

# COMMENT PRENDRE EN CHARGE LES PROBLÈMES LIÉS À LA SEXUALITÉ ? L'EXEMPLE DE LA CLINIQUE DU COUPLE ET DE LA SEXUALITÉ ET DU CENTRE DE MÉDECINE SEXUELLE

## ***Introduction***

---

De nombreux couples sont touchés par des troubles d'ordre sexuel et ces troubles sont souvent la source, ou la conséquence, de dysharmonies conjugales. Pourtant, en Wallonie, les centres de traitement des problèmes sexuels sont rares. La sexualité est, aujourd'hui encore, un sujet tabou et l'aborder requiert beaucoup de tact, de respect et de professionnalisme.

Suite aux interventions de Christine Reynaert (23 avril 2009) et de Pierre Collart (19 février 2009), responsables chacun d'un centre de traitement des problèmes sexuels, nous souhaitons répondre à la question « *Comment prendre en charge les problèmes liés à la sexualité ?* ».

## ***Les centres de traitements des problèmes sexuels***

---

Actuellement, la création de ces services répond au manque criant d'infrastructures prenant en charge les troubles sexuels ne relevant pas de la perversion. Effectivement, les possibilités de prise en charge de patients victimes de troubles sexuels sont encore trop rares (2 femmes souffrant de dysfonctions sexuelles sur 5 et 1 homme sur 5 voire 1 homme sur 3 sont pris en charge). Par ailleurs, ce n'est pas parce que quelqu'un se plaint auprès de son médecin de problèmes liés à sa sexualité qu'il sera soigné. Or si les gens souffrent, ou s'ils font des consultations répétitives pour d'autres choses telles que des dépressions chroniques ou des douleurs chroniques, cela vaut la peine de poser la question de la sexualité.

Que l'on appelle ces services une clinique ou un centre, le fonctionnement est à peu près identique. La structure est proche de celle de l'hôpital et comporte tout un éventail de spécialistes. Ces derniers vont chacun s'occuper de la sexualité dans leur domaine de prédilection afin de répondre à l'objectif de ces services de considérer le patient et son problème sexuel dans sa globalité.

Précisons également que le but de ces centres et des soignants qui y travaillent n'est ni de forcer le couple à rester ensemble, ni de leur imposer un divorce. Le soignant s'intéresse prioritairement à la santé de ses patients. C'est à partir du moment où le patient est malade, non pas à cause, mais pour maintenir la relation, que là, il faut penser à y mettre fin.

## **Historique de la création de centres de traitement des problèmes de sexualité**

### *Centre de médecine sexuelle*

Cela faisait des années que Christine Reynaert et le professeur Lorge, urologue, mêlaient un peu de sexologie à leur pratique. Les patients de Christine Reynaert faisaient un examen organique et reprenaient la thérapie. Puis, autour d'eux, d'autres spécialistes ont pris conscience de l'importance de considérer la sexualité comme paramètre à part entière dans le soin aux personnes. En effet, une clinique du périnée avait été mise sur pied afin d'aider des patientes atteintes de sclérose en plaque et faisant de l'incontinence. Le Docteur Ossemann, neurologue, s'est alors rendu compte, lors des feedbacks des patientes, que la vie sexuelle de ces dernières allait beaucoup mieux et leur santé aussi. Dans le monde du handicap, on prend également conscience de l'importance de la sexualité car bien souvent, si la première question qui vient au soignant face à une victime d'un accident de la route est : « Est-ce qu'il va encore marcher ? », la victime, elle se demande aussi si elle va encore pouvoir faire l'amour. La décision a donc été prise de mettre sur pied un *Centre de médecine sexuelle* auquel vinrent s'ajouter le Docteur Hanson (médecine physique), le Docteur Donnez (gynécologie), et Madame Étienne (psychologie).

### *Clinique du couple et de la sexualité*

*La Clinique du Couple et de la sexualité* a été inaugurée au début du mois de février mais elle existe depuis près de 20 ans au sein de la clinique psychiatrique de l'hôpital Van Gogh à Charleroi, depuis que le Docteur Yves Depauw a commencé à y prendre en charge les questions de sexualité. Ces questions venaient essentiellement d'hommes âgés entre 20 et 70 ans qui souffraient de problèmes mécaniques (impuissance sexuelle). Avec le temps sont arrivées de nouvelles demandes telles que le traitement de l'éjaculation précoce et, bien plus tard, des questions liées à la sexualité féminine.

Dans le contexte des années 1990, l'hôpital Van Gogh a été amené à développer un programme de prise en charge spécifique des délinquants sexuels. Mais, à côté de ce public particulier, les demandes en matière de problématiques sexuelles « classiques » continuaient d'affluer. La décision a donc été prise de restructurer le service en mettant sur pied une *Clinique du couple et de la sexualité* dont l'objectif serait de prendre en charge la sexualité dans son ensemble.

### **Le public**

Ces centres médicaux reçoivent notamment des couples qui ressentent des difficultés dans leurs relations, des couples dans lesquels il y a des disputes, des tensions, etc. Les patients peuvent aussi être des personnes seules, mais qui le sont généralement en raison d'un problème dans leur sexualité, problème qu'elles voudraient régler avant d'entamer une nouvelle relation. Cela confirme donc le fait que la sexualité et le couple sont deux entités imbriquées l'une dans l'autre, même si elles ne se recouvrent pas de manière complète.

Globalement, le patient du sexologue, en tout cas du sexologue systémicien, n'est ni le patient, ni le conjoint, mais la relation entre les deux. Or, si c'est le couple qui consulte, l'interaction sera complètement différente d'un traitement en individuel. Il faut que le

soignant fasse participer les deux membres du couple, qu'il les fasse travailler sur leur relation et qu'il relance une dynamique qui perdurera au-delà de la consultation.

## ***Comment traiter les patients victimes de problèmes sexuels***

---

« Le sexologue, c'est presque comme un horloger. Il va essayer de détricoter le fil rouge de ce qui a déséquilibré cette machinerie très subtile » (dixit Christine Reynaert).

### **Les troubles sexuels : quelle approche ?**

Selon Pierre Collart, il y a trois champs d'intervention privilégiés qui permettent d'aborder la question des problèmes sexuels. Tout d'abord, il y a le champ de l'identité sexuelle : est-ce que le patient est bien dans son corps d'homme ou de femme et dans les rôles sexués afférents à notre identité biologique.

Le deuxième champ est celui de la fonction et de la dysfonction sexuelle. Chez l'homme, la dysfonction sexuelle consiste essentiellement en l'éjaculation précoce et des troubles de l'érection et, chez la femme, en des troubles du désir sexuel et/ou la baisse du désir.

Le troisième et dernier champ d'intervention est celui du choix dans les pratiques sexuelles. En matière de sexualité, le critère central pour déterminer qu'un acte sexuel est problématique ou non est le consentement. Mais ce champ d'intervention va beaucoup plus loin que le seul consentement à la relation sexuelle. Par exemple, on débute un rapport sexuel et mon ou ma partenaire me demande de faire des choses qui ne me plaisent pas. Que faire ? Je peux avoir peur de sa réaction si je refuse, peur de le blesser... Ce malaise peut entraîner des difficultés beaucoup plus vastes dans la sexualité du couple. Mais *a contrario*, certains patients demandent s'ils doivent demander à chaque fois à leur partenaire si il ou elle est d'accord. Parce que cela peut rendre leur relation très compliquée. Et puis, des patients parlant de leur compagne expliquent que « Parfois, elle est d'accord et puis parfois, je refais la même chose et elle m'envoie bouler ». La question du consentement permet de mettre en lumière des problèmes de communication dans le couple, problèmes qui peuvent paraître anodins au départ mais qui entraînent de réelles difficultés et une désharmonie conjugale. La question de la communication dans le couple sera approfondie ci-dessous.

Reste encore à distinguer le normal du pathologique. Comment savoir ce qui est normal et ce qui est pathologique dans les symptômes d'une société où tout est permis entre adultes consentants ? Au-delà du fait que la normalité est relative, il existe trois critères permettant de juger de la normalité ou non d'une relation. Le premier, c'est une tension vers le bonheur, voire au plaisir. Le deuxième, c'est un sentiment de sécurité et de réciprocité. Et enfin, le troisième critère est qu'après un rapport sexuel, on doit se sentir bien, confortable, avec une bonne estime de soi. L'air de rien, cette définition élimine déjà toute une série de situations néfastes telles que le viol ou la pédophilie.

Après quelques années, une sexualité normale est une alternance de passion et de sérénité. Mais il faut également prendre en compte la différence de tempérament entre les deux partenaires. Parfois, on dit de certains couples que l'un est un chaud lapin et que l'autre est froid. Ce n'est pas si dichotomique que cela. Peut-être que l'un des deux partenaires érotise le changement et l'autre la sécurité. Dans ce cas-là, il est important de trouver un *modus vivendi*.

La sexualité est un domaine dans lequel il faut tenir compte d'une normalité intérieure. Or nous sommes dans une société qui ne favorise pas cela. On est dans une société où la quantité est plus importante que la qualité et dans laquelle on hypervalorise l'avoir et l'image sociale de la réussite. Le stress engendré s'oppose à la recherche de moments de détente et d'intimité qui nécessitent des valeurs relationnelles. Or, pour bien faire l'amour, il faut prendre le temps, rêvasser, faire des choses parfois *a priori* un peu inutiles et qui ne rapportent pas tout de suite.

### La démarche clinique

La démarche clinique implique que le thérapeute entre en questionnement avec le patient sur ce qui lui arrive. Quand le patient arrive dans le cabinet de consultation, il ne vient pas sous le coup d'une impulsion. La démarche de consultation est la fin d'un processus qui a été engagé depuis un certain temps suite au constat fait par le patient de son propre mal-être. Le patient se rend compte que quelque chose change dans son fonctionnement sexuel. Et ce quelque chose qui change va s'installer jusqu'à faire naître une inquiétude. Il va d'abord essayer de trouver lui-même des solutions pour se sortir de ce mal-être, des solutions souvent artisanales. Mais dans la plupart des cas, le patient doit se rendre à l'évidence : il ne s'en sort pas tout seul. C'est à ce moment-là qu'il doit oser aller vers une personne qui est en position de savoir et qui est supposée détenir la solution à son problème. Donc le patient est lui aussi, d'une certaine manière, clinicien puisqu'il est celui qui va identifier le premier son problème. Il va se poser des questions, faire des hypothèses et tenter de les résoudre.

La démarche clinique implique un dialogue entre le praticien et le patient et une co-construction du traitement qui va être proposé. Ensemble, on se questionne, on modélise le problème, on tente de produire une hypothèse explicative de ce qui est en train d'arriver au patient, puis on tente, avec le patient, de trouver une solution, une stratégie de traitement pour dépasser son problème.

Parfois, de nouveaux patients arrivent en consultation en disant « Moi, ma vie sexuelle, elle est foutue, je suis impuissant. Je dois accepter que ma vie sexuelle s'arrête là ». Mais pour Pierre Collart, il faut remettre le débat dans quelque chose de beaucoup plus vaste. Un patient soigné pour une impuissance suite à un accident avait tenté de résoudre son problème à l'aide de médicaments mais sans succès. Il avait réellement dû faire le deuil de son érection. Mais quelques années plus tard, ce dernier a confié à Pierre Collart qu'il avait pu, avec son épouse, réinitialiser leur sexualité, la redéfinir. Ce patient avait lui-même expliqué que « Depuis que j'ai ce problème-là, ma vie sexuelle dans mon couple, elle s'est vachement améliorée. Ça se passe beaucoup mieux entre nous ».

## Problèmes sexuels, problèmes de couple

Mara Selvini-Palazzoli, papesse de la thérapie familiale, a écrit « *l'idée qu'un individu peut être analysé comme séparé du système de relation dont il ou elle fait intégralement partie est une erreur épistémologique fondamentale de notre pensée occidentale* ». Autrement dit, c'est une erreur d'envisager un problème isolé de son système de relation. Actuellement, de nombreux ouvrages sont publiés sur la sexualité afin d'expliquer à nos contemporains comment mieux faire l'amour à un homme ou à une femme. Mais ces bouquins envisagent peu la relation entre l'un et l'autre.

Une expérience a été menée auprès d'hommes ayant subi un infarctus. Après avoir séparé les hommes en trois groupes, leur performance en matière de revalidation est évaluée. Dans le premier groupe, les hommes effectuent un exercice physique intense pendant que leur épouse reste dans la salle d'attente. Dans le deuxième groupe, les épouses rentrent dans le cabinet de consultation mais restent assises. Dans le troisième et dernier groupe, les épouses entrent dans le cabinet de consultation et doivent effectuer le même effort physique que leur mari avec la même intensité. Les résultats montrent que le troisième groupe présente les performances de revalidation les meilleurs. Dans ce groupe, les femmes se rendent compte de ce que leur mari peut encore faire et elles vont avoir tendance à moins l'hyperprotéger. L'hyperprotection, au même titre que le rejet, est un facteur néfaste dans les relations conjugales. Plus globalement, cette expérience met en lumière quelque chose d'essentiel à savoir qu'un bon support social, et *a fortiori* un couple solidaire, est gage d'une meilleure qualité de vie.

Depuis 10 ans, un nouveau ressort thérapeutique a fait son apparition sur le marché : le viagra. Il s'agit effectivement de molécules relativement efficaces. Mais au début, les firmes pharmaceutiques qui commercialisent ce produit se sont un peu cassé le nez en présentant ce produit. Les firmes vantaient les mérites de ce produit de la manière suivante : a) il y a un problème : par exemple, de nature érectile ; b) Nous avons la solution : le viagra. Mais ils ont complètement nié la dimension relationnelle. En suivant le marketing de ce produit, on constate qu'aujourd'hui les firmes fabriquent des petites plaquettes sur lesquelles ils s'adressent aux conjointes.

En fait, le principe, en sexologie, c'est qu'il y a un porteur de symptômes mais que la maladie, la souffrance, vient d'un malentendu dans la relation du couple. Or la relation, c'est une communication. Et si on réfléchit à la communication dans le couple en pensant que l'émetteur et le récepteur sont chacun un membre du couple, on peut appliquer le schéma tel que Paul Watzlawick<sup>1</sup> l'a conçu. Pour qu'il y ait une bonne communication et donc une bonne relation, il faut que l'intention de l'émetteur se superpose le plus possible à l'effet sur le récepteur. Le problème est que l'être humain possède des filtres, et que les mots peuvent avoir des valeurs différentes d'un individu à l'autre. Par exemple, Monsieur rentre du boulot avec ses collègues et dit à sa femme : « Eh bien prépare-nous un spaghetti ». Madame va tirer la tête et Monsieur va croire que c'est parce qu'elle n'est pas contente qu'il ait ramené ses collègues. En fait, Madame tire la tête parce qu'il ne l'a pas prévenue. S'il l'avait prévenue, elle aurait pu préparer la maison et faire une meilleure sauce à spaghetti. Mais

---

<sup>1</sup> Paul WATZLAWICK, *Une logique de la communication*, Paris, 1972.

est-ce qu'à chaque fois que l'on demande quelque chose à son conjoint on doit lui demander : « Qu'as-tu compris ? ». Évidemment, cela deviendrait compliqué. Mais quand on voit que l'autre change de tête ou réagit mal à ce que l'on vient de dire, cela vaut la peine d'expliquer ce que l'on a voulu dire.

Les messages ne sont pas seulement véhiculés par la parole, ils passent également et même surtout par le non verbal (90% des messages). Autrement dit, on envoie et on reçoit également des messages via le ton de la voix, le regard, les gestes, etc. Le regard est un moyen de communication extrêmement important car c'est le regard qui nous rend humain. De ce fait, dans une consultation, le soignant peut déjà émettre un premier pronostic simplement en observant les contacts visuels qu'il y a dans le couple. Si le couple se lance de temps à autre des regards, c'est positif. Si ce n'est pas le cas, il va d'abord falloir rétablir le contact visuel entre chacun des deux membres du couple.

Il ne faut pas oublier non plus que le couple n'est pas seul, qu'il a bien souvent des enfants et une famille, parfois assez envahissants d'ailleurs. Le rôle du soignant est donc de différencier la sphère familiale de la sphère du couple et des parents afin de rendre au couple son intimité. Il faut veiller à ce que les enfants ne rentrent pas, symboliquement, dans le lit des parents et que les grands-parents ne s'en mêlent pas... Pour cela, il faut rappeler au couple ses moments d'intimité, les moments où ils se sont réellement sentis complices. On peut, par exemple, les envoyer sur le lieu de leur première rencontre ou là où ils ont passé leur voyage de noce. On peut aussi simplement leur prescrire un restaurant ou un théâtre ensemble...

Parfois le soignant peut constater qu'un des parents, ou une autre personne extérieure au couple, a connaissance du problème sexuel rencontré par le couple. Ce n'est pas normal car cela fait partie de l'intimité du couple ! Et dans certains cas, on remarque que le trouble du mari, par exemple, vitalise la relation mère-fille. Avoir de bons contacts avec ses parents ou ses beaux-parents est une bonne chose, mais il faut parfois rappeler au couple que lorsque l'on est en famille, on peut parler de tout sauf de ce qui se passe dans le lit du couple. Pour peu que le parent soit déçu de sa propre histoire, il va renforcer les interprétations négatives au sein du couple.

## **Conclusions**

---

Pierre Collart a conclu son intervention en nous disant que « *Lorsque l'on est face à des gens qui vivent une difficulté dans le registre de la sexualité, certainement, il faut se poser la question de la globalité de la relation et, certainement, il faut une approche pluridisciplinaire* ». En effet, certains sexologues s'installent uniquement en tant que sexologues. Mais, selon Christine Reynaert, « *tout soignant devrait pouvoir intégrer la question de la sexualité dans une approche globale "bio-psycho-relationnelle"* ». Est-ce à dire qu'il faut tout connaître ? « *Non, évidemment, on a chacun sa spécialité. Certains sont médecins, psychologues ou sociologues. Mais à un moment, si on ne réussit pas à aider son patient, on peut élargir vers l'autre sphère. Cela vaut le coup de travailler en équipe* ». Et si on n'a pas l'occasion de travailler en équipe, pas la peine de paniquer. Parler et écouter son

patient lorsqu'il parle de ses problèmes de sexualité, dans une attitude bienveillante et empathique, est déjà un traitement en soi.

### **Sources**

---

COLLART (Pierre), *La clinique du couple et de la sexualité*, Intervention lors du cycle de soirées-débat organisées par le CEFA asbl du 19 février au 23 avril 2009, Louvain-la-Neuve, le 19 février 2009.

REYNAERT (Christine), *Dynamique de couple et sexologie*, Intervention lors du cycle de soirées-débat organisées par le CEFA asbl du 19 février au 23 avril 2009, Louvain-la-Neuve, le 23 avril 2009.