

Comment aborder la sexualité avec une femme en consultation médicale ?

Nathalie Michaux¹, Maria-Laura Marotta², Marcelo Di Gregorio³, Christine Reynaert⁴

How to address sexuality with a woman during medical consultation?

This article explains in a very concrete way how to approach sexuality with a female patient during a consultation, irrespective of the medical specialty. During anamnesis, the challenge consists in taking the time to ask a simple question concerning the sexual health and to listen to the answer in an empathic, active, and open way. When diagnosing a possible sexual dysfunction, it is essential to integrate the notion of sexual satisfaction, the absence of which defines the sexual disorder. Every physician to whom a patient confides a sexual problem can take part in her treatment, first of all by informing her on the physiological principles of female sexuality, which will be described in the article. Female sexuality can be divided into three phases, i.e., desire, arousal, and orgasm, with the female sexual response following a circular model. Moreover, the physician can prescribe non-specific treatments for female sexual dysfunctions that target possible non-sexological disorders as triggers or optimize the arousal phase. He can also provide the patient with advices that may seem trivial but can have an enormous impact on our patients' sexual health. These simple concepts, which are summarized in this article, demonstrate that talking about sexuality with our patients in consultation is not complicated. The tricky part is to cross the barrier of intimacy and integrate this sexological knowledge in an always complex reality.

KEY WORDS

Sexology, sexual dysfunction, woman, consultation, medicine, physiology, treatment

Cet article explique de manière très concrète comment aborder la sexualité avec une patiente en consultation, toute discipline confondue. Au moment de l'anamnèse, l'enjeu sera de prendre le temps d'y intégrer une simple question concernant la santé sexuelle et d'écouter la réponse de manière empathique, active et ouverte. Au moment du diagnostic d'une éventuelle dysfonction sexuelle, l'importance sera d'intégrer la notion de satisfaction sexuelle dont l'absence définit le trouble sexuel. Tout médecin à qui une patiente confie une plainte d'origine sexuelle peut prendre part à son traitement. Tout d'abord en l'informant sur la base de la physiologie de la sexualité féminine qui sera décrite dans l'article. Celle-ci comporte trois phases, la phase de désir, la phase d'excitation et la phase de plaisir. Et c'est selon un modèle circulaire qu'a lieu la réponse sexuelle féminine. Ensuite, le médecin pourra aussi prescrire des traitements non-spécifiques des dysfonctions sexuelles féminines en traitant une éventuelle pathologie non-sexologique constituant un facteur déclenchant, en optimisant la phase d'excitation ou en donnant des conseils, communs en apparence, mais qui peuvent avoir un impact énorme sur la santé sexuelle de nos patientes. Ces concepts simples, synthétisés dans cet article, démontrent que parler de sexualité à nos patientes en consultation n'est pas compliqué ; ce qui est difficile, c'est de franchir la barrière de l'intimité et d'intégrer ces connaissances en sexologie dans une réalité toujours complexe.

Que savons-nous à ce propos ?

Beaucoup de médecins sont convaincus que, aborder le thème de la santé sexuelle avec leur patiente fait partie de leur rôle de soignant. Toutefois, la plupart ne savent pas comment concrétiser ce rôle dans leur pratique clinique.

Que nous apporte cet article ?

Des conseils et outils concrets applicables à toute consultation médicale, que ce soit en médecine générale ou en médecine spécialisée, afin d'aborder le thème de la sexualité avec une femme.

What is already known about the topic?

Many physicians are convinced that addressing the sexual health issue with their patient is part of their mission. However, most of them do not know how to implement it in their clinical practice.

What does this article bring up for us?

Advices and concrete tools applicable to any medical consultation, be it in general medicine or in specialized branches of medicine.

INTRODUCTION

Comment aborder la sexualité avec une patiente en consultation médicale, toute discipline confondue ? Afin de répondre à cette question, nous allons suivre le déroulement habituel de la plupart des consultations, à savoir, le temps de l'anamnèse, le temps du diagnostic et enfin le temps du traitement.

1. LE TEMPS DE L'ANAMNÈSE

Au moment de l'anamnèse, il suffit, en fait, de poser une simple question mais ensuite d'écouter la patiente de manière appropriée.

Une simple question

Voici quelques exemples de questions qui peuvent être intégrées dans l'anamnèse de tout type de consultation médicale. *Puis-je vous poser une question intime ?* La patiente dit toujours oui et le fait de demander la permission la met déjà en position de sujet actif. *Est-ce que votre maladie (le traitement) a des répercussions sur votre vie sexuelle ?* C'est assez confortable de partir de l'objet principal de la consultation et du problème pour lequel elle consulte (hypertension artérielle, bilan vasculaire, endocrinien, mise au point médicamenteuse, dépression, anxiété...). *Certaines patientes qui ont la même maladie ont des problèmes sexuels, est-ce votre cas ?* Ceci est une petite ruse qui fait comprendre à la patiente qu'elle n'est pas seule à avoir le problème, ce qui diminuera sa gêne d'en parler. *Avez-vous repris les relations sexuelles avec Monsieur ?* Il ne faut pas oublier de poser cette question après une intervention chirurgicale de la sphère pelvienne ou une longue période d'altération de l'état général. L'enjeu sera de prendre le temps de poser la question, de prendre le temps d'attendre la réponse et d'avoir une attitude ouverte et naturelle, comme quand on interroge la patiente sur d'autres besoins fondamentaux comme le sommeil, l'appétit,...

L'écoute

Une fois la question posée, il sera bien sûr important d'écouter la réponse de la patiente de manière adéquate. Cette phase est capitale d'autant plus que l'écoute est le principal outil en sexologie clinique. Elle permet le diagnostic mais elle est aussi thérapeutique en soi. Être écouté, c'est être reconnu, cela permet de trouver des solutions intérieures. La sexologie clinique nécessite une écoute particulière.

D'une part, l'écoute doit être empliée d'empathie vu la nature particulière de la plainte sexuelle. En effet, elle est liée à l'intimité physique, elle n'aura, précédemment été peu ou pas évoquée avec l'entourage ou d'autres soignants, elle sera parfois liée à des difficultés relationnelles, à des sentiments de dévalorisation, de honte, à un trauma-

tisme, ... Concrètement, il s'agit de rejoindre les émotions du patient, d'adapter son discours, de ne pas exprimer de jugement, d'autoriser l'humour s'il est initié par la patiente,...

D'autre part, il est conseillé de faire des allers retours entre écoute active et écoute ouverte. Ecouter une patiente de manière active, c'est recentrer le propos, demander à préciser le scénario, faire une ligne du temps, proposer des liens et interroger sur la manière dont le partenaire perçoit la situation. Ecouter de manière ouverte, c'est donner du temps, laisser venir les informations, accepter le désordre, accepter des interprétations irrationnelles ; en effet, tout ce que dira la patiente donne des informations sur l'intrication multifactorielle souvent complexe à l'origine d'une plainte sexuelle.

2. LE TEMPS DU DIAGNOSTIC

Il existe peu de types de dysfonctions sexuelles féminines. Les principales sont les troubles du désir, les troubles de la phase d'excitation, les troubles du plaisir, la dyspareunie et le vaginisme. Les autres plaintes font partie des troubles rares. Mais comment définir un trouble en sexologie ? Qu'est-ce qu'une vie sexuelle normale ? Peut-on définir une norme en matière de relation sexuelle ? Non, il n'y a pas de norme en ce qui concerne la fréquence des rapports sexuels, la fréquence de la survenue d'un orgasme, l'abondance de la lubrification,...

L'importance est la notion de satisfaction sexuelle. Il y a un trouble sexuel lorsqu'il y a souffrance, sentiment d'insatisfaction pour la patiente ou son partenaire. Le rôle du médecin est donc de redéfinir la plainte sexuelle initiale autour de cette notion. Ainsi, le but d'une prise en charge sexologique sera de trouver ou retrouver une satisfaction sexuelle et non pas un objectif en terme de nombre, de durée ou de retour à une situation identique à ce qu'il se passait avant la survenue du trouble.

3. LE TEMPS DU TRAITEMENT

Contrairement à ce que beaucoup de médecins non sexologue pensent, il leur est possible, en consultation d'aider les patients présentant une souffrance sexuelle ; tout d'abord en les informant sur la physiologie de la sexualité féminine, ensuite en prescrivant certains traitements non-spécifiques et enfin, en les référant, si nécessaire à un sexologue.

3.1. Informer

Informar une patiente peut la guider vers une résolution de sa souffrance sexuelle. En effet, comprendre ce qui se joue lors d'une relation sexuelle peut l'amener, d'elle-même à trouver des solutions à son insatisfaction sexuelle. Le médecin pourra donc, en fonction de la plainte de la patiente lui expliquer les éléments ci-dessous de la physiologie de sexualité féminine.

Celle-ci comporte trois phases, la phase de désir, la phase d'excitation et la phase de plaisir. Et, c'est selon un modèle circulaire, qu'a lieu la réponse sexuelle féminine.

3.1.1 Le désir sexuel féminin.

Le désir sexuel féminin est complexe car il implique divers facteurs qui sont en interaction. Des facteurs biologiques de type hormonal tel que les œstrogènes, la progestérone, la prolactine, l'ocytocine mais aussi de type neurotransmetteur tel que la dopamine, la sérotonine, l'acétylcholine, la norépinéphrine, ... (1) Ces facteurs interagissent avec des facteurs psychologiques et relationnels. En outre, il existe deux types de désir sexuel (2). Le désir sexuel dit spontané, qui est inné, instinctif, actif, direct, et le désir sexuel dit réactif, qui est passif au départ mais en fait réceptif ; il est indirect, il se provoque (3). Le désir sexuel spontané est sous influence des hormones « sexuelles », il est généré par des stimuli extérieurs comme la vue, l'odorat... et des stimuli psychologiques comme la mémoire d'un événement passé, un fantasme... Il débute avec une pensée sexuelle selon un mécanisme simple de type besoin-récompense, focalisé sur l'objectif final, à savoir le rapport sexuel. Ce type de désir est le désir le plus fréquent chez l'homme. Le désir sexuel réactif, quant à lui, apparaît au cours de l'acte sexuel, en réponse à une excitation sexuelle, selon un mécanisme plus complexe qui se nourrit de la relation, de la tendresse, de la situation affective et érotique. C'est le type de désir le plus fréquent chez la femme (4). Bien sûr, les deux formes de désir sont possibles chez l'homme et chez la femme. L'important est d'aider la patiente à apprendre à se connaître et à lutter contre la fausse croyance, très fréquente chez nos patientes, qui veut que le désir doit venir spontanément sinon, c'est qu'il n'est pas réel. Cela entraîne l'attente passive de la survenue « du » désir sexuel alors que, comme expliqué dans le modèle circulaire de Basson décrit plus loin, débiter une relation sexuelle sans désir sexuel actif n'est pas nécessairement pathologique car cela peut entraîner une satisfaction sexuelle.

3.1.2. La phase d'excitation féminine

La phase d'excitation féminine est caractérisée par une vasodilatation vulvo-vaginale globale qui entraîne la lubrification par transsudation vaginale, une tuméfaction de la paroi vaginale et de la vulve ainsi qu'une érection du clitoris. Cette phase, similaire à l'érection chez l'homme, est une phase de préparation vulvo-vaginale nécessaire à l'acte sexuel qui est extrêmement importante pour le chemin vers le plaisir sexuel féminin.

3.1.3. La phase de plaisir

Les voies d'accès au plaisir sexuel sont multiples : le clitoris, le vagin, les mamelons...mais aussi la nuque, le dos.... toute zone du corps peut être érogène. Toutefois, la voie d'accès au plaisir féminin la plus efficace est le clitoris. Sa seule fonction est la plaisir, il comprend la plus grande concentration de fibres nerveuses de tout le corps humain. Huit mille fibres nerveuses se trouvent sur le gland du clitoris, c'est-à-dire deux fois plus que sur le pénis. A ce stade, il sera souvent utile d'expliquer à la patiente l'anatomie du clitoris. Beaucoup de patiente pense

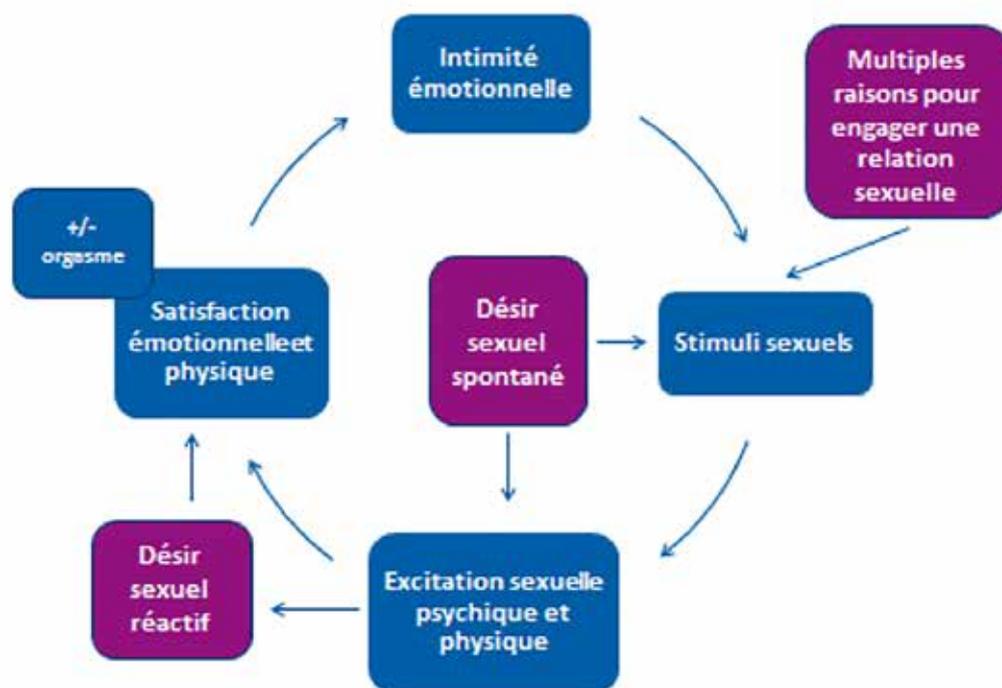
qu'il se limite au gland du clitoris, mesurant en moyenne 5 mm et recouverte par le prépuce. Il s'agit en fait uniquement de sa partie externe. La partie interne comprend le corps du clitoris, mesurant 2 cm, les bulbes vestibulaires qui sont des corps spongieux de 5 cm qui entoure la partie inférieure de l'urètre et du vagin et les piliers du clitoris qui sont des corps caverneux mesurant 10 cm et qui longent les branches ischio-pubiennes. Le clitoris est ainsi de même origine embryologique que le pénis. Au vu de cette description anatomique, la dichotomie "orgasme clitoridien" versus "orgasme vaginal", encore bien ancrée dans la mentalité de nombreuses patientes, est obsolète. En effet, la plupart du temps, l'orgasme appelé vaginal est provoqué par une stimulation de la partie interne du clitoris, à l'endroit où il est en contact avec la paroi vaginale. Il s'agit de cette zone décrite par le Dr Grafenberg, en 1950 et appelé depuis lors « point G », située au niveau du tiers inférieur de la paroi vaginale antérieure(5). Il convient toutefois de rappeler que toute zone du corps peut éveiller une sensation de plaisir. De plus, il existe une influence extrêmement importante du cerveau sur le plaisir féminin. Une même stimulation sexuelle, dans un contexte cognitif et/ou émotionnel différent peut entraîner des sensations de plaisir variées (6).

3.1.4. La réponse sexuelle féminine circulaire

Rosemary Basson a proposé que ces trois phases de la réponse sexuelle féminine soient organisées de manière circulaire (figure 1) afin de prendre en compte les multiples interactions du cycle de la réponse sexuelle féminine (7). Le médecin peut décrire cette réponse à sa patiente ce qui pourrait lui permettre de mieux comprendre ce qui se joue au cours de sa vie intime. Que lui dire ?

Il existe de multiples raisons pour engager une relation sexuelle (8) et il n'est pas obligatoire qu'un désir sexuel spontané soit présent. Le fait de recevoir des stimuli sexuels va souvent entraîner un certain degré d'excitation sexuelle psychique et/ou physique. Celle-ci amènera un sentiment de satisfaction émotionnelle et physique. Cette satisfaction permet d'augmenter l'intimité émotionnelle entre les deux partenaires ce qui, chez la femme va la mettre dans des conditions favorables pour avoir une relation sexuelle ; et le cercle recommence... Dans ce schéma on voit que l'orgasme, n'est pas un élément obligatoire au sentiment de satisfaction et on distingue, le désir sexuel réactif qui peut naître au cours de la relation sexuelle et favoriser l'obtention d'un sentiment de satisfaction (9).

Figure 1. La réponse sexuelle féminine



3.2. Prescrire des traitements non-spécifiques des dysfonctions sexuelles féminines

Dans la majorité des cas, le médecin à qui une patiente confie une plainte sexuelle pourra initier un traitement en lui prescrivant des traitements non-spécifiques ; soit en traitant une éventuelle pathologie non sexologique constituant un facteur déclenchant, soit en optimisant la phase d'excitation soit en donnant des conseils, communs en apparence, mais qui peuvent avoir un impact énorme sur la santé sexuelle de notre patiente.

3.2.1. Traiter une éventuelle pathologie non sexologique constituant un facteur déclenchant.

Dans certaines situations, un médecin pourra améliorer la vie sexuelle de sa patiente en traitant simplement une pathologie non sexologique constituant un facteur déclenchant du trouble sexuel (dépression, maladie rhumatismale, hypothyroïdie, eczéma sévère, pour n'en citer qu'une infime partie). Il s'agit d'un argument positif supplémentaire à faire entrer dans la balance risque-bénéfice avant de prescrire ou non un traitement hormonal de substitution à une patiente ménopausée. Notons que, en dehors du traitement hormonal de substitution systémique, il existe un traitement local à base d'oestriol. Celui-ci présente très peu de contre-indication et peut améliorer de manière significative la vie sexuelle des patientes ménopausées.

3.2.2. Optimiser la phase d'excitation

Si la phase d'excitation féminine est déficiente, il faut prescrire un gel lubrifiant. Il en existe deux grands types, à base aqueuse ou à base de silicone. Les lubrifiants à base aqueuse ont un effet hydratant, ils sont donc recommandés en cas de sécheresse vaginale. Les lubrifiants à base de silicone ont, eux, un pouvoir lubrifiant plus important. Toutefois au vu de la physiologie décrite ci-dessus, la seule application d'un gel lubrifiant n'est pas suffisante pour une pénétration sans douleur et source de plaisir, en effet, il est nécessaire que les tissus vulvo-vaginaux soient tuméfiés par hyperhémie. Le rôle des préliminaires prend là toute son importance ; ils comprennent non seulement les caresses sexuelles, les caresses des zones érogènes non-sexuelles mais aussi tout le jeu relationnel qui précède.

3.2.3. Conseils sexologiques

1/ S'octroyer du temps et une attention particulière

Le stress et la fatigue interfèrent de manière négative sur la vie sexuelle alors que l'épanouissement individuel, le sentiment d'être en harmonie physique et psychique le fait de manière positive. Beaucoup de patientes savent cela mais peu l'appliquent pour elle-même. Une recommandation médicale allant dans ce sens a un poids particulier et peut permettre une prise de conscience et un changement de comportement de la patiente. Cette recommandation se fera de manière orale mais aura une influence supplémentaire si elle est écrite sur une ordonnance.

2/ Octroyer du temps et une attention particulière à son couple

La vie de couple au long court n'est pas une évidence et a besoin d'une attention particulière. Il sera souvent utile de le rappeler aux patientes présentant une plainte sexuelle en encourageant le dialogue avec le partenaire, en proposant d'accorder du temps à son couple, également en dehors des relations sexuelles. L'impression de l'acquis fait disparaître le jeu de séduction dans un couple installé, celui-ci a pourtant son rôle dans la réponse sexuelle féminine (9)

3/ Promouvoir les gestes de tendresse et de proximité physique non sexuelle

Après 3 ans, la fréquence des longs baisers diminue dans un couple ; or, il est prouvé qu'ils contribuent à l'harmonie du couple notamment, de manière physiologique, par l'échange de salive qui s'y déroule. C'est donc une pratique à recommander, de même que la réalisation de massage sous forme de caresses réciproques des zones érogènes non-sexuelles en focalisant son attention sur les sensations ressenties (10).

4/ Favoriser la survenue d'une relation sexuelle.

Le praticien pourra également suggérer de favoriser la survenue d'une relation sexuelle soit en mettant en place une ambiance intime et érotique qui est tout à fait personnelle à chacun, soit en étant ouverte aux sollicitations de son partenaire. En effet, pour les femmes dont le désir est surtout réactif, il est important de se laisser surprendre, se laisser guider, plutôt que d'attendre passivement qu'un désir spontané apparaisse.

5/ Élargir son répertoire d'activité sexuelle.

Beaucoup de couples ont des relations sexuelles centrées sur la pénétration vaginale. Or, les caresses des zones érogènes ont un rôle tout aussi important à jouer pour une vie sexuelle épanouie. Notre rôle de soignant est aussi de l'apprendre aux femmes qui nous confient une plainte sexuelle. Ne pas se focaliser sur la survenue d'un orgasme est aussi primordial ; le but d'une relation sexuelle, d'un point de vue sexologique, étant le sentiment de satisfaction ressenti. Le médecin pourra aussi encourager sa patiente à communiquer avec son partenaire à propos de ses préférences en terme de caresses sexuelles et à laisser place à la créativité en modifiant ses habitudes et en testant éventuellement de nouvelles positions, notamment s'il existe des contraintes physiques particulières comme des douleurs dorsales, une grossesse,...

3.3. Référer à un sexologue

Régulièrement, bien sûr, s'il dépiste une dysfonction sexuelle, le médecin ne pourra la traiter seul mais devra référer sa patiente à un sexologue. Idéalement en maintenant une certaine collaboration. Comme dans bien d'autres domaines, il est riche de travailler en réseau. En effet, connaître le sexologue à qui il envoie sa patiente permettra au médecin de la mettre davantage en confiance afin de la convaincre de consulter un spécialiste qui va

pouvoir l'aider. De plus, il sera important, si c'est à lui que la patiente s'est confiée en première intention, que le médecin continue à suivre la santé sexuelle de celle-ci à l'occasion d'une consultation ultérieure en ayant eu un feedback, même sommaire, de la prise en charge du sexologue.

CONCLUSION

Cet article est une synthèse de concepts simples, ce qui démontre que parler de sexualité avec nos patientes est à la portée de tout médecin. De plus, si on observe les plaintes sexuelles présentées par les patientes en consultation médicale, une proportion non négligeable peut être traitée en donnant des conseils pratiques simples. Ce qui est compliqué, c'est de franchir la barrière de l'intimité avec respect et professionnalisme, d'accueillir une plainte sexuelle avec une écoute appropriée et d'intégrer nos connaissances en sexologie dans une réalité toujours complexe.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Osez parler de sexualité avec vos patientes, vous en avez la capacité, le droit et peut-être le devoir...

RÉFÉRENCES

1. Kingsberg SA, Clayton AH, Pfaus JG. The Female Sexual Response: Current Models, Neurobiological Underpinnings and Agents Currently Approved or Under Investigation for the Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder. *CNS Drugs*. 2015 ; 29 : 915-933.
2. Colson MH, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. *J Sex Med*. 2006 ; 3 : 121-131.
3. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J *et al*. Report of the interbational consensus development conference on female sexual dysfunction : definitions and classifications. *J Urol*. 2000 ; 16 : 888-893.
4. Cour F, Bonierbale M, Troubles du désir sexuel féminin. *Progrès en urologie*. 2013 ; 23 : 562-574.
5. Buisson O, Foldes P. Reviews: The Clitoral Complex: a Dynamic Sonographic Study. *The J Sex Med*. 2009 ; 6 (5) : 1223-1231.
6. Komisaruk B, Whipple B. Functional MRI of the brain during orgasm in women. *Ann Rev Sex Research*. 2005 ; 16 : 62-86.
7. Cour F, Droupy S, Faix A, Methorst C, F Giuliano. Anatomie et physiologie de la sexualité. *Progrès en urologie*. 2013 ; 23 : 547-561.
8. Meston CM, Buss DM. Why Humans have sex ? *Arch Sex Behav*. 2007 ; 36(4) : 477-507.
9. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*. 2005 ; 172 : 1327-1333.
10. Masters W, Johnson V. In *Human sexual response*, 232-236, Boston, MA : Little Brown.

AFFILIATIONS

- 1 CHU UCL Namur-site Godinne, Service de Gynécologie et Procréation Médicalement Assistée, Centre de Médecine Sexuelle, B-5530 Yvoir
- 2 CHU UCL Namur-site Godinne, Service de Gynécologie
- 3 CHU UCL Namur-site Godinne, Service d'urologie
- 4 CHU UCL Namur-site Godinne, Service de Médecine Psychosomatique

CORRESPONDANCE

Dr. NATHALIE MICHAUX

CHU UCL NAMUR Site Godinne
Service de Gynécologie et Procréation Médicalement Assistée.
Centre de Médecine Sexuelle
Avenue G. Thérasse, 1
B-5530 Yvoir