Après une réponse négative telle que « Non, je n'ai pas de problème », il est difficile de revenir sur le sujet, sauf à avoir l'air de dire au patient qu'on pense qu'il a des problèmes d'érection.

Avec les autres réponses, au contraire, on peut enchaîner facilement vers une autre question : « Et si vous m'en disiez un peu plus sur cette baisse de forme? ». Le dialogue est alors amorcé...

Il est utile de respecter les silences et d'attendre les réponses, pour permettre au patient d'établir des associations d'idées entre son symptôme et les difficultés qui lui sont relatives. En mettant des points de suspension à la fin de ses questions, grâce à l'intonation, le médecin ouvre un espace de paroles et convie le patient à exprimer ce qu'il pense et ressent vis-à-vis de son problème sexuel et les conséquences qui en découlent sur sa vie et sur sa relation de couple.

Par ailleurs, il est en règle préférable que l'homme utilise ses mots à lui pour décrire son symptôme, car les termes physiologiques comme éjaculation, orgasme ou érection, sont souvent mal connus et peuvent aboutir à des malentendus. Au besoin, le médecin reformulera en des termes plus précis le trouble sexuel exposé, sans employer de termes trop scientifiques, ni trop vulgaires.

Mais en même temps, le premier entretien, s'il s'est appliqué à repérer les différents facteurs en jeu, qu'ils soient personnels ou conjugaux, est le premier acte thérapeutique. En effet, par sa capacité d'écoute et ses explications, le praticien permet au patient de mieux comprendre une partie des causes de sa dysfonction, de se rendre compte de l'impact des conséquences émotionnelles sur l'aggravation ou la non guérison, d'accéder à une vision plus globale de son trouble et d'en relativiser certains aspects qui devenaient intolérables.

## De multiples axes de travail en sexologie

L'approche sexologique se déroule sous forme de consultations, ou séances, dont le contenu dépend à la fois du symptôme, du contexte général individuel et conjugal.

Les axes de travail des thérapies sexologiques, largement inspirées des thérapies cognitivocomportementales, se répartissent entre :

- conseil : information/éducation sexuelle, au besoin avec des documents didactiques, des plans ou des croquis. Ce travail est important : il permet de corriger les idées reçues, les informations fausses et les interprétations erronées, à l'origine de difficultés sexuelles réelles, individuelles ou conjugales. Chez les femmes en particulier, le décalage entre vie quotidienne et normes actuelles en matière de sexualité peut provoquer une vive inquiétude, voire un sentiment d'échec profond, qu'il faut savoir soulager et déculpabiliser. Elles peuvent s'être fixées des normes irréalistes à travers diverses lectures ou conversations : avec la médiatisation de la sexualité, il existe des pressions normatives fortes, surtout sur les femmes (jeunesse, beauté...);
- psychothérapie de soutien : prise en charge de type « psy » au sens large en ouvrant un espace d'écoute et de parole dénué de tout jugement. L'échange sous forme de dialogue permet au patient d'exprimer, de comprendre et de surmonter les sentiments relatifs à certains événements de vie douloureux ou simplement perturbants, et représente une aide précieuse en cas de veuvage, de dépression, de maladie grave...;

- apport pharmacologique si besoin : médicaments sexoactifs [17,18] antidépresseurs [19] en connaissant cependant leurs potentiels effets délétères sexuels (cf. chapitre latrogénie)...;
- techniques d'affirmation de soi, toujours utiles, tout particulièrement quand l'homme ressent sa difficulté sexuelle comme une atteinte directe à son image virile. Elles sont essentielles s'il s'agit de sujets aux âges extrêmes de la vie, que l'on soit très jeune et pas encore sûr de soi, ou âgé et en perte d'estime de soi. Elles sont irremplaçables en cas de timidité malade ou de phobies sociales où elles seront alors associées à des thérapies cognitivocomportementales structurées [20];
- travail de gestion émotionnelle : relaxation, méthodes cognitives, hypnose :
  - il peut être nécessaire d'amener le patient à pratiquer des exercices de relaxation, à la fois pour mieux gérer et réduire son anxiété, mais aussi pour ne pas « échapper » à ses sensations, pour éviter la dérive vers des pensées négatives, néfastes au déroulement de l'acte. Training autogène de Shultz, biofeedback, méthode de Jacobson, sophrologie, hypnose... Parmi les nombreuses méthodes de relaxation qui existent, toutes ont des points communs dont les plus importants en sexologie consistent à diminuer le stress, tout en développant la capacité à vivre l'instant présent et les sensations qui lui sont associées, des principes tout à fait comparables à ceux utilisés en préparation sportive. Par ailleurs, chez certaines personnes pour qui l'expression verbale est ardue, la relaxation peut permettre un travail d'élaboration psychique à partir des sensations corporelles (méthode Sapir), tout à fait intéressant dans ce domaine,
  - les techniques cognitives permettent de repérer les pensées dysfonctionnelles liées à la sexualité (« ça n'ira jamais », « il va me quitter... ») et de les contrer afin de réinstaurer un nouveau schéma de pensées positives, associées à des images mentales rassurantes et/ou érotiques [21];
- approche dite « corporelle » : prise de conscience sensorielle, expression corporelle :
  - les techniques comportementales, avec des exercices d'exposition progressive à la situation anxiogène sont très utiles, en particulier dans les troubles phobiques comme le vaginisme (contraction réflexe vaginale), où l'on demande à la patiente d'introduire son doigt, puis des bougies de dilatation dans son vagin, ou pour l'EP où l'on demande au patient de s'entraîner à arrêter la stimulation sexuelle avant d'atteindre le point de non retour. La réparation de nombreux troubles sexuels, par exemple DE ou dyspareunie, passe par le réapprentissage de la fonction sexuelle à partir d'autres critères que ceux utilisés précédemment. Les thérapies comportementales sont ici particulièrement adaptées au chemin à parcourir, en le segmentant en tranches de difficulté croissante. Parallèlement, le (la) patient(e) est invité(e) à développer ses capacités sensitives, pas seulement sous l'angle érotique (plaisir sexuel), mais également sous l'angle plus général de la capacité à « écouter » ce qui se passe dans son corps. Un exemple type est le cas des éjaculateurs

précoces qui ne ressentent pas les signes annonciateurs de l'éjaculation au stade où ils pourraient la retenir, leurs sensations n'intervenant qu'au stade suivant où la réponse éjaculatoire à la stimulation sexuelle est inéluctable ;

- approche conjugale : enfin, et la plupart des sexologues sont formés à ce type de prise en charge, il est souvent utile, voire nécessaire, d'associer à la prise en charge individuelle une thérapie conjugale tant la dimension relationnelle est importante dans le domaine de la sexualité. Celle-ci est fondée sur l'amélioration de la communication entre les partenaires.

Il existe deux formes d'approche conjugale, qu'il faut parfois associer pour un meilleur résultat :

- on peut utiliser des approches essentiellement verbales, qui sont alors des thérapies de communication. Elles permettent de renouer le dialogue entre les partenaires et d'explicitier les divergences d'interprétation et de mode d'expression ou de pensée de l'un et de l'autre. Selon les cas et le climat conjugal existant, les deux conjoints viennent ensemble d'emblée ou dans un deuxième temps, après une série d'entretiens séparés,
- il existe également des approches plus corporelles, issues des travaux des sexologues américains Masters et Johnson, qui reposent sur le principe du « sensate focus » [22]. Dans ce cas, après s'être assuré de la bonne qualité de la communication verbale et émotionnelle du couple, on propose à celui-ci de faire à domicile des exercices progressifs d'apprentissage corporel, sensuel et sexuel, qui demandent aux deux partenaires de s'écouter, de se parler, de se toucher, de jouer... Ainsi, par le biais du travail de remise en question que le trouble sexuel a occasionné, la communication verbale et sensuelle du couple est relancée.

Le patient doit accepter une remise en fonction progressive, passant souvent par un fonctionnement sexuel provisoire permettant de sortir d'un cercle vicieux négatif, à la fois sur le plan moral et sur le plan physique.

À partir du modèle assez souple d'entretiens ouverts, le sexologue peut opter pour une attitude plus interventionniste avec les patients qui ont du mal à exprimer leur ressenti, ou opter pour une attitude plus réservée, avec ceux ou celles, qui, au contraire, ont un grand besoin de s'exprimer.

Garder une neutralité, sans jugement, reste essentiel tout au long de la prise en charge.

## Objectifs des techniques sexologiques

Axées sur les différents registres mis en jeu dans l'apparition d'un trouble sexuel, les techniques sexologiques ont les objectifs suivants :

- corriger les erreurs : les raisonnements faux, les croyances ancrées, parfois irrationnelles. Il est d'ailleurs important de demander au patient son avis personnel sur les causes de son trouble ;
- modifier les comportements : même dans les cas où l'origine du trouble n'est pas liée à un comportement inapproprié (par ignorance ou manque d'expérience), la présence de la dysfonction modifie le comportement

sexuel et lui fait perdre une grande part de sa spontanéité. Il devient soit un comportement de répétition, dans un but de vérification, le plus souvent accompagné de tension physique et psychique, soit un comportement d'évitement, qui s'accompagne en règle d'un repli sur soi plus général ;

- mieux gérer les émotions : la présence, surtout ancienne, d'un trouble sexuel donne lieu à des émotions négatives, telles que doute, culpabilité, baisse de l'estime de soi, perturbations de l'humeur, perte de sommeil, voire agressivité ;
- éviter l'anticipation négative : au lieu d'en attendre un bénéfice, la personne atteinte d'un trouble sexuel se projette automatiquement dans une expérience négative, qui ne saurait bien se passer. Il en découle un état d'auto-surveillance et de jugement de soi, qui diminue les perceptions sensibles et entretient la répétition du trouble [7]. Agir sur les pensées parasites et les scénarios « catastrophes » est essentiel ;
- diminuer l'anxiété : presque toujours présente, elle se manifeste par des tensions musculaires, des crises de transpiration, une accélération du rythme cardiaque, une sensation de nœud dans l'estomac... Tout cela correspondant à un état neurovégétatif tout à fait éloigné de l'état de relaxation mentale qui existe normalement lors de rapports sexuels satisfaisants [11] ;
- relancer la sensualité : la présence d'un trouble sexuel provoque une altération plus ou moins profonde du vécu sexuel, avec diminution quasi constante de la qualité du plaisir et de l'imaginaire érotique ;
- traiter les éléments de fond : les éléments d'ordre organique, psychologique et/ou relationnel susceptibles d'avoir agi comme facteurs déclenchants et d'avoir un rôle dans le maintien, voire l'aggravation du trouble doivent être pris en compte et résolus.

Ainsi, l'acquisition de réactions somatopsychiques nouvelles, la suppression des angoisses liées à la peur de l'échec ou la culpabilité, la concentration sur la sensualité partagée en effaçant la nécessité de performance permettront de retrouver une sexualité satisfaisante.

## Résultats

Les différentes techniques de sexothérapie souffrent, pour l'appréciation de leurs résultats, de la difficulté d'études comparatives et d'une relative pauvreté de la littérature, concernant notamment les résultats à long terme, aussi bien chez l'homme que chez la femme [23]. Le débat reste largement ouvert avec des conclusions parfois contradictoires selon les études [24,25].

Pour la prise en charge de l'EP, une revue de la base de données Cochrane, en 2011 [26], n'a mis en évidence une amélioration statistiquement significative dans le groupe traitements cognitivocomportementaux (TCC) que dans une seule étude randomisée de qualité de De Carufel, publiée en 2006 [27] avec des résultats très éloignés des 97,8% de succès déclarés par Masters et Johnson ! Les résultats étaient nettement plus convaincants pour la DE [28], notamment pour l'association sexothérapie—IPDE5 dans la revue de la base de données Cochrane de 2007 [17,29] de même que

dans la méta-analyse de Melnik [30]. En revanche, aucun bénéfice n'a été rapporté lorsque le traitement sexologique était associé avec le vacuum ou les injections intracaverneuses [30].

En dépit d'une certaine faiblesse en regard de l'*Evidence-Based Medicine*, une approche multidisciplinaire et multidimensionnelle dans la pratique clinique quotidienne est hautement recommandée en médecine sexuelle dans les conférences de consensus et recommandations [3,31]. Elle apparaît également essentielle pour la prise en charge des troubles sexuels féminins, notamment des dyspareunies ou du vaginisme [32,33], même si là encore, les études avec groupe témoin sont rares [34] ou ne comprennent que de faibles effectifs [35]. Récemment, Engman a rapporté dans les dyspareunies et le vaginisme un maintien des bons résultats à long terme (suivi moyen de 39 mois) [36]. L'approche cognitivocomportementale est préconisée dans la prise en charge des troubles du désir où elle semble donner de bons résultats [37,38] ainsi que dans les troubles de l'orgasme [39].

Enfin, selon toutes les études, la relation affective avec le partenaire est un élément déterminant pour la femme. Elle apparaît comme un facteur déterminant pour la satisfaction sexuelle féminine [40]. Une thérapie de couple est toujours recommandée en cas de couples dysfonctionnels [31].

## Quels messages pour l'urologue ?

La prise en charge sexologique est une approche de type « counseling », associant des entretiens, des explications et des conseils pratiques, auxquels s'ajoute la possibilité d'une aide pharmacologique si elle est adaptée à la situation [41].

Contrairement aux méthodes classiques, de type psychanalyse, il s'agit d'une approche dynamique et interactive, favorisant le dialogue entre le médecin et le patient : cette précision est indispensable à exposer au patient que l'on veut adresser au sexologue, car celui-ci va craindre spontanément de se retrouver « embarqué » dans une thérapie au long cours, alors qu'il venait consulter un chirurgien.

Il faudra dire au patient que cette prise en charge associera de façon diverse, au fil des consultations, en fonction de chaque patient(e) :

- un travail d'information et d'explications rationnelles concrètes ;
- une psychothérapie de soutien ;
- des techniques d'affirmation de soi ;
- un travail de gestion émotionnelle ;
- un apport pharmacologique si besoin ;
- une approche dite « corporelle » : souvent fondamentale, fondée sur une meilleure prise de conscience comportementale, sensorielle et émotionnelle ;
- une prise en charge relationnelle : sous forme de thérapie de couple, fondée sur l'amélioration de la communication entre les partenaires.

En règle générale, on reste dans le cadre de thérapies brèves [42], c'est-à-dire se déroulant sur quelques semaines, avec une moyenne d'environ trois mois.

À l'heure actuelle, du fait de l'évolution culturelle et du prolongement de l'espérance de vie, les difficultés d'ordre

sexuel concernent de plus en plus souvent la pratique urologique [43–46]. L'urologue motivé peut assurer lui-même leur prise en charge, en prenant le temps de dédramatiser, de corriger les idées fausses et de faire un minimum d'éducation sexuelle. Ce travail n'est pas forcément compatible avec les choix individuels du praticien concerné, que ce soit sous l'angle de l'organisation pratique (consultations longues) ou de celui de l'implication personnelle que cela sous-entend.

Plutôt que de prescrire un IPDE5 à la va vite [47,48], l'urologue, s'il n'a pas envie de « faire de la sexologie », doit savoir adresser ses patients à un correspondant sexologue de confiance, ou à un psychiatre en cas de doute sur l'équilibre psychologique du patient.

L'urologue doit donc connaître les principes de base de la prise en charge sexologique et la présenter comme une approche pragmatique, entrant dans le cadre des « thérapies » courtes, c'est comme cela qu'il se montrera le plus convaincant pour passer la main, évitant ainsi que le patient ne se sente rejeté au moment où on lui conseille de voir quelqu'un d'autre. Il doit avoir développé un réseau de confiance avec les sexothérapeutes de sa région. Présenter aux patients ce travail en multidisciplinarité comme une démarche active et adaptée à sa situation et non comme un manque d'intérêt vis-à-vis de sa demande est essentiel.

Il est souhaitable que le praticien demande si la personne a une préférence pour un confrère homme ou femme, ce qui est souvent le cas, en particulier chez les patientes, tout en laissant le choix de s'y rendre seul(e) ou en couple à leur convenance, car ce sera au sexologue d'insister pour voir le ou la partenaire s'il le juge préférable. Enfin, il est important de fixer un rendez-vous ultérieur au patient pour faire le point avec lui sur l'évolution de sa prise en charge.

L'urologue est confronté naturellement aux difficultés sexuelles des hommes dans sa pratique quotidienne, mais également des femmes dans le cadre d'une incontinence urinaire ou d'un trouble de la statique pelvienne. Du fait du caractère multidimensionnel des troubles sexuels, l'approche multidisciplinaire s'impose d'elle-même dans un grand nombre de cas. Le traitement pharmacologique isolé se révèle souvent insuffisant, notamment à long terme. « L'impasse » sur la prise en compte du couple est un facteur d'échec reconnu. L'urologue doit donc connaître les axes de travail des sexothérapies, afin de pouvoir orienter avec succès ses patients. En démystifiant cette approche, il gardera leur confiance et optimisera l'adhésion à cette prise en charge.

## Déclaration d'intérêts

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

## Références

- [1] Porto R. Current approach of premature ejaculation. *Sexologies* 2001;X(35):4–10.
- [2] Waldinger MD. Lifelong premature ejaculation: serotonergic neurotransmission and drug treatment. *World J Urol* 2005;23:102–8.



- [3] 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.
- [4] Rosen RC, Leiblum SR. Treatment of sexual disorders in the 1990: an integrated approach. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:877–90.
- [5] Hawton K. Treatment of sexual dysfunctions by sex therapy and others approaches. *Br J Psychol* 1995;167:307–14.
- [6] Samuel-Lajeunesse B, Mirabel-Sarron C, Vera L, Mehran F. *Manuel de thérapies comportementales et cognitives*. 2<sup>e</sup> éd. Paris: Ed Dunod; 2005.
- [7] Colson MH. Approche cognitivo-comportementale de la sexualité. *Prat Psychol* 1998;4:15–23.
- [8] Heas S. *Anthropologie des relaxations*. Lharmattan: Paris; 2004.
- [9] Cojan Y, Waber L, Schwartz S, Rossier L, Forster A, Vuillemier P. The brain under self-control: modulation of inhibitory and monitoring cortical networks during hypnotic paralysis. *Neuron* 2009;62(6):862–75.
- [10] Erickson MH. Further clinical techniques of hypnosis: utilization techniques. 1959. *Am J Clin Hypn* 2009;51(4):341–62.
- [11] Hedon F. Anxiety and erectile dysfunction: a global approach to ED enhances results and quality of life. *Int J Impot Res* 2003;15:516–9.
- [12] Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994;151(1):54–61.
- [13] Chevret-Measson M. Qu'est-ce qu'une fonction sexuelle normale? La médicalisation de la sexualité en question. *Prog Ther* 2000;15:23–9.
- [14] Garcia FD, Thibaut F. Current concepts in the pharmacotherapy of paraphilias. *Drugs* 2011;16:771–90.
- [15] Delavierre D. Importance de la 1<sup>ère</sup> consultation. *Rev Prat* 2005;688(19):431–42.
- [16] Dzegede SA, Pike SW, Hackworth JR. The relationship between health-related stressful life events and anxiety: an analysis of a Florida metropolitan community. *Community Ment Health J* 1981;17:294–305.
- [17] 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.
- [18] Banner LL, Anderson RU. Integrated sildenafil and cognitive-behavior sex therapy for psychogenic erectile dysfunction: a pilot study. *J Sex Med* 2007;4(4 Pt 2):1117–25.
- [19] Nurnberg HG, Hensley PL, Gelenberg AJ, Fava M, Lauriello J, Paine S. Treatment of antidepressant-associated sexual dysfunction with sildenafil: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;289(1):56–64.
- [20] Stravynski AG, Gaudette A, 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.
- [21] Borg C, Peters ML, Schultz WW, de Jong PJ. Vaginismus: heightened harm avoidance and pain catastrophizing cognitions. *J Sex Med* 2012;9(2):558–67.
- [22] Masters WH, Johnson V. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown; 1970.
- [23] ter Kuile MM, Both S, van Lankveld JJ. Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatr Clin North Am* 2010;33(3):595–610.
- [24] Binik YM, Meana M. The future of sex therapy: specialization or marginalization? *Arch Sex Behav* 2009;38(6):1016–27.
- [25] Heiman JR. Psychologic treatments for female sexual dysfunction: are they effective and do we need them? *Arch Sex Behav* 2002;31(5):445–50.
- [26] Melnik T, Althof S, Atallah AN, Puga ME, Glina S, Riera R. Psychosocial interventions for premature ejaculation. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;10(8):CD008195.
- [27] de Carufel F, Trudel G. Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *J Sex Marital Ther* 2006;32(2):97–114.
- [28] Althof SE, Wieder M. Psychotherapy for erectile dysfunction: now more relevant than ever. *Endocrine* 2004;23(2-3):131–4.
- [29] Melnik T, Soares BG, Nassello AG. Psychosocial interventions for erectile dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;18(3):CD004825.
- [30] Melnik T, Soares BG, Nasello AG. The effectiveness of psychological interventions for the treatment of erectile dysfunction: systematic review and meta-analysis, including comparisons to sildenafil treatment, intracavernosal injection, and vacuum devices. *J Sex Med* 2008;5(11):2562–74.
- [31] Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 2010;7(1 Pt 2):314–26.
- [32] Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Womens Health (Lond Engl)* 2010;6(5):705–19.
- [33] Boyer SC, Goldfinger C, Thibault-Gagnon S, Pukall CF. Management of female sexual pain disorders. *Adv Psychosom Med* 2011;10:83–104.
- [34] McGuire H, Hawton K. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;1:CD001760.
- [35] van Lankveld JJ, ter Kuile MM, de Groot HE, Melles R, Nefs J, Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *J Consult Clin Psychol* 2006;74(1):168–78.
- [36] Engman M, Wijma K, Wijma B. Long-term coital behaviour in women treated with cognitive behaviour therapy for superficial coital pain and vaginismus. *Cogn Behav Ther* 2010;39(3):193–202.
- [37] Trudel G, Marchand A, Ravart M, Aubin S, Turgeon L, Fortier LP. The effect of a cognitive behavioural group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sex Rel Ther* 2001;16:145–64.
- [38] M.C.Phee 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.
- [39] 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(1):3–13.
- [40] Oberg K, Sjögren Fulg-Meyer K. On Swedish women's distressing sexual dysfunctions: some concomitant conditions and life satisfaction. *J Sex Med* 2005;2(2):169–80.
- [41] Cuzin B, Cour F, Bousquet PJ, Bondil P, Bonierbale M, Chevret-Measson M, et al. Guidelines for general practitioners for first-line management of erectile dysfunction (updated 2010). *Sexologies* 2011;20:23–5.
- [42] Wylie KR. Treatment outcome of brief couple therapy in psychogenic male erectile disorder. *Arch Sex Behav* 1997;26:527–45.
- [43] Metz ME, Seifert Jr MH. Men's expectations of physicians in sexual health concerns. *J Sex Marital Ther* 1990;16(2):79–88.

- [44] Lauman EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the US: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537–44.
- [45] Delbes C, Gaymu J. L'automne de l'amour : la vie après 50 ans. *Population* 1997;52(6):1439–84.
- [46] Castelo-Branco C, Blumel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Haya J, et al. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of hormones and replacement therapy. *J Obst Gynecol* 2003;23:426–30.
- [47] Mc Carthy BW. Integrating Viagra into cognitive-behavioral couples sex therapy. *J Sex Educ Ther* 1998;23:302–8.
- [48] Hatzichristou D, Rosen RC, Derogatis LR, Low WY, Meuleman EJ, Sadovsky R, et al. Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. *J Sex Med* 2010;7(1 Pt 2):337–48.