

Usage de cathinones de synthèse en contexte sexuel chez une patiente avec anorgasmie : prise en charge des habiletés érotiques

**Florian GATTO – Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en
Addictologie
Hôpital de la Croix-Rousse - LYON**

Plan

Présentation du cas

- Elements anamnestiques généraux
- Développement psychosexuel

Chemsex

- Qu'est-ce que le chemsex ?
- Et les femmes dans tout cela ?

Prise en charge

- Evaluation multimodale du trouble et conceptualisation
- Questionnaires
- Diagnostic et hypothèses thérapeutiques
- Plan de traitement
- Résultats

Discussion

Conclusion

Présentation de cas



Présentation du cas

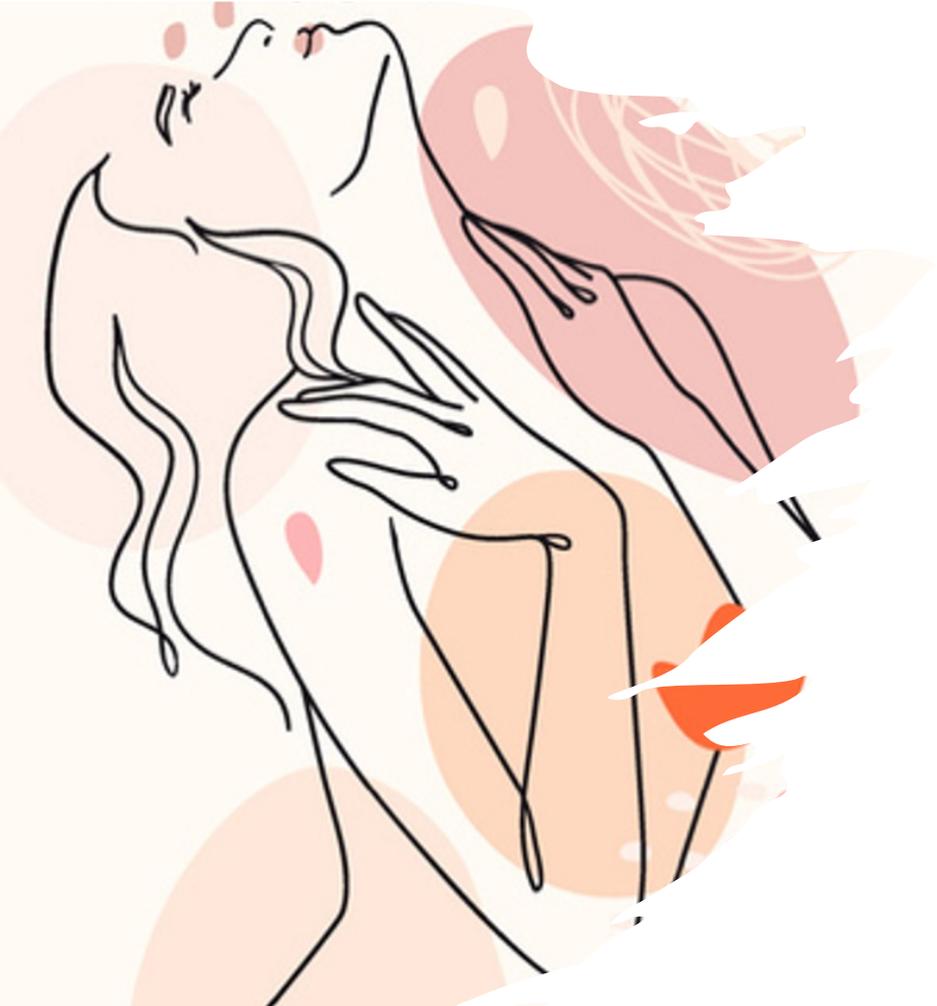
- Patiente de 32 ans.
- Avocate, en couple depuis 3 ans avec son conjoint.
- Aucun antécédent anté ou péri-natal, développement dans la norme.
- Aucun antécédent médical connu.
- Aucun antécédent psychiatrique connu.
- Bien en lien avec la cellule familiale.
 - Décrit toutefois une **éducation stricte, catholique.**

Présentation du cas

- Sophie se décrit comme une **femme timide, mais déterminée, qui persiste dans l'effort.**
- Etudes ayant été stressantes, mais avec des **résultats excellents.**
- Le **quotidien est équilibré**, avec des centres d'intérêt divers : tricot, lecture, natation, piano.



Présentation du cas



- Elle est **en couple depuis 3 ans** avec son conjoint et n'a pas d'enfant.
- Elle porte un stérilet en cuivre.
- **Les rapports sexuels se raréfient progressivement depuis déjà 2 ans** (1 fois par mois environ), **sans orgasme**, ce qui entraîne une plainte de la part de son conjoint...
- **Jusqu'au jour où il lui propose de consommer de la 3MMC.**
- **Elle présente alors son premier orgasme.** Elle en consomme systématiquement dans le cadre sexuel depuis, à raison d'une à deux fois par mois.

Présentation du cas et développement psychosexuel

- Confrontation aux premières images pornographiques vers 13 ans, avec des amies : **choc et dégoût.**
 - **Imprégnation de l'imaginaire sexuel.**
- Premier rapport sexuel à 17 ans, consenti, et sans particularité : « *c'était une première fois maladroite, mais mignonne* ».
 - Plaisir et excitation présents, mais **sans notion d'orgasme.**
- Visionnage de films pornographiques entre 18 et 25, avec masturbation associée.
 - Faible fréquence à l'époque « *pour passer le temps* » ; environ 1 fois par mois.
 - **Absence de plaisir réel ressenti.**
 - Aujourd'hui, absence de visionnage.

Présentation du cas et développement psychosexuel

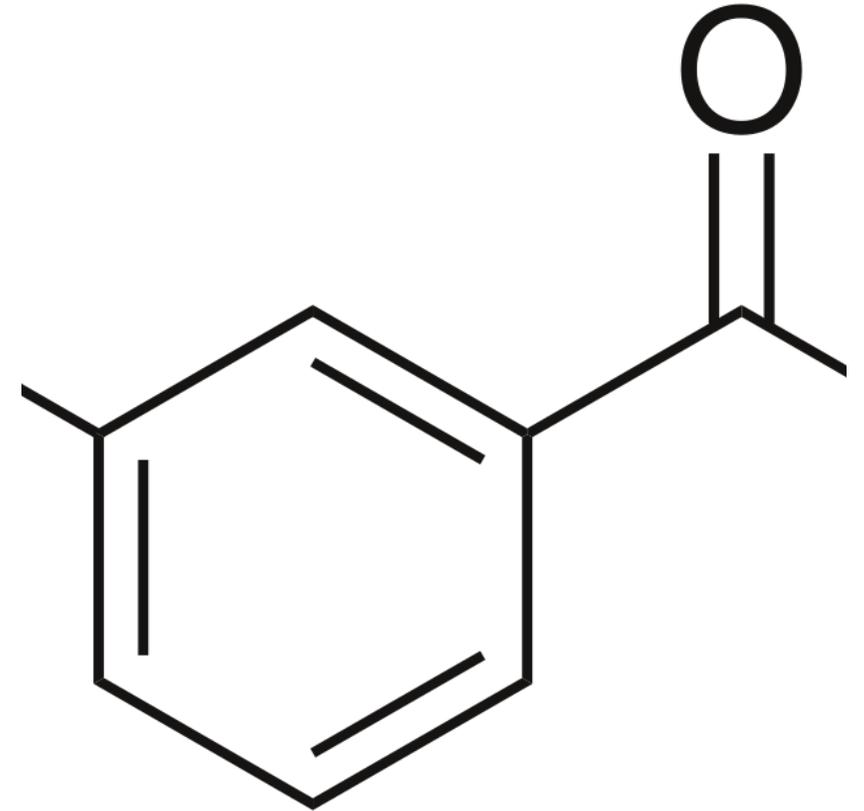
- L'appétence sexuelle a toujours été relativement faible, mais **il a pu exister des périodes avec de l'excitation**, des envies sexuelles et de la masturbation.
- Concernant les relations de couple : « *Je faisais l'amour avec mes conjoints et je trouvais du plaisir un peu seulement parce que je leur faisais plaisir* ».
 - **Sécrétion de cyprine dans la plupart des rapports, sans atteinte de l'orgasme.**
- Rapports sexuels ayant été réalisés aussi avec des femmes, sans orgasme non plus (se décrit aujourd'hui comme hétérosexuelle uniquement).

Chemsex



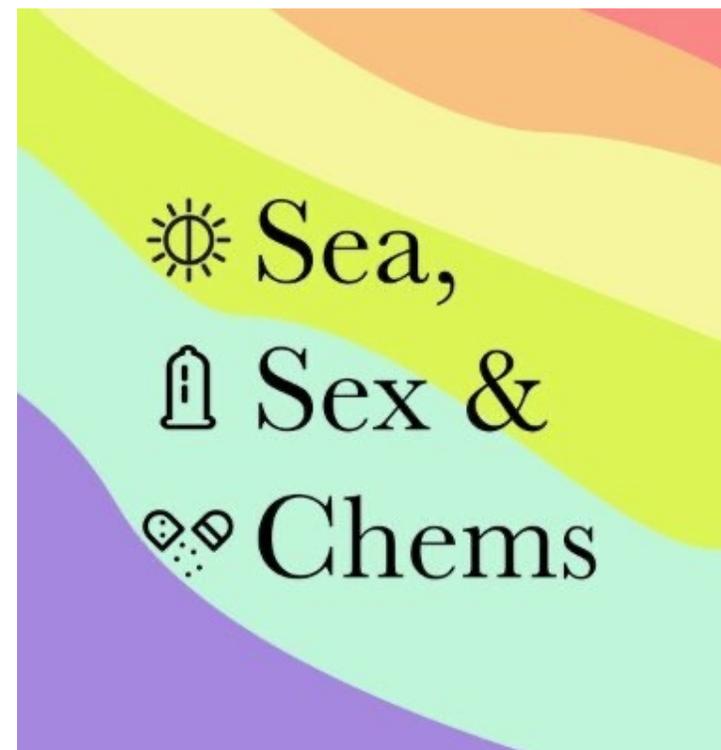
Et l'usage de substances dans tout ça ?

- **Le Chemsex**, contraction des termes anglophones « *Chemicals* » (produits chimiques) et « *Sex* » est un terme désignant la consommation de substances psychoactives en contexte de sexualité.
- **But des consommations** : Initier, faciliter, prolonger, ou améliorer les rapports sexuels à travers les effets psychoactifs des molécules consommées (dont notamment les cathinones de synthèse et le GHB). Le Chemsex est originellement issu de la communauté gay (et HSH), commence sa démocratisation au début des années 2010 et a été à ce titre marqué par des habitudes, des codes et des facteurs culturels indéniables.



Chemsex

- Depuis 10 ans, le chemsex poursuit une démocratisation importante, principalement en population HsH.
- Les pratiques et les modes de consommation n'ont cessé d'évoluer...
- Jusqu'à toucher la population féminine ?
- L'étude *Sea, Sex and Chems* (Cessa, 2020) réalisée via un questionnaire en ligne, incluait 2676 personnes, comprenant 723 femmes, dont 198 (27,25%) décrivaient déjà avoir pratiqué le chemsex, représentant 15,6% des effectifs des chemsexeur.euses de l'étude.
- **51,01% des femmes chemsexueuses de cette étude présentaient une dysfonction sexuelle pré-existante à l'usage du chemsex.**



We Can Do It!

**Prise en
charge**



Nécessité d'une évaluation multimodale TCC des facteurs étiologiques

- Evaluation initiale des consommations : **Une trace sniffée de 3MMC à chaque rapport sexuel (un à deux par mois).**
- Evaluation initiale des aspects symptomatiques du trouble orgasmique, tant sur le plan diagnostique que sur le plan de son évolution et des répercussions émotionnelles, comportementales, cognitives et relationnelles.
- Evaluation de trois grandes catégories étiologiques : **les facteurs biologiques, d'ordre individuel et d'ordre relationnel.**

Evaluation multimodale : facteurs biologiques

- A priori, la **patiente ne présentait pas de particularité sur le plan biologique** (examens gynécologiques normaux, ni impact iatrogène préalable de substances prises avant l'usage de 3MMC).
- Sur le plan de l'éducation sexuelle, la patiente relatait **très peu de conversations sur le plan familial, avec une perception de la sexualité comme étant une chose taboue**, dont on ne parle pas.
 - Quelques **perceptions négatives concernant la sexualité féminine et du plaisir féminin, en particulier dans le cadre de la masturbation (*femme de petite vertu*)**.

Evaluation multimodale : facteurs cognitifs, comportementaux et émotionnels

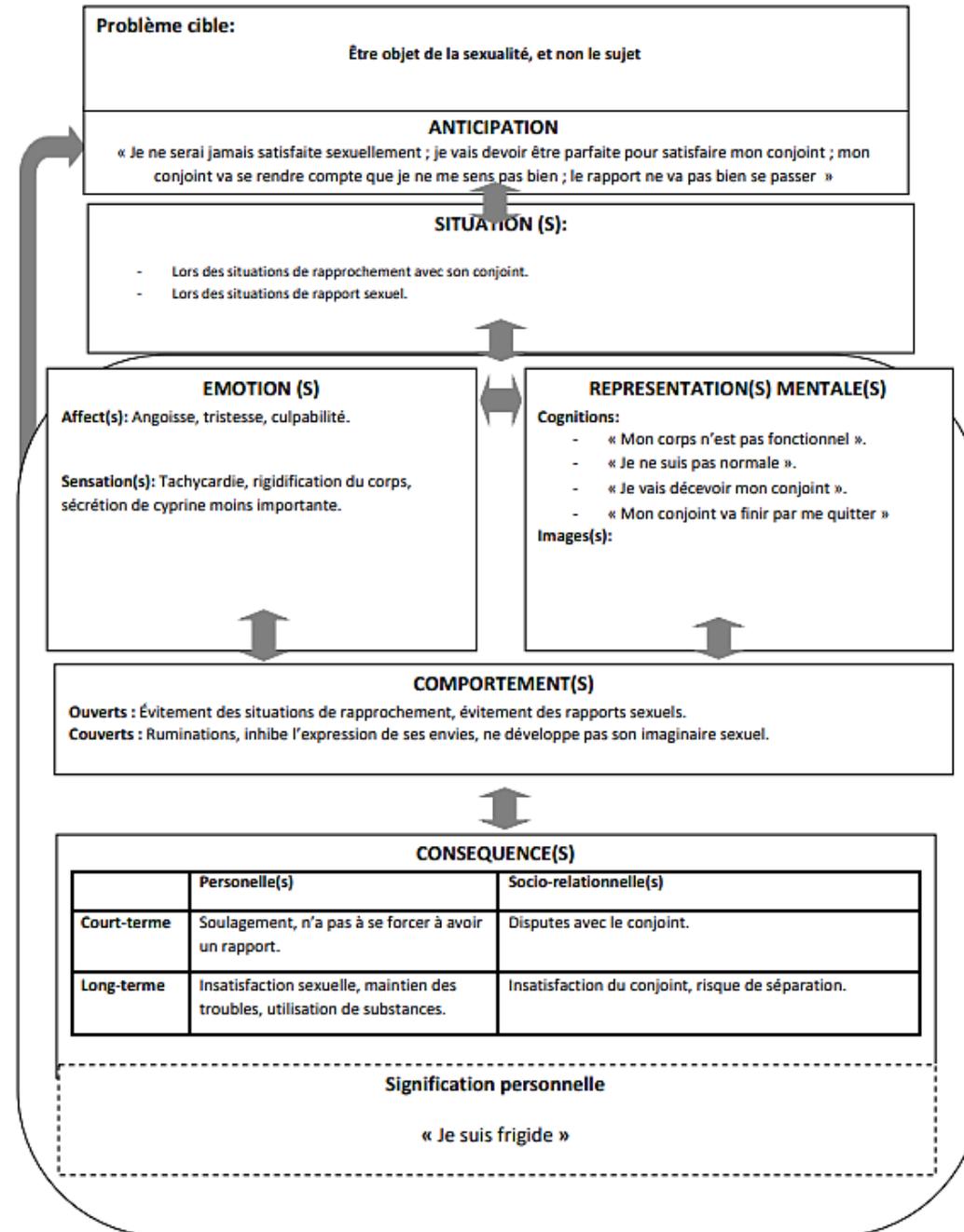
- **Formations de croyances concernant la sexualité, parfois paradoxales** : « *l'orgasme est un mythe* » vs « *l'orgasme doit être atteint à chaque relation sexuelle* ».
- **Constitution d'une image négative de soi**, de « *femme frigide* », « *non complète* », avec un « *corps dysfonctionnel* ».
- **Contribuant à la présence d'émotions et de sensations négatives inhibant la montée vers l'orgasme** (Donahey, 2010).
- On retrouve dans le répertoire émotionnel de la patiente de la **culpabilité, de la honte, l'anxiété du spectateur ainsi que la peur de l'abandon**, ce qui est fréquemment le cas chez les patientes anorgasmiques (Heiman, 2000).

A yellow banana with a sad face drawn on it. The face has large, dark, downward-slanting eyes, a small black nose, and a wide, downward-curving mouth. The banana is positioned on the left side of the slide, partially overlapping the white background.

Evaluation multimodale : facteurs relationnels

- Les **facteurs relationnels** et le rôle des anciens partenaires jouent chez **Sophie** dans l'apparition et le maintien du rôle de l'anorgasmie.
 - Climat conjugal avec **conflits et évitements sur le plan de la sexualité**, avec disparition desdits conflits en présence des consommations de substances.
- En termes d'habiletés sexuelles chez le conjoint actuel, Sophie décrit :
 - Une **attraction physique présente**, mais...
 - Des **caresses parfois trop précipitées**...
 - ... Ou **trop prolongées sur les parties génitales** (avec stimulations directes du clitoris).
 - Et le **développement progressif, chez celui-ci, d'une dysfonction érectile réactionnelle** au manque de plaisir ressenti chez sa conjointe.
 - **Intégration du conjoint dans le cadre du traitement.**

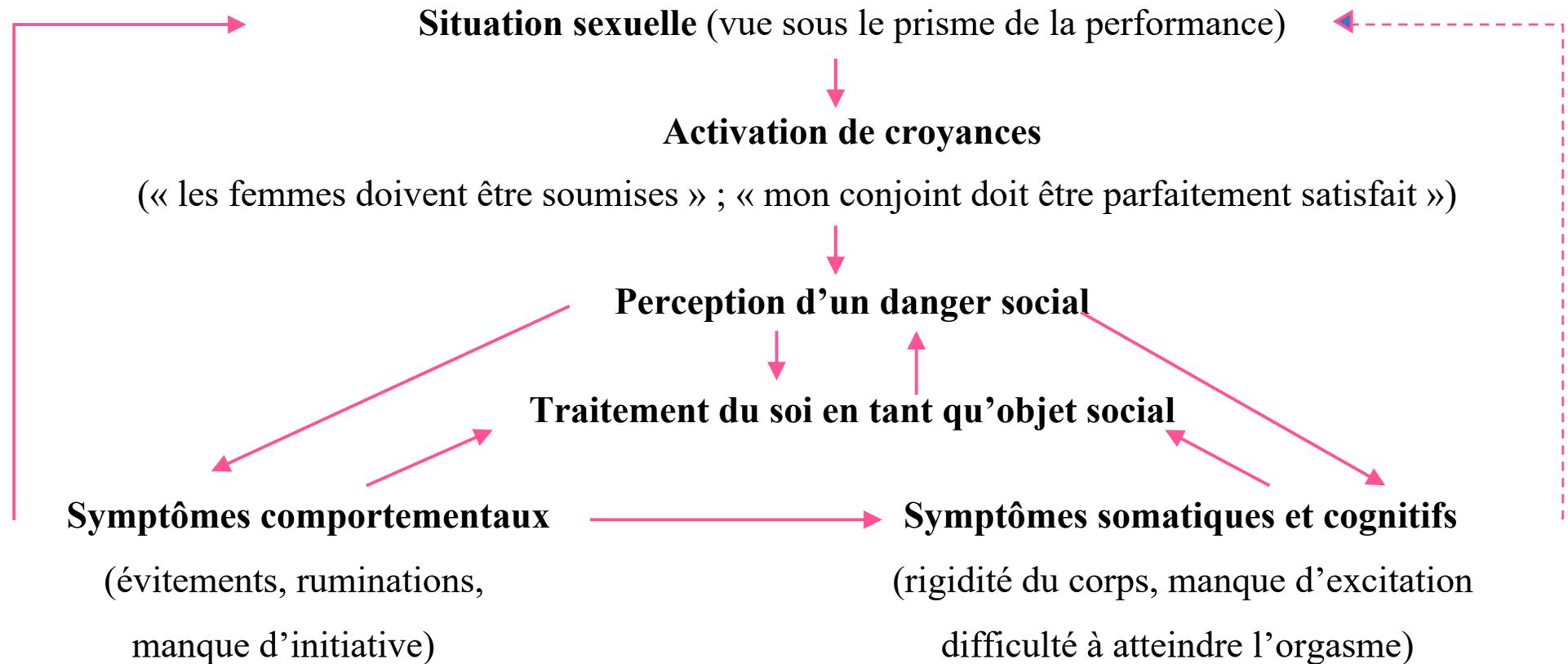
Grille ASERCC – SYNCHRONIE



Grille ASERCC – DIACHRONIE

DONNEES STRUCTURALES POSSIBLES	
Antécédents psychologiques familiaux: <ul style="list-style-type: none"> - Mère peu affirmée, anxieuse et contrôlante. - Papa rigide. 	Personnalité : Douce, empathique, intéressée par les autres, spirituelle, persévérante, souvent dans le contrôle.
FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ PRÉDISPOSANTS	
<ul style="list-style-type: none"> - Éducation catholique rigide, avec une perception taboue de la sexualité. - Peu de possibilité de discuter de la sexualité en contexte familial. - Faible imaginaire érotique. - N'a que très peu de temps pour elle et a tendance à s'oublier. - Difficultés d'affirmation de soi. - Difficultés de lâcher prise. 	
FACTEURS/ EVENEMENTS DECLENCHANTS INITIAUX INVOQUES	
Sophie a été confrontée à des images pornographiques violentes et déshumanisantes à 13 ans, qui teintent sa représentation du rôle de la femme dans la sexualité. Elle reproduit ensuite ce qu'elle voit à l'écran, se montrant passive et assujettie.	
FACTEURS DE DEVELOPPEMENT ET DE MAINTIEN DU TROUBLE	
<ul style="list-style-type: none"> - Facteurs de développement du trouble : Sophie grandit dans un environnement familial qui ne laisse pas de place à l'éducation sexuelle ; elle n'en bénéficie pas non plus lors de sa scolarité. Elle grandit avec l'idée que la femme est une « pécheresse », et bien qu'elle remette progressivement en cause de cette idée, celle-ci se cristallise malgré tout sur le plan de la sexualité. Elle développe peu d'imaginaire érotique. Le sens donné par Sophie aux différents événements vécus sexuellement dépendent de ses schèmes cognitifs acquis préalablement. Lorsque les comportements sexuels exprimés ne correspondent pas à ceux désirés ou attendus, elle l'interprète l'événement comme un échec personnel. Par la suite, des pensées automatiques négatives génératrices de stress, de honte et de culpabilité sont associées à sa performance sexuelle et se déclenchent dans toutes les situations où des interactions sexuelles risquent de se produire. - Maintien du trouble : Sophie ne développe pas ses habiletés sexuelles, s'ennuie sexuellement et anticipe chaque relation sexuelle. Son partenaire s'en rend compte et le lui reproche. Il développe une dysfonction érectile, générant une très forte culpabilité. La prise de substance permet de pallier les faibles habiletés sexuelles et le lâcher prise. Sophie, qui ne parvient pas à raisonner autrement et à vivre des expériences sexuelles plus satisfaisantes voit se cristalliser ses croyances erronées et ses pensées négatives, qui contribuent à perpétuer le problème. Elle évite par ailleurs les situations sexuelles, se rigidifie corporellement. 	
FACTEURS PRECIPITANT L'EXACERBATION DU TROUBLE ET MOTIVATION AU CHANGEMENT	
Événements récents : Augmentation de la quantité prise de produits; n'arrive plus à avoir de rapport sexuel sans substance.	Motivation au traitement actuel : Ne pas risquer une dérive des consommations qui se généraliseraient hors contexte sexuel, apaiser les relations avec son conjoint.
AUTRES PROBLEMES	TRAITEMENTS ANTERIEURS/ SUBSTANCES
Comorbidités : Déficit d'affirmation de soi. Problèmes sociaux : R.A.S	Soins : Nombreuses consultations gynécologiques préalables mais R.A.S. Médications : R.A.S Drogues : R.A.S.
	TRAITEMENTS ACTUELS/ SUBSTANCES
	Soins : Consultations au sein du CSAPA. Médications : R.A.S. Drogues : Consommations de 3MMC en contexte sexuel.

Modèle de Clark & Wells (1995)



Modèle de Mowrer (1947)

Installation du trouble sexuel hypoactif

- Rapport sexuel (SI) → Absence d'orgasme, mais excitation initiale (RI).
- Rapport sexuel (SI) + environnement interne (idées parasites ; angoisses de performance) (SC) → Sensations corporelles étranges/émotions désagréables/mal-être ; perte de l'excitation (RC)
- Rapport sexuel (SI) + inquiétudes verbalisées du conjoint (SC) → Sensations corporelles étranges/émotions désagréables/mal-être ; perte de l'excitation (RC).
- Situations évoquant la sexualité (SC) → émotions désagréables / mal-être, absence d'excitation (RC).

Maintien du trouble sexuel hypoactif

- Imaginer avoir un rapport → émotion désagréables → évitements / ruminations
→ Soulagement (renforcement négatif)

Installation du trouble d'usage

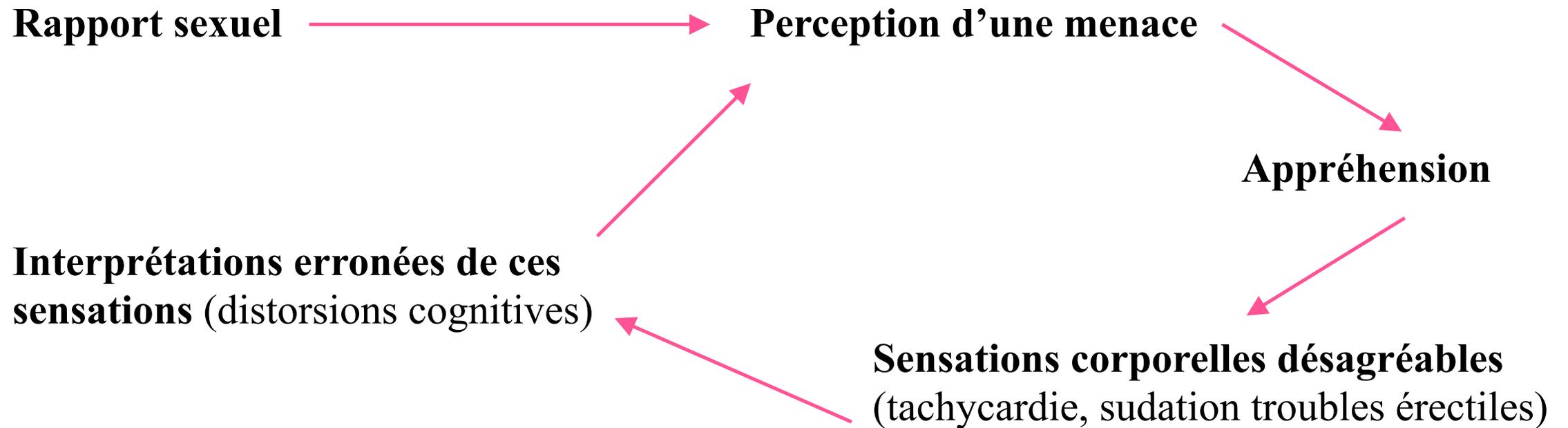
- Rapport sexuel (SI) → Absence d'excitation sexuelle, absence d'orgasme (RI).
- Rapport sexuel (SI) + prise de substances psychoactives (SC) → Désinhibition comportementale, lâcher prise, orgasme (RC).
- Évocation d'un rapport sexuel (SC) → Envie de consommer (RC).

Maintien du trouble de l'usage

- Imaginer avoir un rapport → émotion désagréables → prise de substance
→ Soulagement (renforcement négatif)

Modèle de Clark (1986)

- Concernant la dysfonction érectile du conjoint :



Questionnaires : aspects généraux

- Difficultés d'affirmation de soi (43), à l'échelle de l'affirmation de soi de Cungi et Rey.
- Anxiété légère (9) à la BAI.
- Estime de soi sans particularité (31) à l'échelle de Rosenberg.
- Absence d'affect dépressif (3) à la BDI.



Questionnaires : aspects sexologiques

- **Questionnaire sur les pensées négatives et les inquiétudes durant le rapport sexuel** (Trudel & Turgeon, 1993).

Ce questionnaire n'a pas été soumis à des études psychométriques et ne comporte pas de normes actuellement. Son utilisation a pour but de donner des informations sur des pensées précises ou sur des regroupements de pensées se produisant durant les rapports sexuels.

- **Questionnaire d'excitation sexuelle (QES)** (Trudel, Campbell et Daigle, 1982) : 54, il existe donc un *trouble d'excitation sexuelle*, décrit par la patiente comme réactionnel à l'anxiété de performance dans le cadre de son couple ($z = -2,48$)
- **Questionnaire d'habiletés érotiques** (Edard et Rusinek, 2020) : faibles facultés du point de vue des habiletés érotiques cognitives (8); faibles facultés du point de vue des habiletés érotiques comportementales (9) ; faibles facultés du point des ressentis et des émotions du point de vue sexuel (17)
- **Questionnaire sur la sexualité et le couple (QSC)** (Trudel, 2002) : Absence de particularité sur le plan du fonctionnement conjugal (score de 32) ni sur le plan des attitudes par rapport à la sexualité (12), on note toutefois peu de fantasmes sexuelles (0, $z = -1,6$) et le comportement sexuel (6, $z = -3,5$)



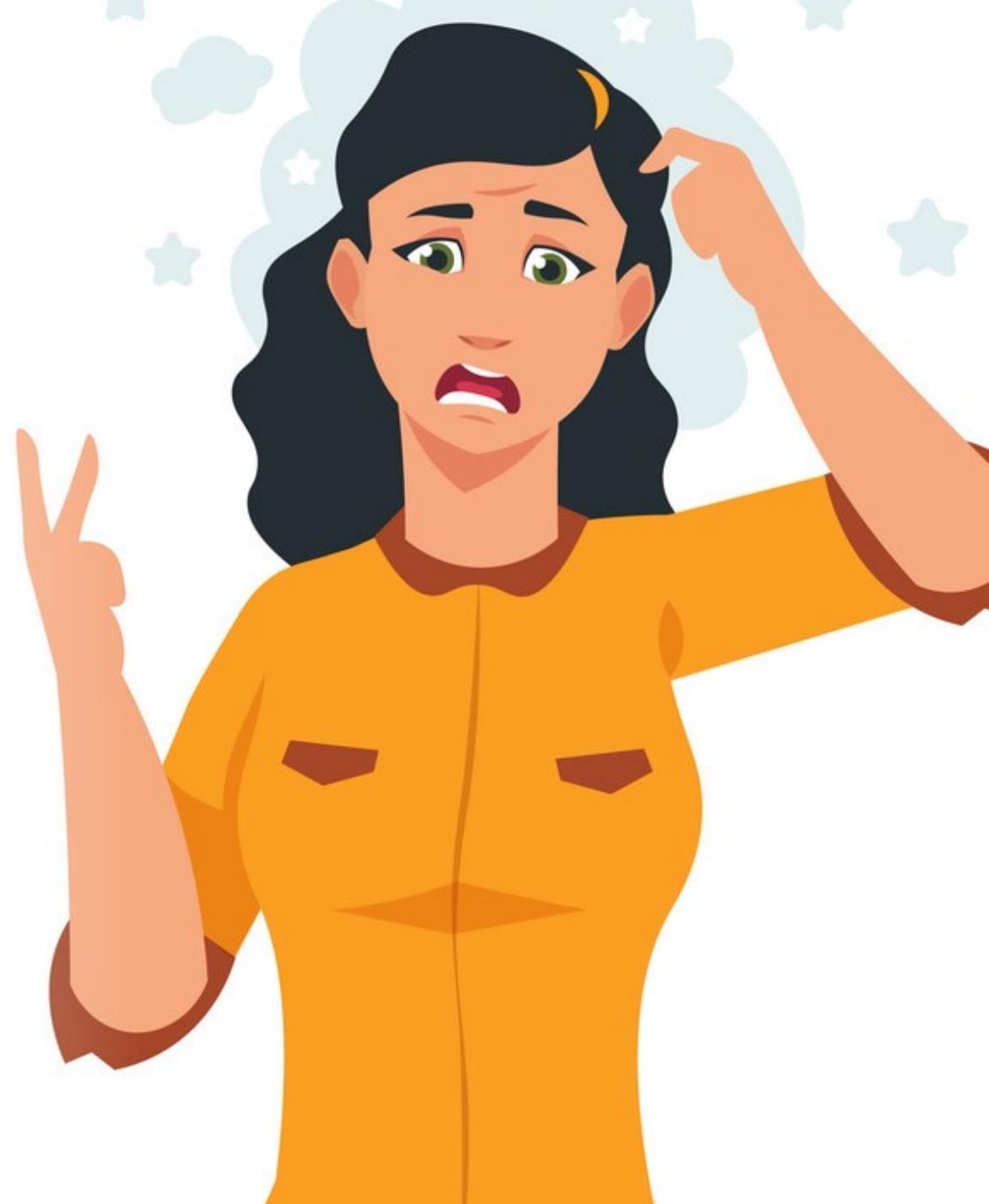
Lignes de base

- **Sentiment d'efficacité à pouvoir dire à son partenaire ce qu'elle aime** (de très mauvais (0) à très bon (6)).
 - Mesure mensuelle.
- **Sentiment d'épanouissement concernant la vie sexuelle** (de très mauvais (0) à très bon (6)).
 - Mesure mensuelle.
- **Capacité à pouvoir discriminer une situation à potentiel d'excitation** (de très mauvais (0) à très bon (6)).
 - Mesure hebdomadaire.
- **Temps passé à ruminer sur les faibles capacités orgasmiques.**
 - Mesure quotidienne.



Diagnosics

- La patiente présente donc **une anorgasmie primaire**, accentuée par une **dysfonction érectile** développée par son conjoint en réaction au manque de plaisir ressenti chez madame.
 - **Ainsi qu'un désir sexuel hypoactif secondairement généralisé**, réactionnel aux angoisses développées dans le cadre sexuel. On note une spécificité avec une absence de développement des fantasmes.
- **Trouble de l'usage de substance léger** (caractérisé par un effet de tolérance, une utilisation plus longue que ce qui avait été imaginé, et un désir persistant de réduire la consommation).



Plan de traitement

- Inspiré des travaux novateurs d'**Amandine Edard (2020)** et découlant plus particulièrement **de la description des difficultés présentées par la patiente** (notamment au questionnaire des habiletés sexuelles), le contenu sexologique du protocole de traitement est un **dérivé des formations en Sexocorporel et en Thérapie Sexofonctionnelle**.
- Dans cette perspective, **huit étapes progressives ont été définies**, dont une synthèse sous forme de tableau est présentée à la diapositive suivante.
- Chaque étape comprend **une partie de psychoéducation** à discuter avec la patiente, ainsi que **des exercices à mettre en place seule, la plupart du temps aidés d'un enregistrement audio de guidage**.
- **23 séances furent nécessaires, sur un espace de 6 mois**.

Etapas	Psycho-éducation	Exercices	Audios/vidéos associés
1	Pleine conscience (modules TCD) Identification des pensées parasites	Sensate focus Exercices de pleine conscience (PC) dans les activités de la vie quotidienne	Sensate focus Audio de PC pour se centrer sur une sensation sans jugement
2	Respiration abdominale	Respiration abdominale au quotidien PC en contexte sexuel (masturbation, rapports)	Apprentissage de la respiration abdominale
3	Mouvance corporelle dans la sexualité	Mobilisation du bassin PC et respiration abdominale en contexte sexuel	Mobiliser son bassin
4	Mobilisation du corps Muscles du plancher pelvien	Découvrir le plancher pelvien PC, respiration abdominale et mouvement du bassin dans la sexualité Bascule du bassin avec respiration abdominale hors sexualité Contraction/relâchement du plancher pelvien hors sexualité	Découvrir le plancher pelvien → Reconnaître sa musculature pelvienne et apprendre à le contracter et le relâcher à volonté.

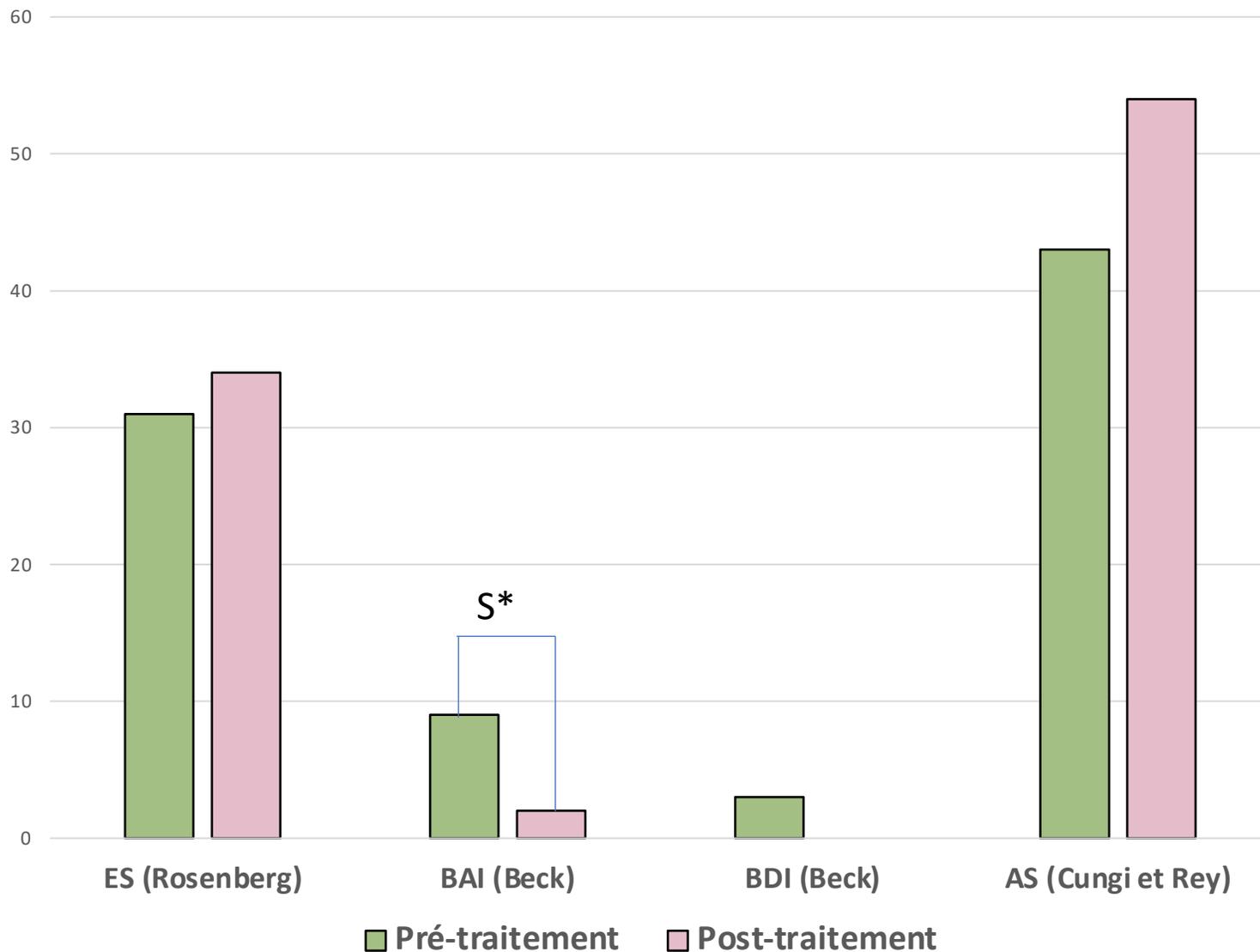
Etapas	Psycho-éducation	Exercices	Audios/vidéos associés
5	Utilisation et développement de l'imaginaire érotique	Re-découvrir les sensations PC, respiration abdominale et mouvement de bassin dans la sexualité. Varier le tonus du plancher pelvien dans la sexualité Travailler son imaginaire érotique	Re-découvrir les sensations génitales. → Caresser sa vulve sur les sous-vêtements en PC.
6	Varier les rythmes et l'intensité	Amplifier les mouvements du bassin. PC, respiration abdominale, mouvement du bassin et musculature du plancher pelvien dans la sexualité Varier rythmes et intensité dans la sexualité. Continuer le travail sur l'imaginaire érotique	Amplifier les mouvements du bassin. → A partir de la respiration abdominale, placer la bascule du bassin et varier rythmes et intensité. contractions/relâchements du plancher pelvien.
7	Anatomie et fonctionnement du clitoris et du vagin.	Regarder sa vulve avec un miroir en PC. Guider le partenaire vers les préférences de stimulation.	Caresser sa vulve et l'entrée de son vagin en pleine conscience.
8	Résumé des différents apprentissages. Bascule de la tête Curiosité et variété.	Expérimenter dans la sexualité et hors sexualité les différents apprentissages et leur addition avec et sans partenaire. Réécouter si nécessaire certains audios.	

Résultats



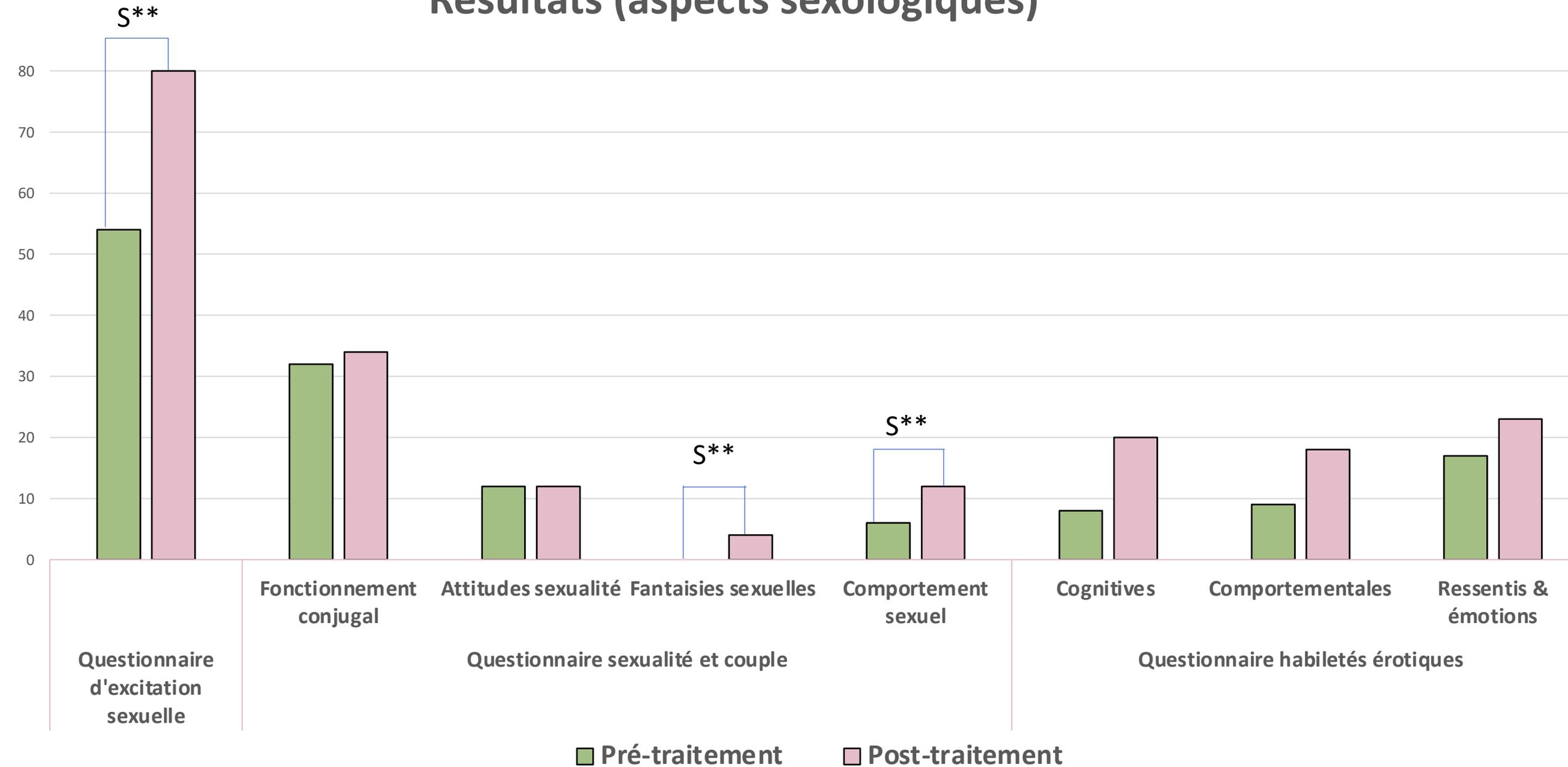
Résultats

Résultats post-traitement (Aspects généraux)



	Pré-traitement	Post-traitement
BDI	3	0
BAI	9	2
Echelle de Rosenberg	31	34
Echelle d'affirmation de soi (Cungi et Rey)	43	54

Résultats (aspects sexologiques)



Résultats (aspects sexologiques)

		Pré-traitement	Post-traitement
Questionnaire d'excitation sexuelle		54	<u>80 (S**)</u>
Questionnaire sexualité et couple	Fonctionnement conjugal	32	34
	Attitudes sexualité	12	12
	Fantaisies sexuelles	0	<u>4 (S**)</u>
	Comportement sexuel	6	<u>12 (S**)</u>
Questionnaire habiletés érotiques	Cognitives	8	<u>20</u>
	Comportementales	9	<u>18</u>
	Ressentis & émotions	17	<u>23</u>

Résultats

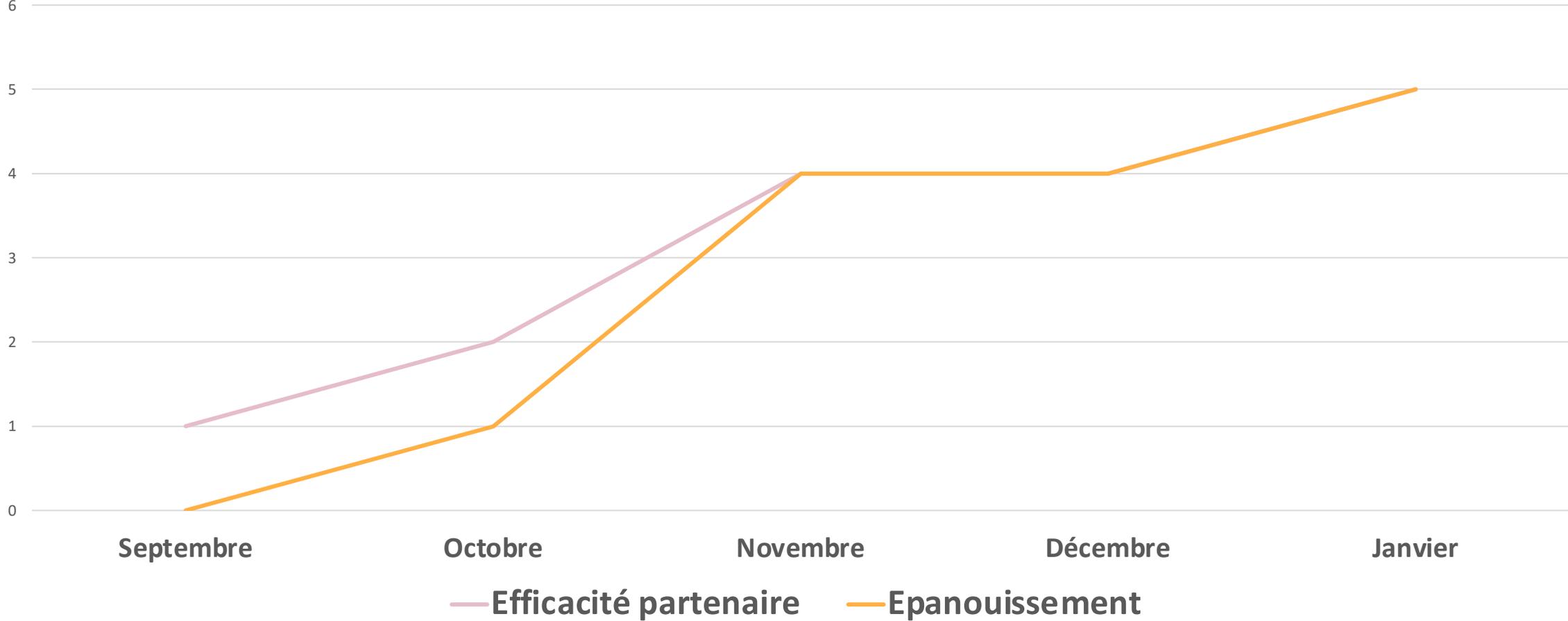
- On note une **nette diminution des pensées négatives et des inquiétudes dans le cadre des rapports sexuels**; avec notamment une **nette diminution des fausses obligations**.
- De manière connexe, on note chez la patiente une **bien meilleure faculté à pouvoir tourner son attention vers la situation sexuelle** au questionnaire des habiletés cognitives.
- On note une **amélioration au questionnaire d'excitation sexuelle** (différence significative), **avec un score dans la moyenne de la population générale** ($z = -0,9$; soit une amélioration de 48% par rapport au score initial).
- Du côté de la **sexualité dans le cadre du couple**, la patiente **s'améliore sur sa capacité à pouvoir sortir des routines habituelles dans le cadre sexuel** (gain de 3 points : tester des positions différentes; s'autoriser à pouvoir fantasmer sur des personnes inconnues; imaginer avoir un rapport avec cette personne).
- On observe, de façon connexe, dans le questionnaire des habiletés cognitives, un **développement de l'imaginaire érotique et sexuel** ($z = +2,8$), où la patiente **se visualise dans le cadre des scènes fantasmées** (gain de 12 points)

Résultats

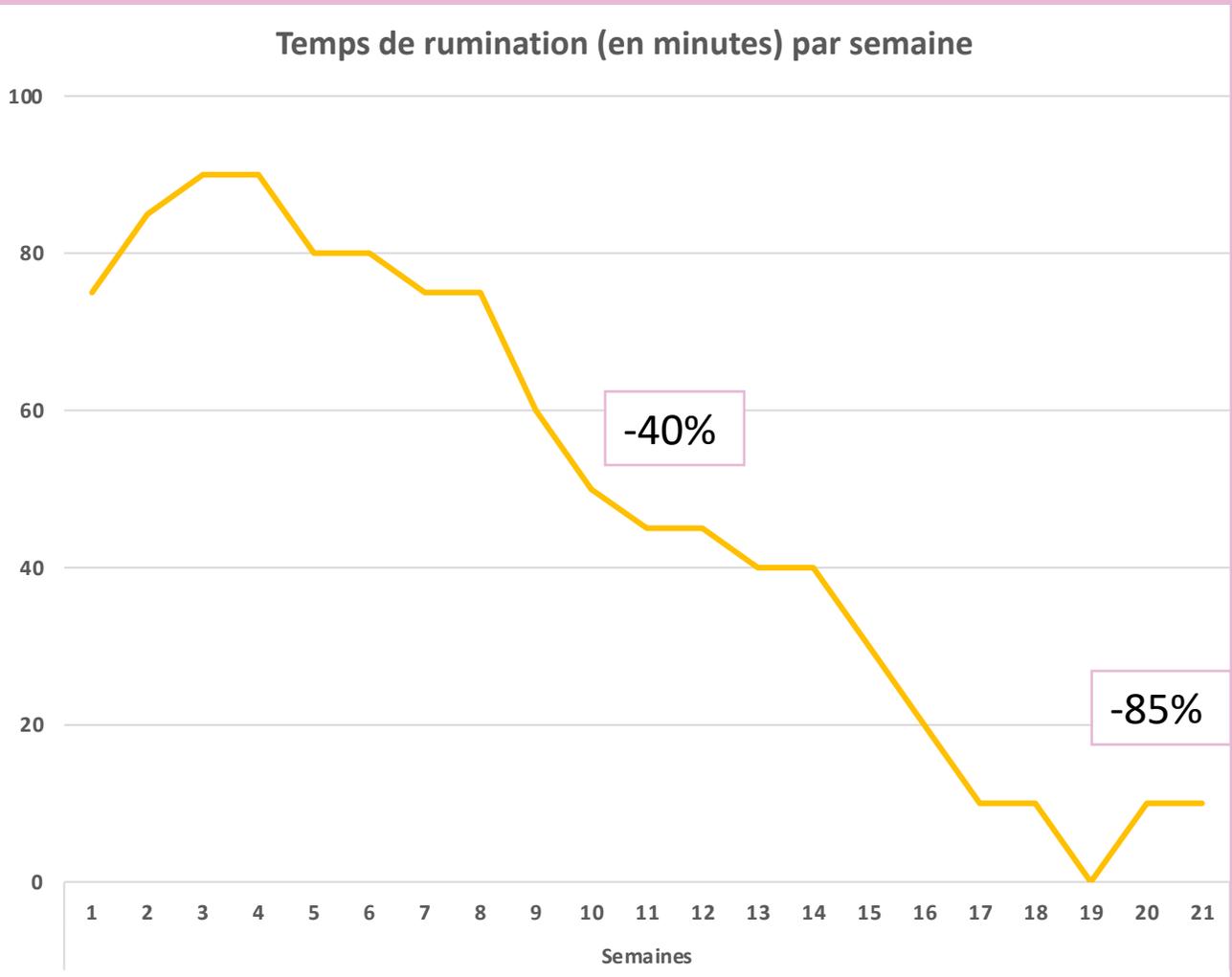
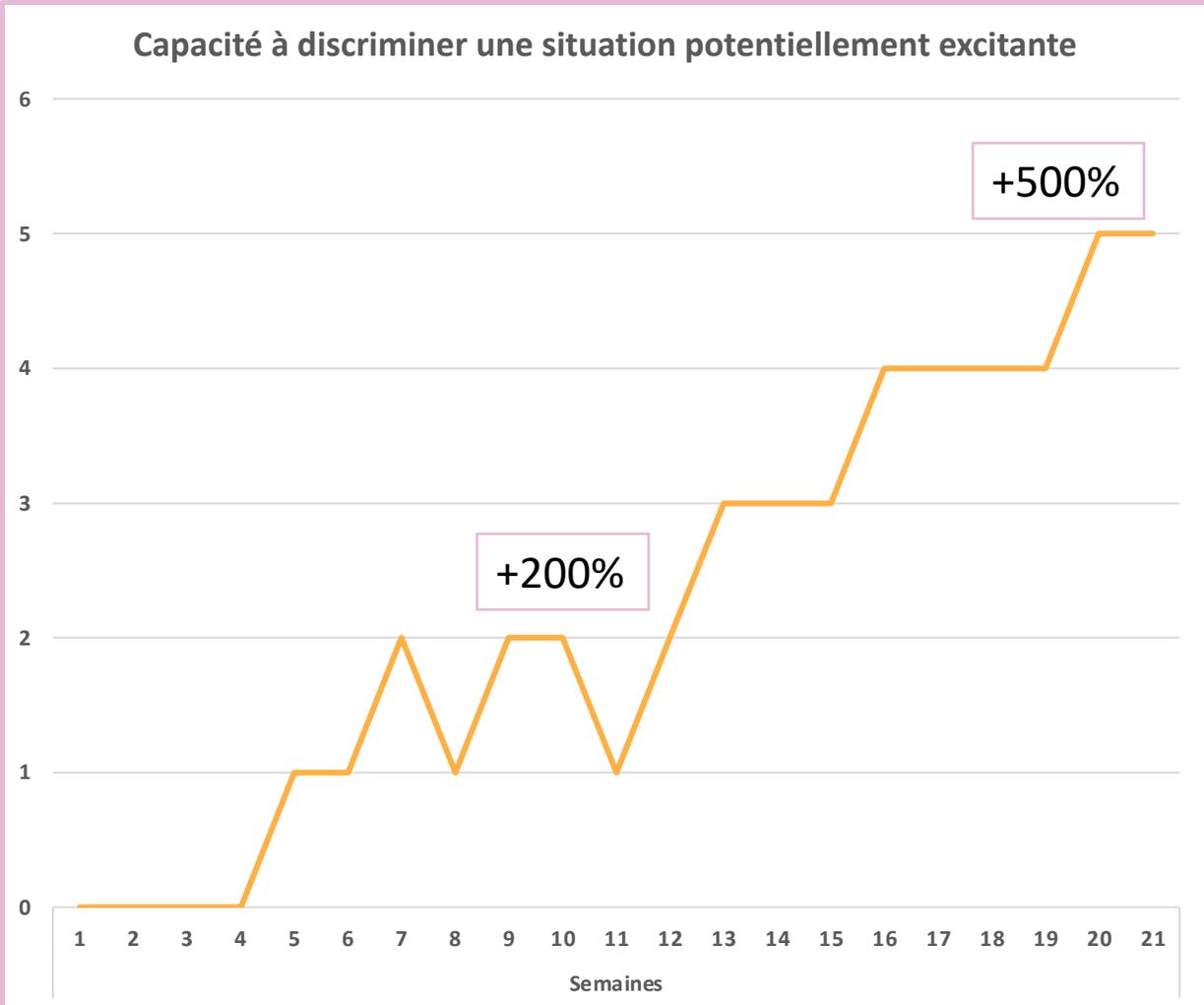
- **On note une belle amélioration des « comportements sexuels »**, avec une amélioration de la communication entre partenaires, un regain d'intérêt pour la sexualité, plus de variété, un vécu différent des préliminaires, une moins grande focalisation sur la performance en cours ($z = -0,77$, soit une amélioration de 100% par rapport au score initial).
- **L'accès à l'orgasme.**
- On observe, de façon connexe, **un positionnement très différent dans le cadre de la sexualité**, avec plus d'initiatives, l'apprentissage d'une mobilisation du bassin, du plancher pelvien, du tonus musculaire.
- **La patiente ressent davantage d'émotions positives dans le cadre sexuel, ainsi que de meilleures sensations sur le plan corporel** (tension dans la poitrine, vaso-congestion des parties génitales, meilleure lubrification, davantage de désir et de plaisir à être pénétrée).

Evolution des lignes de base

Evolution des lignes de base mensuelle : capacité à s'affirmer auprès du partenaire, sentiment d'épanouissement sexuel



Evolution des lignes de base





Discussion

Discussion

- Sophie a nettement amélioré son fonctionnement sexuel, ainsi que le ressenti pouvant en découler.
- *« Je m'abandonne à l'instant présent... » ; « Je me demande comment je dois agir, comment je peux guider mon homme » ; « quand je ressens de l'excitation, je suis désormais plus focalisée sur la situation, le contexte, et ce qui est en train de se dérouler ou sur les sensations agréables de mon corps ».*



Discussion

- Sophie a appris à **diriger son attention** sur les stimuli sexuels venant du contexte, de son partenaire, de ses sensations, et de son imaginaire érotique.
- Les **habiletés comportementales** ont-elles-aussi considérablement augmenté en post-traitement.
- Sophie a réussi à développer sa capacité à **mobiliser l'ensemble de son corps**, plus particulièrement son bassin, à utiliser un tonus musculaire général moyen et à solliciter la musculature pelvienne, ainsi qu'à respirer de manière abdominale.



Discussion

- Il semble y avoir un **lien probable et étroit** entre le **développement de certaines habiletés cognitives, comportementales, et la perception de certains ressentis**, et par conséquent **l'amélioration du fonctionnement sexuel global**.
- Le protocole a permis à Sophie de **prendre conscience de son fonctionnement et d'agir dessus directement**, par le **biais des apprentissages cognitifs et comportementaux**. Par ailleurs, la **psycho-éducation**, distillée tout au long du traitement, a poussé la patiente à **s'affirmer dans sa sexualité**, voire à « éduquer » son partenaire à ce qui lui plait. Elle a pu alors **développer de meilleures capacités d'assertivité sexuelle**; avec un **effet de généralisation sur la vie quotidienne** (entraînement comportemental ?).





Discussion

- Les nouveaux apprentissages ont permis à Sophie de **créer de nouvelles modalités comportementales dans l'appréhension du rapport sexuel**, et ainsi **casser les conditionnements acquis qui s'étaient constitués entre la prise de substance (3MMC) et le rapport sexuel**.
- Ils lui ont aussi **permis d'atteindre l'orgasme, et de rendre plus flexibles certaines croyances centrales** qu'elle pouvait avoir vis-à-vis d'elle-même « *je ne suis pas normale* »; « *mon corps est dysfonctionnel* », ce **qui a probablement contribué à l'amélioration de l'estime de soi**.

Conclusion

The background features a vibrant, abstract illustration with large, overlapping shapes in shades of teal, purple, and yellow. Three couples are depicted in various states of embrace and intimacy. On the left, a young woman with pink hair is being held by an older man. In the center, a woman with long dark hair is kissing a woman with blonde hair on the cheek. On the right, a woman with long dark hair is embracing a man with a beard who is seated in a wheelchair. The overall mood is warm and inclusive.

- Cette étude témoigne d'une **efficacité chez notre patiente au développement des habiletés érotiques dans le traitement de son anorgasmie.**
- Elle témoigne aussi d'un **phénomène encore trop peu étudié à ce jour, comme le rappelle les résultats de l'étude Sea, Sex and Chems de Cessa, D. (2021) : la diffusion du Chemsex en dehors des sphères LGBTQIA+ auxquelles celui-ci reste encore trop cantonné.**
- A la lumière de cette diffusion, cette étude de cas se veut donc être également un **élément réflexif et thérapeutique sur le plan clinique et appelle à la formation des professionnels de santé d'addictologie au repérage ainsi qu'à la prise en charge des troubles sexuels féminins, encore trop peu considérés et pris en charge ce jour.**



Merci pour votre
attention !

Femmes et sexualité



Point sur la santé sexuelle des femmes

55% des femmes françaises disent avoir déjà été confrontées à un trouble sexuel (Colson et al., 2006).

31% se disent insatisfaites sexuellement.

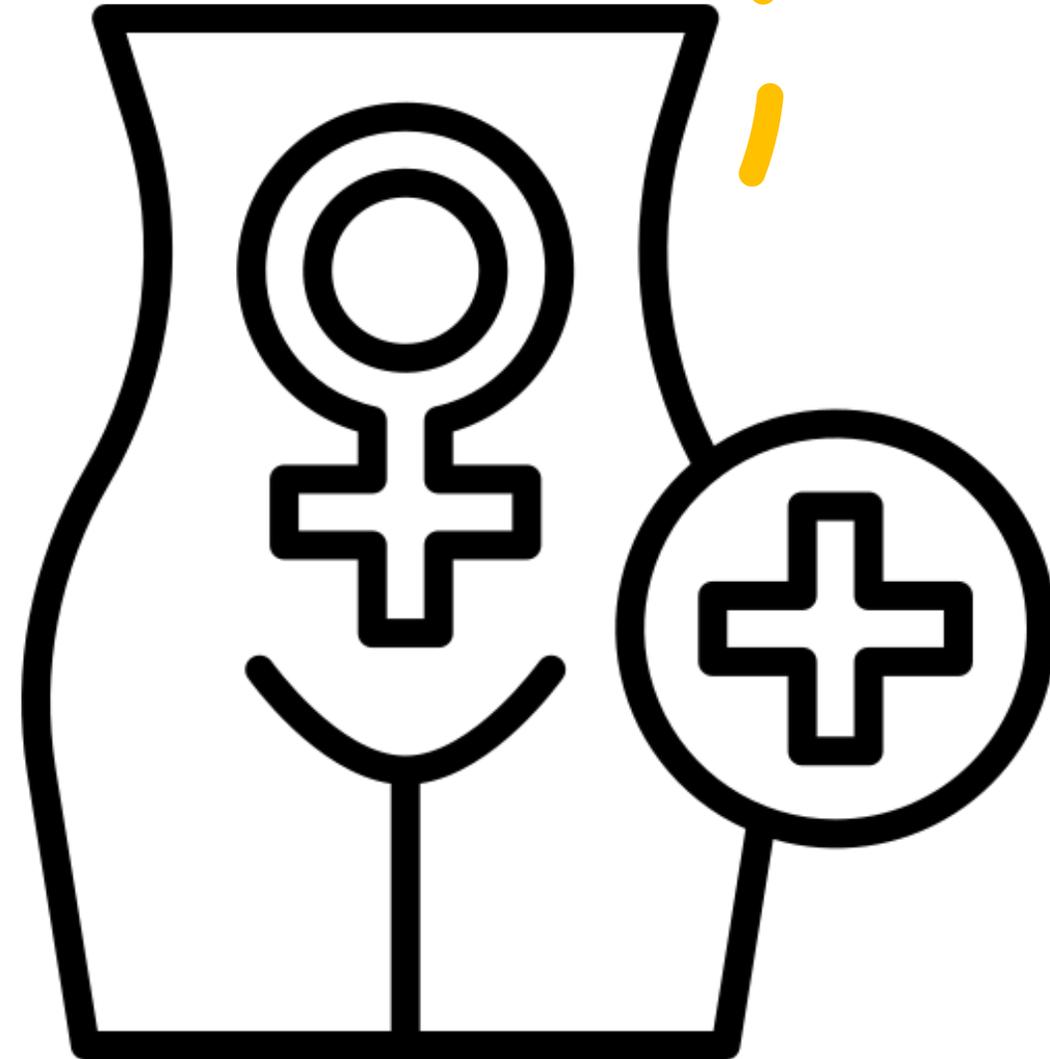
Trouble du désir sexuel : problématique féminine la plus courante.

La prévalence peut aller jusqu'à 40% des femmes interrogées selon les auteurs et la méthodologie (Bancroft, Loftus & Long, 2003).

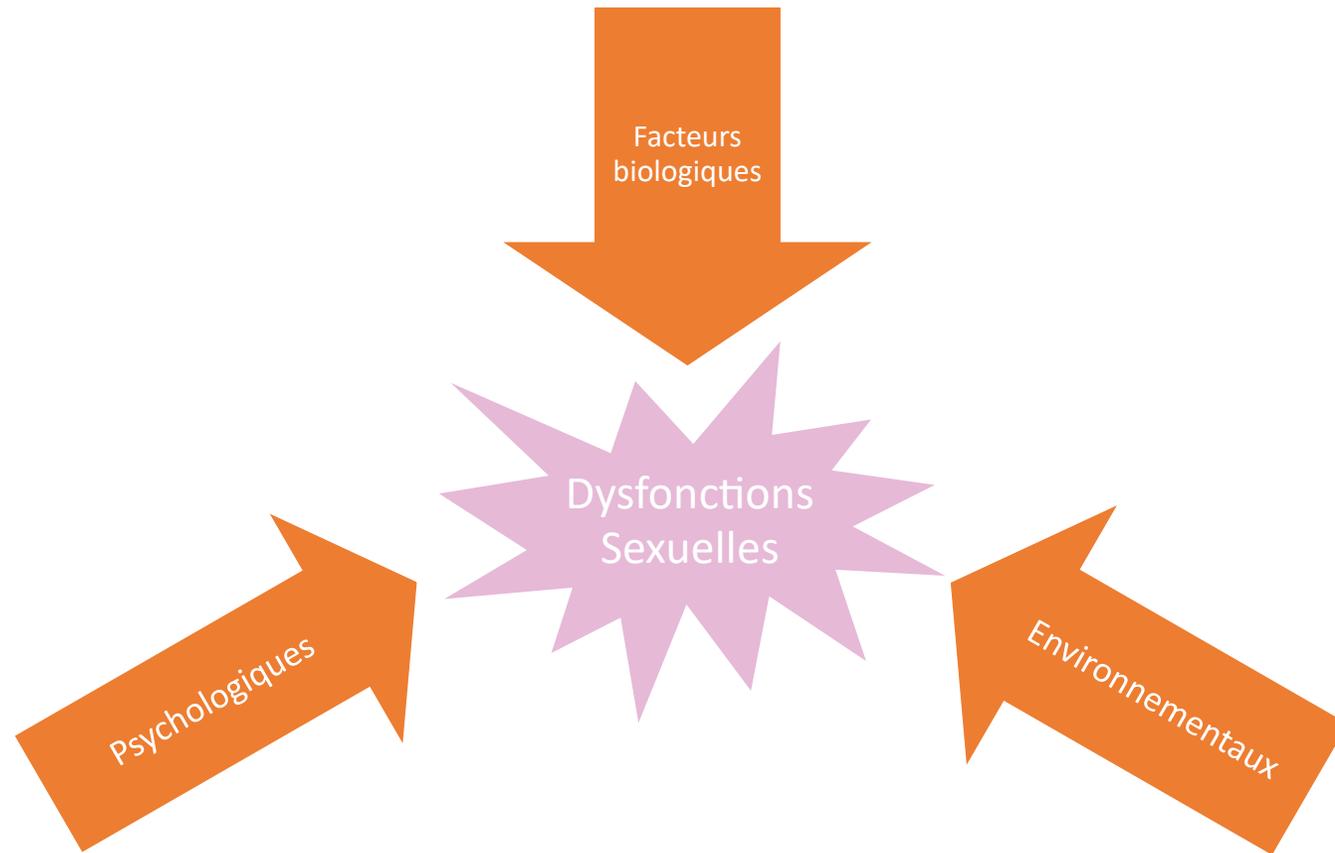
Trouble de l'orgasme : **jusqu'à 31% de femmes, faisant état d'une faible fréquence orgasmique**, en fonction des auteurs et de la méthodologie de recherche (Laumann et al., 1994 ; Shifren, et al., 2008 ; Witting, et al., 2008).

Point sur la santé sexuelle des femmes

- Selon Laumann et al. (1995) et Heiman (2002) : La présence d'une dysfonction sexuelle est associée au fait de se sentir moins heureux, d'avoir une faible estime de soi et un faible sentiment de bien-être, de ressentir du stress marital.
- Plus généralement : **les troubles sexuels ont un impact négatif notable sur les relations interpersonnelles et la qualité de vie en général** (Stephenson et Meston, 2017), **justifiant le besoin de développer et valider des traitements spécifiques.**



Point sur la santé sexuelle des femmes



Anorgasmie

Critères diagnostics :

- Le diagnostic de trouble de l'orgasme peut être posé, s'il y a présence de l'un ou des deux symptômes suivants, devant être éprouvés dans presque toutes ou toutes les occasions d'activité sexuelle :

(1) Retard marqué pour parvenir à l'obtention de l'orgasme ou diminution marquée de la fréquence ou absence d'orgasmes ;

(2) Diminution marquée de l'intensité des sensations orgasmiques.

- Ces symptômes persistent depuis 6 mois minimum **et provoquent une détresse cliniquement significative chez la personne.** Cette dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel ou par d'autres facteurs de stress significatifs, et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale (APA, 2016).



Anorgasmie

- Difficile de déterminer précisément une prévalence.
 - Les méthodes d'évaluation et la durée de prise en compte des symptômes varient grandement d'une étude à l'autre.
 - Souvent, les recherches ne prennent pas en considération le degré de détresse associé (Graham, 2010).
 - Souvent, seule une certaine proportion de femmes ayant des difficultés à atteindre l'orgasme signale une détresse associée (Witting, et al., 2008).
 - Dépendant très probablement de l'importance donnée à l'orgasme dans le cadre de la relation sexuelle.
 - Pour Shifren et al. (2008), **21,8% des 31.581 répondantes de leur étude rapportent une faible fréquence orgasmique, et seulement 3,4% y associeraient une souffrance psychologique.**