

## 12 Accompagner les couples confrontés à des difficultés sexuelles

Céline Janssens

### Couple et sexualité

#### Importance de la sexualité au sein du couple

De nombreuses recherches ont été menées sur la place de la sexualité au sein du couple. Les études corrélationnelles ont démontré un lien positif entre la satisfaction sexuelle et la qualité de vie conjugale (Byers, 2005 ; Lawrance & Byers, 1005 ; Young et al., 1998). Les études longitudinales, quant à elles, concluent que la satisfaction sexuelle est un facteur prédictif positif de la qualité de vie conjugale et un facteur prédictif négatif d'instabilité au sein du couple (Edwards & Booth, 1994 ; Veroff et al., 1995).

Ces données peuvent être affinées en prenant en compte la différence de genre. Par exemple, une équipe de chercheurs a étudié la satisfaction sexuelle sur un échantillon de 13 882 femmes et 13 618 hommes âgés entre 40 et 80 ans et provenant de 29 pays différents. Leur travail révèle que les hommes sont globalement plus satisfaits sexuellement que les femmes et ce, sans différence significative au sein des différents milieux socioculturels étudiés (Laumann et al., 2006). De plus, la satisfaction sexuelle semble jouer un rôle plus important sur la satisfaction conjugale chez les hommes que chez les femmes (Fallis et al., 2016 ; Heiman et al., 2011).

Cependant, les liens entre satisfaction sexuelle et bonheur conjugal ne peuvent se résumer à un lien direct. Par exemple, dans leur étude longitudinale étendue sur 11 ans, Yeh et al. (2006) ont montré qu'une satisfaction sexuelle élevée prédit une augmentation de la satisfaction de la qualité de vie conjugale ainsi qu'une diminution de l'instabilité au sein du couple. *A contrario*, le niveau de satisfaction conjugale et d'instabilité n'a pas d'impact sur le niveau de satisfaction sexuelle. De plus, cette étude a mis en évidence l'effet de médiation de la qualité de vie conjugale sur le lien entre la satisfaction sexuelle et la stabilité du couple. Ainsi, un couple présentant un haut niveau de satisfaction sexuelle aura une meilleure qualité de vie conjugale, ce qui aura un impact bénéfique sur sa stabilité. Une multitude d'autres variables ont été étudiées ; à titre d'exemple, nous pouvons citer le style

d'attachement (Butzer & Campbell, 2008), les difficultés de communication (Cupach & Comstock, 1990 ; McCarty & Thestrup, 2008), le fonctionnement conjugal (Trudel et al., 2014), l'histoire sexuelle antérieure (Trudel et al., 2010), la détresse psychologique (Trudel et al., 2013), la qualité de vie (Flynn et al., 2016), etc.

Dès lors, nous pouvons dire qu'il n'existe actuellement pas de modèle théorique unique permettant de considérer l'impact de la satisfaction sexuelle au sein du couple. Cependant, il est indéniable que la satisfaction sexuelle est en lien direct et indirect avec une multitude de variables qui contribuent au bonheur conjugal. À ce titre, la sexualité des partenaires mérite donc une attention toute particulière au sein des thérapies de couple.

### Quelques données générales sur la sexualité des couples

La littérature portant sur la sexualité des couples mariés ou cohabitant n'est pas foisonnante. En revanche, il existe de nombreuses études sur la sexualité des populations générales prenant en compte des variables telles que l'âge, le genre, le niveau socio-éducatif ou encore l'appartenance religieuse (Bajos & Bozon, 2008 ; Herbenick et al., 2017). Ainsi, en 2006, des chercheurs français ont recensé plus de 12 000 personnes et les ont interrogées sur leurs différents partenaires, leurs pratiques sexuelles, hétérosexuelles et homosexuelles, les rencontres par internet, les phases de la vie sans activité sexuelle, les violences subies, leurs difficultés sexuelles, le recours au Viagra®, etc. L'analyse de cette étude est un recueil de plus de 600 pages que nous ne pouvons pas compiler dans cet ouvrage mais nous avons retenu quelques résultats pertinents dans l'appréhension des pratiques et du répertoire sexuel des couples<sup>1</sup>.

Une des analyses de cette étude s'est portée sur plus de 10 000 personnes (5 763 femmes et 4 642 hommes) âgées de 18 à 69 ans (Bozon, 2008). Les résultats généraux de l'étude montrent que le cunnilingus est la pratique la plus régulière (57,6 % des femmes et 61,4 % des hommes) suivie de près par la pratique de la fellation (52,8 % des femmes et 56,4 % des hommes), vient ensuite la pratique de la masturbation (17,9 % des femmes pour 40,3 % des hommes) et, pour finir, on trouve la pénétration anale (9,2 % des femmes, 14,2 % des hommes). Cette partie de l'analyse ne présente pas de données spécifiques à la pénétration vaginale. En revanche, quelques données intéressantes sur l'utilisation des contenus pornographiques sont à retenir : la quasi-totalité des hommes et près des trois quarts des femmes ont déjà eu recours à des contenus pornographiques. De plus, 20,4 % des femmes

1. Pour une information et une analyse plus fine de cette étude, nous renvoyons le lecteur vers nos propositions de lecture.

et 52,1 % des hommes ont un recours régulier à cette pratique. Toutefois, il semble que le contexte et l'usage des contenus pornographiques soient très différents en fonction des genres. Ainsi, les hommes ont tendance à s'initier à la pornographie parallèlement à la masturbation durant l'adolescence. Les femmes font cette découverte plus tard et, en grande partie, au travers de leurs partenaires. Ces résultats sont corroborés par d'autres études menées sur des personnes non mariées qui ont démontré que les hommes ont plus tendance à consommer de la pornographie que les femmes (Regnerus, 2007). On observe également que ces dernières sont de plus en plus nombreuses à faire appel à des contenus pornographiques (Peter & Valkenburg, 2006).

Une seconde analyse de l'étude de 2006 permet de mettre en avant plusieurs observations et de comparer les données issues de couples stables (partenaire cohabitant, privilégié ou principal) et celles de partenaires non engagés (occasionnels ou nouveaux ; Leridon, 2008). Un premier constat concerne les positions sexuelles. En moyenne, les hommes déclarent avoir pratiqué 2,5 positions lors de leur dernier rapport contre 2,3 pour les femmes. La position du missionnaire (l'homme sur la femme) est citée 8 fois sur 10 et semble donc être la position la plus fréquemment pratiquée lors des rapports sexuels (tableau 12.1). Notons que le nombre de positions effectuées lors d'un rapport sexuel est moins important dans les couples que dans les relations avec des partenaires occasionnels. Une seconde observation est la durée du rapport, elle est en moyenne de 29 minutes selon les femmes et de 31 minutes selon les hommes. De manière générale, la durée d'un rapport est plus courte au sein des couples (en moyenne 25 minutes) qu'entre deux partenaires non engagés (plus de 50 minutes avec un nouveau partenaire). Enfin, l'attention de l'auteur s'est portée sur l'atteinte de

**Tableau 12.1.** Positions adoptées lors du dernier rapport (%), selon le sexe et l'âge du répondant.

Position	« Vous dessus »		« Vous dessous »		« Les deux de côté »		« L'un derrière l'autre »	
	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme
18-19 ans	82,7	86,9	92,2	83,8	30,3	36,7	25,6	41,0
20-24 ans	76,3	90,2	87,7	81,5	36,1	42,0	32,0	44,0
25-34 ans	68,0	86,7	84,1	74,5	39,9	41,4	32,9	44,7
35-44 ans	60,5	84,0	79,9	67,4	39,8	48,2	32,3	40,6
45-54 ans	51,9	81,9	82,3	54,4	42,4	44,7	25,8	35,2
55-69 ans	39,4	80,8	77,5	41,2	32,4	33,2	15,4	24,2
Ensemble	58,2	84,0	81,9	61,7	38,3	41,7	27,5	36,7

D'après Leridon (2008).

l'orgasme : les proportions des personnes atteignant l'orgasme au sein des couples sont systématiquement plus importantes qu'entre des partenaires non engagés.

Par ailleurs, une étude pakistanaise s'est interrogée sur les pratiques sexuelles favorites des couples mariés. Les chercheurs ont répertorié et comparé les pratiques sexuelles favorites de 100 individus mariés (Husain & Qureschi, 2016). Au sommet du classement on trouve, pour les hommes comme pour les femmes, le coït vaginal suivi de près par le sexe oral, l'excitation sexuelle suscitée par la conversation et la voix, et les fantasmes sexuels. L'étude montre que les pratiques telles que le sexe au téléphone, le cybersexe, le coït anal et le triolisme (2 femmes et 1 homme ou 2 hommes et 1 femme) sont les moins appréciées. L'étude révèle également que les femmes appréhendent mieux les préférences des hommes qu'ils ne le font envers les femmes. Bien que les pratiques préférées des hommes et des femmes soient relativement similaires, on constate que certaines pratiques sont plus appréciées par les hommes : le sexe oral de la femme à l'homme, le sexe au téléphone, le cybersexe et le triolisme (2 femmes et 1 homme). Les femmes, quant à elles, apprécient plus le sexe oral de l'homme à la femme. En outre, 74 % des individus mariés se montrent intéressés par le visionnage de contenus pornographiques. L'étude ne montre pas de différence entre l'intérêt des hommes et celui des femmes. D'ailleurs, dans la majorité des couples mariés, la consommation de pornographie se fait en présence du conjoint (Seidman, 2004). Il nous semble important de souligner que cette étude est liée à une culture spécifique et a été menée sur un échantillon assez restreint. Toutefois, il reste intéressant de s'interroger sur les pratiques sexuelles au sein du couple et il serait sans doute judicieux que les chercheurs intéressés puissent établir des études similaires sur des populations proches des nôtres.

En outre, la sexualité des couples ne reste pas égale tout au long de la vie. Plusieurs études montrent que le désir et le fonctionnement sexuel perdurent tout en évoluant au fil des ans (DeLamater & Sill, 2005 ; Trudel, et al., 2013 ; 2014). Les études menées par Trudel (2002 ; 2005) ont mis en exergue que l'attitude sexuelle, les fantasmes sexuelles et la réponse sexuelle sont reliées négativement avec l'âge. Dans le même ordre d'idée, l'intérêt pour la sexualité semble significativement diminuer à l'âge de 60 ans. Cependant, 56,6 % des personnes interrogées affirment avoir de l'intérêt pour la sexualité avec une proportion de 60,4 % chez les sujets de 65 à 74 ans et 52 % chez ceux de plus de 75 ans. En d'autres termes, bien que l'intérêt envers la sexualité diminue avec l'âge, la majorité des personnes conservent cet intérêt.

En ce qui concerne plus particulièrement les pratiques sexuelles, une étude de Trudel et Goldfarb datant de 2006 a comparé les comportements sexuels de deux groupes d'individus. Le premier groupe était composé

d'une femme célibataire et de 59 couples mariés dont l'âge variait entre 19 et 47 ans. Le second comptait 80 couples mariés ou vivant ensemble, trois hommes et neuf femmes âgés de 52 à 75 ans. La comparaison de ces deux groupes a démontré que le répertoire des comportements sexuels des couples devenait plus restreint avec l'âge et que la pratique du coït et de la sexualité orale diminuait au profit d'autres activités telles que les caresses ou les baisers. Les résultats de cette comparaison permettent également de conclure que le plaisir sexuel diminue avec l'âge chez les femmes mais est stable à travers le temps chez les hommes.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces évolutions : les facteurs cognitifs et les attitudes par rapport à la sexualité d'une part, et les transformations physiologiques d'autre part (Trudel et al., 2013). Ces transformations se produisent tant chez l'homme que chez la femme, il s'agit de changements au niveau de l'appareil génital, de l'excitation, de la fonction orgasmique, de la sécrétion d'hormones sexuelles, du corps et de la santé dans son ensemble. Globalement, le vieillissement a un impact sur la réponse sexuelle des individus : apparition et maintien de l'érection difficile, expulsion du sperme moins importante, baisse de la lubrification, moins grande souplesse vulvo-vaginale, possibilité de douleurs, besoin de plus de stimuli (caresses, scénarios cognitifs érotiques, etc.). L'âge est donc un facteur important à prendre en compte lors des consultations.

## Dysfonctions sexuelles

Lorsque le fonctionnement sexuel est habituel, on observe une réaction psychophysiologique sur l'ensemble de l'organisme. Cette réponse sexuelle est composée de quatre phases distinctes (tableau 12.2) : l'excitation, la phase plateau, l'orgasme et la résolution (Masters & Johnson, 1970). Il arrive que cette réponse sexuelle ne soit pas adéquate, on parle alors de dysfonction sexuelle.

Les dysfonctions sexuelles<sup>2</sup> se définissent comme « un trouble de la réponse sexuelle, soit sur le plan du désir, soit sur le plan de la vasocongestion, soit sur le plan de la réponse orgasmique, ou encore dans plus d'une phase de cette réponse » (Trudel, 2005, p. 30). De manière générale, les personnes qui souffrent de dysfonction sexuelle sont attirées par un objet sexuel habituel ou socialement admis mais n'y réagissent pas de manière adéquate. Ceci marque la différence avec les paraphilies où les personnes sont attirées par un objet inhabituel (pédophilie, zoophilie, fétichisme, etc.) mais ont un comportement habituel en termes de vasocongestion et de réaction orgasmique.

---

2. Pour une information et une analyse plus fine des différentes dysfonctions, nous renvoyons le lecteur vers nos propositions de lecture.

**Tableau 12.2. Résumé de la réponse sexuelle des femmes et des hommes en absence de dysfonction sexuelle.**

	Femme	Homme
<b>Excitation</b>	Sentiments érotiques, lubrification vaginale, manifestations physiologiques : vasocongestion généralisée, respiration haletante, augmentation de la pression sanguine et du rythme cardiaque, érection des mamelons et augmentation du volume de la poitrine, dilatation des parois du vagin, érection du clitoris.	Apparition de l'érection, augmentation de la tension et épaissement du tégument scrotal, élévation des testicules et restriction du mouvement testiculaire, augmentation de la pression sanguine et du rythme cardiaque.
<b>Plateau</b>	Summum de la réponse vasocongestive : apparition de rougeurs sur le corps, tumescence des aréoles, les petites lèvres deviennent rouge vif, augmentation de leur diamètre, congestion du tiers externe du vagin, rétraction du clitoris.	Augmentation du diamètre du pénis, en particulier dans la zone de la couronne du gland, possible changement de couleur du gland, élargissement de 50 % et élévation des testicules, tumescence des mamelons, contractions spasmodiques, augmentation de la pression sanguine et du rythme cardiaque.
<b>Orgasme</b>	Contraction involontaire de l'utérus et parfois des sphincters rectal et urétral. Pas de période réfractaire.	Expulsion du liquide séminal, contractions involontaires de l'urètre. Période réfractaire (de quelques minutes à plusieurs heures en fonction de l'âge) durant laquelle l'homme présente une résistance psychophysiologique à toute stimulation sexuelle.
<b>Résolution</b>	Détumescence des aréoles, diminution du volume de la poitrine, retour à la normale de la respiration, du rythme cardiaque et de la pression sanguine, retour à un positionnement normal du clitoris, repli des parois vaginales, retour à la couleur initiale.	Disparition des effets de la vasocongestion, détumescence du pénis qui retrouve son volume normal.

Chez la femme, on distingue trois types de dysfonctions sexuelles : le vaginisme, les dyspareunies et l'anorgasmie. Le vaginisme (contraction du vagin) et les dyspareunies (douleur intense) touchent à la capacité d'accueillir la pénétration du pénis dans le vagin. L'anorgasmie est marquée par l'absence répétée d'orgasme après la phase d'excitation.

Chez l'homme, trois dysfonctions peuvent être rencontrées : le trouble de l'érection, l'éjaculation prématurée et l'anéjaculation. Le trouble de l'érection est l'incapacité d'atteindre ou de maintenir une érection suffisante à la complétion de l'acte sexuel. L'éjaculation prématurée est l'apparition involontaire de l'éjaculation avec une stimulation minimale avant ou juste après la pénétration. *A contrario*, l'anéjaculation est caractérisée par l'incapacité à éjaculer malgré toutes les stimulations adéquates, un désir, une excitation et une érection normale. Enfin, une dysfonction commune aux deux genres est le désir hypoactif que l'on décrit comme une déficience ou une absence de fantasmes sexuelles et de désir pour les activités sexuelles.

De manière générale, les dysfonctions sexuelles engendrent une grande détresse personnelle mais aussi conjugale. La dysfonction peut avoir un impact sur d'autres facettes du couple et s'en trouve alors comme un symptôme intriqué dans la dynamique conjugale (Brenot, 2011). Par exemple, une étude menée sur la perception de 507 femmes sur les troubles érectiles met en avant que 84 % des partenaires sont satisfaites sexuellement et souffrent plutôt du manque de communication que de l'absence de pénétration (Colson, 2005). Dans ce cas, la dysfonction n'a pas un impact direct sur la satisfaction sexuelle mais met en exergue un manque de communication au sein des couples. Ceci est un argument supplémentaire à la prise en charge sexologique au sein des thérapies de couple.

## Prise en charge

### Cadre théorique

Il existe une myriade de dispositifs thérapeutiques ayant un impact positif sur les troubles sexuels. Dans leur revue de la littérature, Almás et Landmark (2010) préconisent la sexothérapie pour la prise en charge des difficultés sexuelles. La sexothérapie se différencie des autres formes de thérapie car :

- elle aborde les problèmes sexuels comme étant un symptôme en tant que tel ;
- et elle inclut toutes les méthodes pertinentes et susceptibles d'aider le client/patient : les méthodes et techniques psychologiques, pharmacologiques, éducatives ou chirurgicales.

Dès lors, le cadre de la sexothérapie permet de prendre en compte l'ensemble des facteurs liés à la sexualité : biologiques, psychologiques et sociaux qui dépendent eux-mêmes de facteurs culturels, juridiques et moraux (Debray et al., 2012).

Dans le cadre de cet ouvrage, nous visons une intégration de la thérapie de couple et de la sexothérapie. Ceci nous paraît d'autant plus pertinent

que les personnes consultant pour un problème de couple éprouvent parfois des difficultés d'ordre sexuel et que celles qui se présentent pour une difficulté sexuelle présentent souvent des problèmes liés à leur mode d'interactions conjugales et à la communication (McCarthy, & Thestrup, 2008). Cette intégration peut être faite dans la poursuite de quatre objectifs (Brenot, 2011) :

- comprendre les « climats » du couple : climat relationnel, climat sensoriel, climat érotique, etc. ;
- évaluer l'acceptation du ou de la partenaire ;
- évaluer l'éroticité du ou de la partenaire ;
- évaluer la collaboration éventuelle du ou de la partenaire dans la conduite du soin.

Le but de cet accompagnement stratégique de couple est de comprendre la dynamique intime et l'intrication possible des symptômes sexuels dans le couple. Pour atteindre ces objectifs, il est opportun d'alterner les rencontres avec le couple et les rencontres individuelles avec chacun des partenaires. D'après notre expérience clinique, cette alternance est idéale car elle permet d'appréhender la dimension relationnelle du couple mais également le vécu intime de chaque partenaire.

Un deuxième point faisant la spécificité des sexothérapies est la prescription de tâches. Ces dernières ont un but expérientiel : le couple pris en charge peut observer, tester, expérimenter les éléments travaillés au cours de l'entretien. Ces tâches doivent être spécifiques à chaque personne prise en charge et reposer sur les résultats obtenus aux exercices précédents (Poudat et al., 2011).

### Cas clinique

Marc et Pauline sont en couple depuis 14 ans et ont trois enfants. Marc a 42 ans et est infirmier, il alterne donc des horaires de jour et de nuit. Ce rythme provoque énormément de fatigue. Pauline a 40 ans, elle travaille dans une société de consultance, son travail lui plaît vraiment mais ne lui laisse pas beaucoup de temps libre. Le couple consulte car les relations sexuelles sont de moins en moins fréquentes. Il arrive qu'il se passe plus d'un mois sans rapprochement sexuel et lorsque cela arrive, l'érection de Marc n'est pas toujours satisfaisante. Les partenaires sont vus séparément. Lorsqu'il est seul, Marc explique qu'il présente fréquemment des érections nocturnes et que lorsqu'il se masturbe, il n'a aucun problème érectile. Il n'avait pas osé s'exprimer à ce sujet lors de la séance commune de peur de froisser son épouse. Par ailleurs, il trouve son épouse belle et désirable. Il lui fait souvent des approches sexuelles qu'elle refuse généralement de manière catégorique. Lorsqu'elle accepte, Marc ressent de l'angoisse car il veut bien faire et satis-

faire son épouse. L'entretien avec Pauline met en évidence un manque de désir et un évitement des rapprochements sexuels, malgré un amour profond et sincère envers son mari. Lors d'un rapport sexuel, elle se montre particulièrement exigeante : elle décide seule des positions, du moment et du lieu du rapprochement. Les relations intimes ne sont pas source de plaisir mais plutôt tolérées. Il lui arrive de simuler un orgasme afin de mettre fin au rapport. La poursuite des séances a permis de rééquilibrer le pouvoir entre Marc et Pauline. Ceci a eu pour effet de diminuer la pression mise à Marc. Pauline a entamé un travail de lâcher-prise et de pleine conscience. Ensemble, ils ont appris à mieux communiquer leurs désirs et à accepter leurs défaillances.

## En pratique

La prise en charge des dysfonctions sexuelles s'est considérablement affinée au fil des dernières années. Plusieurs raisons peuvent être évoquées. Premièrement, les connaissances en la matière se sont fortement développées, en témoigne l'apparition de nombreuses recherches scientifiques tant sur les troubles sexuels féminins que masculins (Lachowsky et al., 2005 ; Collier & Cour, 2012 ; Wunch, 2017). Ces études ont permis une meilleure compréhension des difficultés sexuelles, notamment en mettant en exergue les différents facteurs biopsychosociaux précipitant ou maintenant les dysfonctions. De plus, la médicalisation de ces troubles offre un plus large éventail de prises en charge et de traitements pour les couples. Dès lors, l'objet de cette section sera de présenter quelques outils pratiques pouvant être utilisés dans la majorité des dysfonctions sexuelles.

### Comment aborder la sexualité en consultation ?

Il est parfois difficile de rendre publics des propos relevant de l'intimité. Certaines études affirment même que la plupart des personnes prises en charge préfèrent que ce soit le médecin ou le thérapeute qui aborde le sujet de la sexualité. Or, d'après les enquêtes épidémiologiques, il semblerait que cette ouverture du dialogue ne soit que très peu mise en place par le praticien (Abdolrasulnia et al., 2010 ; Elliot & Thrash, 2002 ; Giami, 2010). Face à ce constat, il semble essentiel de répertorier quelques attitudes à adopter pour aborder la sexualité en consultation.

Collier et Cour (2013) mettent en avant la pertinence d'utiliser des mots simples et de poser des questions ouvertes afin de permettre au patient d'évoquer son problème. Ainsi, la terminologie employée devrait être à la fois claire et respectueuse en usant de termes qui suggèrent sans juger (Schlagdenhaufen, 2014). Par exemple, il est préférable d'employer le terme « autoérotisme » plutôt que « masturbation » ou « caresser le sexe de votre partenaire avec votre bouche » plutôt que « fellation » ou « cunnilingus ». Toutefois, notre propre expérience nous permet d'ajouter que s'adapter au vocabulaire du patient est

souvent une bonne alternative. En effet, si celui-ci utilise des termes techniques ou un langage plus familier, il est intéressant d'adopter le même champ lexical. Cela favorise le sentiment d'être compris sans jugement.

Les questions posées, quant à elles, doivent permettre de cerner les problèmes évoqués par la personne ou le couple pris en charge. Pour commencer, une question telle qu'« *On dit souvent que les hommes et les femmes vivent différemment leur sexualité, qu'en pensez-vous ?* » permet d'envisager immédiatement la sexualité comme un sujet de conversation normal (Schlagdenhauffen, 2014). Au fur et à mesure de l'échange, il est important de poser des questions semi-ouvertes qui permettent d'établir un diagnostic sexologique. Les éléments recueillis doivent être concrets (p. ex. fréquence des rapports, fréquences d'apparition des troubles, présence de masturbation, de désir, de fantasmes, pratiques sexuelles courantes pour le couple, les attentes de chaque partenaire, etc.). Il s'agit parfois d'une étape délicate car le thérapeute entre alors dans l'intimité du couple. Certaines personnes ressentent de la honte, de la culpabilité ou un malaise à l'idée de dévoiler des détails de leur sexualité. Dès lors, ce questionnement doit se faire avec respect, non-jugement et empathie. C'est pourquoi, il est préférable d'introduire ces questions par des phrases telles que « *Pour bien comprendre ce qui vous arrive, je dois vous poser une question assez intime... Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses...* » ou « *Je vais vous poser des questions assez intimes, mon but est d'obtenir des informations qui serviront au diagnostic et à la compréhension de la dynamique présente dans votre couple...* »

### **Anamnèse sexuelle du couple**

Lors des thérapies conjugales, il est utile de dédier un entretien à l'évaluation et à la compréhension des difficultés sexuelles rencontrées par chacun des partenaires. Le but est de comprendre quand le trouble est apparu et quels sont les facteurs qui ont pu jouer un rôle dans son apparition et dans son maintien. Les questions posées doivent permettre d'identifier si la difficulté sexuelle est primaire (elle a toujours été présente) ou secondaire (elle est apparue au fil du temps), et si elle est circonstancielle (elle apparaît uniquement à certains moments) ou généralisée (elle est toujours présente).

Pour ce faire, il existe des questionnaires tels que le *Sexual History Form* qui a récemment été réajusté (Hatzichristou et al., 2016) ou le *Brief Index of Sexual Functioning for Women* dont la version française a été validée (Baude- lot-Berrogain et al., 2006).

Bien que les questionnaires puissent s'avérer utiles, il est souvent préférable d'utiliser un moyen plus ludique afin d'obtenir des détails et de prendre en compte les différentes composantes de la sexualité (émotionnelle, relationnelle, physiologique, cognitive, comportementale). Dès lors, un exercice appelé « Les trois lignes du temps » peut être proposé aux personnes prises en charge. Il s'agit de retracer l'histoire affective et sexuelle :

1. du couple : comment se sont-ils rencontrés ? Le désir et la sexualité ont-ils fluctué en fonction de certains événements (stress, grossesse, enfants, séparation, etc.) ? Quels sont les moments forts de la vie de couple, etc. ;
2. de chacun des partenaires : quelle est l'histoire sexuelle de chacun des partenaires, les difficultés sexuelles étaient-elles déjà présentes ? La personne éprouve-t-elle du désir pour son partenaire actuel ? Ou du désir en général ? Éprouve-t-elle des émotions positives ou négatives envers son partenaire ? Le cas échéant, cette ligne du temps peut être donnée en tâche à chacun des partenaires en vue de préparer la première rencontre individuelle ;
3. d'un rapport sexuel : comment se passe un rapport sexuel quand il a lieu ? Qui l'initie ? Est-ce agréable ? Que font-ils concrètement avant et durant le rapport (dimension comportementale) ? Y a-t-il un temps de préparation (p. ex. prendre une douche) ou est-ce spontané ? À quel moment et où le rapport a-t-il lieu ? Quelles positions ? À quoi pensent les partenaires avant et pendant le rapport (dimension cognitive) ? Ressentent-ils leurs corps (dimension physiologique) ? Y a-t-il des préliminaires ? Que ressentent-ils avant et durant le rapport (dimension émotionnelle) ? Quelle est l'attitude du partenaire lorsque le rapport ne se déroule pas comme espéré (dimension relationnelle) ?

### **Sensibilisation corporelle**

La sensibilisation corporelle, plus connue sous le terme anglophone de *sensate focus*, nous vient de Masters et Johnson (1970) et est l'un des exercices les plus répandus durant les sexothérapies car il peut être appliqué à la majorité des difficultés sexuelles rencontrées. Le principe de cette technique est simple : les partenaires doivent se concentrer uniquement sur leurs sensations corporelles plutôt que sur leurs réponses physiologiques (p. ex. érection, lubrification, etc.). L'exercice est divisé en quatre étapes durant 2 semaines (tableau 12.3).

Chaque stade consiste à induire un état de relaxation au sein du couple (p. ex. prendre un bain chaud, partager un bon repas). Ensuite, les partenaires ont pour tâche de se masser et de se caresser des zones corporelles de plus en plus intimes. L'attention des partenaires doit se centrer sur les sensations perçues lors des caresses données ou reçues. Enfin, ces derniers communiquent le caractère plus ou moins agréable des sensations (p. ex. « *J'aime* » ou « *Je n'aime pas* ») et donne des indications au partenaire pour rendre le massage plus agréable (p. ex. « *Plus fort* », « *Moins fort* »).

Au fil des étapes, les partenaires sont encouragés à mettre en pratique les éléments appris lors des étapes précédentes ou lors de la prise en charge sexologique (p. ex. prendre en compte ce que le partenaire n'a pas aimé). Cet exercice vise le lâcher-prise et la concentration sur l'ici et maintenant. En effet, il n'est pas rare que lorsqu'un couple souffre de dysfonction, les partenaires soient focalisés sur leurs performances (p. ex. y a-t-il une érection/

**Tableau 12.3. Étapes de la sensibilisation corporelle.**

Étape 1	Les partenaires se massent à tour de rôle pendant environ 20 minutes. Les zones sexuelles (poitrine, fesses, sexe) ne peuvent pas être caressées. Il est interdit d'avoir des rapports sexuels durant l'exercice.
Étape 2	Les partenaires se massent à tour de rôle. Les zones sexuelles peuvent être caressées. Il est interdit d'avoir des rapports sexuels durant l'exercice, si l'un des deux partenaires est excité, une pause doit être faite.
Étape 3	Les partenaires se caressent mutuellement sans insistance sur les zones sexuelles. De légers préliminaires peuvent se produire mais le rapport sexuel reste proscrit. Si l'excitation devient trop intense, une pause doit être prise.
Étape 4	Les partenaires se caressent mutuellement. Des préliminaires sont souhaités et les rapports sexuels sont autorisés mais ne sont pas obligatoires. Si l'excitation est telle qu'un des partenaires sent l'orgasme arriver, une pause doit être prise.

*D'après Masters & Johnson (1970).*

lubrification satisfaisante ?), ce qui interfère avec la réponse sexuelle et donne ainsi lieu à la dysfonction.

Lors des séances, le thérapeute se doit de poser des questions discrètes telles que : « *Est-ce mieux ?* », « *Qu'avez-vous appris ?* », « *Avez-vous rencontré des difficultés ?* »

### **Bibliothérapie**

Selon les données scientifiques, 80 % des personnes tentent d'abord de se documenter avant de franchir le cap d'une consultation chez un spécialiste. Il s'agirait même d'un réflexe pour une grande partie de la population souffrant de troubles sexuels. Dans le domaine du couple et de la sexualité, il a été démontré scientifiquement que la bibliothérapie est un outil efficace pour toute une série de difficultés sexuelles. Il peut s'agir de brochures, d'articles de vulgarisation scientifique, de guides pratiques, de romans, de livres de conseils et d'autotraitement (Hubin, et al., 2011). Néanmoins, il est important de préciser que des outils de bibliothérapie employés seuls pourraient avoir un effet nocif dans 1 à 3 % des cas (Norcross et al., 2000 ; O'Connor & Kratochwill, 1999). Il est donc intéressant de pouvoir proposer ce type de lecture comme un outil supplémentaire à la thérapie plutôt que comme unique moyen pour faire face à une difficulté sexuelle.

Pour qu'elle soit adéquate, la bibliothérapie doit rencontrer trois critères<sup>3</sup> :

1. la crédibilité : l'ouvrage doit être scientifiquement fondé ;

3. Pour des suggestions d'ouvrages regroupant ces trois critères, le lecteur est invité à consulter nos propositions de lecture.

2. l'accessibilité : clarté et concision sont les maîtres mots ;
3. l'efficacité : c'est-à-dire la capacité à induire des améliorations chez les usagers.

Selon les données scientifiques, l'outil répondant à ces trois critères et étant le plus efficace est le roman sexo-informatif. Comme son nom l'indique, il s'agit d'une histoire romancée dans laquelle s'intègrent des concepts, des idées, des conseils liés à la problématique sexuelle. Une étude a montré que près de 80 % des femmes ayant lu un roman sexo-informatif estiment avoir amélioré et enrichi la qualité de leur vie sexuelle conjugale (Kempeneers et al., 2010).

### Références

- Abdolrasulnia, M., Shewchuk, R. M., Roepke, N., Granstaff, U. S., Dean, J., Foster, J. A., & Casebeer, L. (2010). Management of female sexual problems: Perceived barriers, practice patterns, and confidence among primary care physicians and gynecologists. *The journal of sexual medicine*, 7(7), 2499-2508.
- Almås, E., & Landmark, B. (2010). Non-pharmacological treatment of sexual problems — A review of research literature 1970-2008. *Sexologies*, 19, 202-211.
- Bajos, N., & Bozon, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, genre et santé*. Paris: La Découverte.
- Baudelot-Berrogain, N., Roquejoffre, S., Game, X., Mallet, R., Mouzin, M., Bertrand, N., et al. (2006). Validation linguistique du « Brief Index of Sexual Functioning for Women ». Application à l'étude de la sexualité dans une population de 93 femmes françaises. *Prog Urol*, 16, 174-183.
- Bozon, M. (2008). Pratiques et rencontres sexuelles : un répertoire qui s'élargit. In Nathalie Bajos et al.,(Ed.), *Enquête sur la sexualité en France* (pp. 273-295). Paris: La Découverte « hors Collection Social » 2008.
- Brenot, P. (2011). Peut-on guérir un symptôme sexuel en ignorant le couple ? *Sexologies*, 20(1), 62-65.
- Butzer, B., & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal relationships*, 15(1), 141-154.
- Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long term relationships. *Journal of sex research*, 42(2), 113-118.
- Collier, F., & Cour, F. (2013). En pratique, comment faire devant une femme exprimant une plainte sexuelle ? *Progrès en urologie*, 23(9), 612-620.
- Colson, M. H. (2005). Les femmes face à la dysfonction érectile : problème d'homme, regards de femme. *Prog Urol*, 15, 710-716.
- Cupach, W. R., & Comstock, J. (1990). Satisfaction with sexual communication in marriage: Links to sexual satisfaction and dyadic adjustment. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 179-186.
- Debray, Q., Granger, B., & Azais, F. (2012). *Psychopathologie de l'adulte*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- DeLamater, J. D., & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *Journal of sex research*, 42(2), 138-149.

- Edwards, J. N., & Booth, A. (1994). Sexuality, marriage, and well-being: The middle years. In A. S. Rossi (Ed.), *Sexuality across the life course* (pp. 233-259). Chicago: University of Chicago Press.
- Elliot, A. J., & Thrash, T. M. (2002). Approach-avoidance motivation in personality: approach and avoidance temperaments and goals. *Journal of personality and social psychology, 82*(5), 804.
- Fallis, E. E., Rehman, U. S., Woody, E. Z., & Purdon, C. (2016). The longitudinal association of relationship satisfaction and sexual satisfaction in long-term relationships. *Journal of Family Psychology, 30*(7), 822.
- Flynn, K. E., Lin, L., Bruner, D. W., Cyranowski, J. M., Hahn, E. A., Jeffery, D. D., et al. (2016). Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of US adults. *The journal of sexual medicine, 13*(11), 1642-1650.
- Giami, A. (2010). La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. In *Singuliers généralistes* (pp. 147-168). Rennes : Presses de l'EHESP.
- Hatzichristou, D., Kirana, P. S., Banner, L., Althof, S. E., Lonnee-Hoffmann, R. A., Dennerstein, L., & Rosen, R. C. (2016). Diagnosing sexual dysfunction in men and women: sexual history taking and the role of symptom scales and questionnaires. *The journal of sexual medicine, 13*(8), 1166-1182.
- Heiman, J. R., Long, J. S., Smith, S. N., Fisher, W. A., Sand, M. S., & Rosen, R. C. (2011). Sexual satisfaction and relationship happiness in midlife and older couples in five countries. *Archives of sexual behavior, 40*(4), 741-753.
- Herbenick, D., Bowling, J., Fu, T.C. J., Dodge, B., Guerra-Reyes, L., & Sanders, S. (2017). Sexual diversity in the United States : Results from a nationally representative probability sample of adult women and men. *PLoS one, 12*(7).
- Hubin, A., De Sutter, P., & Reynaert, C. (2011). Les facteurs étiologiques du désir sexuel hypoactif féminin. *Sexologies, 20*, 178-187.
- Husain, W., & Qureshi, Z. (2016). Préférences en matière de pratiques sexuelles dans le cadre du mariage et rôle de la pornographie. *Sexologies, 25*(2), 85-92.
- Kempeneers, P., Hubin, A., Lex, O., Massarczyk, O., Paquot, E., & Wagener, L. (2010). Les outils bibliothérapeutiques : Un adjuvant pour promouvoir la santé sexuelle de nos patients ? *Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles, 12*, 101-109.
- Lachowsky, M., Grivel, T., Lemaire, A., & Elia, D. (2005). Couple, sexualité et santé sexuelle. *Gynécologie obstétrique & fertilité, 33*(5), 326-330.
- Laumann, E. O., Paik, A., Glasser, D. B., Kang, J. H., Wang, T., Levinson, B., et al. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Archives of sexual behavior, 35*(2), 143-159.
- Lawrance, K. A., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships, 2*(4), 267-285.
- Leridon, H. (2008). Fréquence et modalités des rapports sexuels : des situations contrastées selon le type de partenaire. In *Enquête sur la sexualité en France* (pp. 315-332). Paris : La Découverte « Hors Collection Social » 2008.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. New York: Bantam Books.

- McCarthy, B., & Thestrup, M. (2008). Integrating sex therapy interventions with couple therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 38(3), 139-149.
- Norcross, J. C., Santrock, J. W., Campbell, L. F., Smith, T. P., Sommer, R., & Zuckerman, E. L. (2000). *Authoritative guide to self-help resources in mental health*. New York: Guilford Press.
- O'Connor, E. P., & Kratochwill, T. R. (1999). Self-help interventions: The reported practices of school psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(2), 147.
- Peter, J., & Valkenburg, P. M. (2006). Adolescents' exposure to sexually explicit online material and recreational attitudes toward sex. *Journal of communication*, 56(4), 639-660.
- Poudat, F. X., Aubin, S., De Carufel, F., De Sutter, P., Jarrousse, N., & Trudel, G. (2011). *Sexualité, couple et TCC. volume 1 : Les difficultés sexuelles*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.
- Regnerus, M. (2007). *Forbidden fruit: Sex & religion in the lives of American teenagers*. New York: Oxford University Press.
- Seidman, E. L. (2004). The pornographic retreat: Contemporary patterns of pornography use and the psychodynamic meaning of frequent pornography use for heterosexual men. *Diss Abstr Int : Section B: The Sciences & Engineering*, 64(8-B), 4063.
- Schlagdenhauffen, R. (2014). Parler de sexualité en entretien. Comment rendre publics des propos privés. *Hermès, La Revue*(2), 34-38.
- Trudel, G. (2002). Bexuality and marital life: results of a survey. *J Sex Marital Ther*, 28, 229-249.
- Trudel, G. (2005). *Les dysfonctions sexuelles : évaluation et traitement par des méthodes psychologique, interpersonnelle et biologique*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Trudel, G., Dargis, L., Villeneuve, L., Cadieux, J., Boyer, R., & Préville, M. (2013). Marital, sexual and psychological functioning of older couples living at home: The results of a national survey using longitudinal methodology (part one). *Sexologies*, 22(4), e101-e107.
- Trudel, G., Dargis, L., Villeneuve, L., Cadieux, J., Boyer, R., & Préville, M. (2014). Fonctionnement conjugal, sexuel et psychologique des couples âgés vivant à domicile : les résultats d'une enquête nationale avec méthodologie longitudinale (deuxième partie). *Sexologies*, 23(2), 52-68.
- Trudel, G., & Goldfarb, M. R. (2006). L'effet de l'âge sur le répertoire et le plaisir sexuel. *Sexologies*, 15, 266-272.
- Trudel, G., Turgeon, L., & Piché, L. (2010). Marital and sexual aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy*, 15(4), 381-406.
- Veroff, J., & Douvan, E. A. M. (1995). *Marital instability: A social and behavioral study of the early years*. Westport, CT : Praeger.
- Wunsch, S. (2017). Étiologie des troubles sexuels. Perspectives cliniques des données neuroscientifiques. *Sexologies*, 26(1), 44-53.
- Yeh, H. C., Lorenz, F. O., Wickrama, K. A. S., Conger, R. D., & Elder, G. H., Jr. (2006). Relationships among sexual satisfaction, marital quality, and marital instability at midlife. *Journal of family psychology*, 20(2), 339.
- Young, M., Denny, G., Luquis, R., & Young, T. (1998). Correlates of sexual satisfaction in marriage. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 7(2), 115-128.

### **Propositions de lectures pour approfondir**

#### **Prise en charge des dysfonctions sexuelles**

Poudat, F. X., Beaudry, M., Boisvert, J. M., Jarrousse, N., & Trudel, G. (2011). *Sexualité, couple et TCC. Issy-les-Moulineaux* : Elsevier Masson.

#### **Pratiques sexuelles en France**

Bajos, N., & Bozon, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, genre et santé*. Paris: La Découverte.

#### **Quelques idées d'ouvrages de bibliothérapie**

- « Lutter contre l'éjaculation précoce » (2015) de P. Kempeneers, S. Bauwens et R. Andrianne, est un manuel pour aider la prise en charge des éjaculations prématurées.
- « Désir » (2014) de P. de Sutter et V. Doyen, est un roman sexo-informatif s'adressant aux femmes éprouvant une baisse ou un manque de désir sexuel.
- « Atteindre l'orgasme » (2006), de J. Heiman et de L. LoPiccolo, est destiné aux femmes souffrant d'anorgasmie.
- « L'intelligence érotique » (2006), de E. Perel, est destiné aux personnes ou couples souffrant d'une baisse de désir.