



**HAL**  
open science

## Le praticien et la sexologie : à propos d'une consultation en sexologie humaniste, 1000 observations, suivie d'une étude sur les thérapies sexuelles en France

Marie-Christine Voyron-Lemaire, Jacques Voyron

### ► To cite this version:

Marie-Christine Voyron-Lemaire, Jacques Voyron. Le praticien et la sexologie : à propos d'une consultation en sexologie humaniste, 1000 observations, suivie d'une étude sur les thérapies sexuelles en France. Médecine humaine et pathologie. 1977. dumas-01482609

**HAL Id: dumas-01482609**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01482609>**

Submitted on 3 Mar 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4  
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Domaine de LA MERCI  
LA TRONCHE

Année 1977

No d'ordre :

53

TITRE DE LA THESE

# LE PRATICIEN ET LA SEXOLOGIE

A propos d'une consultation en Sexologie Humaniste,  
1000 observations  
suivie d'une étude sur les thérapies sexuelles en France.

THÈSE

présentée

à l'Université Scientifique et Médicale de GRENOBLE,  
pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MÉDECINE  
DIPLOMÉ D'ÉTAT

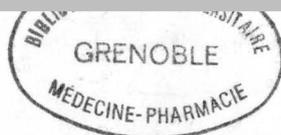
par

Marie Christine LEMAIRE épouse VOYRON

[Données à caractère personnel]

Jacques VOYRON

[Données à caractère personnel]



Cette thèse sera soutenue publiquement le Mars 1977, devant

M. le Professeur R. MAGNIN, Président du Jury,  
MM. les Professeurs J. BOUCHARLAT, C. RACINET,  
M. le Docteur M. MEIGNANT.

Domaine de LA MERCI  
LA TRONCHE

Année 1977

No d'ordre :

TITRE DE LA THÈSE

# LE PRATICIEN ET LA SEXOLOGIE

A propos d'une consultation en Sexologie Humaniste,  
1000 observations  
suivie d'une étude sur les thérapies sexuelles en France.

THÈSE

présentée

à l'Université Scientifique et Médicale de GRENOBLE,  
pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MÉDECINE  
DIPLOMÉ D'ÉTAT

par

Marie Christine LEMAIRE épouse VOYRON

[Données à caractère personnel]

Jacques VOYRON

[Données à caractère personnel]



Cette thèse sera soutenue publiquement le Mars 1977, devant

M. le Professeur R. MAGNIN, Président du Jury,  
MM. les Professeurs J. BOUCHARLAT, C. RACINET,  
M. le Docteur M. MEIGNANT.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R.MAGNIN

pour la compréhension, le soutien et  
les encouragements qu'il nous a apportés  
tout au long de cette thèse,  
qu'il trouve ici le témoignage de notre  
reconnaissance.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

J. BOUCHARLAT

C. RACINET

qui nous ont fait l'honneur  
d'accepter de participer au  
Jury.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR W. PASINI

auprès de qui nous avons trouvé,  
à Genève, notre premier enseignement  
de Sexologie.

A MICHEL MEIGNANT

qui a mis à notre disposition ses  
dossiers de consultation,  
qui nous a permis de collaborer  
à la Sexologie Humaniste,  
qu'il reçoive ici nos plus vifs  
remerciements.

A tous ceux avec qui nous avons  
fait un bout de thérapie, plus ou  
moins long, plus ou moins loin :

Danièle	DEZARD
Margaret	ELKE
Dan	MILLER
Tan	NGUYEN
Georges	TEBOUL
Hélène	TEBOUL-WIART
Monique	THOENIG

Marie-Christine :

A la mémoire de mon père

A ma mère

A Henri

A tous les miens

Jacques :

A la mémoire de mon grand-père

A ma grand-mère

A mes parents

A Didier

A ma famille

A tous nos amis.

Je suis ma voie, Tu suis la tienne.

Je ne suis pas en ce monde pour répondre à tes attentes,

Tu n'es pas en ce monde pour répondre aux miennes.

Je suis moi, Tu es toi.

Si par bonheur nous nous rencontrons, ce sera merveilleux.

Sinon, nous n'y pouvons rien.

Fritz Perls

"Prière de la Gestalt"

## PLAN

### Introduction

1ère PARTIE : A propos d'une consultation en sexologie  
humaniste : 1000 observations.

- A - Une consultation en sexologie humaniste.
- B - Moyens d'étude de ces 1000 observations:
  - B.I. : Les renseignements recueillis.
  - B.II. : Structure de l'échantillon qui a consulté.
- C - Le diagnostic sexologique:
  - C.I. : Introduction.
  - C.II. : Ejaculation précoce.
  - C.III. : Absence d'éjaculation ou anéjaculation.
  - C.IV. : Anorgasmie masculine.
  - C.V. : Impuissance masculine.
  - C.VI. : Synthèse : étude d'ensemble des dysfonctions sexuelles masculines.
  - C.VII. : Frigidité et Anorgasmie féminine.
  - C.VIII.: Vaginisme.
  - C.IX. : Dyspareunie.
  - C.X. : Absence ou Manque de besoin sexuel isolé.
  - C.XI. : Synthèse : étude d'ensemble des dysfonctions sexuelles féminines.

- C.XII : Les mariages non consommés.
- C.XIII : Conclusion : le symptôme sexuel et le couple.

D - Problèmes sexologiques associés:

- D.I. : Homosexualité - Bisexualité.
- D.II. : Mésentente conjugale.
- D.III. : Solitude - Inhibition sexuelle - Misère sexuelle.
- D.IV. : Donjuanisme et Nymphomanie.
- D.V. : Sadomasochisme.
- D.VI. : Exhibitionnisme.
- D.VII. : Pédophilie.
- D.VIII. : Fétichisme.
- D.IX. : Transsexualisme.

E - Le motif de consultation :

- E.I. : Motif de consultation et diagnostic sexologique.
- E.II. : Autres motifs de consultation.

F - Solutions recherchées par le consultant.

G - Les différentes thérapies suivies par les patients avant la consultation.

2ème PARTIE : "Les thérapies sexuelles "

A - Etiologies - Bases de la thérapie.

B - Les thérapies :

B.I. : Les buts.

B.II. : Les moyens.

B.III.: Les thérapies sexuelles en France.

Conclusions.

---

## Abréviations

- 1) Personne mariée : ce terme signifie soit que le sujet est marié, soit qu'il vit maritalement.
- 2) E.P. : Ejaculation précoce.
- 3) I ou II : primaire ou secondaire.
- 4) M.et J. : W.MASTERS et V. JOHNSON.

! I N T R O D U C T I O N !

La Sexologie ne devrait pas exister.

Connaissez-vous un Migrainologue ?

La Sexologie est la science de symptômes divers : Impuissance - Frigidité - Vaginisme. En tant que telle, elle est au confluent de la Gynécologie, de la Psychiatrie, de l'Urologie, de l'Endocrinologie. Elle concerne aussi les psychologues, les psychanalystes, les sociologues, les ethnologues. La façon de lui donner toute son ouverture est de l'inclure dans le concept de Santé, dans le domaine de l'Hygiéniste et de la prévention.

Depuis KINSEY, puis MASTERS et JOHNSON la recherche scientifique se préoccupe du rapport sexuel. On définit la physiologie des réactions sexuelles, une "fonction érotique" - c'est le domaine des chercheurs.

Des hommes et des femmes ne se rencontrent pas sur le plan sexuel, se débattent au milieu des notions de plaisir, du bien et du mal, de faute et d'épanouissement. Ils souffrent car leur corps refuse de les mener là où vont leurs désirs et leurs fantasmes : C'est le domaine du thérapeute, de l'éducateur, de l'enseignant.

Derrière le mot Sexologie se bousculent de grands problèmes humains : c'est de la chose la plus intime, la plus essentielle dont il s'agit : du sexe tendresse et du sexe affection - du sexe communication.

Les Hommes ont choisi d'autres Hommes pour confier leur attente; les médecins sont de ceux là, qui reçoivent quotidiennement une demande sexologique, sous jacente, ou explicite.

Le: "ne-vous-en-faites-pas, ça-s'arrangera-prenez-un-amant" cache la gêne du praticien qui n'a pas, par la seule vertu de sept années d'étude, où pas un mot sur "La Chose" n'est prononcé, réussi mieux que son patient à maîtriser les taboux et les "mystères" de la sexualité.

Il doit résister aussi à l'angoisse d'abord contenue dans la détresse elle-même , à celle ensuite de n'avoir rien "sous la main" pour soulager son "malade". Il doit ensuite se prêter à l'exigence d'une telle demande - exigence sur son temps, dans la qualité de l'écoute, dans la remise en question de son savoir, de son rôle qui ne répond plus ici aux critères de la Médecine Somatique :  
- " La technique (du Sexologue) doit allier délicatesse et précision, (sa) panoplie doit obligatoirement contenir la pince à extraire le subconscient et la clé à ouvrir les portes les plus intimes de l'être.

" Dans cette tâche, le Sexologue doit joindre une connaissance profonde de la science médicale à une technique éprouvée de l'art de la communication. Beaucoup de praticiens peuvent, dans leur maturité, répondre à de tels critères".

" C'est le Docteur GUILLERM, médecin généraliste - Sexologue qui s'exprime ici et propose son livre "Le Sexe épanoui" aux médecins d'abord pour "leur faire prendre conscience de leur aptitude et les inciter à ouvrir le dialogue sexologique avec leurs patients".

A sa suite, très modestement, nous dédions notre thèse au praticien, dans le but de l'intéresser et de l'informer.

Nous lui offrons d'abord l'étude d'une consultation de sexologie, sa méthode, ses 1000 dossiers - ses 1551 personnes, une description de la plupart des symptômes sexuels qu'il rencontre, leur analyse statistique et médicale, une présentation de bilans étiologiques. Puis nous avons essayé de faire le point sur les thérapies actuelles des dysfonctions sexuelles, qu'il est possible de suivre en France.

1ère partie :  
=====

A PROPOS D'UNE CONSULTATION  
EN SEXOLOGIE HUMANISTE

1000 Observations.

! A - UNE CONSULTATION EN SEXOLOGIE HUMANISTE !

Plusieurs notions, dans la conception de cette consultation, rompent avec la tradition, pour des raisons bien précises.

D'abord le 1er contact : la prise du Rendez-vous par téléphone est assumée par un membre de l'équipe-thérapeute. Il est important de s'astreindre à une permanence téléphonique "personnalisée" car les consultants ont besoin d'informations pour s'engager : C'est dès ce stade que commence l'écoute et la thérapie. - Le consultant a de nombreuses questions à poser sur le déroulement de la consultation, son coût, sur l'opportunité d'une telle démarche pour son problème à lui. Le thérapeute a de nombreuses indications à fournir : sur la nécessité de consulter avec sa (son) partenaire, dans la mesure de ses possibilités, sur l'équipe mixte de thérapeutes, sur les buts de la consultation...

Il s'agit bien sûr de poser un diagnostic sexologique précis : Impuissance - Anorgasmie - de rechercher les problèmes sexologiques secondaires : mésentente conjugale, Homosexualité - fétichisme - de dépister une étiologie organique : les bilans spécialisés sont souvent confiés à l'urologue, au gynécologue, au neurologue...

Mais le plus important est de saisir la demande sous-jacente au symptôme: quels sont les vrais motifs de la consultation : manque de communication - menace d'abandon - réinduction permanente d'une situation conflictuelle de l'enfance.

A partir de cela, il faut dans la majorité des cas, renforcer la motivation des gens, car la peur face au risque de la thérapie, du changement, est souvent supérieure au mal à vivre conscient.

L'indication thérapeutique est en effet toujours exigeante pour le patient. Dans de nombreux cas où l'étiologie est psychologique, c'est une psychothérapie qui, quel que soit sa forme, est toujours difficile à assumer - Lors d'une atteinte organique, si celle-ci est réversible, à fortiori si elle ne l'est pas, les désordres qu'elle a entraîné dans la relation du couple, ou dans la relation avec le monde extérieur, sont parfois si profonde qu'une psychothérapie de soutien est encore nécessaire.

Pour répondre à sa fonction, la consultation doit s'organiser autour d'une structure autre que blouse blanche, bureau Empire et fauteuils de cuir. Elle a lieu dans une pièce douce de moquette et de coussins, pieds déchaussés, thérapeutes et consultants assis face à face.

La relation qui peut s'établir se veut plus de partage et de communication que de soins et de savoir. Le couple de thérapeute a ici un autre pouvoir - celui de l'écoute et de l'acceptation totale de celui qui lui fait face, afin qu'il ose être lui-même.

On rejoint ici "l'écoute positive inconditionnelle" de ROGERS. Je cite ici C. DREYFUS " Les Groupes de rencontre" et C. ROGERS "le Développement de la personne":

- "Il s'agit de voir de l'intérieur, le monde extérieur de l'autre", d'essayer de ressentir les choses comme lui, de leur donner le sens, très personnel, qu'il leur donne. Une telle vision exige une sensibilité, un sens des nuances considérable, beaucoup d'intuition aussi, si l'on veut comme ROGERS pénétrer l'Univers d'autrui "de manière suffisamment exacte pour saisir non seulement les significations de l'expérience qui lui sont évidentes, à lui, mais aussi celles qui ne sont qu'implicites, qui ne lui apparaissent qu'obscurément et de manière confuse". (Le thérapeute) peut, par exemple, reformuler ce qui vient d'être dit, en ses propres termes, sans rien changer d'autre que les mots. Il peut le résumer, ou le clarifier, en extrayant les lignes de force d'une situation vécue et décrite comme confuse par le "client". Ou y apporter un point de vue neuf, en privilégiant, dans le contexte donné, un autre élément que le client, sans rien ajouter ou retrancher à l'ensemble (....).

Contrairement à ce qui se passe en psychanalyse, le client est seul juge de la validité des reformulations proposées. Il peut rejeter l'image que lui présente le thérapeute dans le miroir de son empathie : le thérapeute se contentera de rectifier le tir jusqu'à accord des 2 parties. (....).

Quant le miroir est honnête, efficace, quand il renvoie au client une image suffisamment nette, détaillée, en profondeur, sans jugement de valeur, de lui-même, le sujet d'une telle observation, l'objet d'une telle empathie se découvre lui-même. Puisqu'un autre le regarde sans effroi et sans horreur - sans satisfaction aussi -, il ose enfin se regarder

aussi, dans toute sa complexité, réintégrer en lui-même les facettes qu'il avait jusqu'alors rejetées, refoulées pour se rendre plus acceptable. L'empathie est devenue confirmation de l'autre, confirmation non seulement de ce qu'il est, mais de tout son potentiel, de toutes ses virtualités dormantes qui peuvent alors enfin s'éveiller. Et le client, ayant appris à se regarder lui-même, pourra désormais, à son tour, porter sur l'autre le même regard, sans peur et sans reproche. Il s'accepte unique, il se sait son seul juge, il est prêt à écouter et à s'ouvrir au monde". -

Pour ébaucher une telle démarche, il faut du temps : chaque consultation dure 1 heure 30, voire 2 heures. Il faut aussi une clairvoyance de soi-même, une force, car "en comprenant une autre personne de cette manière, en pénétrant dans son monde privé et en percevant sa manière de voir la vie, tout en se défendant d'émettre des jugements de valeur à son égard, on court le risque d'être transformé soi même" (C. ROGERS : "le développement de la personne").

"Pour accepter de couvrir le risque il faut un certain courage, et aussi une certaine force, une profonde assurance, une grande connaissance, une grande acceptation de ce qu'on est soi-même. Faute de quoi, reculant devant le danger d'une telle écoute, on se réfugie derrière le jugement de valeur, le classement, l'interprétation " -(C. DREYFUS : "Les Groupes de Rencontre").

Pour être apte à exercer ce "pouvoir" sans danger pour soi, ni pour l'autre, il est donc une dernière exigence de la consultation de sexologie humaniste : C'est la formation des thérapeutes.

Je n'insisterai pas ici mais préciserai seulement qu'elle passe par un travail de psychothérapie véritable.

## B - METHODE D'ETUDE DE CES 1000 OBSERVATIONS

Nous avons étudié 1000 Observations prises au hasard dans le cadre d'une consultation parisienne.

Ces dossiers s'étalent entre 1972 et 1976. Une partie concerne la clientèle privée, et une partie s'est déroulée en milieu hospitalier.

### B.I. Les renseignements recueillis :

=====

Une observation peut concerner une seule personne, mais aussi deux personnes s'il s'agit d'un couple qui consulte.

Pour chaque consultant, nous avons noté :

#### B.I.1 : Des renseignements généraux :

- l'âge
  - la profession
  - le salaire
  - le lieu de résidence
- suivant les indications données par le consultant.

#### B.I.2 : Des données relatives à sa situation affective :

- Vie affective :
  - Est-il marié, veuf, divorcé, célibataire ?
  - Vit-il en couple ?
  - Depuis combien de temps ?
  - Est-il puceau ?
- Le nombre d'enfants.
- Le nombre de divorces déjà vécus par le consultant.

B.I.3. : Des données sexologiques :

3 aspects :

- Le diagnostic sexologique.
- Les problèmes sexologiques secondaires.

Exemple : Homosexualité, Mésentente conjugale, Fétichisme, Sadomasochisme...

- Le motif de la consultation.

Quand cela était indiqué, nous avons noté :

- . Quel type de solution le consultant vient-il rechercher ?
- . En ce qui concerne ceux venus en couple, quelle part de responsabilité chaque conjoint accepte pour lui-même.

B.I.4. : Sur le plan médical :

- Les antécédants médicaux, chirurgicaux ou psychiatriques pouvant avoir un rapport avec la sexualité du sujet.
- L'état de l'évolution de ces affections lors de la consultation.
- Les différents types de traitement suivis par le sujet avant la consultation.
- Le résultat de l'examen clinique du frein des hommes consultant pour éjaculation précoce.

N.B. : Nous n'avons pu relever ni la pratique religieuse, ni le niveau d'étude de ces consultants.

B.II. Structure de l'échantillon qui a consulté :

=====

Nous l'étudierons :

- en fonction du sexe et de la situation affective.
- en fonction du sexe et de l'âge.
- en fonction de la situation matrimoniale.
- en fonction du lieu de résidence.
- en fonction de la catégorie socio-professionnelle.
- en fonction du niveau des revenus.
- en fonction du nombre d'enfants.
- en fonction du nombre de divorces.

Mais, voyons tout d'abord les bases statistiques permettant d'exprimer la précision des résultats.

Nous nous limiterons dans la plupart des cas à l'estimation de l'intervalle de confiance d'un pourcentage. Il s'agit de mesurer l'incertitude attachée à chacun des pourcentages obtenus : il est possible de calculer un intervalle de confiance situé de part et d'autre du pourcentage observé, et dans lequel le vrai pourcentage a une probabilité déterminée de se trouver. Habituellement, on opte pour un risque de 5 % d'erreur.

En d'autres termes, il y a 95 chances sur 100 pour que le pourcentage réel soit situé dans l'intervalle ainsi défini, et 5 chances sur 100 pour qu'il soit situé en dehors de cet intervalle.

Précisons aussi que toutes les valeurs de cet intervalle ne sont pas equi-probables. Par exemple : un pourcentage dont la vraie valeur serait comprise en 6 et 14 %. Cette vraie valeur a plus de chances de se trouver au voisinage de 10 % que d'être proche de 6 ou de 14 %.

Calcul de l'intervalle de confiance d'un pourcentage :

2 cas à envisager :

\* Soit l'échantillon pris en considération est supérieur ou égal à 100 ; le pourcentage n'étant pas voisin de 1 ou de 0 : la distribution du pourcentage est une distribution normale de moyenne q et d'écart type Sq - L'intervalle de confiance du pourcentage sera donc :

$$q - 2 Sq < q < q + 2 Sq$$

cela pour un coefficient de sécurité de 95 %.

D'après les valeurs estimées :

$$q_0 - 2 \sqrt{\frac{q_0 (1 - q_0)}{n}} < q_0 < q_0 + 2 \sqrt{\frac{q_0 (1 - q_0)}{n}}$$

n étant l'effectif de l'échantillon interrogé.

\* Soit l'échantillon pris en considération est inférieur à 100 ou le pourcentage trouvé est voisin de 1 ou de 0 : On ne peut plus assimiler la distribution binomiale du pourcentage à une distribution normale. Il faut alors calculer les probabilités de chaque composition possible de l'échantillon en utilisant les formules de la distribution binomiale, et exclure ensuite l'ensemble des termes dont la probabilité globale est inférieure ou égale à 5% pour le coefficient de sécurité de 95 %.

Les calculs peuvent être alors très longs et laborieux, et en pratique, nous nous référerons à des tables pour obtenir cet intervalle de confiance.

N.B. : Tous les calculs de l'intervalle de confiance du pourcentage seront faits sur la base d'un coefficient de sécurité de 95 %.

B II 1 : Etude de ces 1000 observations en fonction du sexe et de la situation effective :

Il y a 2 façons d'aborder cette étude :

- \* Soit en prenant pour référence les 1000 observations.
- \* Soit en prenant pour référence les 1551 personnes que représentent ces 1000 observations.

B II 1 A = Par rapport aux 1000 consultations :

\* Répartition générale :

- 550 observations concernent des couples :

Soit 55 % de couple

En fait entre :

51,8 % et 58,1 %

pour un coefficient de sécurité de 95 %.

- 447 observations concernent des sujets ayant consulté seuls :

Soit 44,7 % de personnes venues seules

En fait :

44,7 % et 3,1 %

- 3 cas particulier :

- un couple parental venant consulter à la place de leur fils.
- un homme célibataire venant consulter avec son père.
- un homosexuel masculin venant consulter avec son partenaire masculin.

C'est donc en couple, pour la majorité, que les gens se présentent à la consultation sexologique.

N.B.: Pour un coefficient de sécurité de 99 % il y aurait entre :

50,9 % et 59,1 % de couples.

\* Répartition des sujets qui ont consulté seuls suivant leur sexe et leur situation affective :

- Suivant le sexe : (sur 447 personnes)

= 362 hommes :

soit 81 %  $\pm$  3,7 %

= 85 femmes :

soit 19 %  $\pm$  3,7 %

Au total, il semble qu'il y ait 4 fois plus d'hommes que de femmes qui aient consulté seuls.

(en fait de 3,5 fois à 5,5 fois plus d'hommes).

- Suivant le sexe et la situation affective :

	Nbre d'hommes	Nbre de femmes	Structure hommes %	Structure femmes %
Célibataires	175	22	48% $\pm$ 5 %	26 % $\pm$ 10 %
Mariés	150	47	42 % $\pm$ 5 %	55 % $\pm$ 10 %
Divorcés	29	13	10 % $\pm$ 3 %	19 % $\pm$ 10 %
Veufs	8	3		
	362	85	100 %	100 %

Résultats :

- Parmi les hommes ayant consulté seuls, il y a une majorité équilibrée d'hommes célibataires et d'hommes mariés, tandis que pour les femmes, il y a une nette majorité de femmes mariées.

- Nous avons essayé de savoir si une liaison extra conjugale était fréquente parmi les hommes et femmes mariés ayant consultés seuls :

\* Sur 150 hommes : 34 ont une maitresse avouée

Soit 23 %  $\pm$  7,0 %

\* Sur 47 femmes : 10 ont un amant avoué

Soit 21 %  $\pm$  12 %

\* Répartition de ces 1000 consultations suivant la situation affective des consultants :

- 199 consultations concernent un homme ou une femme célibataire:

Soit 20 % des consultations (  $\pm$  2,5 %)

- 53 consultations concernent une personne divorcée ou veuve :

Soit environ 5 % des consultations (  $\pm$  1,4 %)

- 747 consultations concernent un couple ou une personne mariée vivant en couple, mais venue seule :

Soit environ 75 % des consultations (  $\pm$  2,8 %)

Parmi eux :

\* Dans 550 cas, ils ont consultés ensemble.

Donc 74 % des sujets vivant une relation de couple ont consulté ensemble (  $\pm$  3,2 %)

\* Dans 197 cas, l'un des deux partenaires est venu consulter seul.

Donc 26 % des sujets vivant une relation de couple ont consulté seuls ( $\pm 3,2$  %).

Conclusion :

Il apparait qu'environ les 3/4 des consultations concernent une personne vivant une relation de couple, et que les 3/4 d'entre-eux consultent en couple.

B.II.1 B: Par rapport aux 1551 personnes :

\* Répartition suivant le sexe :

- 916 hommes

- 635 femmes

\* Répartition suivant le sexe et la situation affective.

	Nbre Hommes	Nbre Femmes	Struct. Hommes %	Struct. Femmes %	Struct. théorique Hommes %	Struct. théorique Femmes %
Célibataires	177	22	19,3 $\pm 2,6$	3,5 $\pm 1,4$	21,5	15,2
Mariés	700	597	76,5 $\pm 2,8$	94 $\pm 1,9$	72,7	64,9
Divorcés	29	13	4 $\pm 1,3$	2,5 $\pm 1,2$	5,8	19,9
Veufs	8	3				
	914	635	99,8	100	100	100

Remarques :

\* Le total des 916 hommes est atteint en additionnant le couple homosexuel masculin qui a consulté.

\* La structure théorique est celle de la population générale âgée de plus de 20 ans lors du recensement de Mars 68 par l'INSEE (les résultats du recensement de 1975 ne sont pas encore connus dans ce domaine).

Conclusion :

- Environ 3/4 des hommes qui consultent sont mariés ou vivent une relation de couple. C'est le cas de 92 à 96 % des femmes.
- En comparant à la structure théorique de la population générale de plus de 20 ans, il apparait :
  - \* que la structure des consultants hommes en fonction de leur situation affective est très proche de celle de la population générale de plus de 20 ans.
  - \* que ce n'est pas du tout le cas des consultants femmes, où celles célibataires, divorcées ou veuves consultent peu.

B. II. 2 : Etude de ces 1000 observations en fonction du  
 =====  
 sexe et de l'âge.  
 =====

Pour cette étude on ne tient pas compte que les consultants soient venus ou non en couple.

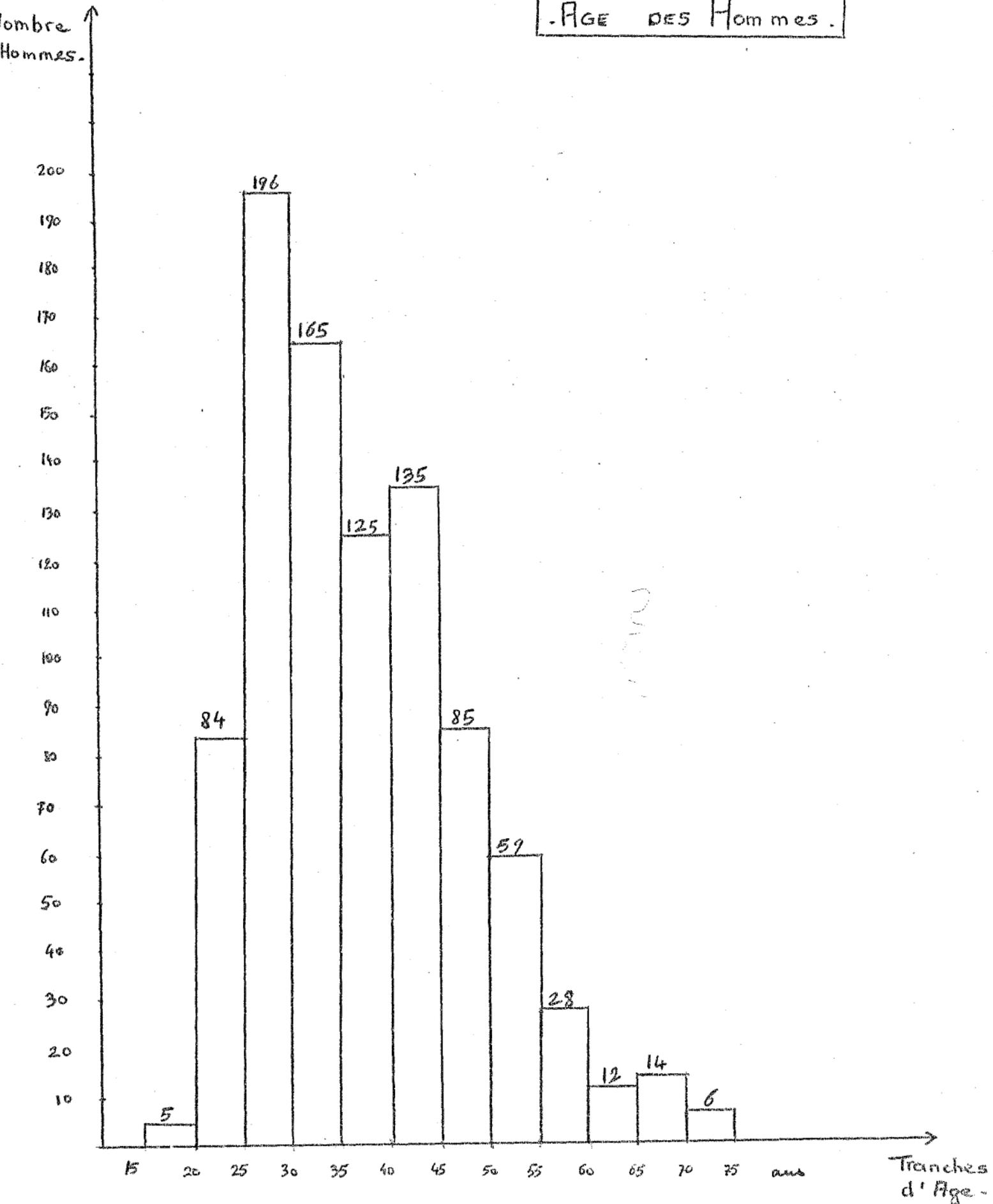
Nous ne connaissons pas l'âge de 2 hommes et de 2 femmes. Cette étude portera donc sur 1547 personnes :

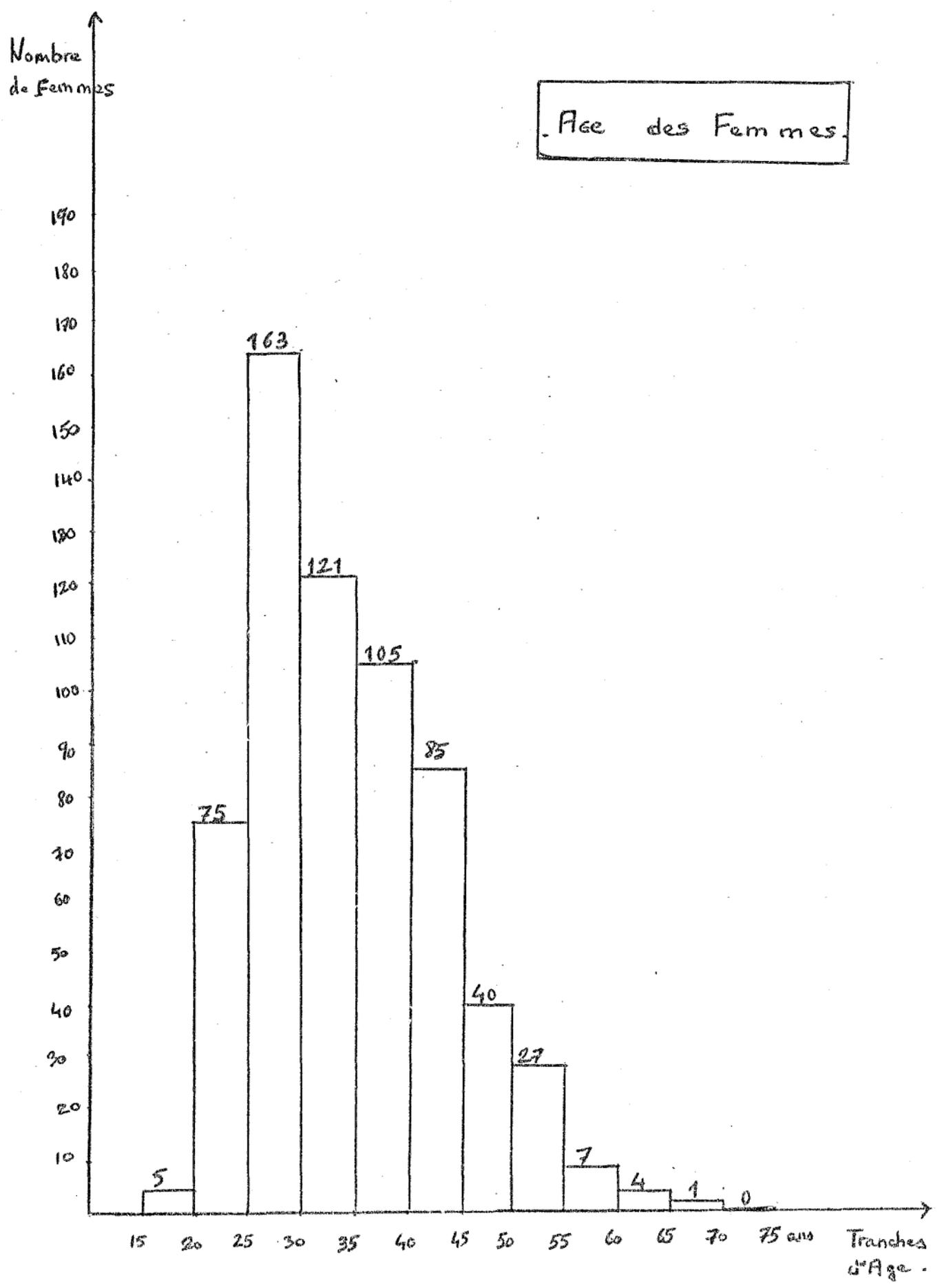
- Soit 914 hommes.
- Soit 633 femmes.

B II 2 A : Résultats :

Age	Nbre Hom- mes	Structure Hommes %	Nbre Fem- mes	Structure Femmes %
De 15 à 19 ans	5	0,5 %	5	0,8 %
De 20 à 24 ans	84	9,2 ± 1,9	75	11,8 ± 2,6 %
De 25 à 29 ans	196	21,4 ± 2,7	163	25,8 ± 3,5 %
De 30 à 34 ans	165	18 ± 2,5	121	19,1 ± 3,1 %
De 35 à 39 ans	125	13,7 ± 2,2	105	16,6 ± 2,9 %
De 40 à 44 ans	135	14,8 ± 2,3	85	13,4 ± 2,7 %
De 45 à 49 ans	85	9,3 ± 1,9	40	6,3 ± 1,9 %
De 50 à 54 ans	59	6,6 ± 1,6	27	4,3 ± 1,6 %
De 55 à 59 ans	28	3,1 ± 1,1	7	1,1 %
De 60 à 64 ans	12	1,3 %	5	0,8 %
De 65 à 69 ans	14	1,5 %		
De 70 à 74 ans	6	0,6 %	0	-

AGE DES Hommes.





Rappelons que l'intervalle de confiance calculé pour chaque pourcentage, l'est pour un coefficient de sécurité de 95 %.

Il nous a paru intéressant de faire une comparaison entre les résultats trouvés, et la structure théorique de la population générale.

Pour cela :

- nous avons pris pour matériel d'étude les sujets âgés de 20 à 59 ans.
- nous nous sommes référés au résultat du recensement de Mars 68 concernant les sujets de la population générale, âgés de 20 à 59 ans.

(les chiffres du recensement de 1975 ne sont pas encore connus).

2 parties :

\* Hommes de 20 à 59 ans

Age	Nombre		Structure Hommes		Structure Theor.
	total	Hommes	%		Hommes %
De 20 à 24 ans	84	84	9,6 ± 2		15,8 %
De 25 à 29 ans	196	196	22,3 ± 2,8		12,1 %
De 30 à 34 ans	165	165	18,8 ± 2,6		13 %
De 35 à 39 ans	125	125	14,3 ± 2,4		14 %
De 40 à 44 ans	135	135	15,4 ± 2,4		13,7 %
De 45 à 49 ans	85	85	9,7 ± 2		12,5 %
De 50 à 54 ans	59	59	6,7 ± 1,7		7,8 %
De 55 à 59 ans	28	28	3,2		11,1 %
	877	877	100		100

\* Femmes de 20 à 59 ans :

Age	!!Nombre!	Structure		!Structure Théor.!
	!!total !	Femmes		Femmes
	!!Femmes!	%		%
De 20 à 24 ans	75	12,1	+ 2,6	15,3 %
De 25 à 29 ans	163	26,2	+ 3,5	11,5 %
De 30 à 34 ans	121	19,4	+ 3,1	12,5 %
De 35 à 39 ans	105	16,9	+ 3	13,6 %
De 40 à 44 ans	85	13,6	+ 2,7	13,7 %
De 45 à 49 ans	40	6,4	+ 2	12,9 %
De 50 à 54 ans	27	4,3 %		8,3 %
De 55 à 59 ans	7	1,1 %		12,2 %
	623	100		100

B.II.2 B - Interprétations et conclusionsa - Interprétation générale :

\* Il n'y a pas de différence significative dans la répartition des âges, entre les hommes et les femmes, en pourcentage.

\* La majorité des consultants se situe entre 25 et 34 ans :

- 39,4 % des hommes ( $\pm$  3,2)

- 44,9 % des femmes ( $\pm$  3,9)

\* Avant 39 ans se situe la majorité absolue des consultants.

- 62,8 % des hommes ( $\pm$  3,2)

- 74,1 % des femmes ( $\pm$  3,5)

Soit les 3/5 des hommes et les 3/4 des femmes.

\* Après 45 ans, on trouve très peu de femmes :

- . 12,5 % des femmes ( $\pm$  2,6 )
- . 22,4 % d'hommes ( $\pm$  2,7 )

Cela confirme ce que nous avons déjà constaté, c'est à dire qu'après 45 ans, les hommes consultent souvent seuls.

- . Soit parce que leur femme n'est pas concernée.
- . Soit parce qu'ils ont honte de leur faiblesse.
- . Soit parce qu'ils ont une maîtresse.
- . Soit parce qu'ils ne renoncent pas à une vie sexuelle s'ils sont veufs ou divorcés.

\* Comparons la répartition des individus de 20 à 59 ans dans la consultation, et dans la population générale.

On note pour les hommes et pour les femmes :

- qu'il y a relativement peu de consultants de 20 à 24 ans.
- que le pourcentage des consultants dépasse ensuite celui de la population générale de façon significative de 25 à 34 ans.
- qu'ils sont proches de 35 à 44 ans.
- enfin que le pourcentage des consultants est plus faible que celui de la population générale après 44 ans.

b - Les valeurs extrêmes :

\* Les consultants ayant moins de 20 ans :

5 hommes et 5 femmes.

- Les 5 hommes :

- ( . 3 portent un symptôme (2 impuissances primaires, 1 secondaire)
- ( . 1 accompagne sa partenaire qui porte le symptôme.
- ( . 1 consulte pour savoir si son pénis est anormal (17 ans).

- ( . 2 de ces hommes vivent une relation allant de quelques mois à 1 an.
- ( . 3 sont célibataires, et celui qui vient pour son pénis anormal est puceau.

. Le plus jeune a 17 ans.

- Les 5 femmes :

- ( . 3 portent un symptôme (Vaginisme, Frigidité primaire et anorgasmie secondaire).
- ( . 2 accompagnent leur partenaire qui porte le symptôme.

- ( . Aucune d'elles n'est célibataire. Elles connaissent leur partenaire depuis quelques mois à 5 ans.

( Un dossier à noter :

( Une jeune femme de 18 ans, qui au bout de 3 ans de vie commune, consulte pour anorgasmie secondaire.

\* Les consultants ayant 65 ans et plus :

20 hommes pour 1 femme.

Une femme de 67 ans, divorcée, qui consulte pour frigidité primaire, et qui a le projet de se remarier.

Les 20 hommes :

- Records d'âge :

- . 1 homme de 75 ans, célibataire, qui consulte pour impuissance secondaire.
- . 3 hommes de 72 ans :
  - { deux célibataires, un veuf
  - { 2 consultent pour impuissance II
  - { 1 consulte pour éjaculation précoce II

- Situation affective de ces 20 hommes :

- . 7 sont mariés.
  - (dont 1'un depuis 42 ans)
- . 6 sont divorcés.
- . 5 sont veufs.
- . 3 sont célibataires.

- Leurs symptômes sexuels :

- . 17 cas d'impuissance secondaire
- . 2 cas d'éjaculation précoce secondaire
- . 1 cas particulier :
  - un homme de 65 ans, marié depuis 30 ans, et
  - qui consulte pour une homosexualité mal vécue.

B.II. 2.C: Etude de la différence d'âge pour les couples:

Nous prenons seulement en considération les  
550 couples qui ont consulté ensemble :

\* La différence d'âge entre les 2 partenaires est  
inférieur ou égale à 5 ans .

dans 423 couples

soit  $\boxed{76,9 \%}$  (  $\pm 3,6$  )

\* La différence d'âge est comprise entre 5 et  
10 ans.

dans 82 couples

soit  $\boxed{14,9 \%}$  (  $\pm 3$  )

\* La différence d'âge est égale ou supérieure à  
10 ans.

dans  $\boxed{45 \text{ couples}}$

Parmi eux 12 couples ont une différence d'âge  
supérieure ou égale à 20 ans.

Parmi ces 45 couples dont la différence d'âge  
entre les 2 partenaires est de 10 ans ou plus,  
c'est en général l'homme qui a 10 ans de plus.

Notons cependant :

- la différence d'âge la plus importante est de  
32 ans en faveur de l'homme, qui amène sa par-  
tenaire au bout de 4 ans de vie commune pour  
frigidité primaire.

- on trouve un couple où la femme à 21 ans de  
plus que son mari. Ils consultent au bout de  
5 ans de mariage pour anéjaculation et  
stérilité.

- on trouve un autre cas où la femme a 12 ans de plus que son mari.

Ils consultent au bout de 19 ans de vie commune pour impuissance II et anorgasmie II.

B.II.3 : Etude de la durée de vie des couples

Pour cette étude, on tient compte du nombre d'années de vie en couple, qu'il s'agisse ou non d'un mariage.

En cas de divorce ou de veuvage, on ne tient compte que de la durée de la nouvelle liaison au moment de la consultation.

B.II.3 A : Résultats :

Il s'agit de l'ensemble des consultants vivant en couple, qu'ils soient venus sans leur conjoint ou avec, à la consultation, soit 747 observations.

La durée de vie commune est inconnue dans 56 dossiers.

Nombre d'années de vie commune	Nombre d'observations	Pourcentage
Vie commune $\leq$ 1 an	57	8,2 $\pm$ 2
1 an $<$ VC $\leq$ 3 ans	101	14,6 $\pm$ 2,7
3 ans $<$ VC $\leq$ 10 ans	250	36,2 $\pm$ 3,6
10 ans $<$ VC $\leq$ 20 ans	192	27,8 $\pm$ 3,4
20 ans $<$ VC $\leq$ 30 ans	75	10,9 $\pm$ 2,4
30 ans $<$ VC	16	2,3 %
	691	100 %

B.II.3.B : Interprétation :

- Au bout de 3 ans de vie commune, ont consulté:  
22,8 % ( ± 3,2)  
Soit entre 1/4 et 1/5 des couples.
- Au bout de 10 ans de vie commune ont consulté:  
59 % ( ± 3,7)  
Soit environ les 3/5 des couples.
- On note qu'il y a tout de même 2/5 des couples  
qui ont consulté le sexologue après plus de  
10 ans de vie commune, dont 10 % d'entre eux  
après plus de 20 ans de vie commune.

B.II.3.C : Particularités et Valeurs extrêmes :

- \* Les couples ayant 1 an ou moins de vie commune:
  - L'un d'entre eux a consulté après 10 jours de vie commune.
  - Sinon, parmi les 57 couples dans cette situation, on ne note rien de particulier, et on retrouve tous les types de symptômes sexuels.
- \* Les couples ayant plus de 30 ans de vie commune:  
16 cas.  
Au maximum, on trouve 2 couples qui ont consulté après 40 et 42 ans de vie commune.  
Sur le plan des symptômes sexuels :
  - 14 cas d'impuissance II
  - une consultation au bout de 33 ans de vie commune pour mésentente conjugale et sado-masochisme.

- une consultation au bout de 31 ans de vie commune pour anorgasmie primaire de l'homme et de la femme.

B.II.4 - Etude de ces 1000 observations en fonction du lieu de résidence des consultants.

Nous nous sommes référés pour fixer le lieu de résidence à l'adresse du consultant, ou du couple consultant.

Cette étude porte sur 980 observations (20 personnes ayant en effet refusé de donner leur adresse).

Nous avons établi cette répartition en fonction de la carte officielle de la régionalisation en France.

Résultats (dans l'ordre décroissant)

1) Région parisienne :

710 dossiers soit : 72,4 %  $\pm$  2,8 %

2) Normandie :

{ Haute Normandie : 17 observations  
{ Basse Normandie : 24 -

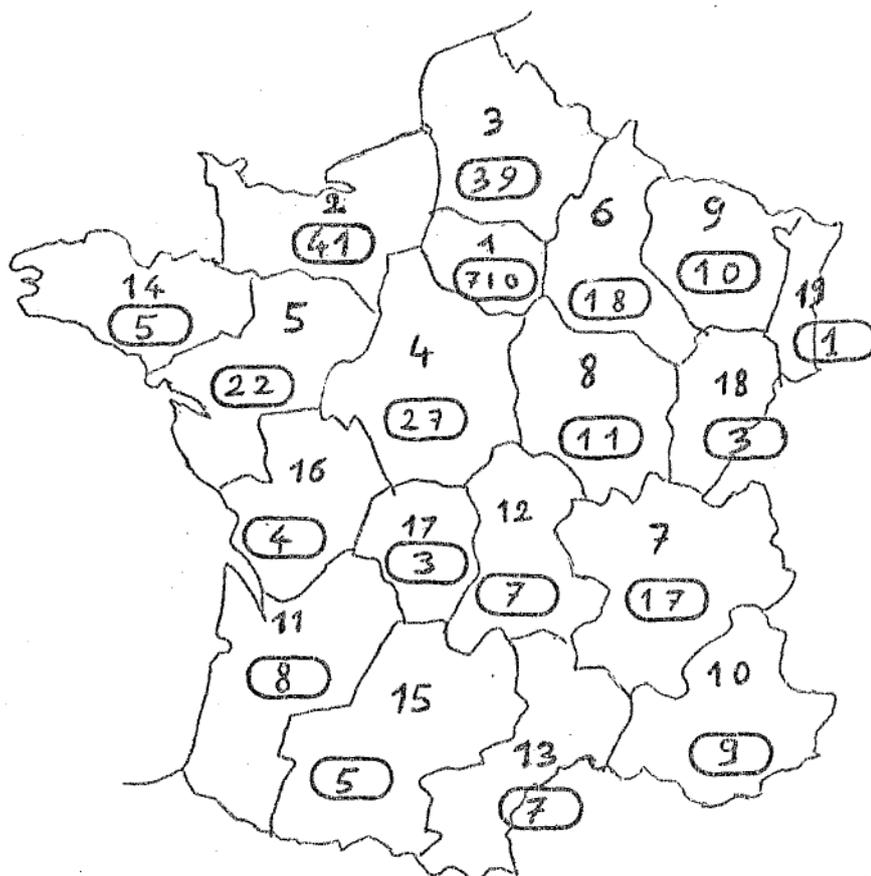
soit : 41 observations

3) Nord-Picardie :

{ Picardie : 21 Observations  
{ Nord : 18 -

soit : 39 observations

REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES CONSULTANTS



Légende :

- |    |                            |    |
|----|----------------------------|----|
| 1  | Région Parisienne          |    |
| 2  | Normandie (Haute et Basse) |    |
| 3  | Nord - Picardie            |    |
| 4  | Centre                     |    |
| 5  | Pays de Loire              |    |
| 6  | Champagne                  |    |
| 7  | Rhône - Alpes              | 17 |
| 8  | Bourgogne                  | 18 |
| 9  | Lorraine                   | 19 |
| 10 | Provence - Côte d'Azur     | 20 |
| 11 | Aquitaine                  |    |
| 12 | Auvergne                   |    |
| 13 | Languedoc - Roussillon     |    |
| 14 | Bretagne                   |    |
| 15 | Midi Pyrénées              |    |
| 16 | Poitou Charentes           |    |
|    |                            | 17 |
|    |                            | 18 |
|    |                            | 19 |
|    |                            | 20 |

(x) Nombre de consultants

4) Pays étrangers	: 33 observations	
5) Région Centre	: 27	-
6) Pays de Loire	: 22	-
7) Champagne	: 18	-
8) Rhône Alpes	: 17	-
9) Bourgogne	: 11	-
10) Lorraine	: 10	-
11) Provence-Côte d'Azur	: 9	-
12) Aquitaine	: 8	-
13) Auvergne	: 7	-
Languedoc-Roussillon	: 7	-
14) Bretagne	: 5	-
Midi-Pyrénées	: 5	-
15) Poitou Charentes	: 4	-
16) Limousin	: 3	-
Franche Comté	: 3	-
17) Alsace	: 1	-
18) Corse	: 0	-

Conclusion :

Le lieu géographique de la consultation est la banlieue parisienne. Il est donc normal que la majorité des consultants viennent de Paris et de sa banlieue.

Il est notable cependant que 25 à 30 % des consultants viennent de toutes les régions françaises, ou même de l'étranger.

B.II .5 : Etude de ces 1000 Observations en fonction  
des catégories socio-professionnelles

B.II.5 A = Méthode :

Nous avons tenu compte tout particulièrement :

- de la qualification professionnelle de chaque sujet sans envisager le chômage, la retraite, ou un arrêt volontaire momentané ou définitif.
- des relations entre métier et mode de vie pour faire un découpage des catégories socio-professionnelles en 16 chapitres.

ex : chauffeur routier (TIR) à différencier des employés par exemple.

Ces 16 catégories :(par ordre alphabétique)

1) Agriculteurs :

Exploitants et Ouvriers agricoles.

2) Artisans - Commerçants.

3) Artistes.

4) Employés : dont employés de bureau,  
employés de commerce, personnel  
de service, cadres administratifs  
moyens.

5) Enseignement : c'est à dire professeurs,  
instituteurs...

6) Etudiants - Lycéens.

7) Ingénieurs - Cadres administratifs supé-  
rieurs.

8) Justice : magistrats, avocats, avoués,  
huissiers, conseillers juridiques.

9) Marins - Aviateurs - Routiers

Professions où les déplacements sont de longue durée. En particulier : les marins, les pilotes de ligne, hôtesses de l'air, stewards, les chauffeurs routiers, certains employés roulants SNCF..

10) Ouvriers :

Manoeuvres, Ouvriers spécialisés, ouvriers qualifiés, contremaîtres.

11) Police - Armée - Pompiers.

12) Professions libérales :

avec en particulier les industriels, les pharmaciens, dentistes et vétérinaires.

13) Professions médicales et paramédicales :

avec en particulier les médecins, kinésithérapeutes, psychologues, infirmières, assistantes sociales...

14) Relations publiques :

ensemble de professions comprenant en particulier: représentants, journalistes, hôteliers, hôtesses, publicistes, animateurs commerciaux, etc...

15) Sportif professionnel.

16) Techniciens moyens.

17) Reste les gens sans profession:

dans ce cadre, il s'agit uniquement de sujets qui n'ont jamais eu d'activité professionnelle.

B.II.5.B.:Résultats :

Cette étude porte sur l'ensemble des sujets ayant consultés. On ignore la profession de 20 d'entre eux.

La répartition se fera donc entre 1531 personnes.

Nous n'avons pas tenu compte du sexe.

Professions	Nombre total	Structure		
				%
Agriculteurs	18	1,2		%
Artisans-Commerçants	79	5,2	±	1,1
Artistes	24	1,6		%
Employés	388	25,3	±	2,2
Enseignement	145	9,5	±	1,4
Etudiants - Lycéens	60	4	±	1
Ingénieurs	108	7	±	1,3
Justice	18	1,2		%
Marins - Aviateurs - Routiers	9	0,6		%
Ouvriers	60	4	±	1
Police - Armée	15	1		%
Professions libérales	136	8,8	±	1,4
Professions médicales et para-médicales	119	7,7	±	1,3
Relations publiques	105	6,8	±	1,2
Techniciens moyens	110	7,2	±	1,3
Sans profession	136	8,9	±	1,4
	1530			

Toutes les catégories socio professionnelles sont donc représentées de façon non négligeable (sauf les sportifs professionnels 1 cas).Ceci permet d'entrevoir que les indications thérapeutiques seront difficiles dans certaines professions.

B.II.5 C: Comparatif avec la structure socio-professionnelle de la population générale :

Toute étude comparative ne peut être que très approximative :

- d'abord parce que la répartition par catégories socio-professionnelle de l'INSEE comporte des différences importantes avec celles utilisée ici.
- mais aussi parce qu'elle ne tient compte que de la population active pour cette répartition.

Cependant, il est tout de même possible de tenter un tableau comparatif :

- \* notre classification est plus précise que celle de l'INSEE, mais comporte les mêmes rubriques. Il suffit donc de ne pas tenir compte des personnes non actives, des professions de justice, et des professions relatives aux relations publiques (ces professions se répartissent en effet entre employés, professions libérales...).
- On peut alors faire une étude sur 1202 personnes.
- \* Il faut prendre pour hypothèse que les chômeurs et retraités se répartissent dans les différentes catégories socio-professionnelles.
- \* enfin, nous nous référerons à la structure de la population par catégorie socio-professionnelle de la région parisienne établie en Mars 68 par l'INSEE. Se référer à celle de la France entière serait trop inexact sur le plan socioprofessionnel, en effet les 3/4 des consultants sont "parisiens".

Tentons donc d'établir ce tableau comparatif :

Professions	Nombre trouvé	Structure %	Structure populat. région parisienne %
Agriculteurs	18	1,5 %	1,1 %
Artisans-Commerç.	79	6,6 %	7,3 %
Artistes	24	2 %	0,6 %
Employés	388	32,2 %	36,4 %
Enseignants	145	12 %	4,2 %
Ingénieurs	108	9 %	6,3 %
Ouvriers	60	5 %	35,2 %
Police - Armée	15	1,3 %	1,5 %
Profes. libérales	136	11,3 %	2,2 %
Profes. de santé	119	10 %	1,1 %
Techniciens moyens	110	9,1 %	4,6 %
	1202	100	99,5

Quelques résultats sont très significatifs :

- Tout d'abord, il y aurait eu environ 5 % d'ouvriers en consultation alors qu'il y en a 35 % de la population parisienne. Et ce malgré qu'un certain nombre de ces consultations aient été hospitalières.
- Par contre, trois catégories socio-professionnelles consultent beaucoup :
  - les professions de santé :  
10 %                      contre                      1,1 %
  - les professions libérales :  
11 %                      contre                      2,2 %
  - les enseignants :  
12 %                      contre                      4,2 %

- Les autres résultats ne sont pas interprétables, la différence étant trop minime.

B.II. 6 : Etude du niveau des revenus :

B.II.6 A : Méthode :

\* Nous prendrons en considération les salaires du foyer.

Par conséquent nous ferons donc 2 études :

- l'une avec le salaire des célibataires, des gens divorcés ou veufs vivant seuls.
- l'autre avec les couples, qu'ils aient ou non consulté ensemble, qu'ils soient 1 ou 2 à gagner l'argent du ménage.

\* Ces 1000 observations sont étalées en 1972 et 1976.

En raison de la variation de la valeur de l'argent, on étudiera les dossiers de la période 1975 - 1976.

Au total 345 dossiers, mais le salaire est inconnu dans 22 cas. Cette étude portera donc sur 323 observations.

B.II.6.B : Résultats

Ces 323 observations sont réparties :

- 256 concernent des couples.
- 67 concernent des célibataires, divorcés ou veufs.

2 parties donc :

\* 256 couples :

Nous nous exprimons en salaires mensuels.

Salaires	Nombre de couples	Structure %	
Inférieur à 2000 F.	6	2,4 %	
De 2000 à 3900 F.	59	± 23	5,2
De 4000 à 5900 F.	63	± 24,6	5,3
De 6000 à 9900 F.	87	± 34	5,9
Plus de 10.000 F.	41	± 16	4,5
	256	100	

On constate que 50 % des salaires sont inférieurs à 5900 F par mois, tandis que 50 % sont supérieurs à 6000 F.

Ce résultat avec un intervalle de confiance de  $\pm 6,2 \%$ .

A titre indicatif, on peut seulement se référer aux calculs de l'INSEE datant de 1970, soit 5 ans plus tôt. Ces calculs ont été établis d'après la déclaration fiscale pour la région parisienne.

- le revenu global moyen par ménage en région parisienne en 1970 : 2.580 F. par mois.
- alors que pour l'ensemble de la France en 70, il serait de .... : 1.830 F. par mois.

\* 67 Célibataires, Divorcés ou Veufs :

Ce tableau est donné uniquement à titre indicatif, l'intervalle de confiance des pourcentages étant ici très important.

Salaires	Nbre de sujets	Structure %
Inférieur à 1500 F.	13	19 %
De 1500 F à 2400 F.	16	24 %
De 2500 F à 3900 F.	24	36 %
De 4000 F à 6900 F.	11	16 %
Plus de 7000 F.	3	5 %
	67	100

Il semble ici que les bas salaires soient beaucoup plus représentés.

On peut noter en effet que seulement 14 personnes sur 67 gagnent plus de 4000 F. par mois, soit 21 %.

(l'intervalle de confiance est ici entre 9 et 36 %).

B.II.7: Etude de ces 1000 observations en fonction du nombre d'enfants :

B.II.7.A : Méthodes

Pour cette étude, nous avons noté le nombre d'enfants du couple ou du consultant seul.

Cela concerne donc les personnes mariées, les personnes divorcées ou veuves, vivant seules et les célibataires ayant un enfant mais vivant seuls.

Cela ne concerne pas les autres célibataires et les 3 cas particuliers vus au début de cet étude.

Au total, 800 observations, plus une observation d'un célibataire vivant seul avec un enfant.

Nous avons 28 observations où la présence d'enfants n'est pas précisée.

Cette étude portera donc sur 773 observations.

B.II.7 B : Résultats

Enfants	Nombre de sujets	Structure %	Structure population générale %
Pas d'enfant	218	28,2 ± 3,2	48,2 %
1 enfant	190	24,6 ± 3,1	21,8 %
2 enfants	198	25,6 ± 3,1	15,7 %
3 enfants	109	14,1 ± 2,5	7,9 %
4 enfants et plus	58	7,5 ± 1,9	6,4 %
	773	100	100

N.B.: La structure du nombre d'enfants dans la population générale provient du sondage de l'INSEE en Mars 68. Il s'agit du nombre d'enfants de moins de 16 ans par famille. Il faut donc comparer ces 2 structures avec prudence....

Il apparaît sur ce tableau qu'il y a environ autant de couples qui ont 0, 1 ou 2 enfants.

Et cela contrairement à la structure de la population générale où le nombre de couples n'ayant pas d'enfant avoisine les 50 %. La présence d'enfants ne semble donc pas être un obstacle à une consultation de sexologie !!!

B.II.8 : Etude de ces 1000 observations en fonction du nombre de divorces

\* Cette étude porte sur 1551 personnes . En effet, il est systématiquement demandé au consultant s'il a déjà divorcé.

On note une réponse positive dans

136 cas	soit	8,7 % de divorces
		± 1,4 %

\* Parmi ces 136 personnes qui ont divorcé, au moins une fois, il y a :

- 86 hommes sur 916 hommes :

soit 9,4 % ± 1,9 %

de divorces parmi les consultants masculins.

- 50 femmes sur 635 femmes :

soit 7,9 % ± 2,1 %

de divorces parmi les consultants féminins.

C'est donc du même ordre.

\* Age de ces consultants :

- 86 hommes : {

- . 31 ont moins de 40 ans
- . 55 ont 40 ans et plus

- 50 femmes : {

- . 31 ont moins de 40 ans
- . 19 ont 40 ans et plus

\* Personnes ayant divorcé plusieurs fois :

- Parmi les 86 hommes :

11 ont divorcé 2 ou 3 fois

Soit 12,8 % ± 8 %

- Parmi les 50 femmes :

6 ont divorcé 2 fois

Soit 12 %

(de 5 à 24 %)

C'est là-aussi du même ordre.

C - LE DIAGNOSTIC SEXOLOGIQUE

Lors de l'étude de ces 1000 observations, nous avons envisagé le problème sexologique sous 3 angles :

- celui du diagnostic sexologique :  
il s'agit là de l'étude du (ou des) symptômes sexuels mis en évidence lors de la première consultation : éjaculation précoce, impuissance, frigidité, etc...
- celui des problèmes sexologiques associés :  
par exemple : Homosexualité, Mésentente conjugale, Inhibition sexuelle, ainsi que les particularités sexologiques telles que le fétichisme, les travestis...
- celui du motif de la consultation :  
en effet, le symptôme sexuel n'est pas automatiquement le motif de la consultation.

Prenons un exemple :  
Monsieur et Madame X consultent pour mésentente conjugale : ils ne "s'entendent" plus et envisagent le divorce. Il s'agit là du motif de la consultation.

Au cours de l'entretien, Monsieur X annonce qu'il vit depuis longtemps des relations épisodiques homosexuelles et que cela ne lui pose aucun problème. Ce fait entre dans la rubrique : Problèmes sexologiques associés.

De plus il apparait que sa femme est frigide primaire, qu'elle l'ignore ou veut l'ignorer. C'est ce que nous appelons le Diagnostic sexologique.

En pratique, lors de chaque consultation, il est systématiquement recherché l'existence d'un (ou de) symptôme sexuel, quel que soit le motif de la consultation.

Avant de définir et d'étudier chaque symptôme sexuel isolement, il serait intéressant d'avoir une vue d'ensemble des dysfonctions sexuelles rencontrées, à travers leur répartition dans la consultation.

#### C.I - Introduction

CI.1 - Il faut d'abord noter que parmi ces 1000 observations, nous n'avons pas retrouvé de symptôme sexuel :

dans 179 dossiers.

Soit environ 18 % des cas

(en fait entre 15 et 20 % pour un coefficient de sécurité de 95 %).

Ces 179 observations concernent :

- 64 personnes célibataires : (36 %  $\pm$  7 %)  
50 Hommes et 14 Femmes.
- 7 personnes divorcées, dont 5 femmes.
- 1 femme veuve.

- dans 107 cas, il s'agit de personnes mariées ou vivant ensemble :
  - . dans 82 cas, c'est le couple qui a consulté, et il n'a pas été mis en évidence de symptôme sexuel chez l'un ou l'autre.
  - . dans 25 cas, l'un des deux partenaires a consulté seul, et il n'est donc pas certain que le conjoint ne présente pas un symptôme sexuel.

Parmi ces 107 observations concernant des sujets vivant en couple :

(N = nombre d'années de vie commune)

- $N \leq 3$  ans      20 observations
- $3 < N \leq 10$  ans      40 observations
- $N > 10$  ans      42 observations

(5 inconnus)

Interprétation :

- Il y a une proportion importante de célibataires qui consultent en l'absence de symptôme sexuel.

En effet :

- . parmi les 1000 observations, on a trouvé 20 % ( $\pm 2,5$  %) de célibataires.
  - . ici, dans cette étude, on trouve 36 % ( $\pm 7$  %) de célibataires.
- Les autres résultats sont conformes à la structure de l'échantillon pris en considération.

C.I.2 : Il reste donc 821 observations parmi lesquelles il existe un ou plusieurs symptômes sexuels.

La répartition se fait ainsi :

CHEZ LES HOMMES :

- 214 hommes atteints d'éjaculation précoce.
- 77 cas où l'E.P. est compliquée par un autre symptôme masculin.
- 281 hommes atteints d'impuissance, sans autre symptôme sexuel.
- 84 cas où l'impuissance vient compliquer un autre dysfonctionnement sexuel masculin.
- 26 hommes atteints d'anéjaculation.
- 10 cas d'anorgasmie masculine.

CHEZ LES FEMMES :

- 185 femmes atteintes de frigidité.
- 104 femmes atteintes d'anorgasmie.
- 47 femmes atteintes de vaginisme.

POUR LES HOMMES ET LES FEMMES

- 13 cas d'absence de besoins sexuels, en dehors de tout dysfonctionnement sexuel.

Enfin, ces symptômes sexuels aboutissent à un mariage non consommé dans 45 observations.

C.I.3. : On retrouve un symptôme sexuel, quel qu'il soit :

- . masculin dans 608 observations.
- . féminin dans 325 observations.

C.II. Ejaculation précoce :

=====

C.II. 1 : Définitions :

- \* Il a d'abord été proposé une définition clinique de l'éjaculation précoce. On prenait comme référence le temps que le pénis passe dans le vagin. On parlait d'éjaculation précoce quand celle-ci intervenait 30 secondes ou 1 minute après l'intromission.

Cette définition ne tient pas compte des particularités de chaque individu, ni du degré d'excitation au moment de l'intromission. Ainsi, un couple fortement excité par les préliminaires : l'homme et la femme peuvent parfaitement être satisfaits par 20 ou 30 secondes de coït.

Aussi, nous prendrons comme définition de l'éjaculation précoce celle de W. MASTERS et V. JOHNSON :  
 " Ejacule trop vite l'homme, qui, dans plus de 50 % des rapports sexuels, se retire avant d'avoir satisfait sa compagne".

Cette définition s'applique bien entendu s'il n'y a pas de frigidité ou d'anorgasmie chez cette femme.

- \* Nous avons défini 2 types d'éjaculation précoce :

- E.P. primaire :

S'applique à un homme qui a toujours éjaculé trop vite dans plus de 50 % des rapports sexuels, sans avoir satisfait sa compagne".

- E.P. secondaire :

Ce terme s'applique à un homme qui, dans au moins une période de sa vie, n'a pas été éjaculateur précoce. Mais, qui, par la suite, l'est devenu ou redevenu.

\* L'éjaculation précoce peut se présenter sous des formes très différentes :

- Au début de la vie d'un couple, ce symptôme peut être vécu :

\* comme un état passager :

les conjoints sont persuadés que la fréquence des rapports sexuels, l'habitude, la compréhension de l'épouse, etc... permettront de résoudre les problèmes.

\* comme une confirmation pour la femme que seul la satisfaction de l'homme compte, que la partenaire n'a qu'un rôle d'objet sexuel; ceci amenant très vite une mésentente conjugale profonde.

- L'éjaculation précoce peut rendre le coït impossible en ayant lieu avant la pénétration ou au moindre contact physique.

- C'est en général la femme qui se plaint de l'éjaculation précoce de son partenaire, sa sexualité n'ayant pas l'occasion de s'exprimer.

Cependant, un certain nombre d'hommes souffrent de ne pas ressentir suffisamment de plaisir à cause de la rapidité incontrôlable de leur orgasme.

- Si les années passent sans que cet état s'améliore, la peur de l'acte s'installe progressivement dans le couple.

Outre une détérioration sur le plan affectif, d'autres symptômes sexuels viennent compliquer la situation. Il s'agit en premier lieu de l'impuissance secondaire, mais aussi des symptômes féminins tels la frigidité secondaire ou l'anorgasmie secondaire.

#### C.II. 2: Résultats globaux :

- \* Nous avons retrouvé une notion d'éjaculation précoce dans 291 observations dont 77 concernent une complication de cette E.P.

Si l'on compare ces chiffres avec :

1) celui des 916 hommes qui ont consulté, on constate que :

- 23 % d'entre eux sont éjaculateurs précoces  
(  $\pm$  2,7 %)
- 8 % d'entre eux voient leur E.P. compliquée  
par une autre dysfonction sexuelle :  
(  $\pm$  1,8 %).

2) celui des 608 observations où l'on retrouve un symptôme sexuel masculin, on constate que :

- 35 % des observations concernent l'éjaculation  
précoce (  $\pm$  3,9 %).
- 13 % des observations concernent une complica-  
tion de l'E.P. (  $\pm$  2,9 %).

\* La répartition se fait ainsi :

- E.P. primaire isolée :  
186 cas soit 63,9 %
- E.P. secondaire isolée :  
27 cas soit 9,3 %
- E.P. primaire compliquée par une impuissance  
secondaire :  
62 cas soit 21,3 %
- E.P. secondaire compliquée par une impuissance  
secondaire :  
12 cas soit 4,1 %

- E.P. primaire associée à une dyspareunie masculine :

1 cas

- E.P. primaire associée à une anorgasmie masculine primaire, et compliquées par une impuissance secondaire :

3 cas

Nous ne traiterons dans ce chapitre que de l'éjaculation précoce isolée, sans complication.

C.II. 3: L'Ejaculation précoce primaire isolée :

Elle représente 63,9 % ( $\pm$  5,6) des observations concernant ce symptôme.

1°) A travers un exemple nous allons retrouver les traits typiques de l'histoire de l'E.P.

Dossier 9.84 : Claire et François D

35 et 37 ans, sont mariés depuis 7 ans. Ils ont un enfant. Cet été madame D. a accouché d'un enfant mort-né. Lui est ingénieur, elle professeur. Elle a arrêté son métier pour s'occuper de son fils : 6 ans.

C'est François D. qui commence l'entretien : les problèmes remontent à la naissance du 1er enfant, lui le désirait, sa femme non. A la suite de l'accouchement qui ne s'est pas très bien passé (césarienne) sa femme l'a rejeté. Les relations sexuelles se sont espacées. C'est comme cela qu'il explique qu'il est devenu E.P.

Fils unique, élevé dès 7 ans, après la mort de son père, par sa mère institutrice, et sa grand mère, il n'a pas connu de femmes avant son mariage, à 30 ans.

Claire précise qu'elle a joué les initiatrices avec son mari, faisant au début peu de cas de ses propres besoins sexuels. Elle a très mal supporté cette "obligation" d'avoir un enfant, son mari lui disait " si tu avortes, je m'en vais". Mais cette grossesse après 6 mois de vie commune l'effrayait surtout dans le cadre d'une vie sexuelle pas épanouie.

Claire D. avait déjà fait l'amour avant de se marier. Elle a des orgasmes vaginaux. Les sensations clitoridiennes qu'elle reçoit ne la satisfont jamais. Elle a compté les orgasmes par pénétration que son mari a pu lui procurer : 5 ou 6 en 7 ans de mariage. Il a toujours été éjaculateur précoce dit-elle, mais au début je ne disais rien. J'espérais qu'il "progresserait". Elle a peu à peu perdu tout désir pour son mari et s'est crue frigide. Elle a retrouvé un ami de jeunesse et s'est prouvée qu'elle ne l'était pas. Cette relation extra conjugale n'a pas duré et François ne l'a pas ignorée.

Maintenant toutes les caresses de son mari l'agacent. Elle est très agressive, très frustrée. "J'ai une rage à vivre ma sexualité" - " Si rien ne change, je demanderai le divorce".

L'interrogatoire apporte quelques précisions : leur premier moyen contraceptif fut la méthode du RETRAIT.

François se masturbe très peu, Claire souvent, et obtient des orgasmes clitoridiens. Elle nous apprend aussi qu'elle a tenté une psychothérapie pendant quelques mois, l'an passé, pour elle-même, son mari ne voulant rien entreprendre.

Nous retrouvons ici l'élément classique du retrait comme "mise en condition" pour l'éjaculation précoce.

Ce qui est clair aussi c'est l'exigence de Madame D. pour l'orgasme vaginal; elle se refuse avec son mari toute satisfaction clitoridienne alors qu'elle sait se procurer un orgasme clitoridien par masturbation.

Inéluctable est aussi la raréfaction des rapports sexuels.

La demande de changement vient de Madame D. Son mari rejetant plus ou moins la "faute" sur elle ne s'est décidé à consulter que devant la menace d'une rupture.

Comme l'expliquent MASTERS et JOHNSON : Dans les couples, c'est en général la femme qui se plaint de l'E.P. Si l'homme éjacule pendant les jeux préliminaires, au moment de l'intromission ou même après les tous premiers frottements, la sexualité de sa compagne a rarement l'occasion de s'exprimer

(....) La femme accuse alors son mari de ne voir en elle qu'un objet utile à son assouvissement; bref il est égoïste, irresponsable, ou simplement ne s'intéresse pas à elle en tant qu'individu.

Innombrables et exprimées en termes différents, ces plaintes marquent le refus des femmes à être traitées en objet sexuel".

Les tentatives de Claire D. pour trouver une solution sont bien classiques aussi : prendre un amant, ou/et commencer seule une psychothérapie avant que le divorce ne vienne mettre un terme à la mésentente conjugale.

Passons maintenant à l'analyse de tous les dossiers d'E.P. réunis.

## 2) Age des consultants

186 observations :

- De 15 à 24 ans	10 cas
- De 25 à 29 ans	55 cas
- De 30 à 39 ans	69 cas
- De 40 à 49 ans	45 cas
- De 50 à 74 ans	7 cas

On constate donc que 91 % des hommes présentant une E.P. primaire isolée ont entre 25 et 49 ans lorsqu' ils consultent ( ± 4,2 %). Ceci est un résultat significatif car, dans l'échantillon étudié, 77 % des hommes sont dans cette tranche d'âge.

3) Leur situation affective :\* A propos de ces 186 hommes :

- 23 sont célibataires :

soit 12,4 % ( $\pm$  4,8 %)

- 162 sont mariés :

soit 87 % ( $\pm$  5 %)

- 1 est divorcé.

Or, dans l'échantillon étudié, 19 % des hommes sont célibataires.

Les hommes célibataires semblent donc consulter moins pour E.P. primaire isolée.

\* Quant aux 162 hommes mariés, la durée de vie de leur couple se répartit :

Vie commune $\leq$ 3 ans	35 hommes
3 < VC $\leq$ 10 ans	58 hommes
Vie commune > 10 ans	59 hommes
(10 inconnus)	

Cette répartition est à peu près identique en pourcentage à celle de l'échantillon étudié.

4) E.P. primaire isolée et symptômes sexuels féminins associés

Parmi ces 162 hommes mariés et présentant une E.P. primaire isolée, 127 ont consulté avec leur femme, 35 sont venus seuls.

Pour envisager les liens entre E.P. primaire isolée et symptômes sexuels féminins, on se référera uniquement aux 127 couples ayant consulté ensemble.

A l'issue de la première consultation :

- Dans 63 cas, l'E.P. primaire semble isolée de tout symptôme sexuel féminin.
- Dans 64 cas, elle est associée à une dysfonction féminine.

Les dysfonctions féminines rencontrées sont :

-	{ E.P. primaire	21 cas
	{ Frigidité primaire	
-	{ E.P. primaire	19 cas
	{ Anorgasmie primaire	
-	{ E.P. primaire	7 cas
	{ Frigidité secondaire	
-	{ E.P. primaire	11 cas
	{ Anorgasmie secondaire	
-	{ E.P. primaire	2 cas
	{ Vaginisme primaire	
	{ Mariage non consommé	
-	{ E.P. primaire	1 cas
	{ Vaginisme primaire	
	{ Frigidité primaire	
	{ Mariage non consommé	
-	{ E.P. primaire	2 cas
	{ Vaginisme primaire	
	{ Frigidité primaire	
-	{ E.P. primaire	1 cas
	{ Vaginisme secondaire	
	{ Frigidité primaire	

Alors qu'il semblerait logique que l'E.P. primaire soit associée à une frigidité ou une anorgasmie secondaire chez la partenaire, on constate l'inverse, c'est à dire une nette prédominance de l'association: E.P. primaire )  
Frigidité ou Anorgasmie primaire )

C.II. 4 : Ejaculation précoce secondaire isolée :

1-) On retrouve ce symptôme dans 27 observations, soit 9,3 % des cas.

Il s'agit comme dans le cas que nous allons citer d'un homme qui devient E.P. alors qu'il ne l'a jamais été auparavant.

Dossier 11.00 - Monsieur P. Claude, 48 ans, P.D.G. dans une banque, marié, 3 enfants a une femme avec qui il ne fait plus l'amour, et une maîtresse avec laquelle il devient éjaculateur précoce.

Il la connaît depuis 9 ans, elle a divorcé pour lui.

Récemment il a eu une 3ème relation, tout à fait exceptionnelle, mais il a contacté une maladie vénérienne.

Son amie aurait alors été "contaminée" et aurait du subir par la suite une hystérectomie totale. Si celle-ci ne l'a pas accusé ouvertement, il la sait plus réticente à ses caresses. Elle dénonce la "castration chirurgicale", lui se sent entièrement responsable.

Lors de l'acte il fait les plus grands efforts pour lui prouver son amour, se montrer parfait. Il en retire des céphalées occipitales violentes et une éjaculation précoce.

2-) Age de ces sujets :

27 observations :

- De 15 à 24 ans	1 cas
- De 25 à 29 ans	5 cas
- De 30 à 39 ans	9 cas
- De 40 à 49 ans	6 cas
- Après 50 ans	4 cas

2 inconnus.

L'interprétation de ces résultats est difficile en raison du peu d'observations.

Cependant, dans le cadre de l'E.P. primaire, on trouvait :

- . de 40 à 49 ans 45 cas
- . après 50 ans 7 cas.

Le décrochage semble proportionnellement moins important pour l'E.P. secondaire.

Il semblerait donc que l'E.P. secondaire est relativement un symptôme de consultation plus fréquent après 50 ans, que l'E.P. primaire.

C'est en fait un résultat logique puisque l'E.P. primaire, ancienne, a tendance à se compliquer d'impuissance secondaire au fur et à mesure que les années passent, tandis que le symptôme E.P. secondaire peut apparaître à n'importe quel âge.

3-) Leur situation affective :

\* Parmi ces 27 hommes :

- 3 sont célibataires.
- 22 sont mariés.
- 2 sont divorcés.

Ilà encore, il semble que la proportion d'hommes célibataires consultant pour E.P. secondaire, soit peu importante.

\* Pour ces 22 hommes, la durée de vie de leur couple est :

Vie commune	3 ans	7 cas
3 VC	10 ans	8 cas
Vie commune	10 ans	5 cas
2 inconnus.		

4-) E.P. secondaire isolée et symptômes sexuels féminins associés :

22 hommes mariés ont consulté pour E.P. secondaire : 18 sont venus avec leur conjoint, et 4 sont venus seuls.

<p>! En ce qui concerne ces 18 couples, à l'issue de !</p> <p>! la première consultation : !</p> <p>! - dans 11 cas, l'E.P. secondaire semble !</p> <p>! isolée de tout symptôme sexuel féminin. !</p> <p>! - dans 7 cas, elle est associée à une !</p> <p>! dysfonction sexuelle féminine. !</p>
---

Les dysfonctions féminines sont :

-{	E.P. secondaire	1 cas
{	Frigidité primaire	
-{	E.P. secondaire	3 cas
{	Frigidité secondaire	
-{	E.P. secondaire	2 cas
{	Anorgasmie secondaire	
-{	E.P. secondaire	1 cas
{	Vaginisme primaire	
{	Anorgasmie primaire	
{	Mariage non consommé	

Dans 5 cas sur 7, l'E.P. secondaire est couplée avec une dysfonction sexuelle féminine SECONDAIRE.

C.II. 5: Autres résultats :

C.II. 5 a : E.P. isolée et Mésentente conjugale:

Nous avons pris en considération les 184 hommes mariés ayant consulté pour E.P. isolée.

La notion de mésentente conjugale apparaît dans 53 cas.

soit 29 % (± 6,7 %)

C.II. 5 b : E.P. isolée et thérapeutiques déjà utilisées avant la consultation.

Nous avons noté l'utilisation des différentes thérapeutiques pour ce symptôme sexuel :

- \* Traitement médicamenteux dans 19 cas.
- \* Traitement psychologique dans 19 cas.
- \* Méthode MASTERS & JOHNSON dans 4 cas.
- é Autres traitements dans 4 cas.

C.II. 5 c: E.P. et chirurgie du frein ou du prépuce :

\* D'après Gérard ZWANG dans son abrégé de Sexologie :

" La briéveté du frein est fréquemment retrouvée chez les éjaculateurs prématurés".

Nous avons donc recherché ce symptôme organique chez tous les hommes consultant pour E.P., que celle-ci se soit ou non aggravée en impuissance secondaire.

La briéveté du frein a été retrouvée dans 37 cas sur 291 hommes présentant une E.P.

Il a été proposé à ces sujets une intervention chirurgicale.

D'après G. ZWANG : "La conservation du prépuce est toujours possible; plastie du frein, incision dorsale, resection circulaire limitée à l'anneau de striction doivent supplanter l'injustifiable circoncision".

Mais cette intervention n'est pas curatrice de l'E.P.

\* La circoncision n'est pas un moyen préventif de l'E.P.

En effet, sur 106 hommes ayant consulté pour E.P. (cet échantillonnage étant pris arbitrairement sur deux années), on a trouvé que 14 d'entre eux avaient déjà été circoncis pour raison médicale ou religieuse.

Il ressort de ces 2 paragraphes que la briéveté du frein est tout au plus un facteur favorisant l'E.P. mais jamais sa cause.

C.III. Absence d'éjaculation ou Anéjaculation  
=====

C.III.1 : Définitions :

Nous prenons en référence la définition de W. MASTERS et V. JOHNSON (cf. les mésententes sexuelles et leur traitement).

"L'homme qui est atteint de l'absence d'éjaculation, éprouve rarement des difficultés à entreprendre un coït effectif, mais se trouve dans l'incapacité de le couronner par l'éjaculation".

C'est une ~~une~~ dysfonction sexuelle qui présente un caractère primaire ou secondaire, selon qu'elle a toujours existé ou non dans la vie du sujet.

Plusieurs remarques :

\* Fréquence :

En 11 ans de pratique, W. MASTERS et V. JOHNSON ont traité seulement 17 patients souffrant de cette insuffisance.

Cependant G. ABRAHAM précise dans "l'Introduction à la sexologie médicale":  
"Les deux tableaux cliniques les plus répandus des dysfonctions sexuelles masculines restent l'impuissance érectile avec maintien du désir, et l'E.P., quoiqu'on assiste à l'heure actuelle à un accroissement relatif des cas d'éjaculation retardée, par rapport au passé".

\* Absence d'éjaculation et masturbation :

La plupart de ces sujets peuvent cependant obtenir une éjaculation lors de la masturbation. C'est ainsi qu'ils se soulagent le plus souvent en faisant appel ou non à leur partenaire. Cependant, certains d'entre eux n'ont jamais pu éjaculer même en se masturbant."

C.III.2: Résultats globaux :

Nous avons retrouvé une anéjaculation dans 26 observations.

On peut comparer ce chiffre :

!	* Soit à celui des 916 hommes qui ont	!
!	consulté :	!
!	2,8 % d'entre eux ont une absence	!
!	d'éjaculation.	!
!	* Soit à celui des 610 observations où	!
!	l'on retrouve un symptôme sexuel masculin :	!
!	4,2 % des observations concernent	!
!	l'absence d'éjaculation ( ± 1,6 %)	!
!		!

Par rapport à la masturbation, on a retrouvé :  
- une anéjaculation uniquement au cours du coït,  
mais éjaculation par masturbation.

22 cas sur 26

- une anéjaculation totale, même pas masturbation:  
4 cas sur 26

Association aux autres dysfonctions sexuelles masculines:

- Anéjaculation primaire isolée :

18 observations

- Anéjaculation secondaire isolée:

3 observations

- Anéjaculation primaire compliquée par une impuissance secondaire:

3 observations

- Anéjaculation secondaire compliquée par une impuissance secondaire :

2 observations

C.III.3 : Anéjaculations isolées :

C.III. 3 a : Anéjaculation primaire :

18 observations

1°) Prenons quelques exemples :

Dossier 11.10

Pierre et Annie L. sont venus ensemble à la consultation. Ils ont respectivement 24 et 25 ans, sont mariés depuis deux ans et demi. Depuis un an ils désirent un enfant sans y parvenir.

Annie a subi une insufflation des trompes qui s'est avérée normale. Sa courbe de température décrit l'existence d'une ovulation. Leur médecin s'est alors tourné vers Pierre. Il est apparu que celui-ci n'éjaculait pas. Il l'ignorait lui-même, tout autant que sa femme.

Il s'était masturbé sans jamais éjaculer.  
Sa femme et lui étaient vierges au mariage.  
Il a décrit ainsi ses rapports sexuels : "J'ai  
du plaisir mais je n'en vois jamais le bout".  
La nuit qui suit le coït, il a presque toujours  
des pollutions nocturnes : "Je suis trop tendu  
dit-il, j'ai pris du Valium".

Ils ont par ailleurs une vie sexuelle qui les satisfait : elle a des orgasmes clitoridiens, ils échangent beaucoup de tendresse.

#### Dossier 10.35

Monsieur et Madame P. ont 32 et 30 ans.  
Elle garde des enfants chez elle, lui est employé  
de bureau. Ils ont chacun un petit salaire.  
Ils sont mariés depuis 10 ans et n'ont pas d'enfant.  
C'est ce qui les amène à la consultation.

Monsieur P. apporte des ordonnances (Valium -  
Librium 10 - Sargenor) et des bilans cliniques tous  
normaux. Il a déjà fait de la relaxation, commencé  
une psychothérapie qu'il a très vite arrêtée,  
tenté deux fois l'insémination artificielle, car  
son problème est qu'il n'éjacule pas.

Au bout de trois mois de vie commune, Madame P.  
s'est aperçue que son mari n'éjaculait pas, mais  
urinait dans son vagin.

Au cours de l'entretien, il apparaît que ni l'un ni l'autre ne connaissaient l'existence du plaisir sexuel, en dehors de celui de donner et de recevoir de l'affection. Ils n'ont pas d'orgasme mais ce n'est pas leur problème. "Ils veulent un enfant et ne pensent pas au plaisir pour eux".

Ils ont commencé, après deux entretiens, une thérapie sexuelle. Ils l'ont arrêtée au bout de 2 mois pour déposer une demande d'adoption.

Dossier 11.59

Odile et Daniel D. 38 et 40 ans sont mariés depuis 10 ans et ont un enfant de 8 mois. Ils sont tous deux professeurs.

Elle dit n'avoir aucun problème sexuel : elle obtient l'orgasme par stimulation vaginale ou clitoridienne; lui présente une anéjaculation. Il ne s'était jamais masturbé, mais avait souvent, adolescent, des pollutions nocturnes. Il s'est aperçu, dès le troisième jour après son mariage qu'il n'éjaculait pas. Il a consulté son médecin traitant qui lui a prescrit dit-il "des excitants , puis des calmants", sans aucun résultat. Le bilan endocrinologique est revenu normal; il a alors entrepris des séances de Training autogène, puis un début de psychanalyse.

En janvier 75, il commença une narco-analyse - en Avril Mai de la même année il a deux éjaculations lors de stimulation par vibromasseur, qui lui permettent de féconder sa femme.

Ces éjaculations s'accompagnaient d'une sensation très désagréable, presque douloureuse.

En Juin 1976, Daniel D. a voulu reprendre la narco analyse qu'il avait arrêté aussitôt le but premier obtenu (la naissance de leur fils). Il voulut reprendre en effet parce qu'il n'avait plus d'éjaculation à nouveau, parce qu'il avait pris conscience qu'il n'avait aucun orgasme durant le coït, parce qu'il voulait avoir la possibilité d'engendrer un deuxième enfant.

2) - Age de ces sujets :

18 observations :

- De 15	à	24	ans	1 cas
- De 25	à	29	ans	8 cas
- De 30	à	39	ans	7 cas
- De 40	à	49	ans	2 cas
- De 50	à	74	ans	0

Donc, 15 d'entre eux ont consulté entre 25 et 39 ans.

Soit 83 % (en fait entre 50 et 90 %).

La majorité des hommes consultant pour anéjaculation primaire ont entre 25 et 39 ans.

3) - Leur situation affective :

15 d'entre eux sont mariés ou vivent une relation de couple pour 3 célibataires. Ceci tend à prouver que ce symptôme pose un problème au cours surtout d'une relation suivie.

Quant à ceux qui vivent en couple, la durée de vie de leur relation s'établit ainsi : (1 inconnu)

Vie commune	$\leq$	3 ans	7 cas	
		$3 < VC \leq$	10 ans	5 cas
Vie commune	$>$	10 ans	2 cas	

Donc, la plupart des hommes consultant pour anéjaculation primaire sont mariés et ce, depuis moins de 10 ans.

4) - Anéjaculation primaire et symptômes sexuels féminins:

Sur les 15 hommes mariés présentant une anéjaculation primaire, 14 sont venus consulter avec leur conjoint.

<p>! A l'issue de la première consultation :</p> <p>! - Dans 7 cas, l'anéjaculation primaire</p> <p>! semble isolée.</p> <p>! - Dans 7 cas, elle est associée à une</p> <p>! dysfonction féminine.</p>
--

Les symptômes sexuels féminins sont :

- {	Anéjaculation primaire	3 cas
	{ Frigidité primaire	
- {	Anéjaculation primaire	1 cas
	{ Anorgasmie primaire	
- {	Anéjaculation primaire	1 cas
	{ Anorgasmie secondaire	
- {	Anéjaculation primaire	1 cas
	{ Vaginisme primaire	
- {	Anéjaculation primaire	
	{ Frigidité primaire	1 cas
	{ Vaginisme primaire	

C.III.3 b : Anéjaculation secondaire isolée :

3 observations que nous résumons ici :

\* Dossier 8-37 :

Pierre L. 39 ans, divorcé il y a 3 ans.

Vie sexuelle satisfaisante. Par la suite au cours de rapports épisodiques, il ne parvenait à l'éjaculation qu'une fois sur dix ou vingt.

Il vit maritalement depuis quelques mois, n'a obtenu que deux éjaculations.

Depuis un an, il a entrepris une psychanalyse freudienne.

Hypertension artérielle actuelle

(maxima à 20).

\* Dossier 7-97 :

Jacques D., 37 ans, célibataire, professeur dans une école religieuse. Il a fait deux ans de grand séminaire.

Tout au long de sa vie sexuelle, il n'est parvenu à une éjaculation intra-vaginale que trois fois.

\* Dossier 10-15 :

Michel et Claire B., 46 et 44 ans, mariés depuis 15 ans, un fils de 11 ans.

L'absence d'éjaculation de Monsieur B. est apparue il y a 3 ou 4 ans, d'après lui, lorsque sa femme a pris la pilule. Avant cela, ils pratiquaient le retrait.

Sa femme se dit issue d'une famille rigoriste. Bien qu'elle ait des orgasmes par pénétration, elle n'aime pas le coït. Elle se sacrifie (ce sont ses propres termes) pour son mari.

Cet exemple illustre ce que l'on retrouve assez fréquemment face à un homme anéjaculateur. :

"une femme que la "chose" intéresse peu. Elle se prête au coït avec l'ardeur d'une planche à pain".  
(G.ZWANG dans Précis de thérapeutique sexologique),  
ne donnant pas à son partenaire l'impression de désirer quelque chose de lui.

C.III.4 : Anéjaculation et impuissance secondaire :

a) 3 observations associant l'anéjaculation primaire à l'impuissance secondaire :

Dossier 9.24:

Pierre M. artiste, 32 ans, n'a jamais pu éjaculer dans le vagin d'une femme.

Depuis qu'il connaît Anne, 20 ans, il n'a plus d'érection. Celle-ci, lors des premiers rapports, a fait du vaginisme.

Dossier 5.45 :

Jean B. a 25 ans, célibataire, sans domicile fixe. Il a rencontré une jeune femme avec laquelle il n'arrive pas à éjaculer. Elle-même n'a pas de problème sexuel. D'autre part, il a des éjaculations par masturbation.

Il consulte parce qu'il a maintenant des difficultés à obtenir une érection.

Dossier 8.62 :

Jean-Pierre D., 27 ans, technicien, célibataire, opéré d'un phimosis il y a 2 ans.

Il n'est jamais parvenu à l'éjaculation au cours d'un rapport. Il a des pollutions nocturnes.

Pour lui, ses canaux déférents sont trop étroits, ses vésicules séminales trop petites, son sperme trop peu abondant...

Récemment, apparition d'une impuissance secondaire avec l'une de ses amies.

b) 2 observations associant une anéjaculation secondaire et une impuissance secondaire :

\* Dossier 2.52 :

Henri C., 45 ans, est venu seul à la consultation, sa femme a refusé de l'accompagner ; ils sont en instance de divorce car Monsieur C. a une maîtresse.

Son mariage n'a pas été heureux sur le plan sexuel, il a peu à peu présenté des difficultés d'éjaculation jusqu'à l'absence de celle-ci.

Depuis 3 ou 4 ans, il accuse avec l'une et l'autre de ses deux partenaires une impuissance secondaire.

\* Dossier 8.41 :

Yves T., 42 ans, ingénieur, a subi une intervention à coeur ouvert aux U.S.A. en 1973.

A divorcé peu après.

Christine B., 41 ans, profession paramédicale, a fait une psychanalyse.

Pour Yves, la rupture avec sa femme s'est faite lorsqu'il a appris qu'elle était homosexuelle, et vivait parallèlement à la vie conjugale, des relations suivies.

A partir de ce moment, il n'a plus eu d'éjaculation. Il s'est senti responsable de ce qu'il appelle "la perversion" de sa femme.

Lorsqu'il a rencontré Christine, femme épanouie, il s'est trouvé totalement impuissant.

### C.III.5 : Autres résultats

#### C.III.5 a: Anéjaculation et Stérilité :

La stérilité est souvent un motif de consultation derrière lequel se cache l'anéjaculation.

Sur les 15 hommes mariés qui ont consulté pour anéjaculation primaire isolée, la stérilité était le motif de consultation dans 8 cas.

#### C.III.5 b : Anéjaculation isolée et thérapeutiques déjà utilisées avant la consultation :

Sur ces 21 cas, nous avons noté :

- \* Traitement médicamenteux dans 3 cas.
- \* Traitement psychologique dans 8 cas.
- † Insémination artificielle dans 2 cas pour résoudre la stérilité.

## C.IV. Anorgasmie masculine :

=====

### C.IV.1: Définition :

Cette dysfonction sexuelle masculine est peu reconnue. En particulier, W. MASTERS et V. JOHNSON n'en parlent pas dans "Les Mésententes Sexuelles".

G. TORDJMAN écrit dans "Clefs pour la Sexologie" : "Certains sujets, malgré la normalité de l'érection et de l'éjaculation ne manifestent aucun plaisir : au mieux les sensations sont médiocres, au pire, l'orgasme éjaculatoire provoque des douleurs urétrales ou du gland, parfois même du dégoût". Gérard ZWANG la cite dans "La fonction érotique" en ces termes : " Très malheureux sont ceux qui expérimentent l'éjaculation sans plaisir : l'émission spermatique ne leur procure qu'un vague chatouillis, ou elle se produit à leur insu, et ils débangent avant d'avoir éprouvé les plaisantes sensations qu'ils escomptaient".

Au total, un homme présentant une anorgasmie peut obtenir une érection satisfaisante, une éjaculation normale, mais il ne ressent aucun plaisir lors de cette éjaculation, que ce soit au cours de la masturbation ou du coït.

Ce symptôme sexuel masculin peut, lui-aussi, présenter un caractère primaire ou secondaire. Il peut aussi accompagner une éjaculation précoce, et se compliquer d'impuissance secondaire lorsque la peur de l'acte s'installe.

C.IV.2: Résultats globaux

Nous avons retrouvé une anorgasmie masculine dans 10 observations.

On peut comparer ce chiffre :

!		!
!	* Soit à celui des 916 hommes qui ont	!
!	consulté :	!
!	Environ 1 % d'entre eux ont une	!
!	anorgasmie.	!
!		!
!	* Soit à celui des 610 observations où	!
!	l'on retrouve un symptôme sexuel masculin.	!
!	Environ 1,6 % des observations concernent	!
!	l'anorgasmie masculine.	!
!		!

Par rapport aux dysfonctions sexuelles masculines, la répartition se fait ainsi :

- Anorgasmie primaire isolée :

2 observations.

- Anorgasmie secondaire isolée :

3 observations.

-(Anorgasmie primaire  
{ Impuissance secondaire  
1 observation.

-(Anorgasmie primaire  
{ Ejaculation précoce primaire  
{ Impuissance secondaire  
3 observations.

-(Anorgasmie secondaire  
{ Impuissance secondaire  
1 observation.

En somme, 5 anorgasmies masculines isolées, et 5 autres compliquées d'impuissance secondaire.

C.IV.3 : Anorgasmies masculines isolées :

a) 2 cas d'anorgasmie masculine primaire :

\* Dossier 7.58 :

Ils ont 55 et 56 ans, sont mariés depuis plus de trente ans, ont à leur actif chacun 10 ans de psychanalyse. Depuis toujours il éjacule sans orgasme, elle fait l'amour comme une corvée.

\* Dossier 7.81 :

Jérôme G. a 21 ans. Il est élève infirmier en Hôpital psychiatrique. Ses parents sont divorcés et il vit chez sa mère.

Il a une érection et une éjaculation normales mais ne ressent aucun plaisir soit au cours du coït, soit au cours de la masturbation.

Il a eu 3 expériences homosexuelles sans orgasme non plus.

Jérôme G. a eu une enfance difficile. Depuis l'âge de 10 ans, il fut suivi par plusieurs psychiatres.

b) 3 cas d'anorgasmie masculine secondaire:

\* Dossier 3.24:

Monsieur F. Edmond consulte pour sa femme : elle est frigide depuis la naissance de leur fille. Elle a 23 ans, lui 36 ans. Ils sont mariés depuis 2 ans. Il a vécu 10 ans une relation homosexuelle. Au bout de 2 ans, il n'a plus perçu l'orgasme en éjaculant.

A la fin de l'entretien, il précise qu'avec sa femme, il a de bonnes érections, des éjaculations, mais pas d'orgasme.

\* Dossier 1.08 :

Frédéric A., 54 ans, célibataire est homosexuel. Il consulte parce qu'il a constaté qu'il ne ressentait rien au moment de l'éjaculation dans ses relations hétérosexuelles.

\* Dossier 10.09 :

Sliman B., 37 ans, est né en Algérie. Il a eu son premier rapport et son premier orgasme avec une prostituée.

Quelques temps après, il s'est marié comme prévu avec sa cousine, mais il n'a plus connu l'orgasme lors des relations sexuelles.

Après 10 ans de psychanalyse, il est toujours "frigide". Il somatise : colite, pollakiurie nocturne, hémorroïdes.

Sa femme est également frigide primaire. Elle s'est refusée à toute thérapie, rejetant la responsabilité sur son mari.

C.IV. 4 : Anorgasmies masculines compliquées :

a) 1 cas associant anorgasmie primaire et impuissance secondaire.

Gérard M. a 50 ans. Sa femme Simone 41 ans. Ils sont mariés depuis 14 ans, et ont 7 enfants.

Gérard M n'a jamais ressenti de plaisir lors de l'éjaculation. Leurs relations sexuelles se sont espacées. Il devient maintenant impuissant secondaire.

b) 3 cas (d' Anorgasmie primaire  
          { Ejaculation précoce primaire  
          { Impuissance secondaire

\* Dossier 6.45 :

Pascal M. 25 ans, étudiant, a débuté sa vie sexuelle à vingt ans avec une amie de 29 ans.

Il a éjaculé avant même de la pénétrer. Les expériences qui ont suivi se sont encore déroulées ainsi.

De plus il n'a jamais ressenti l'orgasme même en se masturbant.

Depuis un an, il a renoncé à tout échange sexuel car ses derniers rapports s'étaient soldés par un échec total : il n'avait pas pu obtenir d'érection.

\* Dossier 5.88 :

Bernard T., 41 ans, ouvrier, a toujours été éjaculateur précoce.

Avec sa femme, Josette, 50 ans, il éjacule souvent avant la pénétration. Par ailleurs, il n'a jamais éprouvé de plaisir lors de l'éjaculation.

Il devient maintenant impuissant secondaire, ce qui le pousse à consulter.

\* Dossier 6.42 :

Mchamed B., 35 ans, musulman, vit seul.

Il a des relations sexuelles occasionnelles où il éjacule vite et ne ressent rien. Il accuse maintenant des difficultés d'érection.

c) une observation d'Anorgasmie secondaire et d'Impuissance secondaire.

\* Dossier 9.69

Monsieur D. 52 ans, commerçant, vient à la consultation "adressé" par sa femme.

Il n'a plus aucun besoin sexuel.

Sa femme n'a jamais eu de plaisir lors du coït mais connaît l'orgasme masturbatoire. Depuis plusieurs années, lui-même n'a pas d'orgasme, et récemment il n'obtient plus d'érection.

C.V.) Impuissance masculine :

C.V.1: Définitions :

L'impuissance masculine a été maintes fois définie de façon contradictoire.

Par exemple, en 1971, G. DANIC et F.THERVET: dans la "Vie Médicale":

" Au sens large, on entend par impuissance toutes les limitations qu'un homme peut éprouver à la réalisation d'un acte hétérosexuel et au plaisir qui lui est lié". Ils incluent dans cette définition toutes les dysfonctions masculines : E.P., troubles de l'érection, absence d'éjaculation, etc...

Ils limitent leur définition à l'acte hétérosexuel.

En 1970, A. HAYNAL (Genève) écrit dans "Médecine et Hygiène": "On appelle impuissance, l'impossibilité d'accomplir l'acte sexuel avec la partenaire de son choix", et il ajoute : "Les impuissances tant érectiles qu'éjaculatoires mettent à l'épreuve les capacités et l'art du médecin sur un plan diagnostique."

Dans cette définition, l'auteur s'oriente vers une première différenciation entre impuissances érectiles et impuissances éjaculatoires.

C'est cependant W.MASTERS et V. JOHNSON qui donnent en 1970 une définition précise de l'impuissance masculine (cf. les mésententes conjugales) :

!- "L'impuissance primaire désigne une absence totale d'érection ou une érection trop brève pour permettre d'accomplir l'acte sexuel.

! L'érection obtenue par l'impuissant primaire disparaît toujours sans qu'il y ait eu d'éjaculation.

! Jamais de sa vie, l'impuissant primaire n'a donc pu parvenir au coït, ni avec un homme, ni avec une femme".

!- "L'impuissance secondaire est le fait d'un homme qui a pu, au moins une fois, pratiquer des rapports sexuels satisfaisants. Il a généralement réussi x fois, jusqu'au jour où il connaît son premier échec.

! Cette première défaillance n'est pas nécessairement le signe de l'impuissance II. Beaucoup d'hommes connaissent des échecs occasionnels.

! Néanmoins, une première épreuve peut être un signe avant coureur et ouvrir le cycle qui mène de l'an-

! goisse à l'échec.

! Nous considérons comme impuissant secondaire un homme qui échoue dans 25 % de ses tentatives de coït".

Par référence à cette définition :

- \* L'éjaculation précoce n'est donc pas une variante de l'impuissance.  
En effet, si l'individu atteint d'éjaculation précoce perd rapidement son érection, c'est après l'éjaculation, en raison du processus normal de l'orgasme masculin (cf. Les réactions sexuelles de W. MASTERS et JOHNSON), tandis que chez l'impuissant, il y a une incapacité d'érection.
- \* Quant à l'homme atteint d'incapacité d'éjaculation, il ignore tout des insuffisances d'érection qui font souffrir l'impuissant.

#### Caractères de l'impuissance :

- L'impuissance peut être complète ou incomplète, suivant que l'absence d'érection est totale ou non.
- Un homme impuissant peut obtenir une bonne érection lors de la masturbation, et mener celle-ci à son terme.
- Un impuissant peut avoir une érection tout à fait normale lors des préliminaires, mais la voir disparaître ou se réduire au cours du coït.

#### Particularités de l'impuissance secondaire :

- L'impuissance secondaire peut se manifester avec une partenaire déterminée, mais non avec une autre.

C'est par exemple le cas de l'homme impuissant uniquement au cours de ses relations extra-conjugales.

- Souvent, l'impuissance secondaire fait suite à un autre symptôme sexuel masculin, ancien. C'est surtout le cas de l'éjaculation précoce. On peut alors parler de complication, le sujet s'étant souvent accomodé de cette E.P., lorsque surgit l'impuissance secondaire, ce qui l'angoisse un peu plus, et l'amène à consulter.

De même, l'impuissance secondaire peut survenir chez un sujet anéjaculateur ou chez un homme anorgasmique.

C.V. 2: Résultats globaux :

- \* Nous avons retrouvé une notion d'impuissance dans 365 observations, dont 84 concernent une impuissance secondaire venant compliquer un autre symptôme sexuel.

Si l'on compare ce chiffre avec :

1) celui des 916 hommes qui ont consulté, on constate que :

- 31 % sont venus pour impuissance isolée (  $\pm$  3 % )
- 9 % voient l'impuissance secondaire compliquer un symptôme sexuel plus ancien. (  $\pm$  1,9 % )

2) celui des 610 observations où l'on retrouve un symptôme sexuel masculin, on constate que :

- 46 % des observations concernent l'impuissance isolée (  $\pm$  4 % )
- 14 % des observations concernent l'impuissance secondaire, complication d'une dysfonction ancienne. (  $\pm$  2,8 % ).

\* La répartition se fait ainsi :

- Impuissance primaire isolée :  
78 cas soit 21,4 %
- Impuissance secondaire isolée :  
203 cas soit 55,6 %
- Impuissance secondaire faisant suite à une E.P. primaire :  
62 cas soit 16,9 %
- Impuissance secondaire faisant suite à une E.P. secondaire :  
12 cas soit 3,3 %
- Impuissance secondaire faisant suite à une anéjaculation primaire :  
3 cas
- Impuissance secondaire faisant suite à une anéjaculation secondaire :  
2 cas
- Impuissance secondaire faisant suite à une anorgasmie primaire :  
1 cas
- Impuissance secondaire faisant suite à une anorgasmie secondaire :  
1 cas
- Impuissance secondaire faisant suite à une association : E.P. primaire - anorgasmie primaire :  
3 cas

L'impuissance secondaire isolée apparait donc comme la forme d'impuissance la plus fréquente (55,6 % ± 5,2 %)

Nous n'étudierons ici que les impuissances isolées et celles faisant suite à l'éjaculation précoce. En effet, celles compliquant une anéjaculation ou une anorgasmie ont été traitées précédemment.

C.V.3 : Impuissance primaire isolée :

1) On retrouve ce symptôme dans :

78 observations

Soit 21 % des dossiers concernant l'impuissance.

En voici trois exemples :

Dossier 10.98.

Jérôme D a 23 ans. Il vient consulter un sexologue parce que son amie l'a quitté à cause de son impuissance.

Il a toujours été impuissant, depuis un an il ne parvenait même plus à se masturber, cela ne l'inquiétait pas trop, il prenait toujours le risque de proposer le coït à une femme car il se savait capable de lui donner du plaisir. Mais il doute à présent sur ses capacités à établir une relation durable.

Il pense que l'origine de son impuissance est organique parce qu'il a présenté à 13 ans des épisodes comitiaux, à la mort de son père, avec pointes ondes à l'EEG.

Dossier 11.85 :

Alain V. rentre de vacances : c'est là qu'à 24 ans il a fait sa première conquête avec laquelle chaque essai s'est résumé à un échec : il était irrémédiablement impuissant. Il se sont séparés à la rentrée de façon dramatique :

"Je ne suis pas un homme, il vaut mieux que tu partes".

Il n'a voulu en parler à personne, mais son humeur était si noire que sa mère s'est affolée, a découvert le secret et a pris rendez-vous. Il est aujourd'hui tout centré sur sa souffrance "la fonction primordiale de la vie ne fonctionne pas chez moi, je suis anormal. C'est ma déchéance!"

Dossier 11.09 :

Gérard G. est impuissant, il a 33 ans et le sait depuis toujours. Il n'a jamais osé consulter de peur "de passer pour un idiot".

Mais actuellement il connaît Denise A. depuis 6 mois, et ils ont l'intention de se marier.

Gérard est originaire d'une famille où l'on ne parlait pas de sexe. Son père était juif, sa mère est catholique.

Il a ignoré jusqu'à sa rencontre avec Denise, l'existence du vagin, et croyait que la pénétration se faisait par l'anus : "on disait enculer et ça me dégoutait". Adolescent il s'est masturbé et reste persuadé que c'est cela qui l'a rendu impuissant. Il se souvient d'avoir prié Dieu

de l'en délivrer, il promettait en échange de ne plus fumer. Actuellement s'il se masturbe il se sent mal, affaibli.

Son amie a eu quelques relations sexuelles avant lui, elle connaît l'orgasme par caresses vaginales.

Ces trois exemples illustrent trois des façons les plus fréquentes, chez un homme, jeune, d'aborder l'impuissance ; la politique de l'autruche. La dramatisation et la panique. Le projet de mariage qui pousse à s'en inquiéter.

2) Age de ces consultants :

78 observations :

- De 15 à 24 ans                    14 cas
- De 25 à 29 ans                   25 cas
- De 30 à 39 ans                   27 cas
- De 40 à 49 ans                   11 cas
- A partir de 50 ans                1 cas

La majorité des hommes qui consultent pour impuissance primaire, le fait entre 15 et 39 ans (85 %).

A noter aussi que l'on trouve un homme, célibataire qui consulte pour ce symptôme, à 50 ans.

3) Leur situation affective :

\* Parmi ces 78 hommes :

- 47 sont célibataires            soit 60 %
- 31 sont mariés                    soit 40 %

Il semble que ce sont d'avantage des hommes célibataires qui consultent pour impuissance primaire. Cependant, l'intervalle de confiance de ces pourcentages est trop grand pour que ce soit une certitude.

\* Quant à ces 31 hommes mariés, la durée de vie de leur couple se répartit :

Vie commune	≤ 3 ans	14 cas
3 < VC	≤ 10 ans	12 cas
Vie commune	> 10 ans	2 cas

(3 inconnues).

La grande majorité des hommes mariés, impuissants primaires, ont moins de 10 années de vie commune.

4 ) - Impuissance primaire et dysfonctions sexuelles féminines associées.

Parmi ces 31 hommes mariés présentant une impuissance primaire, 25 sont venus consulter avec leur conjoint.

<p>A l'issue de la première consultation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans 13 cas, l'impuissance primaire semble isolée de tout symptôme sexuel féminin.</li> <li>- Dans 12 cas, elle est associée à une dysfonction sexuelle féminine.</li> </ul>
--



Dossier 7.54 :

Yves T. 43 ans, marié, 3 enfants.

Il a débuté une psychanalyse en Septembre 72.,  
qu'il a arrêtée en Avril 1975.

Entre temps, en juillet 1973 il a présenté ce  
qu'il appelle une "myélite virale", en fait une  
SCLEROSE EN PLAQUE.

L'un des premiers signes a été une IMPUISSANCE  
SECONDAIRE.

Dossier 4.17 :

Lucien A., 50 ans, marié, 1 enfant, professeur  
de Lycée, présente une maladie de Parkinson  
sévère, traité par la L. Dopa. Elle s'accompagne  
d'une baisse du désir et d'une impuissance secon-  
daire.

A la suite de la consultation, une hospitalisation  
en Neurologie a été entreprise pour un essai de  
réajustement du traitement, mais sans amélioration.

Dossier 11.15 :

Jean Louis F. 39 ans, marié depuis 6 ans.

2 enfants de 5 et 2 ans. Il est chirurgien den-  
tiste. Pas d'antécédents médicaux ni chirurgicaux  
notables. Sa vie sexuelle se décrit ainsi :

Premier rapport sexuel à 17 ans, avec une prosti-  
tuée : il est totalement impuissant. Plusieurs  
autres tentatives se soldent par un échec.

Il entreprend alors un bilan médical qui s'avère normal. Il commence une psychothérapie et rencontre sa future femme. Sa vie sexuelle devient tout à fait satisfaisante. Il cesse la thérapie. Depuis 3 ou 4 ans, Jean-Louis F. présente à nouveau des épisodes d'impuissance secondaire, lors de difficultés professionnelles d'abord, actuellement à cause d'une mésentente conjugale.

Ici, nous voyons donc Monsieur F. atteint d'abord d'Impuissance primaire qui se résoud lors d'une psychothérapie. Mais par la suite, chaque remise en cause de sa personnalité, à travers différentes adversités, réinduit une Impuissance secondaire.

2)- Age des consultants :

203 observations :

- De	15	à	24	ans	6 cas
- De	25	à	29	ans	23 cas
- De	30	à	39	ans	52 cas
- De	40	à	49	ans	59 cas
- De	50	à	74	ans	63 cas

Au total :

\* 86 % des hommes qui consultent pour impuissance secondaire ont entre 30 et 74 ans.

( ± 4,9 %).

Ce résultat est d'autant plus significatif que pour l'échantillon étudié, cette tranche d'âge contient 69 % des hommes.

\* Par ailleurs, 31 % des hommes qui consultent pour impuissance secondaire ont entre 50 et 74 ans ( $\pm 6,5$  %).

Contre 13,1 % dans l'échantillon étudié.

C'est encore plus significatif.

### 3) Leur situation affective :

\* Ces 203 hommes :

- 38 sont célibataires
- 142 sont mariés
- 15 sont divorcés
- 8 sont veufs.

Cette répartition est très proche de celle de l'échantillon de référence.

\* Quant aux 142 hommes mariés, la durée de vie de leur couple se répartit ainsi :

Vie commune	$\leq$	3 ans	24 cas
3 < VC	$\leq$	10 ans	31 cas
Vie commune	$>$	10 ans	77 cas

Inconnues : 10

Conclusion : 54 % des hommes mariés consultant pour impuissance secondaire le font après 10 années de vie de couple. ( $\pm 8,4$  %).

Rappelons que 41 % des couples de l'échantillon étudié ont plus de 10 ans de vie commune ( $\pm 3,7$  %).

4) Impuissance secondaire et symptômes sexuels féminins associés.

Parmi les 142 hommes mariés présentant une impuissance secondaire, 89 ont consulté avec leur femme et 53 sont venus seuls. Pour approcher les liens entre l'impuissance secondaire et les symptômes sexuels féminins, on se référera aux 89 couples qui ont consulté ensemble.

A l'issue de la première consultation :

- |  |
|--|
| - dans 61 cas, l'impuissance secondaire semble isolée de tout symptôme sexuel féminin. |
| - dans 28 cas, elle est associée à une dysfonction féminine.                           |

Les dysfonction féminines rencontrées sont :

- |   |        |
|---|--------|
| - (Impuissance secondaire<br>{ Frigidité primaire   | 14 cas |
| - (Impuissance secondaire<br>{ Frigidité secondaire   | 3 cas  |
| - (Impuissance secondaire<br>{ Anorgasmie primaire  | 2 cas  |
| - (Impuissance secondaire<br>{ Anorgasmie secondaire  | 5 cas  |
| - (Impuissance secondaire<br>{ Vaginisme primaire<br>{ Mariage non consommé                         | 3 cas  |
| - (Impuissance secondaire<br>{ Vaginisme primaire<br>{ Frigidité primaire<br>{ Mariage non consommé | 1 cas  |

On constate une nette prédominance de l'association Impuissance secondaire - Frigidité primaire : 50 % ( ± 20 %).

C.V.5 : Impuissance secondaire faisant suite à une éjaculation précoce primaire :

1) On retrouve ce symptôme dans 62 observations sur les 365 concernant l'impuissance.

Soit 16,9 % des observations  
d'impuissance

Dossier 11.42 :

Monsieur et Madame D., 42 et 41 ans, mariés depuis 22 ans, 2 enfants de 13 et 14 ans.

Monsieur D. a toujours été éjaculateur précoce. Madame D. n'en souffrait pas. Ils pratiquaient la méthode du retrait.

Après 12 années de vie commune, Monsieur D. s'est mis à présenter des épisodes d'impuissance, passagers, puis de plus en plus fréquents. Depuis deux ans, il n'a plus eu d'érection du tout, et a fini par renoncer à toute relation sexuelle. Sa femme qui avait jusque là, un comportement sexuel très passif, a cru à un désintérêt de son mari pour elle-même, puis s'est persuadée qu'il avait une maîtresse et a demandé à ce qu'il consulte un Médecin.

- Des coûts peu satisfaisants pour Monsieur D. lui-même - ses orgasmes sont si rapides - la perception qu'il ne parvient jamais à contenter

sa femme durant la pénétration.

Madame D. ne manifeste aucun désir, les efforts faits pour maîtriser ses réactions, tout ceci concoure à isoler Monsieur D. des stimulations sensuelles qui sous-tendent l'acte sexuel. Dans ces conditions, l'érection devient difficile, l'angoisse de l'échec survient et à sa suite l'Impuissance secondaire.

La réaction de Madame D. devant l'impuissance de son mari est fidèle à la réaction de nombreuses femmes devant l'Impuissance :

- si l'homme "ne bande pas pour elle", c'est qu'elle est trop laide pour éveiller son désir,
- s'il renonce aux rapports avec son épouse, c'est qu'il trouve ailleurs tout son contentement.

2) Age des consultants :

62 observations.

- De 15 à 24 ans            1 cas
- De 25 à 29 ans           8 cas
- De 30 à 39 ans          17 cas
- De 40 à 49 ans          23 cas
- A partir de 50 ans       13 cas

Au total, 53 observations sur 62 concernent des consultants ayant entre 30 et 74 ans donc la majorité.



3) Leur situation affective

\* A propos de ces 62 hommes :

- 8 sont célibataires
- 45 sont mariés
- 7 sont divorcés
- 2 sont veufs.

\* En ce qui concerne les 45 hommes mariés, la durée de vie de leur couple se répartit :

(1 inconnue)

Vie commune $\leq$ 3 ans	3 hommes
3 $<$ VC $\leq$ 10 ans	9 hommes
Vie commune $>$ 10 ans	32 hommes

La proportion d'hommes mariés, consultant (pour impuissance secondaire compliquant une E.P. primaire) après 10 années de vie commune, dépasse les 50 %. (en tenant compte de l'intervalle de confiance du pourcentage).

4) Impuissance secondaire faisant suite à une E.P. primaire et dysfonctions sexuelles féminines associées

Parmi ces 45 hommes mariés présentant ce symptôme, 28 ont consulté avec leur femme et 17 sont venus seuls.

Nous n'envisageons les symptômes sexuels féminins associés que pour les 28 hommes qui ont consulté en couple :

A l'issue de la première consultation :

- Dans 22 cas, l'impuissance secondaire compliquant une E.P. primaire semble isolée de tout symptôme sexuel féminin.
- Dans 6 cas, elle est associée à une dysfonction féminine.

Ces associations sont :

- { E.P. primaire - Impuissance secondaire  
  { Frigidité primaire 2 cas
- { E.P. primaire - Impuissance secondaire  
  { Anorgasmie primaire 2 cas
- { E.P. primaire - Impuissance secondaire  
  { Anorgasmie secondaire 1 cas
- { E.P. primaire - Impuissance secondaire  
  { Vaginisme primaire 1 cas  
  { Mariage non consommé

C.V.6. Impuissance secondaire faisant suite à une éjaculation précoce secondaire

- 1) On retrouve ce symptôme dans 12 observations.  
Soit 3,3 % des observations concernant l'impuissance.

Dossier 8.97 :

Pierre B. est né en 1931, il est professeur. Il a divorcé une première fois, puis s'est remarié, depuis 13 ans. Il a deux enfants.

Les débuts de son deuxième mariage ont été parfaits sur le plan sexuel.

Puis il est devenu éjaculateur précoce un peu avant ou en même temps que sa femme prenait un amant une première fois, puis une seconde. Depuis 4 ans, il est presque toujours impuissant. Sa femme se refuse à lui : " tu feras l'amour le jour où tu en seras capable".

2) Age des consultants :

12 observations :

- De 15 à 24 ans	0
- De 25 à 29 ans	3 cas
- De 30 à 39 ans	1 cas
- De 40 à 49 ans	4 cas
- A partir de 50 ans	4 cas

Il semble que c'est surtout à partir de 40 ans qu'on a consulté pour impuissance secondaire compliquant une E.P. secondaire.

3) Leur situation affective :

\* Ces 12 hommes :

- 2 sont célibataires
- 8 sont mariés
- 2 sont divorcés.

\* Quant à ces 8 hommes mariés, la durée de vie de leur couple se répartit ainsi :

(1 inconnue)

Vie commune	<	3 ans	1 homme
3 < VC	<	10 ans	2 hommes
Vie commune	>	10 ans	4 hommes

4 ) Impuissance secondaire faisant suite à une E.P. secondaire et symptômes sexuels féminins associés:

Sur les 8 hommes mariés présentant ce symptôme, 5 ont consulté avec leur conjoint et 3 sont venus seuls.

Dans 3 cas, on trouve une dysfonction sexuelle féminine associée :

- { E.P. secondaire - Impuissance secondaire  
   { Frigidité primaire 2 cas
- { E.P. secondaire - Impuissance secondaire  
   { Anorgasmie secondaire 1 cas

C.V. 7: Impuissances masculines d'origine organique :

Outre la dyspareunie, c'est dans l'impuissance que nous trouvons la plupart des étiologies organiques à un symptôme sexuel. Mais, pas dans les mêmes proportions. Citons M.WASTERS et V. JOHNSON (les mésententes sexuelles) : "L'origine physiologique des impuissances secondaires est, en fait, assez rare, et, sur un ensemble de cas cliniques, cette étiologie est presque négligeable. C'est ainsi que sur les 213 cas d'impuissance secondaire que nous avons examinés à la Fondation, il y en a seulement 7 dont l'origine physiologique soit évidente".

Sur les 287 cas d'impuissance secondaire rencontrés, nous avons trouvé un symptôme d'appel organique dans 37 observations.

- \* Diabète 11 observations
- \* Symptôme d'appel neurologique: 7 observations.
  - Sclérose en plaque 1 cas
  - Maladie de Parkinson 2 cas
  - Hémiplégie 1 cas
  - Paraplégie 1 cas
  - Handicapé moteur 1 cas
  - Fracture du bassin avec rupture de l'urètre 1 cas
- \* Symptôme d'appel toxique: 6 observations.
  - Alcoolisme 4 cas
  - Toxicomanie 2 cas
- \* Symptôme d'appel artériel :
  - H T A 4 observations
  - Angor - Infarctus 6 observations
  - Artérite des MI 1 observation
- \* Maladie de Lapeyronie: 1 observation
- \* Hémopathie maligne : 1 observation

Par ailleurs nous avons rencontré un état psychotique dans 3 observations.

Le plus difficile est de faire le lien entre le symptôme d'appel et le symptôme sexuel. L'apport de la thermographie pénienne est important dans les étiologies vasculaires. Mais, pour d'autres étiologies, le diabète en particulier, la relation de cause à effet est souvent impossible à affirmer avec certitude. Citons MASTERS et JOHNSON :

" S'il s'avère que l'impuissance secondaire est directement et essentiellement liée au diabète, la surveillance médicale permanente que réclame cette maladie ne sera d'aucun secours pour enrayer ce symptôme. Qu'un homme cesse un jour d'avoir confiance dans ses capacités sexuelles, et la peur de l'acte fait désormais partie de sa vie quotidienne. Cela est vrai quelle que soit l'étiologie en cause."

C.V. 8: Autres résultats :

C.V.8 a : Impuissance et Mésentente conjugale :

Nous avons pris en considération les 232 hommes mariés ayant consulté pour impuissance.

La notion de mésentente conjugale apparait dans 43 observations soit 19 %. ( ± 5,1 %).

C.V.8.b : Impuissance secondaire au cours de liaisons extra-conjugales :

Dans 9 observations, l'impuissance secondaire n'existe que lors des relations extra-conjugales, et disparaît avec le conjoint.

En comparaison, on ne trouve une E.P. "extra-conjugale" que dans une seule observation.

C.V.8.c : Impuissance et thérapeutiques déjà utilisées avant la consultation :

Pour ce symptôme sexuel, nous avons noté l'utilisation :

- d'un traitement médicamenteux dans 32 observations.
- d'un traitement psychothérapeutique dans 49 observations.
- d'autres traitements tels acupuncture... dans 11 observations.

C.VI : Synthèse : étude d'ensemble des dysfonctions  
=====  
sexuelles masculines :  
=====

C.VI.1: A propos de leurs définitions :

Chaque étape de la fonction sexuelle masculine peut-être le point d'impact d'une dysfonction, c'est à dire :

- le besoin sexuel
- l'érection
- l'éjaculation
- l'orgasme, qui se produit au même moment que celle-ci.

A ce propos, il faut rappeler qu'il peut très bien y avoir éjaculation sans qu'il y ait d'orgasme.

C.VI.2: Age des sujets présentant une dysfonction sexuelle masculine :

! La majorité des consultants est âgée : !

- De 25 à 49 ans pour l'E.P. isolée.
- De 25 à 39 ans pour l'anéjaculation primaire isolée.
- De 15 à 39 ans pour l'impuissance primaire.
- De 30 à 74 ans pour l'impuissance secondaire, qu'elle soit isolée ou qu'elle vienne compliquer une E.P.

Ces résultats sont encore plus significatifs lorsqu'on peut les comparer à la structure de l'échantillon étudié :

- Dans celui-ci, 77 % des hommes ont entre 25 et 49 ans. Or, 91 % des éjaculateurs précoces primaires sont dans cet intervalle.
- 69 % des hommes de l'échantillon ont entre 30 et 74 ans, 86 % des impuissants secondaires sont dans cet intervalle.

Il apparaît donc qu'on consulte jeune pour l'E.P. primaire, et plus âgé pour l'impuissance secondaire. Ce résultat était prévisible.

C.VI.3:Leur situation affective :

Sur les 916 hommes qui ont consulté :

- Pour l'E.P. primaire isolée, c'est la proportion d'hommes mariés qui prédomine.
- Pour l'impuissance primaire, c'est celle des hommes célibataires.

Ce sont les deux seuls résultats significatifs par rapport à l'échantillon étudié.

C.VI.4:Leur durée de vie de couple :

Toujours par rapport à l'échantillon étudié, seuls les résultats concernant l'impuissance ont une répartition différente .

Les proportions les plus élevées se situent :

- entre 3 et 10 ans de vie commune pour l'Impuissance Primaire.
- après 10 ans de vie commune pour l'Impuissance secondaire.

C.VI.5 : Les hommes mariés venus seuls à la consultation pour un symptôme sexuel :

On constate :

- que la proportion des hommes mariés consultant seuls pour E.P. primaire, pour anéjaculation primaire et pour impuissance primaire, est identique à celle de l'échantillon étudié, c'est-à-dire de l'ordre de 25 %.
- que cette même proportion, pour l'impuissance secondaire a tendance à augmenter :

37 % ( ± 7 %)

C.VI.6 : Symptômes sexuels masculins associés à des dysfonctions sexuelles féminines :

2 parties :

- \* Hommes ayant consulté un couple pour E.P. isolé, anéjaculation isolée, et anorgasmie isolée : 163.

Parmi ces 163 couples, on a retrouvé une dysfonction sexuelle féminine :

dans 81 cas, soit 49,7 % ( ± 7,8 %).

- \* Homme ayant consulté en couple pour impuissance : 151.

Parmi ces 151 couples, on a retrouvé un symptôme sexuel féminin dans 50 cas.

soit 33,1 % ( ± 7,6 %).

Donc, parmi les hommes ayant consulté en couple pour un symptôme sexuel, on a trouvé, dès la première consultation, une dysfonction sexuelle féminine dans environ 50 % des cas, sauf pour l'impuissance (1/3 des cas). Et cela que ce couple en soit conscient ou non. Ce qui laisse présager de nombreuses conséquences thérapeutiques.

C.VI.7 : Symptômes sexuels masculins et mésententes conjugales :

Cela ne concerne que les hommes mariés.

On note :

- E.P. isolée et mésentente conjugale :  
dans 29 % des cas ( $\pm$  6,7 %).
- Impuissance et mésentente conjugale :  
dans 19 % des cas ( $\pm$  5,1 %).

C.VII. Frigidité et Anorgasmie féminine  
=====

C.VII.1 : Définitions

Avant de définir les dysfonctionnements orgasmiques de la femme, il est bon de rappeler les résultats des travaux de MASTERS ET JOHNSON.

Quel que soit le point de stimulation, que l'excitation naisse du clitoris, du vagin, des seins ou d'un fantasme, la réaction orgastique est la même du point de vue physiologique.

Les distinctions apportées par les femmes elles-mêmes entre l'orgasme vaginal et l'orgasme clitoridien par exemple, ont des racines psycho-affectives, fantasmatiques ou sensibles comme le précise G. ABRAHAM, et sont tout à fait réelles. Mais le concept freudien "de déplacement maturatif du centre orgasmique du clitoris au vagin" ne tient plus.

Le mot Frigidité demande également à être défini. - "Il nous semble abusif et inexact d'identifier l'Impuissance ou la Frigidité à l'absence d'orgasme". (G. TORDJMAN). MASTERS et JOHNSON ont proposé le terme d'Anorgasmie.

A partir de cela nous avons refusé d'appeler Frigide une femme qui présente tous les signes d'un plaisir évident mais ne parvient pas jusqu'au décrochement orgastique. Elle est seulement Anorgasmique.

Nous réhabilitons l'orgasme clitoridien en excluant des dysfonctions sexuelles l'Absence d'Orgasme Vaginal, chez une femme qui obtient toujours un orgasme clitoridien. Cette femme connaît l'Orgasme : elle n'est ni frigide ni anorgasmique.

En fonction de ceci et des américains nous obtenons différents concepts.

a) D'abord le Dysfonctionnement orgasmique primaire défini ainsi chez MASTERS ET JOHNSON:

" Une femme atteinte de dysfonctionnement orgasmique primaire est une femme qui n'a jamais connu l'orgasme.

Il n'existe pas de définition aussi privative dans le domaine des troubles sexuels de l'homme. Un impuissant primaire est simplement un sujet qui n'a jamais atteint un point d'érection suffisamment élevé pour pouvoir procéder à une intromission lors de rapports homo ou hétérosexuels. Il peut lui arriver néanmoins, et c'est le cas le plus fréquent, de se masturber avec quelque régularité ou d'être caressé jusqu'à l'éjaculation. Mais chez la femme, dysfonctionnement primaire signifie absence totale d'orgasme.

Et cela quelles que soient les formes de stimulations physiques employées : masturbation, caresses (pratiquées par une femme ou par un homme), contact bucco-génital, pénétration du vagin ou du rectum. Bref, dans le cas des femmes atteintes de dysfonctionnement primaire, toutes les tentatives, qu'elles émanent d'elles-mêmes ou d'un partenaire quelconque, sont vouées à l'échec".

Nous le subdivisons pour mieux correspondre à la réalité sexuelle de la femme française en deux parties :

\* La FRIGIDITE PRIMAIRE :

C'est le cas de la femme qui ne se connaît aucun besoin sexuel.

"Elle refuse les caresses - Cela "la dégoûte", ne l'intéresse pas, voire dit-elle lui fait mal. Quant à son vagin, elle le prête plus ou moins volontiers, plutôt chichement, et pas pour son plaisir. Elle ne sent rien, elle s'ennuie". (G. ZWANG).

La lubrification vaginale que l'on peut comparer à l'érection (par le fait qu'elle résulte d'une vasodilatation sous l'effet du désir) n'existe pas chez elle.

\* L'ANORGASMIE PRIMAIRE :

La femme ici est capable d'obtenir un haut niveau d'excitation, elle lubrifie et présente

d'autres signes physiques d'excitation. Elle reçoit très souvent des sensations clitoridiennes ou vaginales, mais n'est jamais parvenue jusqu'à l'orgasme.

b) Le Dysfonctionnement orgasmique contingent ou Secondaire.

Toujours selon MASTERS ET JOHNSON : "Si une femme est parvenue à l'orgasme une fois dans sa vie, que ce soit par l'acte sexuel, la sodomie, la masturbation ou le cunnilinctus, on ne peut classer son cas sous la rubrique "dysfonctionnement orgasmique primaire", même si son expérience d'orgasme s'est réalisée dans le cadre de relations homosexuelles. On parlera alors de "dysfonctionnement orgasmique contingent", pour lequel on a établi, arbitrairement, trois sous-rubriques, selon que l'absence d'orgasme se trouve liée à la masturbation ou au coït, ou encore qu'elle n'apparait liée à aucune circonstance particulière".

Nous prenons là aussi la liberté de faire quelques précisions :

Nous définirons de la même façon que pour le dysfonctionnement primaire, deux termes :

\* La FRIGIDITE SECONDAIRE.

si un vrai rejet de la sexualité apparait :  
refus des attouchements - de l'excitation -

des sensations sexuelles, absence de lubrification, absence d'orgasme, chez une femme qui a connu l'orgasme au moins une fois.

\* ANORGASMIE SECONDAIRE

Plusieurs sous-rubriques pour reprendre MASTERS et JOHNSON sont à envisager, mais elles ne sont pas strictement semblables aux leurs, citées plus haut.

- D'abord, "le dysfonctionnement liée à la masturbation, lorsqu'une femme qui réagit normalement à l'acte sexuel, ne peut parvenir à l'orgasme ni grâce à ses propres caresses, ni grâce à celle de son partenaire, homme ou femme" n'a pas encore été rencontré dans la consultation. Cela laisse supposer que les femmes françaises se préoccupent déjà de la qualité de leurs rapports sexuels mais point encore de celle de leur masturbation.
  - l'Anorgasmie secondaire définit une femme qui a déjà éprouvé un ou plusieurs orgasmes, mais n'y parvient plus, de quelque façon que ce soit, depuis un certain temps, ou avec certains partenaires, occasionnels ou nouveaux.
- Ce peut être aussi une femme qui n'obtient l'orgasme avec son partenaire que dans un tiers des rapports, autrement dit une fois sur trois.

Une femme qui se donne l'orgasme par masturbation, mais ne l'obtient pas avec son partenaire lors de caresses clitoridiennes comme lors du coït, est aussi Anorgasmique secondaire.

Le point commun entre toutes, est qu'elles ont eu l'orgasme de façon occasionnelle, en fonction de divers facteurs, plus ou moins subjectifs; que par ailleurs, elles présentent des besoins, une réponse sexuelle par opposition aux frigides secondaires, même s'ils sont pauvres comme c'est souvent le cas.

#### C.VII.2 : Résultats globaux

\* Nous avons retrouvé une notion de :

- frigidité dans 185 observations.
- anorgasmie dans 104 observations.

Si l'on compare ce chiffre avec :

- 1) Celui des 635 femmes qui ont consulté, on constate que :
  - 29 % d'entre elles sont frigides  
(  $\pm$  3,6 %)
  - 16 % d'entre elles sont anorgasmiques  
(  $\pm$  2,9 %)
- 2) Celui des 325 observations où l'on retrouve un symptôme sexuel féminin, on constate que :
  - 57 % des observations concernent la frigidité (  $\pm$  5,5 %)
  - 32 % des observations concernent l'anorgasmie (  $\pm$  5,1 %).

\* La frigidity et l'anorgasmie sont des dysfonctions sexuelles qui atteignent l'expression de l'orgasme de la femme. Leur répartition :

- Frigidity :

185 observations sur 289

Soit 64 % ( ± 5,6 %)

- Anorgasmie :

104 observations sur 289

Soit 36 % ( ± 5,6 %)

Donc, nette prédominance de la frigidity par rapport à l'anorgasmie.

\* Pour la frigidity, la répartition se fait ainsi: (par rapport aux dysfonctions féminines).

- Frigidity primaire isolée :

115 observations, soit 62 %

- Frigidity secondaire isolée:

51 observations, soit 28 %

- { Frigidity primaire  
{ Vaginisme primaire

17 observations, soit 9 %

- { Frigidity primaire 1 observation  
{ Vaginisme secondaire

- { Frigidity secondaire 1 observation  
{ Vaginisme primaire

\* Quant à l'anorgasmie féminine :

- Anorgasmie primaire isolée :

57 observations, soit 55 %

- Anorgasmie secondaire isolée :

45 observations, soit 43 %

- (Anorgasmie primaire  
(Vaginisme primaire 2 observations

Nous ne traiterons dans ce chapitre que de la frigidité et de l'anorgasmie isolées.

### C.VII.3: Frigidité

#### C.VII.3 a : Frigidité primaire isolée

- 1) On retrouve ce symptôme dans 115 observations, soit 62 % de celles concernant ce symptôme.

Dossier 11.72 :

Nicole G., 34 ans, est mariée depuis 9 ans, et n'a pas d'enfant. Elle est professeur dans un lycée, son mari également.

Lors du premier contact téléphonique, elle apparaît en grande détresse, et demande une consultation en urgence : son mari vient de partir avec une femme, sans explication autre que la médiocrité de leur vie sexuelle.

Nicole G. s'est mariée vierge à 25 ans.

Elle dit n'avoir jamais eu aucun désir, ni jamais aucun plaisir, et trouve aussi bien de pouvoir "s'en passer": elle et son mari n'avaient plus de rapports sexuels depuis plus de deux ans.

Au début de la vie commune elle simulait, puis ne s'en est plus donné la peine. Elle a présenté longtemps une dyspareunie.

Le sentiment qui a submergé sa vie sexuelle est le dégoût.

Il y a 2 ans, elle a tenté une expérience extra-conjugale : elle n'en a pas retiré plus de plaisir physique, mais une satisfaction affective : son partenaire, à l'opposé de son mari, était doux, calme et rassurant.

Par ailleurs, Madame G. a fait un épisode dépressif assez profond en 1972, nécessitant une hospitalisation. Elle suit actuellement une psychothérapie à raison de deux fois par semaine, pour des troubles d'origine phobique.

Nous voyons ici le cas d'une femme assez solidement NEVROPATHE, mais très typique de l'absence totale de besoins sexuels conscients.

"Elle est mieux sans, qu'avec", ne reçoit lors d'un rapport physique avec son amant que l'aspect affectif des choses, elle ne peut concevoir qu'avec un profond dégoût la Sexualité et ceux qui l'acceptent, dégoût qui était perceptible, lors de la consultation, à l'égard même du Sexologue.

2) Age des consultantes :

115 observations :

- De 15 à 24 ans	20 cas
- De 25 à 29 ans	38 cas
- De 30 à 39 ans	32 cas
- De 40 à 49 ans	21 cas
- De 50 à 69 ans	4 cas

Interprétation :

\* De 15 à 29 ans :

58 cas, soit 50,4 % ( $\pm 9,3$  %)

Dans l'échantillon étudié, 38,4 % des femmes ont entre 15 et 29 ans ( $\pm 3,8$  %).

\* De 30 à 49 ans :

53 cas, soit 46 % ( $\pm 9,3$  %)

Dans l'échantillon étudié, 55,4 % des femmes ont entre 30 et 49 ans ( $\pm 3,9$  %).

Il semble donc que les femmes de 15 à 29 ans consultent plus que leurs aînées de 30 à 49 ans pour frigidité primaire.

Mais, cette tendance n'est pas certaine en raison d'un intervalle de confiance des pourcentages, qui est trop élevé.

3) Leur situation affective :

\* Ces 115 femmes :

- 3 sont célibataires
- 111 sont mariées
- 1 est divorcée.

Ce résultat est identique à la structure de l'échantillon étudié.

\* La durée de vie de couple de ces 111 femmes mariées se répartit :

Vie commune $\leq$ 3 ans	28	cas
3 < VC $\leq$ 10 ans	41	cas
Vie commune $>$ 10 ans	38	cas

4 inconnues.

Ce résultat est lui aussi conforme à la structure de l'échantillon étudié.

4) Frigidité primaire et symptômes sexuels masculins. :

Parmi ces 111 femmes mariées présentant une frigidité primaire, 103 ont consulté avec leur mari et 8 sont venues seules.

Nous n'envisagerons les liens entre cette frigidité et les symptômes sexuels masculins, que pour ces 103 couples.

! A l'issue de la première consultation : !  
! - Dans 56 cas, la frigidité primaire !  
! semble isolée de tout symptôme sexuel !  
! masculin. !  
! - Dans 47 cas, elle est associée à une !  
! dysfonction sexuelle masculine. !

Ces 47 cas se répartissent ainsi :

-(Frigidité primaire {E.P. primaire	21 observations
-(Frigidité primaire {E.P. secondaire	1 observation
-(Frigidité primaire {E.P. primaire - Impuissance secondaire	2 observations
-(Frigidité primaire {E.P. secondaire - Impuissance secondaire	2 observations
-(Frigidité primaire {Impuissance primaire	3 observations
-(Frigidité primaire {Impuissance secondaire	14 observations
-(Frigidité primaire {Anéjaculation primaire	3 observations
-(Frigidité primaire {Anorgasmie masculine secondaire	1 observation

C.VII.3 b: Frigidité secondaire isolée

1) On retrouve ce symptôme dans 51 observations, soit 28 % de celles concernant la frigidité.

Voici quelques exemples :

Dossier 11.99 :

Pierre et Anne S, 37 et 32 ans, mariés depuis 12 ans - Deux enfants de 11 et 7 ans, consultent pour mésentente conjugale.

Il se sont connus longtemps avant de se marier et ont eu des relations sexuelles préconjugales très satisfaisantes.

Il se sont mariés, sont allés habiter chez les parents de Pierre S. qui lui même travaillait avec ses parents, dans un commerce.

Le premier enfant est né six mois après la date du mariage. Les rapports se sont envenimés entre Anne S et sa belle famille.

Madame S. n'a plus eu d'orgasme dès ce moment là.

Elle a d'abord simulé, puis devant le climat aigü de mésentente a avoué à son mari son absence totale de plaisir et s'est refusée à tout échange sexuel. Devant l'agacement qu'elle manifestait Monsieur S. a cessé toute tentative. Ils n'ont aucun rapport depuis un an. Il est persuadé que sa femme est anormale et nous demande de la soigner "elle".

Or l'état de Madame S. est réactionnel à la révélation qu'a été pour elle la connaissance de sa belle-famille. Elle a aperçu son mari comme un fils soumis et dominé par sa mère.

"Les dysfonctionnements orgasmiques primaires ou (secondaires) sont fréquemment liés à l'opinion qu'une femme a de son mari. - Que représente-t-il à ses yeux ? Reste-t-il conforme à l'image de l'homme qu'elle s'était faite en le choisissant"? (MASTERS ET JOHNSON).

Dossier 11.40 :

Monsieur et Madame D. 43 et 39 ans, mariés depuis 10 ans, trois enfants, dont l'ainé, 17 ans, est né "accidentellement", lorsque madame D. avait 22 ans et n'était pas mariée. Monsieur D. est éjaculateur précoce, depuis toujours. Madame D. qui a connu l'orgasme avec d'autres hommes avant son mari, ne l'a jamais obtenu avec celui-ci. Elle ne supporte plus cette situation et se refuse à tout contact sexuel dont elle ne retire maintenant plus aucun plaisir.

2) Age des consultantes :

51 observations :

- De 15 à 24 ans	7 cas
- De 25 à 29 ans	17 cas
- De 30 à 39 ans	17 cas
- De 40 à 49 ans	7 cas
- De 50 à 69 ans	3 cas

On ne peut rien retirer de significatif de ces résultats.

3) Leur situation affective :

\* Parmi ces 51 femmes :

- 47 sont mariées
- 3 sont divorcées
- 1 est veuve.

Aucune célibataire n'a donc consulté pour frigidité secondaire.

\* Durée de vie du couple de ces 47 femmes mariées (2 inconnues) :

Vie commune $\leq$ 3 ans	13 cas
3 $<$ VC $\leq$ 10 ans	23 cas
Vie commune $>$ 10 ans	9 cas.

Au bout de 3 à 10 ans de vie commune, 23 femmes ont consulté pour frigidité secondaire, soit environ 50 %. En fait, entre 35 et 65 % en tenant compte de l'intervalle de confiance de ce pourcentage.

Or, dans l'échantillon étudié, 36,2 % ( $\pm$  3,6) des couples ont consulté au bout de 3 à 10 ans de vie commune.

Donc, si ce résultat n'est pas parfaitement significatif, il semble quand même qu'une proportion importante de femmes consultent pour frigidité secondaire après 3 à 10 ans de vie conjugale.

4) Frigidité secondaire et symptômes sexuels masculins associés :

Parmi les 47 femmes mariées présentant ce symptôme, 42 ont consulté avec leur mari.

A l'issue de la première consultation :

- Dans 27 cas, la frigidité secondaire semble isolée de tout symptôme sexuel masculin.
- Dans 15 cas, elle est associée à une dysfonction sexuelle masculine.

Ces 15 observations :

- (Frigidité secondaire  
  { E.P. primaire                   7 cas
- (Frigidité secondaire  
  { E.P. secondaire               3 cas
- (Frigidité secondaire  
  { Impuissance primaire       2 cas
- (Frigidité secondaire  
  { Impuissance secondaire     3 cas

Nous n'avons donc trouvé aucune association entre frigidité secondaire et anéjaculation.

C.VII.4 : Anorgasmie féminine

C.VII.4.a: Anorgasmie primaire isolée :

- 1) On retrouve ce symptôme dans  
57 observations, soit 55 %  
de celles concernant ce symptôme.

Dossier 12.02 :

Jacqueline et Yves M. ont tous les deux 37 ans.

Il se sont mariés vierges l'un et l'autre il y a 9 ans, et ont deux enfants de 8 ans et 18 mois.

Madame M. est issue d'une famille de 10 enfants, où le père buvait. Elle avait une phobie du mariage. Elle a présenté au début des relations sexuelles un vaginisme. Son mari est parvenu à l'intromission après 6 mois d'essais très patients. Ils ont malgré cela été satisfaits de leur vie sexuelle.

A la suite de sa deuxième grossesse, Jacqueline M. a fait un épisode dépressif. Elle a pris conscience qu'elle n'était jamais parvenu à l'orgasme, soit par le coït, soit par masturbation; ce qu'elle n'a jamais tenté.

Elle décrit d'une façon assez typique la montée du plaisir en elle mais sans résolution orgastique : au bout d'un certain temps, la stimulation devient douloureuse, ou bien la sensation disparaît laissant place à de l'agacement ou à une certaine agressivité. Il y a peu de dialogue sur ces choses entre son mari et elle. Elle ne demande rien, ne donne aucune "information" à son partenaire qui "tâtonne" sans jamais "savoir".

Jacqueline M. vit cette situation comme très frustrante, dévalorisante, elle désire vraiment jouir "jusqu'au bout", et redoute que "ce soit fini pour elle".

Cette observation illustre bien les points qui opposent Frigidité à Anorgasmie :

Madame M. a du plaisir, la femme frigide n'en a pas. Elle a besoin de parvenir à l'orgasme alors que la plupart des femmes frigides ne sont absolument pas motivées pour améliorer leur sexualité.

Il est aussi fréquent de constater le manque total de dialogue entre les deux partenaires, qui n'est pas pour les rapprocher.

2) Age des consultantes :

- De 15 à 24 ans	6 cas
- De 25 à 29 ans	19 cas
- De 30 à 39 ans	24 cas
- De 40 à 49 ans	8 cas
- De 50 à 69 ans	0

On peut seulement noter qu'il n'y a aucune femme qui a consulté pour anorgasmie primaire après 50 ans.

3) Leur situation affective :

\* Ces 57 femmes :

- 4 sont célibataires
- 52 sont mariées
- 1 est divorcée.

\* La durée de vie du couple de ces 52 femmes mariées (2 inconnues) :

Vie commune $\leq$	3 ans	13 cas
3 $<$ VC $\leq$	10 ans	17 cas
Vie commune $>$	10 ans	20 cas

4) Anorgasmie primaire et symptômes sexuels masculins associés :

Parmi ces 52 femmes mariées, 47 ont consulté en couple.

A l'issue de la première consultation :

- Dans 21 cas, l'anorgasmie primaire semble isolée de tout symptôme sexuel masculin.
- Dans 26 cas, elle est associée à une dysfonction sexuelle masculine.

Ces 26 observations :

- { Anorgasmie primaire E.P. primaire	19 cas
- { Anorgasmie primaire E.P. primaire-Impuissance secondaire	2 cas
- { Anorgasmie primaire Impuissance primaire	1 cas
- { Anorgasmie primaire Impuissance secondaire	2 cas
- { Anorgasmie primaire Anéjaculation primaire	1 cas
- { Anorgasmie primaire Anorgasmie masculine primaire	1 cas

Au total, nette prédominance de l'association:

Anorgasmie primaire - E.P. primaire.

C.VII .4.b: Anorgasmie secondaire isolée :

- 1) On retrouve ce symptôme dans 45 observations, soit 43 % de celles concernant l'anorgasmie féminine.

Dossier 12.10 :

Monsieur et Madame G., 44 et 35 ans, mariés depuis 14 ans, deux enfants de 12 et 6 ans. Monsieur G. est ingénieur, responsable d'un service important. Madame G. ne travaille plus, à la demande de son mari pour élever leurs deux enfants.

Monsieur G. n'est plus du tout disponible pour les "enfantillages" de sa femme. Il ne peut plus être tendre sans nuire à son efficacité, lorsque sa femme parle, il lui demande "d'abréger", il se sent à cent lieues de la réalité de celle-ci. Elle le harcèle lorsqu'il rentre le soir, d'autant plus qu'il est éloigné d'elle. Depuis un an Madame G. ne parvient à l'orgasme qu'à de rares occasions. C'est ce qui a motivé la consultation.

Dossier 11.70 :

Denise F. est célibataire, elle a 38 ans. Elle se masturbe depuis l'âge de 16 ans et obtient toujours l'orgasme.

De 18 à 21 ans, elle a connu sa première liaison durable, sans jamais aboutir à l'orgasme lors des rapports sexuels avec son partenaire, soit dans les caresses, soit dans le coït.

Elle a vécu 15 années avec une femme sans éprouver non plus, avec son amie, de résolution orgastique.

Depuis 3 ans, elle vit avec Georges T.

Sa situation n'est point changée : elle ne parvient à l'orgasme que par la masturbation. Elle vient consulter parce qu'elle est persuadée d'être frigide.

2) Age des consultantes :

45 observations :

- De 15 à 24 ans      5 cas
- De 25 à 29 ans     12 cas
- De 30 à 39 ans     19 cas
- De 40 à 49 ans     7 cas
- De 50 à 69 ans     2 cas

Rien de très particulier.

3) Leur situation affective :

\* Ces 45 femmes :

- 1 est célibataire
- 42 sont mariées
- 2 sont divorcées.

\* Durée de vie de couple de ces 42 femmes mariées : (3 inconnues)

Vie commune	<	3 ans	12 cas		
3	<	VC	<	10 ans	18 cas
Vie commune	>	10 ans	9 cas		

Il y a seulement 9 femmes mariées qui consultent pour anorgasmie secondaire après 10 années de vie conjugale, soit 23 % (en fait entre 11 et 38 %).

Or dans l'échantillon étudié, 41 % ( $\pm$  3,7 %) des couples consultent après 10 ans de vie commune.

Il semble donc que les femmes mariées anorgasmiques secondaires consultent de façon importante avant le seuil de 10 années de vie conjugale.

4) Anorgasmie secondaire et symptômes sexuels masculins associés :

Parmi les 42 femmes mariées présentant ce symptôme, 36 sont venues avec leur mari.

! A l'issue de la première consultation : !

! - Dans 14 cas, l'anorgasmie secondaire semble isolée de tout !  
! symptôme sexuel masculin. !

! - Dans 22 cas, elle est associée !  
! à une dysfonction sexuelle masculine. !

Ces 22 observations :

- { Anorgasmie secondaire 11 cas  
  { E.P. primaire
- { Anorgasmie secondaire 2 cas  
  { E.P. secondaire
- { Anorgasmie secondaire 1 cas  
  { E.P. primaire - Impuissance secondaire
- { Anorgasmie secondaire 1 cas  
  { E.P. secondaire - Impuissance secondaire
- { Anorgasmie secondaire 5 cas  
  { Impuissance secondaire
- { Anorgasmie secondaire 1 cas  
  { Anéjaculation primaire
- { Anorgasmie secondaire 1 cas  
  { Anorgasmie masculine secondaire

C.VII.5 : Autres résultats

C.VII.5 a: Frigidité, Anorgasmie et Mésentente conjugale :

- L'association frigidité- mésentente conjugale est rencontrée dans 34 observations sur 185.

Soit 18 % ( ± 5,6 %)

- L'association anorgasmie-mésentente conjugale est, elle, trouvée dans 19 observations sur 104

Soit 18 % ( ± 7,5 %)

C.VII.5 b: Frigidité, Anorgasmie et thérapeutiques déjà utilisées avant la consultation :

Il n'a jamais été proposé à ces femmes de traitement médicamenteux.

Par contre, sur 289 observations :

- traitement psychothérapique : 32 cas
- autres traitements : 4 cas

C.VIII.- : Vaginisme  
=====

C.VIII.1: Définitions

Prenons la définition de MASTERS et JOHNSON (cf. les mésententes conjugales) :

"Le vaginisme est un trouble psychosomatique qui rend difficile, sinon impossible, l'acte sexuel. Anatomiquement, il affecte les muscles qui forment le périnée et ceux qui circonscrivent le tiers inférieur du vagin. Physiologiquement, il se caractérise par une contracture spasmodique de ces muscles. C'est un réflexe totalement involontaire."

Myriam de SENARCLENS (Genève)  
précise :

"En fait le vaginisme ne représente qu'un aspect des troubles qualifiés de "difficultés à la pénétration", qui comprennent les cas

de non consommation conjugale, les douleurs coïtales et le vaginisme.

Si ce dernier décrit un état physique local (la constriction des muscles périnéaux et périvaginaux), la non-consommation traduit déjà une situation interrelationnelle, tandis que la dyspareunie exprime les sensations ou le vécu de la femme".

Habituellement, ce symptôme est primaire, apparaissant dès le début des échanges sexuels. Mais il peut s'installer tardivement et brusquement : il est alors secondaire.

#### Le tableau clinique :

\* Les femmes qui se plaignent de vaginisme ne sont pas forcément des jeunes mariées. Elles peuvent avoir vécu une relation de couple pendant des années, se croyant malformées donc inguérissables. Elles peuvent aussi consulter pour stérilité, ou lorsque le conjoint a cherché ailleurs des satisfactions érotiques plus complètes.

\* Pour le diagnostic, l'examen gynécologique est indispensable. Citons MASTERS ET JOHNSON:

"Le diagnostic ne peut être établi de façon certaine par le simple interrogatoire : il réclame également un examen de la région pelvienne. Pour n'avoir pas recouru à cet examen, on a soigné parfois des pseudo-vaginismes".

Quant à cet examen proprement dit, laissons-le décrire par Myriam de SENARCLENS :

"Une divergence apparaît d'emblée, lors de la confrontation médecin-malade, entre l'attitude de la femme quand elle parle de son problème, et son comportement pendant l'examen somatique.

Avec une apparente assurance, elle raconte son ou ses échecs en insistant d'habitude sur "le barrage" que le mari a trouvé sur son passage; elle devient par contre une gazelle apeurée, en opisthotonos, aux adducteurs contractés et aux fesses serrées, sautant même de la table gynécologique dès que le médecin tente de s'approcher".

Mais cet examen gynécologique ne montrera pas automatiquement une "imperméabilité vaginale". En effet, si la contraction des muscles péri-néaux et périvaginaux survient électivement au moment des tentatives de coït, la vagin peut admettre "à froid" le doigt ou le spéculum.

\* On pourrait croire que ces femmes soient complètement inhibées. C'est vrai pour certaines d'entre elles qui sont frigides primaires, mais pour la plupart, les jeux amoureux restent riches et subtils, d'où ce type de réflexion : "Les caresses sont plus importantes que la pénétration".

\* Quant au partenaire, laissons-le présenter par M. de SENARCLENS :

" Il craint d'être fort, car il perçoit sa virilité comme dangereuse et agressive. Au contraire, s'il est blessé dans son amour propre par une première résistance, il incrimine une faute de l'épouse, comme pour voiler sa propre méconnaissance et parfois son impuissance".

C.VIII.2 : Résultats globaux

\* Nous avons retrouvé une notion de vaginisme dans 47 observations :

! Si l'on compare ces chiffres avec :  
! - celui des 635 femmes qui ont con-  
! sulté, on constate que 7,4 % d'entre  
! elles sont vaginiques ( $\pm$  3,5 %).  
! - celui des 325 observations où l'on  
! retrouve un symptôme sexuel féminin,  
! on constate que 14 % de ces observa-  
! tions concernent le vaginisme  
! ( $\pm$  3,8 %).

Dans "Cette Chose là", H. MICHEL-WOLFROMM affirmait : "Le vaginisme représente 10 % des troubles sexuels féminins".

\* Par rapport aux autres dysfonctions sexuelles féminines, la répartition se fait ainsi :

- Vaginisme primaire isolé  
25 observations
- Vaginisme secondaire isolé  
1 observation
- { Vaginisme primaire  
Frigidité primaire  
17 observations
- { Vaginisme secondaire  
Frigidité primaire  
1 observation
- { Vaginisme primaire  
Frigidité secondaire  
1 observation
- { Vaginisme primaire  
Anorgasmie primaire  
2 observations

\* Corrélations entre vaginisme et mariage non consommé.

Nous sélectionnons les dossiers des vaginales mariées dont le partenaire n'est pas éjaculateur précoce ni impuissant.

nous retrouvons non consommation de mariage dans 9 observations sur 23.

Cela indique bien que le vaginisme ne suffit pas à provoquer la non consommation.

C.VIII.3 : Vaginisme primaire

C.VIII.3 a: Vaginisme primaire isolé :

1°) On retrouve ce symptôme dans  
25 observations sur les 47  
concernant le vaginisme.

Dossier 11.61 :

Marie-Claire, 23 ans et Jean Yves, 29 ans  
sont mariés depuis deux ans, sans enfant :  
ce qui est le motif de la consultation.

Au début de l'entretien Marie-Claire est très  
gênée, elle rougit souvent, c'est Jean-Yves  
qui commente leur histoire, avec une toute  
petite assurance.

Lui avait eu quelques expériences, elle était  
pucelle. Pendant les fiancailles elle a eu  
envie de faire l'amour, mais Jean-Yves a  
refusé, prétextant qu'ils ne se connaissaient  
pas assez. Ils ont du ensuite faire face au  
père de Marie-Claire qui refusait sa fille et  
sa maison au jeune homme, surveillait celle-ci  
la soumettait chaque soir à un questionnaire  
agressif, menaçait de la "foutre dehors" si  
elle "tombait enceinte" :

Au bout de deux années pénibles il sont parvenus  
à se marier. Marie-Claire s'est mise à imaginer  
la pénétration, la défloration avec appréhension.

"Ca se passera mal. Je suis trop étroite, nous aurons mal tous les deux".

Jean-Yves fût tout aussi paniqué de devoir déflorer sa femme. Il tenta des essais timides et plus que maladroits avec une femme entièrement paralysée : mains mortes et jambes liées, ou bien la peur le plongeait dans le sommeil au beau milieu des caresses préliminaires.

Marie-Claire lui reprocha son manque d'expérience : " si tu l'as jamais fait, tu ne peux pas réussir", accusait ses parents de l'avoir maintenue dans l'ignorance.

Ils ont fini par renoncer à l'expérience et se contentent toujours de masturbation réciproque qui les satisfont l'un et l'autre sur le plan orgastique, leur ménage une vie harmonieuse, leur évitant "le problème".

Si l'on se réfère à la description de Myriam de SENARCLENS gynécologue psycho-somaticienne Gênoise, on retrouve de nombreux éléments dans cet exemple.

La peur tout d'abord chez Marie-Claire est évidente, omniprésente. L'ignorance également dont elle accuse son mari, ses parents, mais comme le dit Gilberte STEG : "L'ignorance est aussi une peur de savoir, car savoir est coupable et connaître est angoissant", la honte

apparaît dans sa gêne "de parler de cette chose là" qui est encore marquée d'interdit et de souillure".

Si leurs jeux amoureux ne sont pas très riches, ils connaissent l'un et l'autre la satisfaction orgastique.

Quant à Jean-Yves il correspond à une forme de mari typique de la vaginique, timoré à souhait, "craignant d'être fort, car il perçoit sa virilité comme dangereuse et agressive".

La non consommation du mariage traduit bien ici "une situation interrelationnelle" : peur + peur = non consommation.

Enfin cette citation définit bien l'ambiance qui régnait entre eux : "Les vaginales ont une vie calme et gaie" et partagent avec leur conjoint des jeux d'enfants". Le motif qui les fit consulter est l'absence d'enfant et non un conflit conjugal.

## 2) Age et situation affective de ces consultantes

\* Leur âge : (2 inconnues).

- De 15 à 24 ans	6 observations	
- De 25 à 29 ans	12	-
- De 30 à 39 ans	4	-
- De 40 à 49 ans	1	-

Comme on pouvait le penser, la majorité des femmes vaginales primaires, consulte avant 29 ans.

\* Leur situation affective :

2 d'entre elles sont célibataires, mais projettent de se marier. Les 23 autres sont mariées, et 22 ont consulté avec leur conjoint.

Quant à la durée de vie de leur couple :

23 observations ( 1 inconnue)

Vie commune	≤	3 ans	12 cas
3 < VC	≤	10 ans	7 cas
Vie commune	>	10 ans	3 cas

3) Vaginisme primaire et symptômes sexuels masculins associés :

Cela concerne les 22 femmes mariées ayant consulté en couple.

A l'issue de la première consultation :

- Dans 10 cas, le vaginisme primaire semble isolé de tout symptôme sexuel masculin.
- Dans 12 cas, il est associé à une dysfonction sexuelle masculine.

Ces 12 observations :

- { Vaginisme primaire  
  { E.P. primaire 2 cas
- { Vaginisme primaire 4 cas  
  { Impuissance primaire
- { Vaginisme primaire 3 cas  
  { Impuissance secondaire
- { Vaginisme primaire 1 cas  
  { E.P. primaire - Impuissance  
  {                    secondaire
- { Vaginisme primaire  
  { Anéjaculation primaire - 1 cas  
  { Impuissance secondaire
- { Vaginisme primaire  
  { Anéjaculation primaire 1 cas

C.VIII.3 b: Vaginisme primaire associé à la frigidity  
ou à l'anorgasmie.

Ce paragraphe concerne 20 observations

- 17 observations de vaginisme primaire  
  associé à la frigidity primaire.
- 1 observation de vaginisme primaire  
  associé à la frigidity secondaire.
- 2 observations de vaginisme primaire  
  associé à l'anorgasmie primaire.

1) Exemple : Dossier 12.19

Elisabeth et Jean D. ont respectivement 30 et 32 ans, sont mariés depuis 6 ans, sans enfant.

Ils sont tous deux en psychothérapie d'inspiration analytique depuis six mois.

Lui n'est jamais parvenu à pénétrer sa femme. Il s'est marié vierge et a présenté une éjaculation précoce qui persiste.

Elle a connu une expérience pré-conjugale assez malheureuse. Avec son mari elle a opposé un vaginisme à tout essai de pénétration et ne ressentait aucun désir, aucun plaisir. Elle s'est, au bout d'un an de convolage, refusée à tout contact sexuel, puis à tout contact physique.

Ils se sont autorisés l'un et l'autre une relation extra conjugale qui, si elle les a rassurés sur leur "anomalie physique", lui n'étant plus éjaculateur précoce, elle non vaginique, n'a rien changé à leur situation de couple.

2) Ces 20 femmes sont mariées et toutes sont venues avec leur mari à la consultation.

A l'issue de la première consultation :

- Dans 12 cas, l'association vaginisme primaire - Frigidité ou Anorgasmie semble isolée de tout symptôme sexuel masculin.
- Dans 8 cas, elle est associée à une dysfonction sexuelle masculine.

Ces 8 observations :

- ( Vaginisme primaire  
  { Frigidité primaire                   3 cas  
  { E.P. primaire
  
- ( Vaginisme primaire  
  { Anorgasmie primaire                1 cas  
  { E.P. secondaire
  
- ( Vaginisme primaire  
  { Frigidité primaire                2 cas  
  { Impuissance primaire
  
- ( Vaginisme primaire  
  { Frigidité primaire                1 cas  
  { Impuissance secondaire
  
- ( Vaginisme primaire  
  { Frigidité primaire                1 cas  
  { Anéjaculation primaire

C.VIII.4 : Vaginisme secondaire :

2 observations :

- \* l'une concernant un vaginisme secondaire isolé:

Dossier 10.91 :

Hervé L. et Roseline S., 32 et 23 ans, se connaissent depuis 2 ans mais ne sont pas mariés.

Lui est agriculteur, elle secrétaire à Paris, c'est de là que sont nées leurs difficultés, chacun voulant imposer son monde à l'autre.

De plus Roseline aime la sexualité, Hervé en a peur, il a reçu une éducation traditionnelle catholique dans un milieu rural. Il a vivement reproché à son amie de l'avoir poussée à faire l'amour, bref de l'éloigner de son "Idéal" comme il dit. Ce à quoi elle répond par un vaginisme secondaire.

- \* l'autre concernant une association vaginisme secondaire - frigidité primaire.

Dossier 2.27 :

Michèle et André E. ont 25 et 28 ans.

Ils sont mariés depuis 5 ans et n'ont pas d'enfant.

Il y a un an, Michèle a présenté une mycose vaginale, une cystite, et quelques polypes génitaux ont été découverts. Pendant le traitement, ils ont interrompu les relations sexuelles.

Mais celles-ci n'ont pas repris, la pénétration étant impossible. Michèle consulte alors son médecin, qui fait le diagnostic de vaginisme secondaire. Elle est convaincue qu'il s'agit là d'une complication organique.

Cependant, le bilan gynécologique est normal.

Lors de la consultation, on a mis en évidence que Michèle n'a jamais aimé faire l'amour, ni ressenti l'orgasme. Les caresses clitoridiennes l'énervent.

Quant à André, il a toujours éjaculé rapidement sans que cela l'inquiète.

Cette observation illustre bien le mode d'installation du vaginisme secondaire : il survient brusquement et tardivement à la suite d'un évènement marquant pour la femme (affection génito-urinaire dans ce cas). Cet évènement devient une sorte d'épine irritative sur laquelle se fixe l'angoisse de la patiente, même après la guérison clinique.

C.VIII.5 : Autres résultats :

C.VIII.5 a: Vaginisme et Mésentente conjugale:

On retrouve cette association dans  
3 cas sur 47 observations, soit  
entre 1 et 18 % des cas.

C.VIII 5b : Vaginisme et thérapeutiques déjà  
utilisées, avant la consultation :

Il a été proposé :

- Dilatation vaginale : 8 cas.
- Défloration chirurgicale : 2 cas.
- Traitement psychothérapeutique:  
6 cas.
- Traitement médicamenteux : 1 cas.
- Autre traitement : 3 cas.

C.IX. Dyspareunie  
=====

Par ce terme, on entend : coït douloureux.

Pour la plupart des auteurs, la dyspareunie est une dysfonction sexuelle féminine.

MASTERS et JOHNSON parlent "de dyspareunies féminines" et de "dyspareunies masculines". Et ils ajoutent : "Dans l'un et l'autre cas, le plus difficile pour le thérapeute reste de faire la part des choses entre ce qui est organique et ce qui est psychique".

C.IX.1: Dyspareunie féminine :

D'après G.ABRAHAM dans "Introduction à la sexologie médicale" :

"La dyspareunie est classiquement divisée en dyspareunie primaire, quand la difficulté remonte au début des rapports sexuels, et en dyspareunie secondaire, quand elle apparaît plus tard, après des relations qui ont été jusque-là plus ou moins acceptables ou satisfaisantes.

On parle encore de dyspareunie externe quand une gêne douloureuse ou une douleur survient déjà dans les tentatives d'approche ou dans la mise en oeuvre de la pénétration, dans la première partie du coït en somme.

La dyspareunie interne, au contraire, est liée à une gêne importante ou à une douleur proprement dite, en pleine activité coïtale, c'est à dire quand il y a non seulement pénétration, mais aussi les mouvements de va et vient du coït.

Il est clair que de nombreuses causes organiques peuvent être à l'origine de cette dysfonction".

On trouve très souvent une affection organique à l'origine d'une dyspareunie. Cependant, il faut être prudent, et envisager ce symptôme sous l'angle psychosomatique.

Citons G. TORDJMAN dans "Clefs pour la sexologie" : "Quand les traitements médicaux se révèlent inefficaces ou insuffisants, il arrive, comme à quelques unes de nos patientes, que la permanence et l'intolérance de la douleur forcent la main au chirurgien. Hélas, l'intervention chirurgicale n'est pas toujours une panacée ! Force est alors de réenvisager le symptôme, ce que l'on aurait dû faire dès l'abord, dans une perspective psychosomatique. Cette douleur se veut, en effet, souvent langage corporel et tend à signifier le rejet de l'acte sexuel, le conflit intra-psychique, ou l'altération du climat conjugal que la femme récuse de façon plus ou moins consciente".

Myriam de SENARCLENS parle des liens entre douleur coïtale et orgasme : " Si la dyspareunie est souvent une réponse douloureuse à une vie sexuelle peu satisfaisante, une forme grave de frigidité, elle atteint aussi des femmes capables de satisfactions orgastiques, mais qui vivent le plaisir de façon conflictuelle : fantasmatiquement, le mal serait l'expiation pour avoir goûté au plaisir défendu !".

Dans l'étude de ces 1000 observations, il apparaît :

- peu de femmes consultent le sexologue pour dyspareunie. C'est le domaine du gynécologue.
- par contre, plus souvent, des femmes qui consultent pour difficultés sexuelles ou conjugales, se plaignent de douleurs coïtales, mais de façon accessoire parce que le sexologue est un médecin.
- dans la grande majorité des cas, il a été retrouvé une étiologie organique simple (ex : vaginite...). Il reste 4 observations où la dyspareunie féminine n'est pas liée à une cause organique actuelle.

Cependant, la dyspareunie a toujours été envisagée dans le cadre de la relation du couple.  
L'étude du dossier 9.55 en fournit un exemple significatif :

Alain et Françoise T. 30 ans, sont mariés depuis 7 ans et ont un enfant d'un an. Ils sont tous deux professeurs. Alain a été impuissant primaire pendant les 4 premières années de mariage. Puis, un jour, en jouant dans leur lit sans penser avoir un rapport, il a eu sa première érection en présence d'une femme, et il a pu la pénétrer. Maintenant, il a de bonnes érections. Quant à Françoise, elle avait tendance à faire du vaginisme. De plus, elle n'avait jamais connu d'orgasme, ni en se masturbant, ni avec Alain.

C'est Françoise qui a voulu consulter pour cette anorgasmie, et parce qu'elle ressent une douleur intense à l'entrée du vagin lors de la pénétration.

Elle décrit son problème ainsi : "J'aime les caresses, mais je ne suis pas détendue car je redoute la pénétration. Celle-ci est très douloureuse, puis ça diminue et il me vient une certaine sensation de plaisir". Son gynécologue lui a certifié qu'elle n'avait aucun problème organique.

En poursuivant le dialogue, elle dit avoir eu une expérience sexuelle à 10 ans : son oncle lui caressait le clitoris, de temps en temps. Elle avait un certain plaisir. Un jour, il a essayé de la pénétrer, mais elle a crié et il n'a plus jamais essayé.

Quant à Alain, à la suite de son impuissance primaire, il a passé une période de dyspareunie: il avait une douleur vive au niveau du gland lors de la pénétration. Un médecin lui a dit que c'est psychologique, et ce symptôme a disparu. Par contre, maintenant, il est éjaculateur précoce, mais il s'en soucie peu. Il est dégoûté à l'idée de mettre un doigt dans le vagin de sa femme.

Dans cette observation, il apparaît que Françoise a toujours eu peur de la pénétration, probablement à cause de cette expérience malheureuse à 10 ans. Pour se protéger, elle se prive d'orgasme, elle fait du vaginisme, puis de la dyspareunie. Comme par hasard, elle choisit un mari impuissant primaire qui a probablement peur du vagin de la femme (il est dégoûté à l'idée d'y mettre son doigt). Quand il s'autorise l'érection et la pénétration, il se limite d'abord par une dyspareunie et ensuite par une éjaculation précoce.

Cet exemple montre non seulement l'impossibilité de comprendre cette dyspareunie féminine sans voir le conjoint, mais aussi la nécessité d'un traitement psychologique.

C.IX.2 : Dyspareunie masculine :

D'après MASTERS et JOHNSON : "Bien des hommes ressentent, pendant ou après le coït, des douleurs qui entravent ou même interdisent la vie sexuelle".

Là encore, l'étiologie organique est prédominante. Au cours de l'étude de ces 1000 observations, nous n'avons relevé qu'un seul dossier où aucune cause organique n'a été retrouvée. Il s'agissait d'un homme par ailleurs éjaculateur précoce.

C.X. Absence ou manque de besoin sexuel isolé

MASTERS et JOHNSON n'ont pas individualisé l'absence ou le manque de désir, de besoin sexuel, isolé de tout autre dysfonctionnement sexuel chez le sujet ou chez le partenaire.

Or c'est un symptôme que nous avons rencontré, chez l'homme et chez la femme, dans 13 observations sur 1000. Il s'agit, je le répète, non pas de l'absence de désir qui vient compléter le tableau d'une dysfonction sexuelle telle que l'Ejaculation précoce ou la Frigidité, mais d'une absence de besoin sexuel, en dehors de toute autre manifestation pathologique sexuelle dans le couple.

G. ABRAHAM, de Genève, en fait mention (cf. Introduction à la Sexologie médicale) chez l'homme : "La pathologie sexuelle masculine (....) peut se configurer tout d'abord comme une insuffisance, ou un manque de désir".

Chez la femme "Le trouble en cause peut être centré essentiellement autour du déclenchement de l'envie, du désir".

Parmi ces 13 cas d'absence de besoin :

3 concernent des hommes

8 concernent des femmes

2 décrivent un couple où l'un et l'autre partenaire sont atteints.

Tous sont mariés ou divorcés.

Les trois hommes ont respectivement 44, 34 et 24 ans.

Deux se sont mariés puceaux, avec des femmes actives sur le plan sexuel, et exigeantes.

Le plus jeune : aucune femme n'a réussi à l'émouvoir vraiment, il vit maritalement depuis 1 an avec une eurasienne.

L'un des hommes mariés se masturbe encore, avec beaucoup de fantasmes, mais il ne fait l'amour que le soir, toutes lumières éteintes. François G., lui, accuse son éducation catholique très rigide, il pratique encore le coït interrompu, sa femme ne "supportant" pas la pilule.

Tous trois sont fatigués par leur travail : Pierre M. part à 5h,30 le matin, rentre à 19h après une heure trente de trajet, Jacques D. vient de fonder un cabinet dentaire.

Aline et Jean F. ont cinq enfants, lui est ingénieur avec de lourdes responsabilités.

Parmi les femmes qui présentent ce symptôme d'absence isolée de besoin sexuel, une seulement vit seule : elle a 40 ans, est divorcée et songe à se remarier.

Les sept autres, âgées de 26 à 48 ans, ont pour cinq d'entre elles moins de dix années de mariage, deux ont 13 et 24 ans de vie commune.

Madame V. se lève fatiguée, se couche fatiguée, au lit n'a qu'une envie : dormir.

Juliette P. n'a pas d'orgasme vaginal, mais jouit toujours par les caresses clitoridiennes. Au début de leur mariage son mari a été impuissant longtemps. Juliette n'a pas surmonté sa déception, elle n'a plus aucun désir pour ce mari qui n'est pas un homme dans son esprit, même si Monsieur P. assume maintenant toutes les facettes de sa vie de la manière la plus virile.

Anne D. a peur, devant la vie, devant les autres, devant la sexualité. Elle n'a dans la vie en général, en amour en particulier, aucun désir.

Le conjoint en principe conserve intact son appétit sexuel. Il en résulte dans le couple un magma d'agressivité, de culpabilité, d'angoisse.

Nous avons rencontré toutefois deux couples qui présentaient tous les deux le symptôme.

L'un venait après 8 ans de mariage.

L'autre après 27 ans.

Les deux hommes sont d'origine juive, leurs femmes ont reçu une éducation "stricte".

Personne n'exprime de mésentente sexuelle ou conjugale : le couple plus jeune est motivé par la baisse de leur désir, le couple âgé par un arrêt des rapports, une "usure physiologique" qu'ils ressentent mais n'acceptent pas à 36 et 47 ans.

On perçoit à travers l'exemple de ces hommes et de ces femmes, la marque de conflits émotionnels qu'ils ne peuvent affronter, et qu'ils traduisent par une absence de désir, ou de besoin sexuel, isolée de dysfonction sexuelle actuelle.

C.XI : Synthèse - étude d'ensemble des dysfonctions  
=====  
sexuelles féminines :  
=====

C.XI.1 : Age des femmes présentant une dysfonction sexuelle :

Les résultats sont à interpréter avec prudence en raison du grand intervalle de confiance des pourcentages.

Cependant, il semble que les femmes consultent beaucoup avant 29 ans pour frigidité primaire et vaginisme primaire.

Ce résultat, en proportion, par rapport à l'échantillon étudié. C'est le seul résultat significatif.

C.XI.2 : Leur durée de vie de couple :

Toujours avec réserve, il semble que la proportion de couples, ayant moins de 10 ans de vie commune, est élevée pour la frigidité secondaire et l'anorgasmie secondaire.

C.XI.3 : Symptômes sexuels féminins associés à des dysfonctions sexuelles masculines:

Pour les femmes ayant consulté en couple, et à l'issue de la première consultation:

	Couples consultant ensemble	Symptôme féminin isolé	Symptôme féminin associé à un symptôme masculin
Frigidité I et II	145	<u>83</u>	62
Anorgasmie I et II	83	35	<u>48</u>
Vaginisme I et II isolé ou non	44	23	21
Total	272	141	131

En ce qui concerne l'association ou non d'une dysfonction sexuelle masculine à un symptôme sexuel féminin, il semble sur ce tableau qu'il y ait opposition entre les frigidités et les anorgasmies :

La frigidité serait moins souvent associée à un symptôme sexuel masculin que l'anorgasmie. En fait, l'intervalle de confiance des pourcentages, élevé, exclut toute certitude quant à ce résultat.

Par contre, sur le total des dysfonctions sexuelles féminines concernant des femmes ayant consulté en couple, soit 272 couples :

- Dans 141 cas, cette dysfonction est isolée, soit 52 % ( $\pm 6$  %).
- Dans 131 cas, elle est associée à une dysfonction sexuelle masculine, soit 48 % ( $\pm 6$  %)

C.XI.4 : Symptômes sexuels féminins et  
mésententes conjugales

Cela ne concerne que les femmes  
mariées :

- Frigidité et mésentente conjugale :

18 % des cas (  $\pm$  5,6 %)

- Anorgasmie et mésentente conjugale :

18 % des cas (  $\pm$  7,5 %)

- Vaginisme et mésentente conjugale :

3 cas sur 47

soit entre 1 et 18 % des cas.

C.XIII : Les mariages non consommés :  
=====

C.XIII.1 : Définition :

W. PASINI en donne une définition précise dans "Introduction à la sexologie médicale".

" La non-consommation du mariage était attribuée quasi-exclusivement à l'homme ou à la femme, et l'on parlait soit d'impuissance, soit de vaginisme (...).

Or, la répartition traditionnelle qui divise les mariages non consommés en deux catégories : ceux d'origine masculine, et ceux d'origine féminine, est aujourd'hui dépassée parce que, dans les trois quarts des cas, l'élément primordial pour le diagnostic et la thérapeutique réside dans la dynamique du couple. Pour cela, je considère le terme de "mariage non consommé" comme bien plus adéquat dans la mesure où il met l'accent sur une pathologie relationnelle".

D'après KINSEY, sur une statistique importante, cela concernerait 2 % des couples.

C.XII.2 : Résultats

Notre statistique porte sur les 550 couples ayant consulté. Le mariage n'est pas consommé dans 45 observations.

Soit 8,2 % des couples ( ± 2,3 %).

Plutôt que de détailler le pourquoi sur le plan du symptôme sexuel, nous allons illustrer à l'aide de quelques exemples la dynamique du mariage non consommé.

## \* Dossier 5.37 :

Jean et Fabienne W. ont 27 et 22 ans. Ils sont mariés depuis 4 mois. Jean a déjà eu des aventures il y a 5 ans environ. Tout allait bien. Maintenant, avec Fabienne, il éjacule avant la pénétration. Quant à Fabienne, elle est pucelle, et elle fait du vaginisme. Ils consultent à cause de la non-consommation de leur mariage.

A travers cet exemple, on ne sait pas comment s'est établie cette coexistence entre le vaginisme et l'E.P. secondaire. Est-ce les efforts qu'il a fournis pour parvenir à l'intromission qui ont développé sa tendance à l'E.P., ou s'agit-il des frustrations qu'il a engendrées par son E.P. qui ont causé le vaginisme ?

\* Dossier 3.71 :

Henri et Murielle R. ont 47 et 40 ans. Ils sont mariés depuis 20 ans, et leur mariage n'a jamais pu être consommé.

Henri R. est impuissant primaire.

Cependant il a de bonnes érections et éjaculations par la masturbation. Quant à Murielle, elle est frigide et a un vaginisme primaire pour lequel on lui a fait une dilatation sur AG, sans résultat.

C'est Henri qui a voulu consulter parce qu'il se sent très coupable de cette situation, surtout quand sa femme le masturbe.

2 remarques à propos de cette observation :

- Il s'agit là d'un couple pour lequel la consommation du mariage est à éviter.

W.PASINI en parle ainsi :

" Dans les cas graves, l'acte sexuel est vécu comme une destruction et un morcellement mutuels, qui dépassent de loin la crainte de la pénétration. Il s'agit souvent de "borderlines" ou de structures psychotiques que le thérapeute doit plutôt aider à se maintenir dans l'équilibre acquis en évitant la consommation de l'acte sexuel."

- Sur le plan du symptôme sexuel, nous avons là l'exemple d'un homme impuissant primaire marié à une femme vaginique.

Lors de notre étude, nous avons dénombré 12 hommes impuissants primaires mariés avec une femme présentant une dysfonction sexuelle. Dans 6 cas sur 12, l'association s'est faite avec le vaginisme, alors que nous avons retrouvé 289 cas de frigidités et anorgasmies pour 47 cas de vaginismes.

Ceci confirme ce qu'a déclaré Hélène MICHEL-WOLFRONM : "Ce n'est pas par hasard que les couples se choisissent".

Deux autres résultats concernant les mariages non consommés :

- Le but de la consultation.

Comme W. PASINI, nous avons trouvé que les 2/3 des couples ont consulté pour un but sexuel, et 1/3 pour avoir un enfant.

- Sur ces 45 observations, nous n'avons retrouvé aucune association entre mariage non consommé et mésentente conjugale (contre une moyenne de 20 % pour la plupart des autres symptômes sexuels).

C.XIII : Conclusion : le symptôme sexuel et le couple:  
=====

\* Nous avons étudié 550 couples. A l'issue de la première consultation :

- on ne retrouve aucun symptôme sexuel pour 82 couples, soit 15 % (  $\pm$  3 %).
- on met en évidence un seul symptôme sexuel chez l'un ou l'autre des deux partenaires dans 335 couples, soit 61 % (  $\pm$  4,2 %). Parmi eux, 186 hommes et 149 femmes sont concernés, soit la proportion 55 hommes pour 45 femmes (  $\pm$  5,4 %).
- On met en évidence un symptôme sexuel chez chacun des deux partenaires dans 133 couples, soit 24 % (  $\pm$  3,6 %).

A titre indicatif, rappelons les résultats de MASTERS et JOHNSON. Cela concerne des couples ayant au moins un symptôme (puisqu'ils sont admis à la fondation pour le traitement de ce symptôme). Par ailleurs, leurs résultats sont l'expression de plusieurs entretiens avec le couple. Sur 510 couples :

- 287 d'entre eux où le dysfonctionnement sexuel ne concerne directement qu'un seul des partenaires, soit 56,3 % (171 hommes et 116 femmes, soit une proportion de 60 hommes pour 40 femmes) (  $\pm$  5,7 %).

- 223 d'entre eux voyaient chacun des partenaires atteint d'une dysfonction sexuelle.

\* L'association la plus fréquente est l'homme éjaculateur précoce marié à une femme frigide ou anorgasmique :

Sur les 145 éjaculateurs précoces mariés et ayant consulté en couple, 69 ont une femme atteinte de frigidité ou d'anorgasmie, soit 47,6 % ( $\pm 8,2$  %).

(En fait 36 frigidités pour 33 anorgasmies).  
MASTERS et JOHNSON en ont trouvé 107 sur 186, soit 57,5 % ( $\pm 7,2$  %).

\* Au total, lors de la première consultation :

- Devant un couple, il y a 25 % de probabilité de voir l'un et l'autre porteur d'un symptôme sexuel ( $\pm 3$  %).
- Devant un homme atteint d'une E.P. isolée, d'une anéjaculation isolée, ou d'une anorgasmie isolée, environ 50 % de probabilité de voir sa partenaire porter un symptôme sexuel ( $\pm 8$  %).
- Devant un homme atteint d'une impuissance, environ 33 % de probabilité de voir sa partenaire porter un symptôme sexuel ( $\pm 8$  %).
- Devant une femme atteinte d'une dysfonction sexuelle, environ 50 % de probabilité de voir son partenaire porter un symptôme sexuel ( $\pm 6$  %).

Sachant que "ce n'est pas par hasard que les couples se choisissent " (H.MICHEL-WOLFROMM) il est donc nécessaire de s'entretenir avec le couple, aussi bien pour l'approche diagnostique que pour l'approche thérapeutique, en tenant compte des deux impératifs suivants :

- " Il n'existe pas, dans un couple, d'incompétence sexuelle à laquelle le partenaire soit étranger, L'incompétence sexuelle est un problème de couple; ce n'est pas un problème particulier à un homme ou à une femme".

(MASTERS et JOHNSON).

- " Ce n'est pas le symptôme organique ou sexuel qui importe, mais bien la personnalité du sujet qui offre ce symptôme". (M. de SENARCLENS).

D - PROBLEMES SEXOLOGIQUES ASSOCIES

D.I. Homosexualité - Bisexualité

D.I.1. Définitions et Limites :

L'homosexualité est un sujet particulièrement vaste, et il n'y a aucune raison pour que la médecine prenne une part dominante dans l'étude de ce comportement humain.

Nous n'entrerons pas, ni dans la querelle des définitions, ni dans celle des étiologies.

Nous considérerons l'homosexualité comme une simple variante du comportement sexuel.

Nous suivrons en cela J.MARMOR qui la situe "non comme une maladie, mais comme une façon de vivre différente".

Le but de notre étude est simplement d'envisager les circonstances dans lesquelles nous avons rencontré l'homosexualité dans cette consultation de sexologie. D'emblée, nous distinguons les problèmes concernant l'homosexualité et la bisexualité .

D.I.2. Résultats globaux

Nous avons retrouvé 52 hommes concernés par l'homosexualité, pour 2 femmes .

La consultation concerne 916 hommes, ce qui signifie que 5,7 % d'entre eux ont un comportement homosexuel dans l'expression de leur sexualité ( ± 1,5 %).

Ce chiffre est à rapprocher des travaux de nombreux auteurs, pour qui les homosexuels représentent une fraction d'environ 5 % de la population adulte masculine.

C'est un résultat encourageant quand on le compare aux résultats de G.GARRONE "Au Centre Psycho Social Universitaire de Genève, les homosexuels ne représentent pas 1 % de la population masculine adulte consultante".

Par contre, 2 femmes sur les 635 qui ont consulté, représentent un chiffre infime.

#### D.I.3: Homosexualité :

Ce chapitre concerne 23 hommes. Ils ont tous eu des relations homosexuelles, mais jamais de relation hétérosexuelle.

#### D.I.3.a : Quelques précisions :

M.BON et A. d'ARC donnent de nombreuses précisions dans "Rapport sur l'homosexualité de l'homme".

Entre autres : " 87 % des homosexuels ont découvert leur attirance à 17 ans au plus tard (...) La majorité d'entre eux ont cru être seuls de leur

espèce, c'est à dire un monstre". Quant aux besoins de l'homophile adulte, ils précisent : "Quasiment tous les homosexuels sont arrivés à l'orgasme par masturbation mutuelle.(...). La fellation est la pratique sexuelle préférée de 17 % des homosexuels (...). Leurs préférences sexuelles concernant le coït anal sont les suivantes : 34 % préfèrent cette pratique dans ces deux rôles actifs et passifs, 21 % préfèrent le coït anal actif et 15.% le coït anal passif".

D.I.3.b:Résultats

\* L'un d'entre eux vit en couple avec un autre homme :

Dossier 2.94 :

Sylvain L. a 39 ans. Il consulte seul. Il vit avec Bernard M. depuis 15 ans, et ils ont fondé ensemble une affaire. Depuis 2 ans, mésentente conjugale, et ils sont sur le point de se séparer.

Sylvain consulte à cause de troubles d'érection qui se manifestent lors de la masturbation, et lors de relations homosexuelles avec un autre ami .

Le problème de Sylvain est donc le problème d'un homme qui va divorcer après 15 ans de vie commune, et qui présente à cette occasion une impuissance secondaire.

\* Les 22 autres sont célibataires, âgés de 23 à 61 ans :

- 14 d'entre-eux présentent un symptôme sexuel :

- . 5 impuissances primaires
- . 5 impuissances secondaires
- . 2 éjaculations précoces
- . 1 impuissance secondaire venant compliquer une E.P.
- . 1 anéjaculation

- Quant au motif de la consultation, autre le symptôme sexuel, on relève :

- . Dans 10 observations, il s'agit d'un homme qui vit difficilement son homosexualité.
- . Dans 2 observations, cela concernait un homme qui se sentait anormal, et qui voulait faire l'amour avec une femme.
- . Un homme a consulté parce qu'il désirait se marier.
- . Un autre, parce qu'il ne trouvait pas de partenaire sexuel masculin.
- . Enfin, l'un d'entre eux consultait parce qu'il désirait arrêter de se masturber, et ne savait pas comment résister.

D.I.4: Bisexualité :

Ce chapitre concerne 29 hommes et  
2 femmes.

Ils ont tous vécu des relations homo-  
sexuelles, ainsi que des relations  
hétérosexuelles.

A ce propos, M.MEIGNANT écrit :

"Les femmes, dans la civilisation occi-  
dentale, sont plus facilement bisexuelles  
car la société, surtout les hommes, ne  
désapprouvent que modérément les scènes  
saphiques.(...) La bisexualité chez  
l'homme n'est pas admise. De ce fait,  
beaucoup d'hommes deviennent homosexuels  
alors qu'ils auraient pu être bisexuels.  
Celui qui a des penchants homosexuels se  
croit irrémédiablement anormal".

D.I.4.a: Bisexualité féminine

Deux observations :

Dossier 6.86 :

Françoise H. a 48 ans. Cela fait  
10 ans qu'elle n'a plus d'orgasme  
avec un homme. Elle consulte avec  
Antoine L., et c'est le motif de  
la consultation. Cependant, il y  
a 6 ans, elle a vécu une année  
avec une femme, avec qui elle  
éprouvait des orgasmes lors de  
leurs relations sexuelles.

- Dossier 11.70 :

Denise F. a 38 ans. Elle se masturbe depuis l'âge de 16 ans et obtient toujours l'orgasme. Elle a vécu 15 ans avec une femme, sans obtenir l'orgasme. Maintenant, elle connaît Georges T. depuis 3 ans, mais elle est également anorgasmique avec lui, et c'est pourquoi elle consulte.

D.I.4.b: Bisexualité masculine

Cela concerne 29 hommes :

\* 9 hommes célibataires :

6 présentent un symptôme sexuel :

- 4 d'entre eux voient leur symptôme se manifester avec les hommes et avec les femmes.

\* 3 cas d'impuissance primaire.

\* 1 cas d'anéjaculation primaire.

- 2 d'entre eux ont uniquement un symptôme lors de leurs relations hétérosexuelles:

\* 1 cas d'anorgasmie masculine.

\* 1 cas d'impuissance.

D'autre part, 5 d'entre eux consultent parce qu'ils ont des difficultés à vivre et à accepter leur bisexualité.

\* 3 hommes divorcés :

- 2 d'entre eux présentent une impuissance secondaire lors des relations homo et hétérosexuelles.

- Quant au motif de la consultation, 2 d'entre-eux consultent parce-qu'ils ont du mal à assumer leur bisexualité, tandis que le troisième vient uniquement pour son symptôme sexuel.

\* Un couple d'homosexuels masculins :

Dossier 3.31 :

Ils ont 42 et 30 ans, vivent ensemble depuis quelques mois. Ils sont tous deux bisexuels, et sont venus ensemble à la consultation.

L'un d'entre eux est impuissant avec les femmes, alors que celles-ci l'attirent aussi. C'est là le motif de la consultation.

\* 15 hommes mariés :

- Les symptômes sexuels :

6 hommes présentent un symptôme sexuel :

- . 2 d'entre eux se voient atteints d'une dysfonction sexuelle uniquement lors de relations homosexuelles, ce qui n'empêche pas l'un d'eux de venir consulter avec sa femme (EP et impuissance).
- . L'un d'eux présente une impuissance secondaire avec son épouse, tandis qu'il vit parallèlement une relation homosexuelle sans troubles sexuels.
- . L'un d'eux présente une anorgasmie secondaire qui est apparue après 2 ans de vie commune homosexuelle. Ce symptôme a persisté pendant les 8 dernières années de

sa relation homosexuelle, et il dure encore maintenant qu'il est marié. C'est là le motif de consultation.

- Enfin, 2 autres observations : l'une d'EP primaire, l'autre d'impuissance primaire pour lesquelles le symptôme se manifeste aussi bien lors des relations homo et hétérosexuelles.

- Les motifs de consultation :

Parmi ces 15 hommes mariés, 6 consultent parce qu'ils ont des difficultés à vivre leur bisexualité, et parmi eux, 2 présentent un symptôme sexuel.

Il reste 5 hommes dont la bisexualité ne pose aucun problème, et qui ont consulté pour une difficulté de couple (par exemple : dysfonction sexuelle féminine).

D.1.5: Conclusion

Les raisons qui amènent l'homosexuel à consulter ne sont différentes de l'hétérosexuel, que dans la mesure où ces hommes ont de grosses difficultés à assumer ce type de comportement sexuel dans une société répressive. Ceci concerne 26 hommes sur 52 dans notre étude.

Par ailleurs, 30 homosexuels masculins sur 52 consultent pour une dysfonction sexuelle.

Il faut bien savoir que la thérapie du symptôme sexuel de l'homosexuel ne consiste pas à "le débarasser" de son homosexualité. Encore faut-il pour cela que le thérapeute soit au clair avec sa propre homosexualité , plus ou moins consciente.

D.II : Mésentente conjugale  
=====

Nous avons déjà envisagé les liens entre la mésentente conjugale et chaque symptôme sexuel.

Cependant, la mésentente conjugale est retrouvée en l'absence de tout symptôme sexuel dans 51 couples parmi les 550 qui ont consulté, soit 9,3 % de mésententes conjugales sans dysfonction sexuelle ( ± 2,4 %).

D.III : Solitude - Inhibition Sexuelle - Misère Sexuelle

Il s'agit de 3 caractéristiques plus subjectives qu'objectives, mais que nous avons recherchées dans ces 1000 observations :

- Il ne suffit pas qu'une personne soit seule pour que nous parlions de solitude, encore faut-il qu'elle ressente et exprime cet état.
- Un exemple d'inhibition sexuelle : un couple qui fait l'amour toujours dans le noir, sous les couvertures, où chacun ne se présente jamais nu devant l'autre.
- Un exemple de misère sexuelle : cet homme qui croyait éjaculer alors qu'il urinait dans le vagin de sa femme.

Nous avons retrouvé l'une de ces trois caractéristiques dans 49 observations sur 1000, soit 4,9 % ( $\pm$  1,3 %).

Cela concerne :

- . 22 hommes ayant consultés seuls.
- . 11 femmes ayant consultées seules.
- . 16 couples, dont 9 d'entre-eux avaient plus de 10 années de vie commune.

D.IV : Donjuanisme et Nymphomanie :

Nous touchons à partir de ce chapitre au domaine de ce qu'on appelle "la perversion". G. ABRAHAM dans "Introduction à la sexologie médicale" précise comment ne pas taxer un comportement n'entrant pas dans "la Norme", d'anormalité ou de perversion :

"Certains facteurs particuliers d'excitation, tels la violence, un besoin avide de l'inconnu, la nécessité de changement fréquent de partenaire, des techniques de stimulation sophistiquées, la nécessité de la prohibition, peuvent entrer dans un métabolisme érotique normal lorsqu'ils sont en dosage modeste. Si un dosage excessif de ces facteurs est requis, ou s'ils deviennent indispensables, le soupçon d'une perturbation dans la capacité de la satisfaction est justifié."

Et, M. MEIGNANT ajoute "Nous sommes tous des pervers sexuels persécutés" dans son ouvrage : "Liberté, Egalité, Sexualité".

Dans le cadre de ce chapitre, il précise :

"Notre peuple gaulois considère le donjuanisme comme un exploit, et la nymphomanie comme une perversion, voire une maladie." Et il cite cet exemple : "La fameuse Catherine de Russie se serait comportée comme "une nymphomane", alors qu'elle ne fit qu'user du droit au plaisir qu'avaient tous les souverains mâles de Russie. Qui a jamais dit que les tsars se conduisaient comme des Don Juans?"

D.IV.1 = Le Donjuanisme

C'est un homme qui est toujours en train de s'assurer qu'il peut faire des conquêtes, et qui, dans les faits, passe peu à l'acte. En réalité, il a besoin de se prouver qu'il n'est pas impuissant.

Nous avons retrouvé ce comportement dans 5 observations sur les 916 hommes qui ont consulté :

\* 2 célibataires :

ils ont tous deux 22 ans. L'un consulte pour EP, et l'autre parce qu'il pense avoir un pénis anormal.

\* 3 hommes mariés :

- Deux d'entre eux ont 27 et 28 ans, mariés depuis 9 et 5 ans. Ils ont consulté seuls, l'un pour impuissance secondaire, l'autre pour mésentente

conjugale alors qu'il présentait déjà une impuissance secondaire occasionnelle.  
- Le dernier a 60 ans. Il est marié depuis 5 ans, et il consulte avec sa femme pour impuissance secondaire.

Au total, aucun d'entre eux n'a consulté pour Donjuanisme, et les trois hommes mariés présentaient déjà une impuissance secondaire, dont deux à 27 et 28 ans.

Un exemple permettra de situer le climat de la consultation.

Dossier 10.29 :

Gérard C. a 28 ans, marié depuis 5 ans; il est cadre administratif, roule dans une voiture de sport et a de nombreuses maîtresses : "c'est en général le coup de foudre sur le plan physique avec des femmes passives et chaudes". En général, cela se passe bien la première fois, mais il a ensuite peur et il arrête la relation. Il a connu une femme, il y a 6 mois, et a été impuissant dès la première relation sexuelle. C'est une collègue de bureau, et il craint que son échec se sache. C'est pour cela qu'il reste avec elle, et il consulte dans l'espoir d'un médicament miracle. Il s'entend fort mal depuis 1 an avec sa femme. Il lui reproche son manque de désir, et l'accuse de s'en accommoder. Bien entendu elle n'est pas au courant de sa vie extra-conjugale.

D.IV. 2 : La nymphomanie :

W. PASINI définit ce comportement comme un :  
"Besoin incontrôlable et toujours inassouvi  
d'avoir des relations sexuelles indépendamment  
du fait qu'elles soient satisfaisantes ou non".

Il l'oppose à l'hypersexualité : "Activité sexuelle supérieure à la moyenne du groupe social d'appartenance. A l'encontre de la nymphomanie, elle a un but spécifiquement sexuel, qu'il soit normal ou pervers, et elle est davantage sous le contrôle du Moi".

Nous avons retrouvé un comportement nymphomane dans 3 observations sur les 635 femmes qui ont consulté :

\* Dossier 6.98 :

Arlette T. a 35 ans. Elle est divorcée depuis 10 ans, et élève ses 2 enfants. Elle a eu 40 amants en l'espace de 3 ans, sans satisfaction. Elle a seulement eu des orgasmes avec son mari. Elle consulte parce qu'elle "vit dans la crainte de retomber dans ses désirs sexuels."

Ce qui est frappant dans cette observation, c'est l'esclavage auquel cette femme est soumise. W. PASINI ajoute : "Aucune contrainte morale ou sociale ne les retient, le jugement méprisant de la société n'a pas d'influence. C'est un véritable besoin insatiable, une envie assimilable à la toxicomanie, dont la

satisfaction dure le temps d'un éclair, et le besoin subsiste. Ce sont des êtres malheureux et malades qui se méprisent, et que la société blâme en les assimilant souvent aux prostituées".

\*Dossier 5.21 :

Jacqueline F. a 39 ans, et elle est mariée depuis 15 ans. Elle consulte seule. Pendant leurs 3 premières années de vie commune, elle a eu 13 amants. Un jour, elle a révélé cette situation à son mari, qui l'a accepté. Tout en aimant son mari, elle n'a pu résister à de nouvelles aventures, mais elle ne ressent plus d'orgasmes avec ses amants. Elle dit "avoir eu 17 orgasmes avec son mari, tandis que durant la même période, elle a fait l'amour 35 fois avec un amant sans orgasme". Elle consulte parce qu'elle est insatisfaite... On a vu son mari par la suite, en cours de thérapie. Pour lui, les relations sexuelles avec sa femme, c'était "les travaux forcés du sexe"...

\*Dossier 11.54 :

Alain G. et Catherine A. ont 33 et 28 ans. Ils vivent ensemble depuis 1 an.

Catherine a eu sa première relation sexuelle a 15 ans. Par la suite, elle a eu beaucoup d'amants, et un premier mari dont elle a divorcé. Elle dit: "J'ai beaucoup d'amants parce que je sens une attirance physique forte et instinctive" ou encore "Je passe mes nerfs dans l'acte d'amour parce que je ne suis pas sportive".

Le problème est qu'Alain est impuissant depuis qu'il la connaît. Elle est très agressive : "Sale con, même pas capable de me donner du plaisir", et elle projette de le quitter s'il ne guérit pas dans les plus brefs délais.

Dans cette observation :

- On peut se demander pourquoi Catherine a choisi un homme impuissant, et pourquoi elle s'acharne à faire l'amour avec lui depuis 1 an.
- On se demande aussi pourquoi Alain a choisi une femme nymphomane alors qu'il dit lui-même : "avoir la phobie de l'épuisement à faire l'amour".
- Ce dossier montre une nouvelle fois qu'on ne peut pas isoler le symptôme sexuel de la relation du couple. Mais aussi qu'il faut savoir penser à la nymphomanie devant une impuissance secondaire chez un homme marié.

Le praticien doit essayer de dominer son désappointement et nous laisserons W. PASINI conclure :

"Trop souvent on a assisté à des attitudes démissionnaires du médecin en faveur du psychiatre, qui ne sont pas justifiées".

D.V.: Le Sadomasochisme :

G.ZWANG dans son abrégé de sexologie, définit

- "le sadisme : la violence infligée par le sadique est la condition de son excitation sexuelle".
- "le masochisme : l'excitation sexuelle du masochiste est obtenue par la violence qu'on lui inflige".

En général, ces deux sentiments vont de pair dans un couple : l'un est sadique, l'autre masochiste. De toute façon, être sadique ou masochiste revient à faire le lien entre douleur et plaisir.

Ce lien peut être :

- \* soit très net :

par exemple : Dossier 5.26 :

Joëlle H., 26 ans, mariée depuis 7 ans consulte pour mésentente conjugale. Elle se demande comment reconstruire le couple. Son mari, dernièrement : " s'est flagellé avec une grosse ceinture de cuir. Il était couvert de sang. C'était affreux. Il m'a dit que c'était un acte d'amour".

- \* soit plus subtil :

par exemple : Dossier 11.47 :

Yves G. et Geneviève M. se connaissent depuis 1 an. Ils ont 31 et 24 ans. Ils consultent parce qu'ils n'ont pas eu de relations sexuelles depuis 6 mois, et qu'ils veulent

se marier. Geneviève ne ressent aucun désir, et ne jouit pas. Yves est de plus en plus agressif, et n'admet pas qu'elle puisse avoir un problème important.

Cependant, Geneviève a déjà connu l'orgasme lorsqu'elle vivait avec un homme qui la battait quand elle ne voulait pas faire l'amour, et qui la brutalisait au cours des relations sexuelles. Ils sont restés ensemble plus d'un an et demi. C'est depuis qu'elle connaît Yves qu'elle n'arrive plus à jouir.

Lors de la consultation, leur relation de couple était très tendue : et Geneviève se mettait sans cesse en position de victime, Yves était prêt à la violer.

Il apparaît clairement que Geneviève a besoin de souffrir pour jouir. Elle ne peut créer un autre type de relation que celle sadomasochiste, tôt ou tard...

Ces deux exemples démontrent que les limites d'une relation sadomasochiste sont floues, qu'il est difficile de les interpréter dans la dimension sexuelle où elles ne sont pas si typées que dans la littérature.

Nous l'avons cependant noté dans 13 observations sur 1000, soit 1,3 % des consultations.

Dans 8 observations, il y avait un symptôme sexuel :  
2 EP, 1 impuissance primaire, 2 impuissances secondaires,  
2 frigidités primaires, 1 frigidité secondaire.

D.VI : Exhibitionnisme :

R. Von KRAFFT-EBING décrit ce type de comportement dans : "Psychopathia Sexualis".

"Il y a des hommes qui montrent leurs organes génitaux à des personnes féminines (...) pour trouver leur satisfaction sexuelle dans l'exhibition elle-même (...). Ils ne recherchent pas le coût comme suite de l'exhibition. D'autres cherchent une autre satisfaction (...) en se masturbant, soit en présence d'elle, soit séparé d'elle (...). Souvent, l'exhibitionniste revient à la même place pour répéter son acte (...) Il est frappant que les enfants soient fréquemment l'objet de l'exhibitionnisme (...). Il semble qu'en cela l'attrait de l'innocence joue un rôle".

Nous avons retrouvé ce comportement dans 6 observations sur les 916 hommes qui ont consulté.

Cela concerne un célibataire et 5 hommes mariés;

\* Deux d'entre-eux consultent pour leur exhibitionnisme, parce qu'ils sont passés devant les tribunaux. Ils ne présentent aucun symptôme sexuel.

\* Une femme de 36 ans consulte seule parce- qu'elle est convaincue d'être responsable de l'exhibitionnisme de son mari, pour lequel il est poursuivi en justice. En fait, elle est frigide primaire et son partenaire semble être éjaculateur précoce secondaire. On ne lui révèle pas

sa frigidité afin de ne pas la surcul-  
pabiliser (Dossier 2.51).

\* Restent 3 couples qui consultent pour diver-  
ses raisons, et où on retrouve un comporte-  
ment exhibitionniste chez le mari.

Par exemple, le dossier 4.00 :

François et Anne S. ont 35 et 26 ans, et sont  
mariés depuis 2 ans. François est médecin et  
c'est son deuxième mariage. Ils consultent  
pour mésentente conjugale, François se plai-  
gnant d'un manque d'attrait sexuel électif  
pour son épouse. Tous deux n'ont pas de dys-  
fonction sexuelle.

François a de nombreux phantasmes d'exhibi-  
tionnisme, surtout "en présence de filles  
jeunes et innocentes". Il a fait des tenta-  
tives maladroites, sauf devant une petite  
fille de 8 ans où il a obtenu une érection.

Anne est parfaitement au courant du comporte-  
ment de son mari.

#### D.VII : Pédophilie :

R. Von KRAFFT-EBING n'avait rencontré que 4  
hommes atteints de pédophilie, lorsqu'il a  
terminé sa dernière édition de "Psychopathia  
Sexualis". Il les décrivait ainsi : "Ce sont  
des personnes qui ont un penchant érotique  
pour les enfants (...). Les actes de ces indivi-  
dus consistent en de simples palpations impudi-  
ques et en masturbation des victimes.

Ces actes amènent la satisfaction de l'intéressé même quand il n'arrive pas à l'éjaculation".

G. ZWANG étend cette définition : "à la pratique d'actes sexuels entre un adulte séducteur et un enfant impubère. Elle est soit hétérosexuelle, soit le plus souvent homosexuelle".

Notre étude porte sur 1551 personnes.

Deux aspects bien différents s'en dégagent :

\* Nous avons fréquemment relevé des actes correspondant à cette définition, dans le passé sexuel des hommes et des femmes de la consultation.

Cela est difficile à chiffrer parce qu'ils ne consultent pas pour ça, soit ils négligent d'en parler, soit ils " se l'occulent" à eux-même. Cependant, à l'issue de la première consultation, nous avons retrouvé des actes de pédophilie dans le passé de ces adultes dans au moins 20 observations.

L'adulte responsable se trouve le plus fréquemment dans le proche entourage de l'enfant : beau-père, oncle, ami de famille... En général, l'enfant résiste peu, sauf lors des tentatives de pénétration.

La pédophilie est donc un comportement beaucoup plus fréquent qu'on ne croit.

\* Inversement, nous n'avons retrouvé que 3 observations d'hommes qui ont consulté pour pédophilie. Toutes trois sont très significatives :

- Dossier 5.76 :

Lucien P., 25 ans, consulte parce-qu'il vient d'essayer de violer un jeune garçon. Il est très angoissé par son passage à l'acte, et par ses phantasmes de pénétration de garçons. Par ailleurs il fait l'amour peu souvent, mais n'a pas de problème sexuel.

- Dossier 9.01 :

Didier K. a 45 ans. Il est marié depuis 12 ans, mais il est en instance de divorce. Il est bisexuel, plus attiré par les hommes, il s'est marié parce qu'il voulait des enfants, et en a eu deux. Son problème est qu'il a établi des rapports d'affection avec le jeune fils d'un ami : ils se sont même masturbés une fois ensemble. Sa femme et les parents de l'enfant sont intervenus, pour les éloigner l'un de l'autre. C'est parce qu'il est désespéré par cette situation qu'il consulte.

- Dossier 10.05 :

Denis V. est un célibataire de 25 ans. Il n'a eu qu'un seul rapport sexuel parce qu'il se sent très inhibé. Il sent aussi en lui

des tendances homosexuelles, et il est excité par les enfants : garçons et filles. Il en est très culpabilisé, surtout depuis qu'il a masturbé un petit garçon de 2 ans. Il a consulté à cause de ses difficultés à séduire les femmes. Il est borderline, et a entrepris une psychanalyse.

N.B. Notons le métier de ces 3 hommes : l'un est dentiste, l'autre ancien éducateur, après avoir fait le grand séminaire, et le dernier, étudiant en psychologie après avoir échoué sa première année de médecine.

D.VIII . Le Fétichisme :

G.ZWANG définit ce comportement dans son abrégé de sexologie : "Pratiquant habituel de la masturbation, le(la) fétichiste l'agrémente par la vision, la manipulation, le reniflage, etc.. d'un fétiche. C'est un objet de nature variable, partie anatomique extra-sexuelle (...), pièces de vêtements (slip, pantalons, bottes, habits en cuir), accessoires de toilette, etc...". Cependant, le fétichiste peut très bien avoir des rapports sexuels normaux en s'aidant de phantasmes se rapportant au fétiche, par exemple .

On retrouve ce comportement dans 7 observations, concernant toutes des hommes.

Le fétichisme n'est jamais le motif de la consultation.

Comme objets fétiches, on retrouve : le caoutchouc, le portrait d'une femme avec une culotte de cheval, ou encore les bas de femmes.

Nous décrivons une observation : Dossier 10.40: André et Huguette U. ont 50 et 47 ans. Ils sont mariés depuis 15 ans. André a déjà été marié une première fois, et avec ses "deux" femmes, il a connu une baisse de ses besoins sexuels accompagnée d'impuissance. Cependant, il y a 1 an, il a découvert le fétichisme du caoutchouc après des lectures spécialisées. Il impose des relations sexuelles à sa femme dans un "environnement" caoutchouté. Elle a eu l'impression d'être transformée en objet sexuel, mais a accepté.

Au bout d'une année de ce type de sexualité, André n'a de nouveau aucun besoin sexuel. Huguette ne supporte pas son attitude, elle a l'impression d'être comme ce caoutchouc, qu'il jette quand il n'en a plus besoin. Elle veut divorcer, mais a voulu tenter quelque chose en persuadant son mari de consulter avec elle.

D.IX. Transsexualisme :

Il s'agit d'un trouble de l'identité sexuelle

A. HAYNAL le décrit ainsi dans "Introduction à la Sexologie médicale".

"Le patient transsexuel s'exprime clairement sur la conviction qu'il a d'appartenir à l'autre sexe: par exemple, une jeune femme nous dit que ses organes sexuels ne correspondent pas à ce qu'elle est réellement, qu'elle a un cerveau masculin, des gestes masculins, et se comporte totalement comme un homme".

Ce comportement peut aller jusqu'à l'auto-mutilation (seins ou pénis).

Nous n'avons retrouvé qu'une seule observation de transsexualisme, concernant un homme de 23 ans, qui se dit : "impuissant quand il est déguisé en homme, et plus du tout timide quand il est déguisé en femme". Il est suivi en milieu psychiatrique pour psychose.

! E. LE MOTIF DE CONSULTATION !

On pourrait penser qu'un individu ou qu'un couple consulte le sexologue pour son (ou ses) symptômes sexuels. Le motif de la consultation serait alors le (ou les) symptômes sexuels en question, et il serait suffisant de parler du diagnostic sexologique comme motif de consultation.

En pratique, deux problèmes se posent :

- \* Est-ce que le motif de consultation d'un sujet ou d'un couple correspond au diagnostic sexologique ?

Pas toujours. Deux exemples :

- un couple consulte à cause de l'EP du mari. C'est le motif de la consultation. Cependant, on met en évidence une impuissance secondaire qui vient compliquer l'EP, et une frigidité primaire chez la partenaire. Ceci est le diagnostic sexologique.

- un couple consulte pour stérilité.

On met en évidence l'anéjaculation primaire du mari pour expliquer cette stérilité. De plus, l'épouse est frigide primaire. Mais, ce diagnostic sexologique n'intéresse pas ce couple, dont le seul problème est de ne pas avoir d'enfant.

- \* Qu'est-ce qui a poussé une personne ou un couple à consulter "aujourd'hui" et non "hier ou demain" ?

Par exemple, pourquoi une femme consulte pour frigidité au bout de 10 ans de vie commune, et non au bout de 5 ans ou 15 ans ?

Nous avons trouvé diverses réponses à cette question : l'existence d'une aventure extra-conjugale, un projet de mariage ou encore l'arrêt de toute relation sexuelle.. Tout cela fait partie de la motivation.

La connaissance du motif de consultation est capitale dans l'orientation thérapeutique. Celle-ci doit ménager à la fois la demande et le diagnostic, si l'on veut profiter de l'énergie et de la volonté de réussir, contenues dans la motivation première.

Elle est capitale aussi, et par là même, dans le pronostic : si le "motif" est occulté c'est justement parce qu'il n'y a pas de "motivation".

Nous allons étudier d'abord les relations entre diagnostic sexologique et motif de consultation, puis une approche des diverses motivations à consulter.

## E.I: Motif de consultation et Diagnostic Sexologique

=====

### E.I.1 : Résultats globaux :

Dans 109 observations, le diagnostic sexologique porté à l'issue du premier entretien, est différent du symptôme sexuel qui a motivé le sujet ou le couple à consulter.

Ces 109 dossiers se répartissent en :

- 19 concernant un sujet ayant consulté seul, qu'il soit célibataire, marié, divorcé ou veuf. Ce chiffre est à rapprocher des 447 personnes venues seules, moins les 97 ne présentant aucun symptôme sexuel.

On retrouve donc une discordance entre motif et diagnostic dans 19 cas sur 350, soit 5,4% ( $\pm 2,4$  %).

- 90 concernant un couple. On peut rapprocher ce chiffre des 550 couples ayant consulté, exceptés les 82 où il n'existe pas de symptôme sexuel.

Au total, 19,2 % des couples consultent avec une idée fautive ou incomplète de leur(s) symptôme(s) sexuel(s). ( $\pm 3,5$  %).

Soit entre 1/5 et 1/6 d'entre eux.

E.I.2 : Ce qui motive souvent les gens à consulter, c'est l'apparition d'un nouveau symptôme sexuel :

que celui-ci soit une complication proprement dite ou qu'il vienne simplement enrichir la symptomatologie conjugale :

\* on peut déjà citer les 84 observations où l'impuissance secondaire vient compliquer une autre dysfonction sexuelle masculine.

Mais aussi :

\* Dossier 2.47 :

Albert D. 48 ans et Denise 53 ans, mariés depuis 26 ans. Denise est frigide primaire, tandis que son mari est devenu éjaculateur précoce. C'est le motif de la consultation, la frigidité étant négligée.

\* Dossier 2.01 :

Jacques A. 34 ans et Annette 32 ans, mariés depuis 6 ans. Motif de consultation : frigidité secondaire. En fait, Jacques A est EP primaire, mais ne veut pas en être conscient.

\* Dossier 5.42 :

Alain S. 30 ans et Suzanne 25 ans, mariés. Motif de la consultation : vaginisme secondaire. En fait, frigidité primaire méconnue de Suzanne.

Il apparait souvent que le couple consulte pour le "symptôme d'arrivée", en ignorant ou en voulant ignorer le "symptôme de départ".

E.I.3: Les symptômes sexuels oubliés volontairement ou non:

\* Résultats :

Considérant les 90 observations de couples, où le diagnostic sexologique ne correspond pas aux symptômes sexuels invoqués par les consultants, le symptôme ignoré plus ou moins volontairement est :

- la frigidité : 42 observations
- l'E.P. : 24 -
- l'anorgasmie féminine :  
11 observations
- le vaginisme : 11 -
- l'impuissance secondaire :  
10 observations
- l'impuissance primaire :  
5 observations
- l'anéjaculation :  
4 observations
- l'anorgasmie masculine :  
2 observations
- l'absence de besoin sexuel isolée :  
1 observation.

Au total, tous les symptômes sexuels masculins et féminins ont été "oubliés" au moins une fois.  
De plus, il apparait que les symptômes les plus fréquemment escamotés sont la frigidité et l'EP.  
Cela veut-il dire que ce sont les troubles dont on s'accomode le plus ? Cela signifie surtout que le sexologue devra les rechercher plus précisément.

\* Quelques exemples :

- Dossier 5.37 :

Sylvain et Nicole R., 27 et 22 ans sont mariés depuis 4 mois. Motif de la consultation : EP secondaire de Sylvain, déjà traitée par des anxiolytiques et la yohimbine.

En réalité, Nicole présente un vaginisme primaire ainsi qu'une anorgasmie. Le mariage n'est pas consommé.

- Dossier 6.41 :

Roland et Annie A., 34 et 29 ans, mariés depuis 12 ans, consultent pour la frigidité primaire d'Annie. Ils omettent de parler de l'impuissance secondaire de Roland.

- Dossier 8.42 :

Henri et Jacqueline C., 24 et 20 ans, mariés depuis 4 mois, consultent pour EP. Ils ont déjà fait une tentative de traitement par le squeeze, sans succès. En fait, Jacqueline est vaginique primaire.

E.II : Autres motifs de consultations  
=====

Nous avons rencontré :

- 1) "Concurrence conjugale"
- 2) Projet de vie commune ou de mariage.
- 3) Instance de divorce.
- 4) L'épouse exigeant la pénétration de la part de son mari, incapable de la satisfaire.
- 5) Arrêt des relations sexuelles supérieur à 3 mois.
- 6) Puceaux et pucelles.
- 7) Pas de partenaire sexuel.

- 8) Etats dépressifs - Troubles psychosomatiques.
- 9) Stérilité.
- 10) Anorgasmie vaginale.
- 11) Dymorphophobies sexuelles.
- 12) Sujet consultant pour le problème sexuel de son partenaire.
- 13) Motifs rares.

E.II.1: La "Concurrence conjugale" :

Nous regroupons sous ce titre trois situations motivantes.

- L'existence d'une relation extra-conjugale pour l'un des conjoints : 101 observations.
- Le cas ambigu où le partenaire "trompé" vient demander au sexologue l'interdiction de la relation extra-conjugale: 11 observations.
- la menace de l'un des deux partenaires de chercher à établir une relation extra-conjugale: 22 observations.

On rencontre donc ces trois motifs dans 123 observations, sur les 747 consultations de sujets mariés.

Soit, 16,5 % des gens mariés consultent à cause de la "concurrence conjugale" : ( $\pm$  2,7 %).

E.II.2 : Projet de vie commune ou de mariage

Ce motif est une sorte de "remise à neuf", invoquée par les hommes et femmes célibataires, divorcés, veufs.

Nous l'avons retrouvé :

dans 59 observations sur 250, soit 23,6%  
des consultants célibataires, divorcés ou  
veufs ( $\pm$  5,3 %).

E.II.3 : Instance de divorce :

Il s'agit fréquemment de sujets pour qui c'est la dernière tentative pour sauver le couple.

Cela concerne :

67 observations sur 747  
soit 9 % des gens mariés ( $\pm$  2 %)

E.II.4 : La femme exigeant la pénétration de la part de son mari, qui est incapable de la satisfaire :

Ce sont, bien souvent des situations très tendues, faites comme pour conserver le statut-quo du couple : en effet, l'homme est dans ce cas toujours éjaculateur précoce ou impuissant.

On retrouve ce motif :

dans 31 observations, parmi les 417  
hommes mariés atteints d'EP ou d'impuis-  
sance.

soit dans 7,4 % des cas ( $\pm$  2,6 %)

E.II.5: Arrêt des relations sexuelles :

3 mois est le chiffre à partir duquel la durée de l'arrêt des rapports devient significative dans un couple. Les plus fréquentes vont de 6 mois à 3 ans. Pour l'un d'entre eux, cela a duré 15 ans.

Ce motif est retrouvé dans 49 observations sur 747.

Soit 6,6 % des consultants mariés  
( $\pm$  1,8 %).

E.II.6: Puceaux et Pucelles :

Nous entendons par ces termes, un homme ou une femme qui n'a jamais vécu de relation sexuelle. On élimine de ce cadre ceux qui n'ont pu consommer par suite d'une dysfonction. Cela ne concerne donc que les célibataires, et qui ont précisément invoqué ce motif.

Nous avons retrouvé :

\* 4 femmes pucelles sur les 22 célibataires  
soit entre 5 et 40 %.

Elles sont âgées de 24, 31, 43 et 46 ans.

\* 16 hommes puceaux sur 175 célibataires :  
soit 9,1 % ( $\pm$  4,3 %).

Ils sont âgés entre 21 et 49 ans.

E.II.7 : Pas de partenaire sexuel :

Ceci ne concerne pas les couples, car leur demande est commuée en désir de Group-sex... (rencontré dans 4 observations).

Cette motivation est retrouvée :

dans 17 observations sur 250

soit 6,8 % des consultants célibataires, veufs, et divorcés ( $\pm$  3,2 %).

E.II.8 : Etats dépressifs - Troubles psychosomatiques :

Retrouvés comme motif de consultation dans :

21 observations sur 1000

Soit 2,1 % des observations ( $\pm$  0,9 %)

De nombreux auteurs en parlent comme cause ou conséquence d'un symptôme sexuel.

E.II.9: Stérilité :

Nous avons retrouvé ce motif de consultation dans 21 observations.

Il a été formulé à 3 reprises par une personne mariée venue seule. On peut donc estimer l'avoir rencontré :

dans 18 couples sur 550

soit 3,3 % des couples ( ± 1,5 %).

E.II.9 a: Quelques précisions :

\* Ces couples ont généralement vu de nombreux médecins avant de venir chez le sexologue. Ils viennent nous consulter souvent en dernier recours, après que toutes les tentatives, y compris l'in-sémination artificielle, aient échouées.

Ceci est d'ailleurs parfaitement explicable : pour eux, le problème est d'avoir un enfant, et non d'aboutir à un épau-nouissement sexuel. Le sexologue est donc bien le dernier spécialiste chez lequel ils se rendront.

\* Bien évidemment, dans ces 21 observations, il s'agit exclusivement de stérilités consécutives à une dysfonction sexuelle.

E.II.9 b: Situation affective de ces couples :

Notons que 5 couples sur 18 ont une durée de vie supérieure à 10 ans.

\* Deux d'entre eux consultent après 11 ans de vie commune :

- Dossier 1.58:

Ils ont 38 et 35 ans. Impuissance primaire.  
Mariage non consommé.

- Dossier 7.36:

Ils ont 38 et 36 ans.  
Anéjaculation primaire.

\* Un autre après 13 ans de vie commune :

- Dossier 11.33 :

Ils ont 34 et 32 ans. Vaginisme primaire.  
E.P. compliquée d'impuissance secondaire.  
Mariage non consommé.

\* L'un après 14 ans de vie commune :

- Dossier 3.03 :

Ils ont 46 et 39 ans. Anéjaculation primaire.  
Frigidité primaire.

\* Le dernier après 20 ans de vie commune :

Dossier 9.30 :

Ils ont 54 et 39 ans.  
Impuissance secondaire.

E.II.9.c : Les dysfonctions sexuelles entraînant la stérilité :

Parmi ces 21 observations, "le symptôme sexuel responsable" est :

!- Anéjaculation primaire	: 8 observations	
!- Impuissance primaire	: 5	-
!- Vaginisme primaire	: 1	-
!- { Vaginisme primaire		
!- { Impuissance primaire	: 1	-
!- { Vaginisme primaire		
!- { Impuissance secondaire	: 2	-
!- { Vaginisme primaire		
!- { Anéjaculation primaire	: 2	-
!- Impuissance secondaire	: 2	-

De plus, associées à ces dysfonctions précédemment citées, nous avons relevé :

\* 9 frigidités ou anorgasmies féminines

Ce qui fait tout de même 30 symptômes sexuels pour 39 consultants. Une pathologie bien lourde...

On est tout de même en droit de se poser des questions quant à la pratique de l'insémination artificielle dans ce genre de couple, eu regard du futur épanouissement de l'enfant. Et de désapprouver "cette solution médicale"...

E.II.9 d: Un exemple :

Dossier 10.35 :

Laurent et Martine P. ont 32 et 30 ans.

Ils sont mariés depuis 15 ans, et consultent pour stérilité.

Laurent est atteint d'anéjaculation primaire. Tous les bilans organiques sont normaux, et il a déjà pris de nombreux médicaments. Il a essayé la relaxation, et la psychothérapie qu'il a vite arrêtée. Cependant, il obtient une éjaculation par masturbation, ce qui fait que l'insémination artificielle a été tentée à deux reprises, sans succès. Ce sont pour eux des souvenirs très désagréables, et ils ne veulent pas recommencer. Pendant les trois premiers mois de vie commune, ils ne se sont pas rendus compte de cette anéjaculation: en effet, Laurent urinait dans le vagin de sa femme, qui, surprise de voir les draps aussi mouillés après leurs relations sexuelles, en a parlé à sa mère...

Par ailleurs, Martine est frigide primaire. Ni l'un, ni l'autre ne sont intéressés par le plaisir orgastique. Leur seule demande est d'avoir un enfant, mais sans avoir à recourir une nouvelle fois aux médicaments ou à l'insémination artificielle.

A l'issue de la consultation, ils ont entrepris une thérapie de couple pendant 2 mois. Un jour, ils ont téléphoné qu'ils arrêtaient: ils venaient de déposer une demande d'adoption...!!!

#### E.II.9 e: Pronostic :

W. PASINI dans son étude sur les mariages non consommés écrit : "Deux tiers d'entre eux ont consulté dans un but sexuel, et les autres

avant tout pour avoir un enfant. Le pronostic n'est pas différent pour les deux groupes".

Nos résultats montrent :

- Quand le motif de consultation est la dys-  
fonction sexuelle ou la non consommation du ma-  
riage, avec ou sans la demande d'avoir un enfant,  
le pronostic est bon.

- Quand le motif de consulter est uniquement la  
stérilité, sans demande de changement sur le plan  
sexologique, le pronostic est mauvais.

#### E.II.10: L'anorgasmie vaginale

Ce motif de consultation est formulé par des femmes qui obtiennent l'orgasme par caresses clitoridiennes, mais qui veulent obtenir des sensations vaginales (Voir chapitre sur frigidité-anorgasmie : C.VII.1).

Cette demande est retrouvée :

dans 30 observations sur 610

soit 4,9 % des femmes mariées ou divorcées

( ± 1,7 %).

Elle a été faite une seule fois par une femme divorcée. De plus, ces femmes se répartissent dans toutes les tranches d'âge.

Nous avons envisagé :

\* Le diagnostic sexologique posé à l'issue de la consultation dans ces 30 observations :

- Nous avons retrouvé 3 observations, où derrière cette demande, apparaissait une absence de besoin sexuel isolée.
- Quant au partenaire, dans 7 cas, il était éjaculateur précoce, et dans 2 cas, impuissant secondaire.
- \* Les autres motifs de consultation associés :
  - Mécontentement conjugal dans 4 cas.
  - L'existence d'une relation extra-conjugale du mari dans 3 cas.

Au total, il reste seulement 9 observations sur 30 où le motif de consultation est l'anorgasmie vaginale, sans que l'on retrouve aucun symptôme sexuel chez l'un ou l'autre, ni de mécontentement conjugal ou de relation extra-conjugale.

E.II.11 : Dysmorphophobies sexuelles :

G. VALLES définit la dysmorphophobie :

"C'est une préoccupation anormale concernant l'esthétique du corps. Cette peur intense, nuancée de dégoût ou d'aversion, peut être reconnue comme plus ou moins immotivée ou très excessive, mais ne peut être dominée."

En pratique sexologique, on se trouve devant deux types de situations :

- Soit le sexe du sujet présente réellement une anomalie organique:

c'est rare : crêtes de coq sur le pénis, phimosis, maladie de Lapeyronie, ou encore hypertrophie des petites lèvres...

- Mais, le plus fréquemment, on se trouve devant :

- . Un homme qui trouve que son sexe est trop petit, pas assez long ou encore qu'il manque d'épaisseur.
- . une femme qui imagine qu'elle a le clitoris mal placé ou trop petit, ce qui l'empêche de jouir.

Ce motif de consultation a été rencontré dans 19 observations. Cela concernait :

- 14 hommes sur 916 :  
soit 1,5 % d'entre eux.
- 5 femmes sur 635 :  
soit 0,8 % d'entre elles.

Leur situation affective :

11 sont célibataires, 6 mariés et 2 divorcés.

Derrière ce motif de consultation, nous avons retrouvé un symptôme sexuel dans 12 observations sur 19 :

- { - 3 E.P. primaires
- { - 3 Impuissances primaires
- { - 2 Impuissances secondaires
- ( - 4 Anorgasmies féminines primaires.

La dysmorphophobie sexuelle doit donc être considérée comme étant "l'arbre qui cache la forêt".

Terminons par un exemple significatif de l'aspect obsessionnel de ce symptôme :

Dossier 9.92 :

André N. à 39 ans. Il est célibataire. Il consulte parce qu'il trouve son pénis trop petit en épaisseur. Il a une maîtresse qui lui a dit trouver son pénis à son goût, ce qui a calmé ses craintes.

Le problème reparait pourtant : ils veulent faire du Group-Sex, mais André a peur de paraître ridicule, imaginant que les participants verront tous "la minceur" de son pénis...

E.II.12: Sujets consultant pour le problème sexuel de leur partenaire :

Ceci ne concerne donc que les gens mariés ayant consulté seuls, ou divorcés, c'est-à-dire 179 hommes et 60 femmes.

Ce motif de consultation a été retrouvé :

- pour deux hommes sur 179 :

soit 1,1 % d'entre eux

- pour six femmes sur 60 :

soit entre 5 et 25 % d'entre elles.

Nous allons faire une étude de ces 8 observations, très diverses :

\* Un homme : Dossier 8.69 :

Agé de 31 ans, marié depuis 6 ans. Il consulte parce que sa femme est frigide. Cependant, il avait "oublié" sont E.P. primaire.

\* L'autre homme : Dossier 3.24 :

Homme de 36 ans. Marié depuis 2 ans, après qu'il ait vécu une relation homosexuelle pendant 10 ans. Il consulte pour la frigidité de sa femme.

En fait, lui-aussi est "frigide" puisqu'il est anorgasmique secondaire. Ceci a été mis en évidence seulement à la fin de l'entretien.

\* Dossier 1.87 :

Femme de 47 ans, mariée, qui consulte pour l'impuissance secondaire de son mari, celui-ci ne voulant rien changer.

\* Dossier 2.51 :

Femme de 36 ans, mariée depuis 9 ans, qui vient parce que son mari est exhibitionniste, et qu'elle se croit responsable de cette "perversion". En fait, elle est seulement frigide primaire.

\* Dossier 5.26 :

Femme de 26 ans en instance de divorce, et qui consulte parce que son mari est éjaculateur précoce et sadique.

\* Dossier 8.31 :

Femme de 34 ans, mariée depuis 9 ans, qui vient demander conseil parce que son mari se désintéresse d'elle.

\* Dossier 9.83 :

Femme de 31 ans, en instance de divorce, qui voudrait faire quelque chose pour son mari homosexuel et impuissant secondaire.

\* Dossier 10.70 :

Femme de 30 ans, divorcée, qui consulte parce-  
qu'elle a le projet de se marier avec un homme  
impuissant primaire. Elle en profite pour demander  
si son sexe n'est pas anormal.

E.II.13 : Motifs rares :

mais significatifs :

\* Désir de ne plus se masturber :

Ce motif a été rencontré à 3 reprises par un  
homme "ne pouvant résister" à cette "tentation".

A ce propos, on peut noter que la masturbation  
est fréquemment invoquée comme responsable de  
l'E.P., plus rarement de l'impuissance.

\* Désir de Group-sex :

3 observations.

\* Coups et blessures "conjugaux" :

2 observations.

- F - SOLUTIONS RECHERCHEES PAR LE CONSULTANT

Les gens ont parfois une idée de ce qu'ils viennent chercher chez le sexologue, ou bien même le désir d'une solution précise.

Nous ne pouvons pas donner ici de résultats chiffrés (la question n'a pas toujours été posée, et ceux qui n'avaient pas de notions sur leur traitement n'ont pas été notés), mais une énumération de ces solutions attendues.

Ce que nous appellerons le médicament miracle est souvent invoqué ainsi que la méthode "MASTERS et JOHNSON", mais envisagée de façon assez utopique : quelques exercices faciles, à faire à la maison, sur deux semaines d'affilée...

De nombreux consultants ont conscience de la nécessité, pour leur problème, d'un processus psychothérapique. La psychanalyse les effraie, et ils ignorent l'existence d'autres techniques. D'autres croient encore aux conseils, "aux recettes" et font des demandes précises ou très vagues : "apprendre à "bien" faire l'amour"...

Ce sont les célibataires surtout qui souhaitent un partenaire de "remplacement".

- 6 hommes sont venus en demandant clairement une femme de remplacement.
- 2 femmes, un homme de remplacement.

La recherche d'adresse de Group-Sex, de lieux privilégiés pour la rencontre de partenaire...

La "possibilité" d'utiliser le sexologue comme juge et témoin à charge du conjoint récalcitrant...

sont encore quelques solutions fantasmatiques.

! - G - LES DIFFERENTES THERAPIES SUIVIES PAR LES !  
! PATIENTS AVANT LA CONSULTATION. !

Ces thérapies sont de tous ordres :

Du médicament classique au "médiu", en passant par les techniques "inspirées" des travaux de MASTERS et JOHNSON.

La solution la plus utilisée, celle que nous étudierons en premier est :

G.1°) La PHARMACOLOGIE

On retrouve par ordre décroissant de fréquence :

- Les traitements hormonaux  
avec les produits testotéroniques surtout.
- L'Arginine
- La Yohimbine
- Les Fortifiants - Les Vitamines.
- Les Tranquillisants avec en tête de file le VALIUM  
puis EQUANIL - TRANXENE - LAROXYL - MELLERIL -  
CALCIBRONAT - NATISEDINE.
- Enfin les vasodilatateurs périphériques  
le plus souvent et PRAXILENE essentiellement.

G.2°) se rencontrent les TRAITEMENTS PSYCHOTHERAPIQUES

95 patients ont suivi une psychanalyse.

55 une psychothérapie (dans ce chiffre est inclus  
quelques narco-analyses)

soit 150 cas sur 1000

! 15 % !

Ce chiffre est en très nette augmentation dans les derniers dossiers, les plus récents donc.

G.3°) Les thérapies "inspirées" de MASTERS ET JOHNSON:

Nous avons relevé sept dossiers où il était question de ces thérapies. Elles avaient échoué puisque les patients reconsultaient.

Nous insistons sur le fait qu'elles ne sont pas rigoureusement appliquées en France selon la méthode originale des américains.

G.4°) Enfin les divers autres traitements

empruntent plusieurs directions que nous citons :

Yoga

Relaxation

Acupuncture

Défloration chirurgicale

Dilatation vaginale sous A.G.

Insémination artificielle.

2ème Partie :

" LES THERAPIES SEXUELLES "

! A - ETIOLOGIES : BASE DE LA THERAPIE !

Le médecin sollicité par un Impuissant ou une femme anorgasmique doit choisir une conduite à tenir. Il ne peut se contenter d'un à priori "organique" ou "fonctionnel", qui lui ferait aiguiller son "malade" côté pilule, ou côté psychologue, sans trop savoir. Car une fois qu'un des deux chemins est pris, il n'est pas anodin d'en changer.

Mordre à l'hameçon du médicament miracle, c'est perdre la possibilité de faire pressentir au patient la dimension psychologique sous jacente à son symptôme sexuel, c'est lui donner encore l'occasion de se laisser assister, soigner, lui faire croire que là aussi "on" peut quelque chose pour lui, alors que, dans la réalité, c'est lui-même qui devra tirer les solutions, en lui-même, du conflit.

Engager dans une psychothérapie un homme, ou une femme, dont le "corps" est réellement malade, dont le symptôme sexuel est le point d'appel d'une atteinte organique est souvent nécessaire, mais dans une optique toute autre que lorsque le trouble est tout entier psychogène, sans substration anatomique.

Nous allons essayer, d'une façon la plus claire possible, de préciser ici, symptôme après symptôme, la nature des étiologies organiques des dysfonctions sexuelles, en citant des auteurs de référence, dans le but d'une meilleure adéquation thérapeutique.

Nous ne ferons pas ensuite une analyse véritable des étiologies fonctionnelles, ceci étant hors de notre compétence, mais nous formulerons un aperçu de ce qui sous-tend le "fonctionnel". Car c'est, de loin, et pour tous les auteurs, là que se situent les origines des symptômes sexuels:

- G.ZWANG l'invoque dans 65 % chez l'homme et 80 % chez la femme.
- M.JENNY (Genève) dans 80 à 90 %.
- M.ADJNAN, lui ne cite que 5 à 10 % l'impuissance masculine de cause organique.

Nous tenons à faire aussi une remarque que nous inspire la consultation et qui va dans le sens des travaux de MASTERS et JOHNSON.

Comme nous l'avons défini au départ, la Sexologie recouvre bien des domaines, de l'Endocrinologie jusqu'à la Sociologie, via la Psychologie.

Elle intéresse toujours deux individus conjoints, plus encore : elle intéresse leur langage relationnel.

Il n'est jamais une seule origine à un symptôme sexuel: il serait malhonnête de se rassurer derrière une artériographie un peu pathologique pour ne prescrire que PRAXILENE, 3 fois par jour... il faut aller plus loin,

ou plus "large", et considérer "l'Homme" dans son entier, faire une médecine essentiellement "PSYCHO-SOMATIQUE".

Quelques chiffres pour le mieux prouver :

MASTERS et JOHNSON qui appliquent, après un bilan médical scrupuleux, une thérapie à visée psychosomatique, obtiennent les résultats suivants, concernant les Impuissants Diabétiques :

Etiologie de Base	Nombre de cas	Nombre d'échec
Diabète précédemment connu	9	3
Diabète diagnostiqué à la Fondation	11	2

(extraits des mésententes sexuelles p. 196).

L'Impuissance diabétique peut donc "guérir"... car chez le diabétique la neuropathie végétative n'est pas la seule raison de dysfonction sexuelle.

## I - Nous commencerons par les troubles de l'homme

### 1°) L'Ejaculation précoce

"elle est fonctionnelle dans l'immense majorité des cas" - (G. ZWANG - précis de Sexologie).

"La briéveté du frein peut en être considérée comme une cause aggravante, mais non déterminante" (idem).

Par conséquent: Les IMAO, la Thioridazine n'ont aucune action spécifique.

Les pomades anesthésiantes n'ont pas de raison d'être prescrites.

La circoncision ne sert à rien.

Une plastie du frein, ou une résection circulaire limitée à l'anneau de striction, après résection dorsale, sont seules indiquées, "pour le confort", en cas de frein vraiment court, entraînant une couure du gland lors de l'érection, en cas de phymosis.

## 2°) L'Impuissance

L'érection est un phénomène vasculaire; alimenté par l'Artère honteuse interne, issue de l'artère hypogastrique issue elle de l'Iliaque primitive; constitué par une vasodilatation artérielle, une vaso constriction veineuse; commandé par le para sympathique S 2 - S 3 - S 4 et par les centres supérieur Cortex, rhinencephale, hypothalamus...

Le rôle des Androgènes, essentiel pour fixer les caractères sexuels, avant la puberté, est nul dans le mécanisme de l'érection.

"La fonction sexuelle nécessite un équilibre endocrino-métabolique d'ensemble, dont toute altération peut entraîner une impuissance.

Cependant celle-ci entre dans un tableau clinique où elle n'est qu'exceptionnellement en premier plan". (SUBRINI - Cahiers de Sexologie clinique vol.2 - n° 4).

D. DECOURT, dans la Vie Médicale de Février 1973, au terme d'une étude portant sur 41 sujets Impuissants primaires et 106 sujets impuissants secondaires conclut après une analyse des données morphologiques, des dosages des stéroïdes urinaires, des épreuves de stimulations "que quels que soient les troubles envisagés: impuissance sexuelle (Homosexualité, Transsexualisme), on ne trouve aucun trouble endocrinien qui puisse rendre compte de leur génèse (...). La nature et la proportion des types sont assez comparables à ce que l'on rencontre dans une population quelconque".

Marcel JENNY (Genève)(Introduction à la Sexologie médicale) écrit aussi : "Le médecin doit ainsi comprendre que les insuffisances sexuelles d'origine psychogène ne bénéficieront pas du tout d'un traitement hormonal, il est inutile et même parfois dangereux de leur donner des androgènes (...). Même si l'on sait que la sécrétion de testostérone diminue chez les personnes âgées, il n'a pas été démontré qu'elle est responsable d'une diminution de l'activité sexuelle. Il est parfois possible d'améliorer l'état de ces malades avec un traitement androgène à faible dose, il est toutefois dangereux d'augmenter ou de prolonger un tel traitement si le malade persiste à se plaindre de son insuffisance sexuelle alors que l'examen n'a mis en évidence aucune cause organique".

Les causes endocriniennes de l'Impuissance entrent donc dans le cadre des Hypogonadismes, des grands syndrômes : Cushing - dysthyroïdie - Insuffisance ante hypophysaire - Acromégalie, du Diabète. Ce sont des atteintes qui ne

remettent pas en cause l'érection seulement, mais la libido et le comportement du sujet, sa "santé".

Si elles sont capitales, il faut aussi les "remettre à leur place" et moduler son bilan clinique en fonction des données de l'examen psycho-somatique.

Pour donner une idée, voici quelques bilans dits systématiques. Ils sont bien lourds :

\* Chez M. JENNY (Genève - dans Introduction à la Sexologie Médicale):

- Spermogramme
- Recherche du Sexe chromatinien
- Carte chromosomique
- Dosages hormonaux : 17 ceto - 17 OH  
gonadotrophines hypophysaires.
- Radio de la selle turcique
- Glycémie - HGPO.
- Etude de la fonction thyroïdienne
- Etude de la fonction hépatique.

\* Chez MASTERS et JOHNSON :

- Etude fonctionnelle de la Thyroïde à l'Iode radioactif
- Taux de calcium et phosphore sanguin
- Glycémie - HGPO
- Test de tolérance au glucose

Le reste du bilan n'est plus endocrinologique :

- Hémogramme
- B W

- ponction sternale
- Urémie - Acide urique
- cholestérol
- Bilan protéique - Electrophorèse
- Bilirubine
- phosphatases alcalines
- Transaminases
- Frottis vaginaux

\* Examens complémentaires :

- ECG - Bilan endocrinologique complet -
- Dosage de testostérone chez l'homme après 50 ans.

Il introduit les autres causes organiques d'Impuissance:

- Les causes vasculaires

- . oblitérations artérielles : du carrefour aortique  
syndrome de Leriche -  
obturation hypogastrique.  
Artérites distales de la Honteuse interne  
(mise en évidence par SUBRINI en 1972  
par artériographie sélective).
- . Hypertension artérielle, mais aussi son traite-  
ment - hypotenseurs.

et moins fréquemment :

- rupture traumatique des corps caverneux
- séquelle de priapisme
- Induration des corps caverneux, de  
Lapeyronie
- Thromboses veineuses périnéales ou  
pelviennes.

- Les causes neurologiques

- . Paraplégie - Sclérose en plaque - Parkinson.
- . Fracture du bassin, avec rupture de l'urètre dans 50 % des cas.
- . Séquelles de chirurgie pelvienne (prostatectomie par voie périnéale, rare actuellement - amputation du rectum - Prostatectomie totale).
- . Epilepsie temporale.

et autres lésions temporales (Gliomes - Angiomes - lésions post traumatiques) (Subrini- cahier de Sexologie clinique vol. 2 - n° 4).

- Les causes urologiques

- . Tumeurs génito-urinaires.

- Les maladies de Surcharge :

- . Obésité
- . Hyperlipémie
- . Hyperuricémie

- Hémopathies

- Insuffisance rénale

- Les causes toxiques et médicamenteuses

- . Alcoolisme (et non alcoolisation occasionnelle)
- . Drogues (cannabis - hallucinogènes, etc...)

- . médicaments psychotropes
- . tabac : son rôle direct est controversé.

- Causes générales -

Fièvres prolongées, infections, anémie chronique, mitose.

- Causes psychopathologiques -

- . dépression
- . Etat "border-line"
- . psychoses

A la suite de cela, il apparait que, pour le praticien qui connait son malade, le bilan biologique est simple, le traitement hormonal exceptionnel, en dehors du cadre d'une maladie endocrinienne.

On peut citer encore G. ZWANG qui précise :

" En faveur de l'organicité : l'apparition progressive, chez un malade sans problème relationnel; l'érection insuffisante, avec sensation de verge froide, la perte de toute érection spontanée "(on entend par érection spontanée, les érections nocturnes ou matinales, en dehors d'une situation de coït).

" En faveur de l'étiologie fonctionnelle : l'évolution capricieuse, avec alternance d'érections nulles et parfaites, au gré des circonstances; les situations conflictuelles authentiques."

Remarque :

Dans les causes vasculaires, les plus fréquentes, un examen nouveau : la thermographie pénienne, permet d'obtenir des précisions sur la nature de l'impuissance.

C'est un procédé de thermovision, après épreuve de refroidissement qui par la vaso constriction locale qu'elle entraîne, exagère les troubles vasculaires éventuels (G. TORDJMAN. C.HUBERT).

### 3) l'Anéjaculation

2 causes principales :

- Le Diabète  
- La Prostatectomie

} entraînant toute deux une  
} éjaculation rétrograde.

- d'autres causes, neurologiques, peuvent se rencontrer, rares : sympathectomie L 1, L2.

- des états inflammatoires de l'urètre postérieur (G. ABRAHAM).

## II - Chez la Femme

"L'étiologie fonctionnelle est de loin la plus fréquente.

En particulier pour les frigidités - anorgasmies partielles capricieuses, mais aussi pour les vaginismes contemporains de conflits relationnels." (G.ZUJANG)

1°) Etiologies organiques de la "Frigidité".

La place des maladies endocriniennes est ici comparable à celle qui lui a été faite pour l'Impuissance, avec également le Diabète sucré.

Des atteintes neurologiques (traumatisme crânien récent - épilepsie temporale).

Des toxicomanies : Alcool - tabac et drogues.

L'usage de Neuroleptiques - Tranquillisants également.

La pilule anticonceptionnelle peut entraîner une anorgasmie, sans que l'on puisse mettre en cause semble-t-il des conflits psychologiques.

C'est l'avis de W. PASINI à Genève et E. GUILLERM à Brest.

2°) La Dyspareunie

Si dans le Vaginisme il n'est presque jamais question d'étiologie organique, c'est l'inverse dans la dyspareunie. Tous les auteurs s'accordent pour leur trouver une fréquente composante organique, notamment le Dr J. KAHN-NATHAN (Dyspareunie et Vaginisme - Cahiers de Sexologie clinique 1976. Vol. 2 n° 3).

Elle classe les dyspareunies en trois grands groupes et donnent leurs étiologies :

- Les Dyspareunies superficielles, aiguës vulvo-vaginales dues à :

- une mycose
- une vaginite à trichomonas
- une infection gonococcique

- une bartholinite aigüe
- un herpès, en bouquet, ou diffus
- une lésion syphilitique primaire ou secondaire.

2 remarques : \* une dyspareunie lors de la déflo-  
ration peut signifier :

- une absence congénitale de vagin
- un hymen très scléreux ou une bride sagitale de l'hymen
- un cloisonnement vaginal
- un rétrécissement annulaire du vagin.

\* chez une femme ménopausée

- une vaginite atrophique plus ou moins prononcée.

- Les Dyspareunies profondes :

liées à :

- une rétroversion : la relation entre rétroversion et douleur est à affirmer avec prudence.
- une déchirure du ligament large post obstétricale (Syndrome de MASTERS et ALLEN).
- une infection salpingienne.
- L'endométriose.
- Kyste de l'ovaire - fibrome compliqué - ovarite scléro-kystique.
- Les Dyspareunies post opératoires qui ont des causes anatomiques, mais aussi simplement subjectives si la femme a mal vécu l'intervention.

- Les Dyspareunies fonctionnelles  
sans cause organique décelable, rebelle aux  
traitements, exprimant un conflit affectif,  
conjugal.

Ce catalogue, bien que non exhaustif, ne concerne  
au pire que 35 % des hommes porteurs d'un symptôme  
sexuel, et 20 % des femmes, comme nous l'avons vu  
au départ.

Il laisse supposer que les diagnostics doivent être  
précis, et la thérapeutique tout aussi précise et  
adaptée si elle veut être efficace.

### III - Les bases du "fonctionnel"

On pourrait dire qu'elles sont de trois sortes :  
la première est représentée par le passé collectif  
du sujet, par ce que l'on appelle encore l'héritage  
socio-culturel.

La deuxième concerne le passé personnel : la relation  
parents-enfants - La troisième est actuelle : c'est le  
couple, la communication au sein de celui-ci.

#### 1°) L'héritage socio-culturel

Déjà deux notions des plus importantes et antino-  
miques : le "culte" de la virginité et le "droit"  
au "viol", expression ultime de la relation  
dominée-dominant, au niveau de l'imagerie "popu-  
laire". Autrement dit, la femme sera vouée à  
l'"attentisme", et l'homme à l'agressivité.  
Elles sont le résultat de pressions socio-éduca-  
tives, pour aboutir à des comportements et des

valeurs stéréotypées.

Si l'on n'a pas appris à la femme à utiliser son corps, sa force ou son plaisir, on impose à l'homme pour prouver sa virilité, un état de chasse et d'"affut" permanent.

Vient ici aussi l'interdit de la masturbation, et du sexe. S'il se montre, il n'est pas réhabilité pour autant, "c'est l'instinct, c'est sale, c'est défendu, ça me gêne, on ne va pas voir ça."

Le normal et l'anormal en sexualité se réfèrent aussi à la morale transmise aussi bien laïque que religieuse, sur laquelle maintenant la loi du nombre, la Statistique, prend le pas.

Une dernière chose c'est l'inhibition du toucher, de la vue, du sentiment, de l'expression du corps en général, sacrifiée à la bienséance, à la retenue, à la décence.

## 2°) La relation "parents-enfant" durant l'enfance

La relation à la mère est capitale dans les processus d'identification sexuelle, ainsi que les différents stades de l'enfance.

Nous ne reprendrons pas les travaux de la psychanalyse qui l'explicitent.

## 3°) La communication dans le couple

Ici intervient ce dont nous avons déjà parlé : le symptôme sexuel ne concerne jamais un individu isolé, mais sa relation à l'Autre.

La communication peut être "mauvaise" ou "fausse", et ne servir que contre la progression du couple. Il faut démonter alors le mécanisme, le présenter au couple pour qu'il en sorte. La communication n'est pas suffisante, encore faut-il qu'elle soit "réussie".

Le conjoint est une cible de choix pour les projections de son monde fantasmatique. Le couple présente toutes les garanties de durée, d'huis-clot, d'énergie et de résonance pour l'installation de passage à l'acte pulsionnel, de façon permanente et définitive.

C'est à ces trois niveaux que doivent intervenir les "thérapies" utilisables en Sexologie.

Les unes s'attachent à un niveau plus précisément, la plupart s'adressent aux trois ensemble, et c'est logique.

B - Les thérapies

Si le but n'en est pas systématisable il n'est pas simple pour autant.

Si les moyens sont nombreux, certains sont controversés, d'autres non parfaitement adéquats, d'autres si lourds qu'on hésite à les employer d'emblée; nous les étudierons en deux parties : la première sous une forme analytique, en une énumération, la deuxième plus synthétique regroupera quelques grands courants de thérapies sexologiques créées en France.

B.I. Les Buts  
=====

On ne peut parler de la finalité d'une thérapie sexuelle sans ranimer deux conflits, plutôt deux problèmes.

Le premier est celui de la "Norme" en Sexualité humaine :

La plus ancienne fut fondée sur la morale - elle ne veut plus avoir cours.

La norme Freudienne a parlé pour la femme du "grand" et du "petit" orgasme...

C'est la Statistique, domaine où la loi du plus grand nombre se transforme en Normalité, qui menace de dicter ce qu'il faut faire...

Jusqu'à la vérité biologique, objet de nombreuses recherches scientifiques actuelles.

Malgré tout çà, une "norme" tend à se définir d'elle même, en chacun, en fonction du bien-être, de la satisfaction pour soi-même, et au sein d'un "couple", dans la considération de la liberté d'Autrui. Ce n'est pas une vie sans conflit ni contrainte mais un équilibre subjectif des tensions.

Le deuxième problème est une interrogation :  
Doit-on s'arrêter au symptôme; peut-on s'arrêter au symptôme ?

Le symptôme est-il au couple ou à l'individu en crise, ce qu'est le cri à l'homme qui se noie : si on le baillonne il mourra, c'est sûr, faute d'être entendu, donc secouru.

Nous avons opté pour cette interprétation et nous ramènerons l'homme au rivage.

D'autres s'occupent du symptôme seul et assurent réussir. Nous ne ferons aucune conclusion : si en psychanalyse le symptôme est forcément le dessus de l'iceberg, en Sexologie, il peut en être autrement, lorsqu'il n'y a pas de troubles importants de la personnalité.

A travers ces lignes nous voyons que les buts, ne sont pas nécessairement normaliser et guérir, dans le sens où on l'entend généralement : corriger des valeurs en fonction d'une moyenne, éliminer les symptômes...  
Ce n'est pas pour autant une oeuvre étrangère au médecin généraliste, ou plus exactement au médecin "Humain".

## B.II. Les Moyens.

Dans ce chapitre nous nous bornerons aux généralités sur les méthodes et les moyens de thérapie sexologique, l'étude des Structures d'accueil et de "soins" est prévue ultérieurement. Nous citerons des moyens médicamenteux et chirurgicaux classiques - Les méthodes sexologiques pures - les autres moyens plus globaux.

### 1°) Moyens médicamenteux et chirurgicaux.

Nous serons brefs car ils sont bien connus.

Nous ne causerons que de ceux sans controverse.

#### - Les anti-dépresseurs - les anxiolitiques.

lorsqu'une composante dépressive ou anxieuse marquée accompagne le symptôme sexuel, tout en sachant que ceux-ci, en excès ou de façon trop prolongée peuvent entraîner une inhibition de la réponse sexuelle.

#### - Les vasodilatateurs périphériques

dans le cadre des artéropathies honteuses.

en cure de 8 à 10 jours, en perfusion, à renouveler tous les 2 à 3 mois (G. ZWANG).

#### - La Testostérone.

indiquée chez l'homme âgé, en remplacement hormonal partiel, en anti-asthénique général.

#### - Les oestrogènes

par voie générale : chez la femme ménopausée, donc carencée; par voie locale : pour favoriser une lubrification des voies génitales après atrophie des muqueuses, post thérapeutique - post mycosique -

post ménopausique (en association avec la progestérone).

- La chirurgie

- La prothèse pénienne intra-caverneuse : réservée aux cas organiques sans appel : séquelles de fracture du bassin, de priapisme, etc... car elle détruit toute possibilité de récupération fonctionnelle.
- nous transmettons ici le message d'un chirurgien-sexologue : G. ZWANG, au sujet de la chirurgie classique, touchant les organes génitaux : "enlever sans vergogne toute lésion pathologique, être ailleurs résolument conservateur"... des ovaires, du col utérin, d'un vagin fonctionnel, du prépuce, etc... - Ce peut être le rôle du généraliste, de s'en soucier à la place de son ou sa malade.

2°) Les méthodes exclusivement sexologiques

Ce sont celles qui ne s'adressent qu'au symptôme, pour en venir à bout.

Mais elles ne peuvent rarement rester au niveau "technique sexuelle". Elles demandent de tenir compte du contexte éducatif, culturel et social du sujet, de la dynamique du couple.

Ainsi : l'Acupuncture

La relaxation - le Training autogène de Schultz - qui sont utiles parce-qu'elles aident à une prise de conscience du corps, à une intégration des

sensations physiques, à une potentialisation des possibilités d'"abandon" et de "détente".

La gymnastique de Kegel (éducation du muscle iléo-pubéo-coccygéen durant la miction en arrêtant volontairement celle-ci par intermittence).

Le massage : apprivoisement du corps et du "sentir", reçu et donné.

A toutes ces techniques corporelles s'ajoutera un programme d'Information, de Déculpabilisation, de Déconflictualisation, qui permet de les adapter à la Sexologie.

Ici se situe enfin :

- La méthode de MASTERS et JOHNSON

Aux USA, celle-ci représente une entité spectaculaire. En France aucun thérapeute ne l'applique dans son intégrité, aucun n'ayant, à nos connaissances, suivi la véritable formation à St-Louis, avec ses stages, qui dure plusieurs mois.

Nous décrirons ici, brièvement, les grandes lignes qui ont fait, en France, l'objet d'une intégration à la thérapie Sexologique.

D'abord le "principe fondamental qui est de considérer la relation conjugale comme le sujet à traiter", les deux partenaires seront considérés ensemble, à part égale.

Les thérapeutes ne seront pas un, mais deux : un homme, une femme.

Cela permet à chacun du couple, de trouver un partenaire de leur sexe, "fait obstacle au rite traditionnel de séduction du thérapeute de sexe opposé", évite le transfert classique-ment employé en psychothérapie "qui n'a pas sa place ici dans un stage de 15 jours destinés à faire disparaître les troubles sexuels, et à établir, rétablir, ou améliorer la communication entre mari et femme"; cela autorise aussi tour à tour à l'un des membres de l'équipe de se placer en observateur et de corriger la "direction" de l'entretien.

M. et J. choisissent leurs "clients". (Cette notion importante s'applique à tout thérapeute : personne ne peut guérir "tout le monde".)

Ils imposent donc leurs conditions :

Les couples ont entre eux de bons liens affectifs, de forts engagements à continuer de vivre ensemble.

Ils doivent être assez motivés pour tout quitter pendant 15 jours : travail, famille, etc... venir à St Louis - payer l'équivalent approximatif de 15.000 FF pour eux deux.

Et présenter un niveau intellectuel suffisant.

Les psychotiques ne sont pas pris en charge.

Les insuffisances sexuelles qui font parties d'un tableau névrotique sont une des principales préoccupations de M. et J.: "Mais ces cas sont loin d'être ceux qui nous sont le plus fréquemment soumis" disent-ils. "Les insuffisances sexuelles que nous traitons sont plus souvent liées aux carences culturelles du milieu et au manque d'information."

Il faut rappeler qu'une psychothérapie d'au moins six mois était obligatoirement requise avant la cure, cette clause est remise en question à l'heure actuelle.

Tout débute par un interrogatoire complet, le même pour l'homme et la femme, en deux temps :  
le 1er jour : L'homme est avec le thérapeute masculin, la femme avec le thérapeute féminin. Le 2° jour on croise les sexes. Le 3° jour : "table ronde" à quatre où une discussion s'instaure.

Les thérapeutes sont le "miroir" impartial, non pas de l'un ou de l'autre des conjoints, mais de leur "relation".

Les jours suivants alternent table-ronde - exercices physiques et discussion à deux, juste au sein du couple, donnant aux patients le temps nécessaire à l'assimilation. Alors commence "un traitement fondé essentiellement sur l'expérience sensorielle des individus. La capacité de concentration sensitive - le toucher est extrêmement important - dans la communication prépare une relation sexuelle chargée de signification, c'est la réminiscence de cette capacité de plaisir réciproque qui se retrouve comme une constante psychique, quels que soient les partenaires en présence". (G. TEBOUL : "les thérapeutiques du couple").

Les premiers exercices physiques sont des caresses du corps, évitant d'abord les zones génitales, puis les abordant: guidés par l'éveil mutuel du plaisir sensuel, concentrés sur lui, les couples sont nus, sans contrainte de temps, sans devoir dépasser fatigue ou satiété.

Les tables rondes, à travers le jeu des thérapeutes-miroir, éduquent les patients sur la fonction sexuelle, découvrent leurs propres comportements : peur de l'acte-mythes - erreurs - préjugés- , sur leurs goûts différents, leurs préférences, leurs "normes".

Par la suite, dans le même esprit, commence le traitement spécifique du symptôme.

Deux sont spécialement connus et employés en France :

- La technique du Squeeze pour l'Ejaculation précoce.
- La dilatation progressive avec des bougies de Hegar pour le vaginisme.

Nous les décrirons succinctement pour insister sur les points qui nous ont paru moins connus, mais nous renvoyons au livre largement cité ici, de M. et J: "Les mésententes sexuelles et leur traitement."

\* le Squeeze :

qui consiste en manoeuvre de masturbation alternée avec une compression du gland assurée par la femme sur son partenaire dont la "passivité", la "réceptivité" est gage de réussite. Son rôle est seulement

de "sentir" et d'avertir sa partenaire de l'éminence de l'éjaculation.

"Le but du traitement est de faire prendre conscience à l'homme, des états successifs qui marquent la montée de l'excitation et de lui faire acquérir la volonté et la possibilité de les prolonger. En réagissant physiquement aux manoeuvres de compression, il apprend à reconnaître le stade d'excitation au delà duquel il perdra tout contrôle sur les mécanismes de l'orgasme".

Au stade suivant où la femme chevauche l'homme et place sa verge dans son vagin, il faut orienter celle-ci, frustrée de sensations vaginales, vers une expression encore limitée mais certaine de son désir.

Enfin il ne faut pas oublier le passage par la position latérale, où les deux partenaires se font face sur le plan du lit, qui permet un meilleur contrôle de l'éjaculation, avant de reprendre d'éventuelles positions différentes.

Les suites de la cure durent six mois où l'on reprendra le Squeeze une fois par semaine, mais une fois seulement.

\* traitement du Vaginisme.

M. et J. insistent sur le fait que les époux eux-même constatent l'existence d'un spasme vaginal, au moment de l'examen vaginal, que c'est à eux qu'incombe le traitement proprement dit.

"Dans l'intimité de la chambre, c'est le mari qui utilisera les dilataateurs de Hegar, pour écarter les parois vaginales. Au début, sa femme le guidera de la main puis elle se contentera de lui donner des instructions.

Ils accusent ici tout particulièrement l'ignorance de la femme sur sa sexualité, "il faut donc prendre avec elle les problèmes à la base. Et, petit à petit, elle découvre et accepte le caractère simple et spontané de la fonction sexuelle".

Les autres traitements spécifiques sont aussi précis. Nous y relèverons pour chacun l'esprit qui lui est particulier, ou plus exactement, ses révélations de base sur le comportement "pathologique" à désincruster du vécu du patient.

\* L'Impuissance :

Une première chose essentielle : les cothérapeutes de quelque manière que ce soit, ne demandent jamais au patient d'accomplir l'acte sexuel. "Celui-ci se trouverait submergé par l'angoisse simplement parce-qu'il se sentait obligé de "faire quelque chose". Nous considérons qu'il ne faut jamais donner à un homme impuissant des directives sexuelles spécifiques".

Dans le même but "chaque étape nouvelle du programme est expliqué par avance et en détail", dans la technique du pas à pas, où chaque progrès est acquis définitivement.

Une deuxième chose : apprendre à l'homme impuis-  
sant qu'il peut bander, débander, rebander et débander  
encore, à la suite. C'est le but de la manoeuvre dite  
d'"agacement" : la femme fait successivement apparaître  
puis diminuer l'érection par des séries de caresses  
pendant une bonne demi heure, sur un rythme lent, sans  
la moindre exigence, pour quoi que ce soit.

Une troisième enfin introduit la participation de  
la femme lors de l'intromission : si l'homme doit  
chercher, lever, soutenir, écarter seul, il a bien des  
chances de perdre son érection; si la femme l'aide,  
l'oriente, calmement, tout est plus simple. Il n'y a  
pas interruption de la stimulation mutuelle.

\* L'Anorgasmie féminine :

L'orgasme ne s'obtient pas de force mais "est la con-  
séquence naturelle de l'acceptation de certains stimuli  
possédant une valeur érotique dans le cadre d'un  
système de valeurs sexuelles donné". La thérapie se  
base sur ces deux éléments, autrement dits :

- s'autoriser à réapprendre à sentir sexuellement,
- intégrer le nouveau système de valeurs : droit  
au plaisir - donner pour recevoir..., qui doit  
être en accord avec le système de valeurs  
global de la femme.

Dans une position rassurante : assise entre les  
jambes de son époux, appuyée contre sa poitrine, la  
femme apprend et lui apprend ses "désirs".

"L'éducation du mari constitue une partie importante du programme."

C'est un acte de reconnaissance mutuel du "droit", de la "possibilité" de la femme à jouir.

L'homme ne peut pas rester indifférent ou impatient car c'est de lui, de sa "douceur coopérative" que dépend le climat de confiance nécessaire à la libération de l'expression de sa femme.

Un dernier détail à son importance lors de l'apprentissage des caresses clitoridiennes sous le contrôle de la femme. Les cothérapeutes doivent persuader le mari autant que la femme que "le but de la manoeuvre n'est pas l'orgasme" - "Tous les exercices sexuels s'ajoutent l'un à l'autre selon un processus naturel de reconstruction jusqu'à ce que leur somme forme un schéma de réaction sexuelle complet".

Toutes ces analyses sur les réactions sexuelles ont permis un taux de réussite dans les traitements à St Louis étonnant, mais qui doit s'adapter à la France, à cause notamment des constantes socio-culturelles différentes.

Une psychanalyste New-Yorkaise Helen KAPLAN a intégré ces thérapies sexologiques pures aux données de la psychothérapie. Le symptôme sexuel y est aussi considéré comme l'expression d'un conflit profond, ce qui ouvre la thérapie sexologique à un plus grand nombre d'individus.

Helen SINGER KAPLAN

Clinique de l'Université de Cornell (état de New-York)

Helen KAPLAN individualise le processus analytique qui, a travers la pénétration des conflits inconscients, atteint les peurs et les désirs pouvant être à l'origine des difficultés sexuelles, et le thérapeute du comportement qui "ne traite pas le concept des motivations inconscientes, mais tente plutôt de comprendre quelles sont les conditions du comportement qui ont amené un homme à l'impuissance et une femme à l'impossibilité d'atteindre l'orgasme. Il essaie d'améliorer le fonctionnement sexuel, en changeant les contingences de mauvaise adaptation ayant produit les anxiétés sexuellement destructrices et les motifs de comportement anti-érotique". (H.Kaplan). Mais elle associe aussi ces deux "techniques" et c'est là son originalité : apporter aux méthodes psychothérapeutiques ce qu'elle nomme les "expériences érotiques spécifiques." C'est l'usage d'expériences érotiques systématiquement structurées, combinées avec l'exploration psychothérapeutique des conflits internes de chacun des partenaires et des dynamiques subtiles de leurs interactions qui constitue le trait unique et le concept fondamental de la thérapie sexuelle (H.KAPLAN : le bonheur dans le couple).

La thérapie chez KAPLAN se déroule sur plusieurs semaines en fonction de l'évolution du couple. De la simple information sexuelle jusqu'à la psychanalyse, en passant par les exercices sexuels structurés inspirés de MASTERS

et JOHNSON, plus ou moins liés à une psychothérapie, l'indication est posée en fonction du niveau de naissance de l'angoisse et de la culpabilité.

Cette manière de voir nous introduit directement aux méthodes plus impliquantes en Sex-thérapie.

- Bioénergie
- Gestalt-thérapie
- Rêve éveillé dirigé
- Psychothérapie - Psychanalyse

et nous permet aussi de dire qu'elles peuvent être insuffisantes ici en thérapie sexuelle et demander à un moment ou à un autre une ré-induction de "processus sexuels harmonieux" par les méthodes du comportement... Et mettre fin à ce qui apparaît comme une guerre au yeux des non initiés entre ces deux conceptions des choses.

#### La Thérapie par la Masturbation :

Joseph LOPICCOLO - W.Ch. LOBITZ (Orégon)

LOPICCOLO et LOBITZ se sont préoccupés plus spécialement de la dysfonction orgasmique chez la femme.

Partant des principes que la masturbation est le moyen le plus susceptible de provoquer l'orgasme (95 % des femmes qui se masturbent parviennent à l'orgasme alors que leur probabilité d'orgasme lors du coït est de 0,73) et qu'elle entraîne un orgasme plus intense (physiologiquement constaté par M. et J.), ils ont établi une méthode behavioriste de 15 sessions donc neuf sont basées sur la masturbation.

Après avoir au préalable, auprès des couples, corrigés les idées préconçues et fausses, la culpabilisation qui a été faite au sujet de l'acte masturbatoire, la femme est invitée avec le soutien moral d'abord, puis physique à gravir ces neuf étapes:

La première consiste à prendre connaissance avec son corps nu, devant une glace.

La deuxième est une exploration visuelle et tactile de ses parties génitales.

Puis la femme part à la recherche de ses "régions sensibles", érogènes, de tout son périnée.

Une fois ces zones localisées "on demande à la patiente de se concentrer sur la stimulation manuelle de ces zones". Avec la co-thérapeute elle discutera des façons de se masturber.

Elle devra ensuite insister de 30 à 45 minutes, jusqu'à ce que quelque chose se passe, ou qu'elle soit fatiguée ou irritée.

Si alors l'orgasme n'est pas atteint on introduit ici l'emploi d'un vibromasseur.

La septième étape, une fois l'orgasme atteint, est la masturbation devant le mari.

La huitième invite le mari à appliquer les enseignements reçus à la vue de sa femme se masturbant, selon les indications de celle-ci.

L'ultime palier est celui du coït, durant lequel le mari continue à stimuler manuellement ou à l'aide du vibromasseur le clitoris de sa femme.

L'orgasme peut se produire à n'importe quel stade; lors de la parution de l'article, huit femmes avaient été prises en thérapie, les huit étaient parvenues à l'orgasme.

Lonnie GARFIELD BARBACH a adapté ce programme au sein de "Groupes de femmes", en a retenu quatre parties : la première de l'exploration et du miroir, la masturbation, la masturbation en présence du partenaire, la masturbation pendant un rapport sexuel.

Pourquoi des Groupes de femmes : pour, d'après Lonnie GARFIELD faciliter le dialogue, ne pas dépendre pour la femme, de son mari, à travers ses réticences ou même son refus. C'est un moyen d'apprendre à la femme à jouir pour elle-même, et non pour le plaisir de son partenaire, une revalorisation, une ré-identification collective entre femmes, qui, acquise, est partagée au sein du couple : les exercices à faire avec le partenaire soulignant la nécessité "de partager la spécificité des désirs sexuels afin de devenir orgasmique pendant les rapports."

Les partenaires à ce stade trouvent leur femme plus épanouie, plus sexuelle, et acceptent de participer, de remettre en question leur rôle et leur manière de faire. "Ils éprouvent en particulier un soulagement en constatant que ce n'était pas de leur "faute" si elle ne jouissait pas".

Lonnie GARFIELD a obtenu 96 % de réussite par sa thérapie : 10 séances prévues sur 5 semaines, animées par deux femmes co-thérapeutes. Mais elle exclue de ses Groupes les anorgasmies symptômes de problèmes psychiques trop complexes.

Le "SAR process" = Sexual Attitudes Reassessment

du "National-Sex-Forum de San Francisco

C'est aux Etats-Unis un processus de thérapie mais aussi de formation ouvert aux médecins, prêtres, éducateurs de tous ordres et travailleurs sociaux.

Nous nous attacherons ici au côté thérapie.

Le SAR fait intervenir l'audio-visuel et le travail en petits groupes avec l'aide d'un(e) animateur(rice), sur la durée d'un Week-End entier.

Le SAR propose une information non plus par l'intermédiaire d'une théorie mais par celui d'un vécu immédiat, d'une confrontation émotionnelle avec "les réalités" sexuelles. L'un des avantages est d'éviter la "fuite" dans des controverses d'école ou d'éthique et de permettre une prise de conscience directe, "personnalisée" comme peut le permettre l'audio visuel et le groupe de dialogue : on "voit", on "ressent", l'échelle habituelle des valeurs, la culpabilité, le "mythe" sexuel est attaqué.

La première journée est dite de désensibilisation, la deuxième de resensibilisation ou de restructuration, à travers des films qui permettent d'explorer ce que l'on ressent face à l'art érotique, les fantasmes, la masturbation, l'homosexualité féminine et masculine, l'hétérosexualité sous de nombreuses facettes, l'expression corporelle par l'intermédiaire d'un court métrage sur l'éveil à la communication d'enfants autistiques par le biais du "geste".

A travers aussi des groupes de 10 à 20 personnes, où se joue "l'évolution psychologique et psychodynamique, donc l'ouverture aux changements intérieurs (...). Il s'installe un climat d'acceptation de soi, de tolérance aux autres. On s'écoute, on apprend à se connaître dans la diversité" (Suzanne KEPES dans "L'enseignement de la Sexualité humaine".) avec l'aide de l'animateur, artisan de l'authenticité de chacun.

Plus de 80.000 personnes ont suivi le SAR, il est inclus au programme des Facultés de Médecine, mais nous en reparlerons.

### C - Les Méthodes globales

Nous parlerons ici des méthodes qui prennent en charge l'individu ou le couple, en relation duelle ou en groupe, classiques ou plus nouvelles mais tout aussi intéressantes.

#### 1°) Le Conseil Conjugal

Le Conseil Conjugal existe en France depuis 1961, créé par J.G. LEMAIRE, psychiatre, psychanalyste.

Il n'est pas suffisamment connu pour les bienfaits qu'il peut rendre: son handicap au début étant la formation des conseillers (ères). Il semble qu'actuellement celle-ci soit mieux mise au point et plus rigoureuse.

C'était un élément important car : "paradoxalement, il semble qu'un psychanalyste peut redresser plus facilement une erreur technique, dans le champ transférentiel, même

si cela est difficile, que le conseiller conjugal intervenant comme arbitre dans le désir des deux participants qui l'investissent d'un pouvoir.. Il est, par moment et alternativement, le "mauvais parent" de chacun des partenaires, et la moindre obscurité en lui, le rendrait réellement complice de l'un des conjoints contre l'autre... Transformer le fantasme en réalité pour l'autre, c'est l'aliéner : pour cette raison il est nécessaire que la formation des futurs thérapeutes de conseil conjugal soit extrêmement poussée, c'est la manière la plus sûre d'éviter que le comportement du ou des partenaires du couple soit "un passage à l'acte" des fantasmes divers du thérapeute". (G. TEBOUL).

Cette formation dure trois ans. Le futur conseiller y accède après une évaluation dressée par un psychanalyste et des conseillers formateurs. Elle se fait au travers d'une remise en cause personnelle par les Groupes de formation, des entretiens individuels avec un conseiller-formateur.

L'exercice professionnel du (de la) conseiller(e) est ensuite, en principe, supervisé par un Groupe dirigé par un psychanalyste, il y expose ses cas et analyse ses propres réactions face à eux.

Les buts du Conseil conjugal sont avant tout le rétablissement d'une communication réussie dans le couple.

La technique est celle de l'entretien "centré sur le client", non directif, suivant les principes établis par Carl ROGERS.

La situation thérapeutique peut être multiple, en fonction de la demande : entretien conjoint - entretien individuel avec un seul des partenaires, avec les deux chez le même conseiller, où chacun chez un conseiller différent.

Une grande part est faite dans le conseil conjugal à l'information d'une part, à l'orientation d'autre part suivant la nécessité, au gynécologue - au psychiatre - au psychanalyste.

La Médecine et le Conseil Conjugal peuvent faire un bon chemin ensemble, l'un apportant le temps, le savoir et la capacité d'écoute, l'autre des connaissances plus spécifiques, ou plus approfondies.

## 2°) La psychanalyse - La psychothérapie

Peu importe l'école : freudienne, kleinienne, junguienne ou lacanienne, l'important est l'analyste, car dans la clinique "chaque thérapeute décide de la meilleure technique, en fonction de chaque cas. Cependant, deux attitudes sont possibles - et je cite ici G. TEBOUL, psychanalyste, thérapeute de couple :

"-ou bien le demandeur est tenu comme seul sujet de l'intérêt du thérapeute, et le couple est tenu comme un lieu privilégié des passages à l'acte,  
- ou bien il est reçu dans sa réalité de conjoint et de parent, et l'information du partenaire est demandée; plus encore, son état éventuel de fragilité fait opter pour une technique de préférence à telle autre.

L'expérience prouve qu'un conjoint informé supporte mieux les aléas de la cure, et même les accompagne avec compréhension, même si la "compétition" vis à vis du parent tout puissant qu'est le psychothérapeute existe toujours.

Les psychothérapies diffèrent de l'analyse en ce que le thérapeute s'y expose comme "bon parent", intervenant, le cas échéant, dans les événements concrets de la vie; l'analyse, elle, s'en tient à l'écoute des fantasmes plus ou moins infantiles au moyen desquels se fait le retour du refoulé, et la disparition de la compulsion de répétition.

Les résultats de ces techniques sont analogues: 80 % de succès, si chacun des partenaires s'y soumet, 80 % de divorces si un seul des deux se fait suivre."

\* La narco analyse amphotaminée

La règle analytique est respectée, le "narcotique" (Ennoctal) n'est employé que comme agent énergisant en faveur du processus analytique. J.GELLMAN qui l'emploie cite dans sa thèse le Dr GREEN: "la vérité des concepts psychanalytiques n'est pas en question, mais il manque à la parole de l'analyste de prendre appui sur un levier qui puisse mobiliser des effets chez le patient, FREUD a lui même prévu à cette date que certains produits chimiques encore à découvrir à l'époque où il parle, pourraient aider à cette mobilisation".

3°) Le Rêve éveillé dirigé

de Robert DESOILLE.

Il permet d'éviter les eaux dormantes de la rationalisation car son matériau d'études est le rêve "éveillé", obtenu dans un état qui n'est pas la veille, ni le sommeil non plus.

Je cite ici R. DUFOUR, analyste en RED.

" Il ne s'agit pas de la remémoration des souvenirs, mais de donner au vécu imaginaire, aux fantasmes refoulés, un lieu d'actualisation et de déploiement. (L'intégration se fait) par une prise de conscience, au cours de laquelle le sujet, témoin du matériau fourni par ses rêves éveillés et ses rêves nocturnes, en découvre peu à peu le sens et parvient à comprendre de quelles forces il était le champ". Le moteur du processus n'est pas le transfert, le thérapeute se situe dans "une démarche d'accompagnement" du patient au cours de ses passages de l'imaginaire, au réel et au symbolique.

4°) L'analyse bio-énergétique

La Bio-énergie, c'est étymologiquement l'Energie vitale.

"La technique qui correspond à la connaissance de l'Energie vitale, ou Bio-énergie, et au traitement de ses dysfonctions, c'est l'analyse bio-énergétique".

(G. LAPASSADE :La Bioénergie). Analyse est un terme important qui inclut prise de conscience - connaissance,

qui, ici, n'a pas lieu qu'au niveau "psycho" comme dans Psychanalyse, mais au niveau Bio-énergie, et c'est ce niveau que nous allons tenter d'appréhender.

Nous présenterons d'abord un historique en passant par Freud - Reich - et Lowen.

Wilhelm Reich est né en 1897, en Autriche. Il est docteur en Médecine - psychiatre. Encore étudiant il est admis à la Société psychanalytique de Vienne. Plus tard il y dirige le Séminaire de technique Psychanalytique : il est responsable donc, de la formation des analystes.

Freud fonde en 1922 la Polyclinique psychanalytique : Reich y est placé premier assistant, puis sous-directeur. Il est au coeur du mouvement freudien. Freud lui adresse des clients.

Il est parfaitement placé pour en faire la critique, jusqu'à la dissidence, la rupture : il est exclu du Mouvement psychanalytique. Il élabore progressivement ce qui deviendra sa VEGETOTHERAPIE CARACTERO-ANALYTIQUE.

Lowen a été au début des années 50, aux USA, l'élève de Reich. Il a suivi avec lui, pendant trois ans, une analyse personnelle. Parallèlement, il entreprend des études de Médecine et de Psychiatrie, alors qu'il était avocat déjà, à 40 ans. En 1956 il crée le terme d'"analyse Bio-énergétique" et la pratique avec ses collaborateurs à l'Institut de Bio-énergie.

Freud et Reich sont d'accord sur un principe : Le caractère névrotique se définit par l'inhibition, la défense.

Chez Freud la répression de la représentation consciente du désir crée une image refoulée qui persiste dans l'inconscient, un fantasme : satisfaction imaginaire de la pulsion.

Le symptôme, ou la manifestation consciente au niveau du comportement de l'individu est le signe de ce fantasme.

La psychanalyse débusque les fantasmes (amène à la prise de conscience du désir). Car ce sont eux qui sont à l'origine de la "maladie névrotique".

Pour Reich le symptôme est la réponse directe à une répression matérielle autant que morale.

Le désir réprimé oblige à l'élaboration d'une cuirasse - musculaire, caractérielle- rigide :

" Tout organisme vivant répond aux actions et agressions du monde extérieur en fabriquant une enveloppe protectrice (...) : processus vital et universel d'adaptation biologique." (R. DADOUN "Cent fleurs pour W.Reich"). C'est la "Cuirasse" ou l'"Armure", qui bloque la décharge de l'énergie du désir - L'inhibition : c'est l'énergie liée, retenue, endiguée.

Les symptômes sont des faits physiques autant que psychiques. Et les fantasmes ne sont que des formes de satisfaction substitutive d'un désir biologique bloqué physiquement.

Les symptômes s'articulent peu à peu en façonnant l'individu : les muscles se modèlent en fonction d'une mémorisation des répressions vécues :

"Le caractère est "la somme des expériences passées" du sujet, ces expériences subsistent, s'accumulent, se déposent en couches stratifiées dans la cuirasse. Cette "stratification du cuirassement" est comparable aux stratifications géologiques ou archéologiques qui sont... de l'histoire solidifiée". (...) Les expériences infantiles, les conflits, les refoulements, les frustrations et les charges énergétiques qui leur sont liées, forment des "dépôts", laissent des traces précises, se fixent, pour tout dire, dans l'organisme; et c'est le système musculaire qui constitue le lieu d'élection de ces fixations, de ces inscriptions. Le muscle est à la fois le support matériel et le code binaire (tonicité croissante ou décroissante) avec lesquels s'inscrit l'histoire de l'individu. (...) Inhiber l'excitation sexuelle, lier l'angoisse, bloquer l'agressivité, c'est la fonction même de défense de la cuirasse : il y a donc "identité de la cuirasse caractérielle et de l'hypertension musculaire". ( ibid.).

"La fonction fondamentale de la cuirasse musculaire est d'empêcher le réflexe orgastique d'avoir lieu".

"Réflexe orgastique" dans le sens reichien dépasse l'expression sexuelle pour signifier un abandon total aux sensations et courants végétatifs :

L'orgasme c'est l'énergie libre "La formule de l'orgasme est la formule même du vivant" (W.REICH), c'est la formule expansion (tension - charge) - contraction (décharge - détente).

A partir de là s'établit une thérapie par le langage du corps. Sur deux principes selon LOWEN :

1°) L'identité fonctionnelle de ce qui se passe dans le corps et de ce qui se passe dans l'esprit. "Chacun est son corps. Nul n'existe en dehors du corps vivant où se passe son existence et au moyen duquel il s'exprime et entre en relation avec le monde qui l'entoure" (Lowen).

La dichotomie Corps-Esprit n'a plus cours :

JUNG aussi l'exprima : "...si l'on peut comprendre qu'ils (l'âme et le corps) ne sont pas une dualité mais une unité, on comprend aussi que le désir de surmonter, grâce à l'inconscient, le degré actuel de conscience, conduise au corps - " ("Problèmes de l'âme moderne". cité par LOWEN dans "Dépression nerveuse et le corps").

Le mot Corps souvent cité ici intègre la pensée, la dimension spirituelle de l'individu, toutes ses fonctions de Vivant.

2°) Tous les processus psychiques ou somatiques sont fondés sur les processus énergétiques du corps.

"Comme la charge et la décharge fonctionnent de façon unitaire, la bioénergie travaille simultanément sur les deux versants de l'équation pour augmenter le niveau d'énergie de l'individu, élargir son expression de lui-même et restaurer la circulation de la sensibilité dans son corps:"

- Le premier versant à l'aide de la Respiration, comme le vent sur un feu, attise l'énergie vitale. Les processus énergétiques du corps sont à base de combustion, donc d'oxygène. Un sujet qui respire à fond fait le plein d'Energie.

- Le deuxième versant, la décharge de l'énergie, passe par la libération des voies d'expression de soi, par l'Emotion en tant que "mouvement par lequel la matière vivante s'exprime". Cela comporte deux nécessités : ressentir son corps, de l'intérieur, "on ne ressent l'environnement extérieur que par ses effets sur son corps"; s'abandonner au langage spontané des tensions musculaires : les mouvements, les gestes, les cris, les pleurs qui montent du corps. A cet instant là, la parole devient résistance, échappatoire à l'Emotion naissante.

La libération de l'Emotion est activée par les "postures de Stress", facilitatrices, qui mettent sur le chemin de l'expression spontanée d'une zone cuirassée, bloquée.

Le thérapeute dirige le travail sur les indications objectives qu'il reçoit directement du corps : Respiration - Tensions musculaires - Attitudes corporelles.

La Cuirasse cède par éclats successifs, le Corps s'unifie, les symptômes musculaires et caractériels laissent place à un Homme plus vivant, établi à nouveau dans un processus de croissance de sa bio-énergie.

5°) - La Gestalt-thérapie

"Chaque fois que vous utilisez les mots "maintenant" et "Comment", vous poursuivez votre maturation. Chaque fois que vous utilisez le mot "pourquoi" vous régressez. Vous vous encombrez d'une information fausse et inutile. Vous alimentez votre intellect. Et l'intellect est la putain de l'intelligence. C'est le frein de votre vie".

L'homme qui parle ainsi est Frederick S. PERLS, père de la Gestalt-thérapie, (avec quelques autres tels HEIMER, TILLICH, BUBER et GOLDSTEIN en Allemagne).

Né en 1893 à Berlin, il est docteur en médecine, psychanalyste classique jusqu'aux environs de 1940. En 1946, il parvient aux Etats-Unis où après avoir travaillé en clientèle privée, il s'installe à Esalen Institute où va s'épanouir la Gestalt-thérapie.

Il dit encore : "En Gestalt-thérapie, nous n'analysons pas, nous intégrons.

Nous espérons éviter la vieille erreur qui consiste à mélanger explication et compréhension".

" La Gestalt-thérapie est une approche existentielle, ce qui veut dire que nous ne sommes pas occupés uniquement par la structure du symptôme mais aussi et surtout par l'expérience totale de la personne". (F.PERLS dans "Rêves et Existence en Gestalt-thérapie").

"Le maintenant couvre tout ce qui existe.

Le passé n'est plus et le futur pas encore. Le maintenant couvre le fait d'être ici, l'expérience, l'engagement, le phénomène et la conscience .

Le comment couvre tout ce qui est structure, comportement, le processus en action" (ibid.)

La psychanalyse, à l'aide de deux alibis : les souvenirs qu'elle transforme en réalité, les traumatismes de l'enfance qui ne sont là que pour "sauver l'estime de soi", encourage à l'état infantile en considérant que le passé est responsable de la maladie.

La Gestalt, à travers le présent du "maintenant" et "comment" amène à la "maturation" ie : "prendre la responsabilité de sa vie, être responsable de soi", toujours d'après PERLS.

Si Freud passe par l'association libre, Perls chemine par l'expérience. Le premier parle de résistances,

l'autre d'"Attitudes phobiques" : "Vous êtes devenu phobique dès que vous commencez à ressentir quelque chose de déplaisant, dès que vous vous sentez mal à l'aise, dès que vous détournez votre attention," vous rompez avec la conscience.

"L'ennemi du développement c'est cette peur de la phobie (...) ainsi l'agent thérapeutique, le moyen de développement consiste à intégrer l'attention et la conscience".

A l'instant de son livre sur les Rêves, Perls définit la structure de la névrose en quatre couches: La Première est celle du cliché : "Bonjour- Bonsoir". La Deuxième est celle de Freud, où nous jouons les rôles et les jeux, la couche du "comme si". C'est la plus grande part de notre vie, l'"existence-synthèse" entre l'existence et l'anti-existence.

"Si nous retirons les rôles nous faisons l'expérience de l'anti existence, le néant, le vide : c'est l'Impasse, le sentiment d'être traqué et perdu ", celui qu'on évite par excellence, dont nous sommes "phobiques", et par lequel la thérapie doit passer, pour déboucher sur la quatrième couche : Celle "de la mort et de l'explosion".

La couche morte (paralyse de deux forces opposées) revient à la vie lorsqu'on entre en contact avec elle, dans une explosion. "Cette explosion est le lien avec la personne authentique qui est capable de faire l'expérience de ses émotions, et est capable de les exprimer".

Le néant n'existe que par le refus que l'on met à y rentrer. Car alors il n'est plus vide si on l'habite... et "le désert commence à fleurir".

Ce que l'on ressent comme néant, "équivalait à la réalité".

Dans la pratique, PERLS aime à travailler sur les rêves car "c'est la production la plus spontanée que nous ayons", et c'est aussi celle dont l'on accepte le mieux l'absurdité. Les différentes parties du rêve sont des fragments de notre personnalité, et à travers un dialogue imaginaire entre les éléments du rêve nous participons à la ré-intégration de soi.

La Gestalt-thérapie consiste en un dialogue imaginaire, mais profondément vécu, entre tous les éléments du rêve, ou du conflit intérieur, jusqu'à ce qu'une solution parfaitement viable et constructive sorte du débat. Le dialogue sert à dégager l'Impasse, à dépasser les phobies, pour se trouver en situation réelle:

"L'ennemi, du moins une fois que la névrose s'est affirmée, est imaginaire : nous ne nous défendons plus que contre nous-mêmes, nos instincts, nos forces vives." et parvenir à la Santé selon PERLS : la possibilité de maintenir un contact authentique, permanent, avec sa réalité intérieure et extérieure.

Le thérapeute est là pour retenir le sujet dans sa "phobie", dans son inconfort, afin qu'il prenne le temps de l'explorer pour en triompher et non l'éviter.

Ses instruments sont "le siège brûlant" (hot-seat) où s'assoie le sujet, une chaise vide sur laquelle il projette ses fantasmes ou les éléments avec lesquels il bataille; Perls utilise en plus "une boîte de Kleenex, mes cigarettes, un cendrier, et bien sûr, ma géniale intuition".

L'Analyse Bio-énergétique, la Gestalt-thérapie font partie des "techniques" de la Psychologie Humaniste, aux Etats-Unis, mais avec elles aussi : l'analyse transactionnelle - le Co-conseil - Arica - les Groupes de Rencontre - le Rolfing - le massage euphorique, etc...

Si nous avons cité REICH, LOWEN et PERLS, il faut aussi, et entre autres, citer : MASLOW - ROGERS - W.C. SCHUTZ - BERNE et HARRIS - ICHAZO, etc... ainsi que Arthur JANOV et sa Thérapie Primale que nous n'avons pas non plus abordée ici, nous restreignant à deux des aspects fondamentaux des Méthodes humanistes.

B.III. Les thérapies Sexuelles en France  
=====

Elles peuvent se regrouper sous trois courants, l'un d'obédience plus Médicale : la Sté Française de Sexologie clinique, les deux autres sont des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial.

1°) - Les Centres de Conseil familial

Il en est deux plus connus, un troisième plus récent et original :

\* L'Association Française des Centres de Consultation Conjugale : AFCCC

Une part majeure est consacrée aux psychothérapies de couples - à la consultation conjugale - aux difficultés sexuelles.

C'est la structure créée en 1961 par LEMAIRE et BERTHOLUS, dont le rouage de base est le conseiller-conjugal, nous avons longuement parlé de sa formation - son rôle - ses méthodes.

Les consultations ont lieu dans les Centres sociaux, PMI, les Maisons de Famille, les Dispensaires, les Mairies, des Centres indépendants, ou privés; et parfois au domicile du Conseiller.

Les consultations sont subventionnées, le prix pour le patient est faible, et adapté (maximum 50 F).

\* Le Mouvement Français pour le Planing  
Familial

offre à peu près les mêmes prestations.

\* La C.E.F.F. : Centre d'Entraide pour la Femme  
et la Famille

regroupe des médecins et des conseillers,  
propose des discussions individuelles ou en  
groupe,  
ainsi que, et c'est là son originalité, le  
"SAR process" américain, dans son intégralité,  
depuis l'automne 1976.

Son but est "d'étudier et d'aider à résoudre  
les problèmes concernant l'équilibre physique  
et psychique de la femme, du couple, de la  
famille",

" de poursuivre une action générale d'informa-  
tion, d'éducation et de conseil, et de recherche  
également".

Il fonctionne depuis Mars 1975.

2°) La Sté Française de Sexologie clinique.

Fondée en 1974 son but est d'éliminer de la Sexologie  
les "techniciens" pas ou mal formés, qui n'ont pas  
tardé à apparaître pour faire face à la demande sexo-  
logique. Elle accueille les médecins ET les non-  
médecins.

Elle regroupe toutes les tendances de la Sexologie actuelle : (cf. G. TEBOUL : Les Thérapeutiques du couple).

- \* G. ZWANG, chirurgien urologue - plus spécialement orienté vers la recherche au niveau médical, a écrit deux précis de Sexologie et surtout la "Fonction Erotique".
- \* G. TORDJMAN : gynécologue psychosomaticien assure une fonction de recherche, une large fonction d'information à travers de nombreux livres et une fonction thérapeutique : entretiens conjoints - analyse en couple - psychothérapies individuelles centrées sur les dysfonctions sexuelles.
- \* Ch. GELLMAN : psychiatre, psychanalyste, président de la Sté Fse Sexologie Clinique - "son originalité est de viser à l'amélioration individuelle symptomatique, à l'aide de GROUPES de COUPLES où l'expression verbale alterne avec des exercices de perception sensorielle réels; des films sont également utilisés. Gellman pense que le champ névrotique ne peut être le seul incriminé dans les dysfonctions sexuelles; le groupe est "tous terrains", c'est à dire que le conflit et les résistances de chacun peuvent y avoir leur place. Pour Gellman aucune théorie, ni analytique, ni mastérienne, ne peut recouper la totalité des troubles sexuels, ce qui impose une pluralité des

interventions possibles et une grande souplesse dans leur maniement. Les psychothérapies individuelles y gardent leur importance ".

- \* Claire et Robert GELLMAN : appliquent la technique de M. et J., en la faisant précéder, ou accompagner, par une thérapie individuelle des deux partenaires du couple.
  
- \* E. GUILLERM, médecin généraliste, récemment décédé, appliquait à Brest une technique sexologique originale, inspirée des techniques behavioristes de M. et J., associée à une "rééducation psychique autogène" qu'il a décrit dans son livre "le Sexe épanoui", incluant aussi massage et relaxation.
  
- \* Une place particulière est faite ici à la Sexologie Humaniste promue par M. MEIGNANT.

Ce concept se situe à la croisée de quatre courants : les travaux de MASTERS et JOHNSON - Les méthodes de restructuration sexuelle du National Sex Forum de San Francisco - le Massage Euphorique de Margaret ELKE - et surtout les techniques de la Psychologie humaniste : Analyse Bioénergétique - Gestalt-thérapie.

C'est un "programme" de thérapie mais aussi de formation, en plusieurs étapes:

La première, l'Introduction à la Sexologie humaniste (SH 1) est structurée sur un Week-End, en résidentiel, à l'aide de films et de séances en petits groupes; inspiré du SAR mais à la fois différent à cause de la nécessité d'une adaptation à des fins essentiellement thérapeutiques : la formation des animateurs aux techniques humanistes est nécessaire, car la demande dépasse souvent le niveau de l'information, de la déculpabilisation.

La deuxième étape (SH 2 et SH 3) se déroule sur une année universitaire : c'est une vraie et longue prise en charge thérapeutique, à travers un "marathon" chaque mois (la séance débute à 19 h le samedi - la nuit est coupée par 3 à 4 heures de sommeil - jusqu'au Dimanche soir 19 h).

Un atelier de 7 jours, résidentiel, est ouvert à ceux qui ont fait SH 1 au minimum (SH 4).

Cette thérapie s'adresse aux couples et aux célibataires, elle demande avant d'être entreprise un ou deux entretiens conjoints préalables, où les bilans organiques et psychologiques sont assurés.

Des consultations de Sexologie se sont ouvertes à Paris, à l'hôpital, entre autre : Benedickt et Jenkin dans un hôpital de jour - G. Vallès à St Antoine - G. Teboul à Bichat (service de gynécologie - maternité) - M. Meignant à la Pitié-Salpêtrière (Service du Pr Kuss)...

En Province également, en milieu hospitalier comme en clientèle privée, à Marseille, Lyon, Montpellier, Toulouse, Bordeaux pour ne citer que ces quelques villes...

Il faut y associer Genève dont l'équipe de sexologues est la plus ancienne en Europe, regroupée autour de PASINI - ABRAHAM - GEISENDORF, est l'une des plus riches aussi par sa pluri disciplinarité : Gynécologie - Neurologie - Psychiatrie - Psychanalyse - Sociologie, et son ouverture à toutes les formes de thérapies : relation duelle et de groupe - psychothérapies - méthode M. et J. - intégration des techniques humanistes.

Leur originalité aussi est d'avoir mis au point les premiers, et depuis longtemps, un Enseignement de la Sexologie aux Etudiants médecins et Psychologues, ouverts aux psychiatres, aux médecins, au personnel para-médical; à l'aide de techniques audio visuelles (consultations enregistrées en vidéo, sous le couvert d'un anonymat absolu - Films -) favorisant l'implication.

En conclusion à cette deuxième partie sur les thérapies sexologiques nous dirons juste deux choses :

La première est que nous n'insisterons pas sur le rôle du médecin généraliste. Après avoir lu tout ça il sait déjà très bien lui-même quel est le rôle qu'il peut prendre. Car chacun va où il veut, où il peut, avec "ses" "malades", et s'applique à lui-même la formation dont il ressent le besoin, ou l'obligation, en fonction de là où il se trouve sur l'échelle de la prise de conscience du "problème".

La deuxième ouvre sur l'université. La thérapie sexuelle peut se porter bien, même si les médecins ne s'en mêlent pas. Mais ce sont eux qui reçoivent la "demande sexologique", en particulier. Alors pourquoi ne se formeraient-ils pas aussi ? Et pourquoi cette formation ne pèserait-elle pas aussi le poids d'un "Pavé" comme le Cardiovasculaire ou l'Hygiène ? Pourquoi celle-ci ne ferait-elle pas entrer à l'université et dans la formation hospitalière, l'équivalent de ce qu'est le Balint aux praticiens ? Car l'étudiant aussi est confronté à la relation médecin-malade, à l'angoisse, à la Mort, à la Sexualité... Et il n'est pas si fort qu'il échappe au risque de se perdre lui-même.

Pour prouver que nous ne parlons pas en l'air, nous voulons citer à nouveau l'expérience de GEISENDORF, ABRAHAM et PASINI à Genève, et surtout l'exemple des facultés américaines qui ont apporté aux étudiants non pas des cours magistraux de Sexologie, mais la possibilité d'une information-formation à travers toutes les dimensions de la Sexualité : scientifique et humaine, émotionnelle.

Cet exemple est l'historique de l'intégration du SAR process dans le programme des études médicales au Minnesota: Cela a commencé en 1970 :

Mai 1970 : les représentants de la Faculté assistent au SAR.

Juin 1970 : une enquête est faite : les étudiants désirent se former.

Juin - Juillet 1970 : programme pilote pour le Corps enseignant - les administrateurs, les Chefs des communautés civiques et religieuses.

Août 1970 : Réunion des sus-cités avec les représentants politiques de l'Etat du Minnesota.

Avril 1971: Premier SAR process à la Faculté pour les étudiants et leurs femmes, et inscrit dans le cursus des études.

Mai 1971 : approbation par les autorités.  
Le programme est étendu à 20 facultés à travers les Etats-Unis.

1973 : les SAR ont lieu tous les 15 jours, sont évalués de 6 mois en 6 mois. Le programme est constamment amélioré.

---

Adresses des Organismes mentionnés :

\* A.F.C.C.C.

34, Avenue Reil

PARIS - 75014

\* Mouvement français pour le planning familial.

2, rue Colennes

PARIS - 75002

Tél : 742.68.53 - 742.02.64

\* C.E.F.F.

3, rue Troyon

PARIS - 75017

Tél : 754.27.33

\* Sté Française de Sexologie clinique

(toutes adresses de Sexologues en France y sont regroupées).

75, Bd de Courcelles

PARIS - 75008

Tél : 924.81.29

\* Unité de Gynécologie psychosomatique et Sexologie  
(W. PASINI)

32, bis, Bd de la Cluse

1205 - GENEVE (Suisse)

- C O N C L U S I O N S -

Nous avons eu comme sujet d'étude 1.000 dossiers de consultation en Sexologie Humaniste.

La Sexologie Humaniste approche le symptôme sexuel par trois techniques : celle de MASTERS et JOHNSON, celles de la Psychologie Humaniste (Bioénergie, Gestalt.thérapie...) et les méthodes de restructuration du National Sex Forum de San Francisco.

La consultation a trois but essentiels : poser un diagnostic sexologique et rechercher une étiologie organique éventuelle, découvrir les vraies motivations des consultants, poser une indication thérapeutique précise. Des moyens originaux sont mis en oeuvre : un cadre qui rompt avec la situation habituelle, un couple mixte de thérapeutes, un déroulement particulier de l'entretien.

Les mille dossiers représentent 1.551 personnes, dont 55 % de consultants venus en couple, 45 % venus seuls dont une majorité d'hommes. Ils ont entre 17 et 75 ans, mais la plus grande part s'inscrit dans la tranche d'âge de 25 à 39 ans. 75 % d'entre eux viennent de la région parisienne, lieu géographique de la consultation.

Sur le plan socio-professionnel, par rapport aux données de l'I.N.S.E.E. concernant la population parisienne, il semble :

que la consultation touchait peu les ouvriers; que les catégories socio-professionnelles les plus représentées en valeur relative étaient les professions de santé, les professions libérales, les enseignants; que toutes les catégories socio-professionnelles étaient représentées.

Parmi cette population, nous avons dénombré :

- 214 hommes atteints d'éjaculation précoce.
- 77 hommes qui voient leur EP se compliquer d'impuissance secondaire.
- 281 hommes atteints d'impuissance isolée.
- 84 hommes où l'impuissance vient compliquer une autre dysfonction sexuelle masculine.
- 26 hommes atteints d'anéjaculation.
- 10 cas d'anorgasmie masculine.
- 185 femmes atteintes de frigidité.
- 104 femmes atteintes d'anorgasmie.
- 47 femmes atteintes de vaginisme.

Chez l'un et l'autre sexe :

- 13 cas d'absence de besoins sexuels, isolée de tout dysfonctionnement sexuel.

Enfin, 45 mariages non consommés.

Dès l'issue de la première consultation, parmi les sujets venus en couple, nous avons constaté dans 50 % des cas, (sauf pour l'impuissance : 1/3 des cas) que l'un et l'autre présentent un symptôme sexuel, qu'ils en soient conscients

l'un ou l'autre ou non. D'où l'importance de prendre en considération le couple à travers ses deux constituants.

Nous avons retrouvé 54 personnes concernées par l'homosexualité (52 hommes et 2 femmes, soit près de 6 % des hommes ayant consulté). Certains sont venus pour un symptôme sexuel, certains pour un problème de couple, et d'autres parce qu'ils vivaient plus ou moins bien leur homo ou leur bi-sexualité.

Dans un autre domaine, nous avons retrouvé et étudié 5 observations de DonJuanisme, 3 de nymphomanie, 13 de relations sadomasochistes, 6 d'exhibitionnisme, 3 de pédophilie, 7 de fétichisme et 1 de transsexualisme.

En dehors du symptôme sexuel, la première motivation pour consulter le sexologue, dans un couple est la peur ou la douleur d'être trompé (entre 15 et 20 % des couples).

Ensuite, parmi l'ensemble des consultants, toutes les motivations sont possibles : l'instance de divorce, l'arrêt des relations sexuelles, le projet de mariage, la stérilité, la dysmorphophobie, être puceau ou pucelle... La connaissance du ou des motifs qui ont décidé le sujet à consulter est indispensable afin de comprendre la dynamique du couple, et cela avant de poser une indication thérapeutique.

A travers ces mille observations, la part des étiologies organiques est pauvre : la quasi totalité des consultants a déjà vu maints médecins, généralistes et spécialistes, avant d'aboutir au Sexologue.

Le praticien est en effet souvent le premier à qui les gens pourront confier leurs difficultés, par là expliquer et dédramatiser leur situation. Il pourra entreprendre le bilan clinique mieux que quiconque, connaissant le malade, évitant parfois les bilans trop lourds; il pourra aussi les orienter et entreprendre l'approche psychothérapeutique.

Quant à la thérapie proprement dite : sur le plan organique elle est soit abordable, soit impossible. Sur le plan psychologique il en est de même, mais pour des raisons différentes : abordable par toutes les formes de thérapies: behavioristes, psychothérapeutiques classiques ou humanistes, en relation duelle ou en groupe. Impossible de par le manque de motivation personnelle : personne ne peut pousser quelqu'un là où il n'a pas envie d'aller; impossible aussi de par le manque de thérapeutes formés à la sexologie, actuellement en France.

Le médecin généraliste trouve sa place où il veut, en fonction de son désir à répondre à la demande sexologique qui lui parvient. Mais il rencontre un accueil monumental : l'absence presque totale d'Information - de Formation - de "Prise en charge" pour "lui-même-face-au-symptôme-sexuel"...

- B I B L I O G R A P H I E -

---

- ABRAHAM G. et PASINI W.  
Introduction à la sexologie médicale  
Payot Paris 1974
- ADJIMAN M. Les troubles sexuels d'origine urologique  
1975 Cahiers de Sexologie clinique  
Vol. 1, n° 5 - 6, 515-518
- BALINT M. Le médecin, son malade et la maladie  
PUF Paris 1960
- BON M et d'ARC A.  
Rapport sur l'homosexualité de l'homme  
Ed. Universitaires Paris 1974
- CREPAULT C., DESJARDINS J.Y., ISABELLE C.  
Contribution à l'étude du fétichisme érotique  
1975 Cahiers de Sexologie clinique  
Vol. 1, n° 5 - 6, 469-482
- DADOUN R. Cent fleurs pour Wilhelm Reich  
Payot Paris 1975
- DANIC C. et THERVET F.  
Conduite à tenir devant une impuissance  
1971 La vie médicale  
n° 39 Décembre 1971/2, 4749-4754
- DOWNING G. et KENT RUSH A.  
Le massage euphorique  
Hachette Paris 1973





- KIEFFER M. Une relaxation différente : la méthode Jacobson  
1976 Psychologie  
n° 82, 15-21
- KINSEY A.C. avec POMEROY W.B. et MARTIN C.E.  
Le comportement sexuel de l'homme  
Ed. du Pavois Paris 1948
- KINSEY A.C. avec POMEROY W.B., MARTIN C.E., GEBHARD P.H.  
Le comportement sexuel de la femme  
Ed. Amiot Dumont Paris 1954
- Von KRAFFT-EBING R. Psychopathia Sexualis  
Payot Paris 1969
- LAPASSADE G. La Bioénergie  
Ed. Universitaires Paris 1974
- LAUNAY J., LEVINE J., MAUREY G.  
Le rêve éveillé dirigé et l'inconscient  
Dessart Bruxelles 1975
- LEMAIRE J.G. Les thérapies du couple  
Payot Paris 1971
- LOBROT M. L'animation non directive des groupes  
Payot Paris 1974
- LOBROT M. La libération sexuelle  
Payot Paris 1975
- LOBROT M. Toujours les tabous  
1975 La Nef  
n° 58, 95-106



- MEIGNANT M. L'amour thérapie  
à paraitre 1977 Buchet Chastel
- MICHEL--WOLFROMM H. Cause et traitement du vaginisme  
1954 Revue française de Gyn. Obst.  
49, 30, 1954
- MICHEL--WOLFROMM H. Cette chose là. Les conflits sexuels de  
la femme française  
Grasset Paris 1970
- ONEILL N. et G. Le mariage open  
Hachette Paris 1976
- PARAMELLE F. Le concept de transfert en sexologie  
1976 Cahiers de Sexologie clinique  
Vol. 2, n° 2, 141-144
- PASINI W. Nymphomanie et Hypersexualité  
1970 Médecine et Hygiène
- PERLS F.S. Rêves et Existence en GestaltThérapie  
Ed. de l'Epi Paris 1972
- PERLS F.S. Ma Gestalt-thérapie : une poubelle vue  
du dehors et du dedans.  
Tchou Paris 1976
- REICH W. La révolution sexuelle  
Plon Paris 1970
- REICH W. La fonction de l'orgasme  
L'Arche Editeur Paris 1972
- REICH W. L'analyse caractérielle  
Payot Paris 1973

- ROGERS C.            Le développement de la personne  
                         Dunod                            Paris 1966
- ROSENBERG J.L.      Jouir - Techniques d'épanouissement sexuel  
                         Tchou                                Paris 1976
- RUITENBEEK H.M.    Les nouveaux groupes de thérapie  
                         Ed. de l'Epi                        Paris 1973
- SCOTT V.X.            La femme de remplacement  
                         Buchet Chastel                    Paris 1973
- de SENARCLENS M.    Le vaginisme, ses relations avec la  
                         dyspareunie  
                         1970    Médecine et Hygiène  
                         n° 28, 1784-1786
- SIMON P. avec GONDONNEAU J., MITONER L., DOURLLEN ROLLIER A.M.  
                         Rapport sur le comportement sexuel des  
                         français.  
                         Ed. René Julliard/Pierre Charron  
                         Paris 1972
- STEKEL W.            La femme frigide  
                         Gallimard                            Paris 1950
- STEKEL W.            L'homme impuissant  
                         Gallimard                            Paris 1950
- SUBRINI L. et ASSIE P.  
                         Traitement chirurgical de l'impuissance  
                         organique par prothèses péniennes  
                         1976    Cahiers de Sexologie Clinique  
                         Vol. 2, n° 2, 169-174
- SUBRINI L. et ASSIE P.  
                         L'érection : Conceptions physiologiques  
                         nouvelles.  
                         1976    Cahiers de Sexologie Clinique  
                         Vol. 2, n° 4, 367-377

- TEBOUL G. Certains sexothérapeutes américains  
utilisent une femme de remplacement pour  
traiter les dysfonctions sexuelles de  
l'homme - Quelle est votre opinion à cet  
égard ?  
1975 Cahiers de Sexologie Clinique  
Vol. 1, n° 2, 118-120
- TEBOUL G. Les thérapeutiques du couple  
1977 à paraître
- TORDJMAN G. Clefs pour la sexologie  
Seghers Paris 1972
- TORDJMAN G. La maladie conjugale  
Denoël Paris 1973
- TORDJMAN G. Le dialogue sexuel  
Jean-Jacques Pauvert Paris 1976
- TORDJMAN G. et HUBERT C.  
La thermographie dans les impuissances  
érectiles.  
1975 Cahiers de Sexologie Clinique  
Vol. 1, n° 4, 405-413
- VALLES G. Dymorphophobies et sexualité  
1975 Cahiers de Sexologie Clinique  
Vol. 1, n° 2, 151-155
- ZWANG G. La fonction érotique - Tome 1 - Tome 2  
Robert Laffont Paris 1972
- ZWANG G. et ROMIEU A. Précis de thérapeutique sexologique  
Maloine SA Editeur Paris 1974
- ZWANG G. Abrégé de Sexologie  
Masson Paris 1976
-

- S E R M E N T   d ' H I P P O C R A T E   -

-----

EN PRESENCE DES MAITRES DE CETTE FACULTE, DE MES CHERS  
CONDISCIPLES, DEVANT L'EFFIGIE D'HIPPOCRATE.

JE PROMETS ET JE JURE D'ETRE FIDELE AUX LOIS DE  
L'HONNEUR ET DE LA PROBITE DANS L'EXERCICE DE LA MEDECINE.

JE DONNERAI MES SOINS A L'INDIGENT ET N'EXIGERAI  
JAMAIS UN SALAIRE AU DESSUS DE MON TRAVAIL, JE NE PARTICI-  
PERAI A AUCUN PARTAGE CLANDESTIN D'HONORAIRES.

ADMIS DANS L'INTERIEUR DES MAISONS, MES YEUX NE VERRONT  
PAS CE QUI S'Y PASSE, MA LANGUE TAIRA LES SECRETS QUI ME  
SERONT CONFIES ET MON ETAT NE SERVIRA PAS A CORROMPRE LES  
MOEURS, NI A FAVORISER LE CRIME.

JE NE PERMETTRAI PAS QUE DES CONSIDERATIONS DE RELIGION,  
DE NATION, DE RACE, DE PARTI OU DE CLASSE SOCIALE VIENNENT  
S'INTERPOSER ENTRE MON DEVOIR ET MON PATIENT.

JE GARDERAI LE RESPECT ABSOLU DE LA VIE HUMAINE.

MEME SOUS LA MENACE, JE N'ADMETTRAI PAS DE FAIRE USAGE  
DE MES CONNAISSANCES MEDICALES CONTRE LES LOIS DE L'HUMANITE.

RESPECTUEUX ET RECONNAISSANT ENVERS MES MAITRES, JE  
RENDRAI A LEURS ENFANTS L'INSTRUCTION QUE J'AI RECUE DE LEUR  
PERE.

QUE LES HOMMES M'ACCORDENT LEUR ESTIME SI JE SUIS FIDELE  
A MES PROMESSES.

QUE JE SOIS COUVERT D'OPPROBRE ET MEPRISE DE MES  
CONFRERES SI J'Y MANQUE.



Vu et Permis d'Imprimer

Le Doyen de la Faculté  
Monsieur le Professeur  
GEINDRE

Le Président de Thèse  
Monsieur le Professeur  
R. MAGNIN

