

LES TROUBLES DU PLAISIR ET DE L'ORGASME CHEZ LA FEMME

Dr Corinne Del Aguila-Berthelot Médecin sexologue
Cours du samedi 12 octobre 2013 de 11h à 13h

I – RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

La conceptualisation actuelle de l'orgasme :

L'orgasme est une expérience psycho-physiologique de courte durée consistant en un brusque relâchement des tensions érotiques. Il est défini comme étant une sensation de plaisir intense provoquant un état de conscience modifié, accompagnée de contractions des muscles striés à l'entrée du vagin qui amènent une sensation de bien-être.

- **Au niveau génital** : On ne considère plus qu'il y ait une dualité Clitoris/Vagin, mais une unité anatomophysiologique avec le clitoris solidaire du vagin. Le clitoris est le principal foyer de réponse sexuelle ¹. La stimulation de ses récepteurs au cours du coït est le résultat de la traction du prépuce.
- **Au niveau cérébral** : on démontre que l'orgasme est sous-tendu par une expérience émotionnelle et affective et que le cortex préfrontal joue un rôle dans la modulation cognitive permettant ou pas la diffusion de l'excitation jusqu'à la progression de l'orgasme
- **Au niveau hormonal** : L'ocytocine selon les études récentes a un rôle important. D'un côté l'orgasme fait sécréter beaucoup d'ocytocine, de l'autre on s'est rendu compte que plus on libère d'ocytocine et plus l'intensité orgasmique est forte
- **Au niveau psychique** : La qualité et l'intensité de l'orgasme féminin sont dépendantes de l'émotion amoureuse (activation de la partie gauche de l'insula) ²

II – DÉFINITIONS ET CLASSIFICATION DES TROUBLES DU PLAISIR ET DE L'ORGASME CHEZ LA FEMME

La nouvelle classification des troubles sexuels féminins

1. Troubles du désir :
 - trouble de désir sexuel hypo-actif
 - aversion sexuelle
2. Troubles de l'excitation sexuelle
3. Troubles orgasmiques
4. Troubles sexuels avec une composante douloureuse :
 - Dyspareunie
 - Vaginisme
 - Autres douleurs sexuelles

ORGASTIE

C'est un concept qui est défini chez la femme par la présence des réactions physiologiques sexuelles (réactions spasmodiques de décharges). Il s'agit d' *«un plaisir à point de départ clitoridien le plus souvent, obtenu de façon mécanique par frottement, avec peu ou pas de vécu émotionnel associé»*³.

ORGASMIE

Présence de satisfaction sexuelle **globale** à partir de stimulations à point de départ clitoridien mais principalement vaginal (sensoriel ou cérébral). Ici les **réactions sexuelles physiologiques** et les **éléments psychiques** sont **en phase**⁴.

ANAPHRODYSIE

Trouble global associant un trouble du désir et un trouble du plaisir associé.

ANORGASTIE

Désigne l'absence ou le non aboutissement des réactions physiologiques de décharges de la tension sexuelles chez la femme.

L'anorgastie est l'incapacité à atteindre le point de non-retour et la décharge orgasmique, c'est-à-dire les réactions spasmodiques chez la femme, ce qui correspond à l'éjaculation chez l'homme⁵.

ANORGASMIE

L'anorgasmie est l'incapacité à aboutir à une jouissance sexuelle associée à la montée de l'excitation et à la décharge sexuelle **quelque soit la stimulation sexuelle utilisée**. Elle peut être due à des réactions physiologiques absentes, un vécu émotionnel insatisfaisant, ou les deux associés.

Jean-Yves DESJARDIN définit l'anorgasmie comme **l'absence d'éléments psychiques de satisfaction profonde et globale de la femme, alors qu'elle peut être capable de vivre l'orgasme sur le plan physiologique**.

Les dysfonctions orgasmiques sont classés en⁶ :

1. Dysfonctionnement orgasmique primaire :
 - jamais d'orgasme quelles que soient les formes de stimulations physiques employées .
 - Appartiennent à cette catégorie toutes les femmes qui ne connaissent l'orgasme que lors de certains rêves ou par l'imagination.
2. Dysfonctionnement orgasmique secondaire ou contingent
 - orgasme une fois dans sa vie, que ce soit par l'acte sexuel homo ou hétéro, la sodomie, la masturbation ou le cunnilingus etc...
 - 3 sous-classes :
 1. dysfonctionnement lié à la masturbation,
 2. dysfonctionnement orgasmique coïtal,

3. dysfonctionnement orgasmique occasionnel
 - Anorgasmie sélective
 - Anorgasmie relationnelle

III – ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES DU PLAISIR ET DE L'ORGASME CHEZ LA FEMME

L'ENQUETE A.C.S.F. est la plus grande étude récente faite sur la sexualité des français entre 1990 et 1992 avec un échantillon représenté de 20 055 personnes.

Une première enquête ⁷ sur les comportements sexuels avait été menée en 1970 auprès de 2 600 personnes .

Elle a été suivie en 1992 de l'enquête « Analyse des comportements sexuels en France » (ACSF), menée auprès de 20 000 personnes, sous la responsabilité d'Alfred Spira (Inserm) et coordonnée par Nathalie Bajos (Inserm). L'équipe de recherche comprenait 22 chercheurs de l'Inserm mais aussi de l'Ined, de l'Université et du CNRS. L'enquête, dont nous rappellerons les principaux résultats, avait été financée par l'Agence nationale de recherches sur le Sida (ANRS). Elle avait eu un grand retentissement et donné lieu à de nombreuses publications², qui font encore aujourd'hui référence. Les résultats ont contribué à guider l'élaboration des politiques de prévention de la transmission sexuelle de l'infection à VIH.

Cette enquête à permis de montrer qu'il existait :

- Une corrélation entre l'orgasme et la masturbation :
 - Si elles se masturbent elles-mêmes :
 - 33% des femmes n'auraient jamais d'orgasme ou difficilement
 - 44% en auraient toujours ou facilement.
 - Si le partenaire les masturbe avec la main :
 - 20% n'auraient jamais d'orgasmes ou difficilement
 - 65% en auraient toujours ou facilement
- Une corrélation entre l'orgasme et les pratiques sexuelles :
 - Si le partenaire pratique le cunnilingus :
 - 23% n'auraient jamais ou difficilement d'orgasme
 - 55% en auraient toujours ou facilement
 - Par la pénétration vaginale du sexe du partenaire :
 - 16% n'auraient jamais ou difficilement d'orgasme
 - 74% en auraient toujours ou facilement
 - Par la pénétration anale du sexe du partenaire :
 - 56% n'auraient jamais ou difficilement d'orgasme
 - 19% en auraient toujours ou facilement.

Enquête CSF ⁸ : 12 364 femmes et hommes, âgées de 18 à 69 ans interrogés par téléphone.

- 7,4% des femmes ont souvent (et 28,9% parfois) des difficultés à atteindre l'orgasme, cette difficulté étant rapportée plus fréquemment à la fois par les femmes les plus jeunes et par les plus âgées.

IV – ÉTIOLOGIES DES TROUBLES DU PLAISIR ET DE L'ORGASME CHEZ LA FEMME

A – Les dyspareunies

TOUS les types de dyspareunies peuvent entraîner une diminution ou une absence de plaisir dans un premier temps et secondairement une anorgasmie.

B – Les atteintes organiques

Toutes atteintes organiques vulvaires, vaginales, pelviennes (vaginites infectieuses, radiuse etc., endométriose, fibrome, rétroversion utérine, épisiotomie, brides ou cicatrices douloureuses, adhérence clitoridienne etc...)

C- Les atteintes de la libido

La baisse de la libido peut être due à :

- Des troubles somatiques (**endocriens**, des **tumeurs**, des maladies **cardiaques**, des troubles **neurologiques** qui peuvent à la fois jouer de manière indirecte sur la libido mais aussi directement par atteinte des nerfs périphériques , des atteintes médullaires et/ou centrales).
- Des troubles psychiques (Dépression sévère)
- Prise de toxiques
 - Alcool à forte doses (dépression généralisée du SNC et atteintes périphériques)
 - Amphétamines : entravent la libido et le fonctionnement sexuel
 - Les autres drogues sont à priori stimulantes.

D – Les médicaments

Tous les troubles sexuels entraînent un arrêt des traitements que ce soit ISRS ou insuline.

On n'a quasiment aucune information sur les médicaments et les troubles sexuels féminins. En revanche on a pas mal de données sur les dysfonctions sexuelles féminines.

- Les antidépresseurs. : les antidépresseurs sérotoninergiques. Aucun effet avec le moclobémide (moclamine® IMAO) et le bupropion(Zyban®).Nb : Avec le seroplex® on a moins d'anorgasmie que sous deroxat® ou effexor®. Les patients n'osent pas parler à leur psychiatre de leurs troubles sexuels. Le seuil de déclenchement de l'orgasme est modifié mais elles ne perdent pas l'orgasme. Donc si on stimule plus ou avec un sextoy elle retrouve l'orgasme. De plus à l'arrêt du traitement cela revient.
- Il existe un effet stimulant avec la viloxazine (vivalan®) et le tradazone (pragmarel®).
- Autres psychotropes : Tous les neuroleptiques inhiberaient la libido, sauf les butyrophérones (Haldol®). Ainsi que tous les anxiolytiques, les IMAO, les antiépileptiques.
- Attention aux diurétiques

- Attention aux anti-HTA en particulier au Trandate, avlocardyl, hemipralon, propranolol et tous les anti-HTA d'action centrale (catapressan®) qui sont inhibiteurs de la libido. Ils sont également presque tous inhibiteurs de l'érection.
- Les antiarythmiques en particulier, la cordarone, la digoxine,. Ils inhibent presque tous l'érection.
- Les hypocholestérolémiants, ils jouent tous sur l'érection et la libido

V – QUEL RETENTISSEMENT CHEZ LES FEMMES ?

A – Les changements du schéma corporel

- la chirurgie des zones symboles de féminité
- le traumatisme psychique à l'annonce d'une maladie
- les maladies de peau (organe relationnel par excellence)
- les grossesses avec la distension du muscle pubo-coccygien
- à contrario les modifications du schéma corporel peuvent autoriser les femmes à vivre du plaisir sexuel comme par exemple les hystérectomies sur fibrome qui créaient des douleurs ou des saignement et surtout si on a bien préparé le terrain.

B – Le couple

1. le sexe dans le couple
2. le climat affectif
3. les circonstances et le couple
 - contraception inexistante avec impossibilité de lâcher prise
 - coït interrompu, technique contraceptive, qui utilisée longtemps peut entraîner une anorgasmie
 - climat de stress, d'insécurité ou tension qui ne lui permettra pas de se laisser aller à l'orgasme va interrompre l'évolution de l'excitabilité → création de pensées anticipatrices d'échec en fonction de la violence du traumatisme et en fonction de la répétition de l'échec

VI – Le profil psychologique des femmes qui ont des troubles du plaisir et de l'orgasme

- Des femmes qui ont une **personnalité anxieuse** et qui n'arrivent pas à **prendre du recul**
- Des **structures phobiques** ou **obsessionnelles** (peur irrationnelle de **l'abandon**, des craintes de l'homme d'être **salie, blessée, soumise**), la peur de **perdre qqchose dans l'orgasme** (perte du **contrôle**) alors que bizarrement elles peuvent avoir des orgasmes toutes seules donc perte du contrôle avec l'autre (quand elles se masturbent elles contrôlent le moment, l'action et le fantasme alors qu'avec l'autre elles perdent le contrôle et ont peur de montrer à l'autre leur capacité de lâcher prise)
- Des structures de type **état limite ou prépsychotique** (des femmes qui évoquent la peur de se perdre, peur de perdre leur limite..)

On peut avoir du plaisir et pas d'orgasme

On retrouve chez les patientes atteintes de dysorgasmie :

- des problématiques de **perte ou de séparation** non résolues
- une **intolérance** de la part du milieu
- une **éducation trop répressive**

Sur le plan psychodynamique, les femmes anorgasmiques présentent :

- Des conflits de type œdipien (le fait de se sentir séparé et individué par rapport à sa mère) avec **besoin narcissique intense**. Il faut bien différencier le côté exhibitionniste de la féminité (ce qu'on montre, maquillage etc) et le côté narcissique (comment on se ressent).
- Des conflits de type oedipien avec des **sentiments de culpabilité et de compétition importants**
- On retrouverait chez ces femmes un **refus de la féminité** (femmes ayant eu de très mauvais rapports avec leur mère).
- A l'inverse les femmes qui ont un orgasme facile auraient pu bénéficier d'une image paternelle vécu comme forte.

Dans les couples avec dysorgasmie féminine :

- d'avantage de conflits⁹
- moins de communication, en particulier autour de la sexualité¹⁰
- d'avantage de reproches féminins avec femme peu réceptive et très en contrôle

L'orgasme simultané c'est une autre problématique. Ça va renforcer le sentiment de fusion mais ça fait perdre les émotions que l'autre vit lorsqu'on jouit en décalé. C'est pas forcément un meilleur orgasme que celui vécu en décallé et surtout les femmes qui viennent consulter elles cherchent déjà à avoir un orgasme, l'orgasme simultané n'est pas le problème.

VII – PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU PLAISIR ET DE L'ORGASME DE LA FEMME

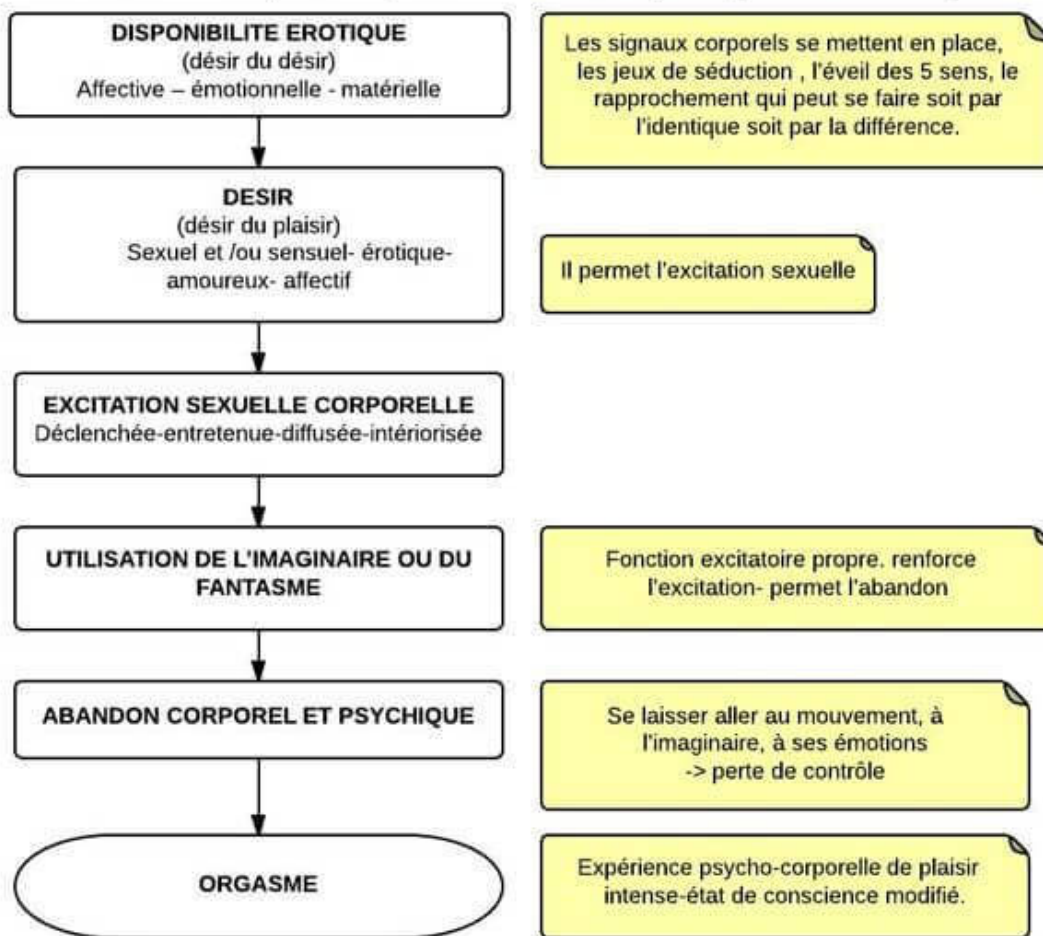
L'orgasme est pour beaucoup d'hommes et de femmes, un fait biologique spontané et attendu, quelque part magique, qui termine le rencontre sexuelle.

L'anorgasmie est un plainte sexuelle souvent exprimée comme isolée, arrivée presque par hasard, dissociée de tout contexte affectif, relationnel et sexuel et ce autant pour les hommes que pour les femmes.

Qu'est-ce qui est indispensable pour atteindre l'orgasme ?

De la grille d'évaluation peuvent se dégager des orientations thérapeutiques possibles en fonction de ou des séquences inadaptées ou absentes qui seront à reprendre dans le processus thérapeutique.

Grille d'évaluation clinique des séquences nécessaires à l'orgasme (Catherine CABANIS)



Modifié par <http://www.blogdunsexologue.com>

A – Jouir est un long chemin vers soi

- L'orgasme féminin s'apprend et les dysorgasmies primaires diminuent avec le temps (au contraire des troubles de l'érection)
- Un bon rapport avec son corps permet d'améliorer la capacité orgastique. Il y a une corrélation significative entre une bonne image de soi et de son corps avec la capacité orgasmique chez la femme et la capacité à s'abandonner et avoir du plaisir avec son partenaire ¹¹
- Apprendre à devenir active sur son plaisir. Il faut faire comprendre aux femmes qu'elles ne sont pas pénétrées mais qu'elles accueillent quelque chose dans leur vagin. Pour être accueillante il faut être active et présenter les choses bien. C'est l'érotisation du lien vagino-phallique. Être active dans l'action c'est avant tout érotiser son vagin.
- Importance des pensées positives : Pas d'orgasme si pas envie d'avoir d'orgasme
- Apprendre à s'abandonner dans la relation à l'autre. Travailler sur la peur de l'attachement, les carences affectives, la peur de l'abandon, les interdits religieux et les tabous, etc...
- Rôle des événements extérieurs : perturbation de l'axe neurophysiologique du plaisir dans les surmenages, asthénies, anxiété, dépression, deuils, ruptures etc...

B – Jouir est un long chemin vers l'autre

- Impact important de la qualité de la communication et de la stabilité de la relation de couple dans la réponse orgasmique féminine
- La qualité de l'orgasme ne dépend pas des pratiques sexuelles mais de la qualité de la relation à deux.
 - Il existe une corrélation positive entre la fréquence des orgasmes vaginaux et les 5 paramètres relationnels suivants : intimité, sentiment amoureux, passion, confiance et qualité de la relation à deux ¹²
- De nombreuses dysorgasmies sont liées à des conditions émotionnelles et relationnelles insatisfaisantes.
 - Il y a une corrélation importante entre compatibilité relationnelle dans le couple et DSF
 - Un orgasme obtenu dans des conditions de partage émotionnel avec le partenaire est plus satisfaisant que quand il est obtenu par masturbation.

Après ça dépend de l'état d'esprit de la femme, de sa capacité à lâcher prise. Il ne faut pas stigmatiser les femmes qui ont des plan culs car elles peuvent avoir une vie sexuelle très satisfaisante. Par contre les femmes qui souffrent de dysorgasmie c'est intéressant de creuser la qualité de la relation.

- Orgasme et lâcher prise = ocytocyne
- Ocytocyne = attachement
- Si on a pas d'orgasme avec un plan cul rencontré il y a 15 jours c'est peut-être que le corps se protège pour le moment.

C – Les questions à poser

- s'agit-il d'une anaphrodisie ? Absence de désir et de plaisir
- ancienneté du trouble ?
- trouble sélectif direct
- Trouble relationnel ou pas? Anorgasmie conjugale ou extraconjugale
- Trouble permanent ou intermittent? L'orgasme est fragile il n'est obtenu que dans certaines conditions (par exemple une position).
- Parfois, on retrouve un élément déclencheur précis : événements de vie positifs ou négatifs.

Chez la femme, la sexualité n'est souvent qu'un baromètre particulièrement sensible à tout ce qui l'entoure .

D – L'entretien de couple

Il est souhaitable.

Il permet de se rendre compte de l'attitude du partenaire :

- **Paternaliste** : oh mais je comprend pas pourquoi elle consulte, on va y arriver tout seul (alors que ça fait 20 ans)
- **Très angoissé** : Culpabilise de ne pas savoir faire naître des sensations génitales agréables alors que d'autres oui (souvent peu ou pas de vécu sexuel) et va

chercher des réponses très sexuelles sur comment il pourrait faire mais ne remet jamais en question son comportement en dehors de l'acte sexuel

E – Les réponses possibles

- prise de conscience des blocages et dédramatisation
- attitudes autorisantes (le fait de se masturber pendant l'acte)
- information anatomique et physiologique

- Thérapie à médiation corporelle.
- Thérapie sexuelles centrées sur le couple avec une thérapie de la communication associée à une rééducation sensorielle (sensate focus I et II)
- Savoir ne pas renforcer la course à la normalité que représente la demande d'orgasme vaginal

Il y a 80% de femmes qui ont besoin d'une stimulation clitoridienne directe pendant la pénétration pour avoir un orgasme. 0% des hommes serait dérangés par le fait que leur femme se stimule le clitoris d'ailleurs cela les exite que les femmes se touchent pendant l'acte. Si les femmes ne veulent pas se toucher c'est du à un carcans éducationnel. L'homme n'a que 2 bras, ce n'est pas bouddha et c'est pas son boulot de passer tout l'acte à stimuler le clitoris. En plus pour l'homme c'est sympa de tripoter le clitoris 5 min mais au bout d'un moment il a envie de toucher autre chose (seins cheveux fesses).

F – Les réponses chimiques

Des substances pour le désir, l'excitation mais rien pour le plaisir ou l'orgasmes spécifiquement.

- Hormonales :
 - INTRINSA® patch de testostérone retiré de la vente car trop peu vendu
 - Testostérone sublinguale + vardenafil : LYBRIDO
 - Les IPDE5 augmentent le désir et le plaisir mais ne jouent pas sur l'orgasme. Ces signaux d'excitation périphérique ne sont toutefois pas ressentis comme des signaux sexuels. Si on rajoute de la testostérone qui a un effet central la réponse est perçue comme une réponse sexuelle.
 - → pour les femmes qui ont une hypo réactivité sexuelle
 - Testostérone sublinguale +IRS : LYBRIDOS → chez les femmes qui n'ont pas de désir
 - Application vaginale de DHEA : amélioration de l'atrophie vaginale, du désir sexuel, de l'excitation et baisse des douleurs génitales chez femmes ménopausées.
 - Administration orale de DHEA : étudiée sur des femmes de plus de 40 ans.
- Crème d'ALPROSTADIL (FEMPROX®) : améliore l'excitation et le désir mais pas l'orgasme

G - Les réponses mécaniques

C'est bien quand elles travaillent avec leurs doigts mais au début si elles arrivent pas elles peuvent utiliser un sextoy, un vibromasseur.

1 - Le stimulateur clitoridien digital

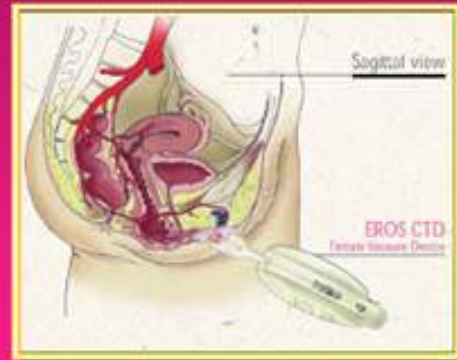
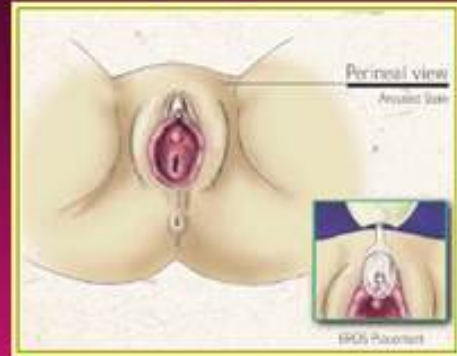
- Couronne de petites crêtes nodulaires qui stimulent les 8000 terminaisons nerveuse du clitoris tout en gardant le lubrifiant en son centre
- Il optimise la stimulation sexuelle afin d'atteindre plus rapidement l'orgasme et de façon plus intense.
- Il peut être manipulé par la femme ou son partenaire



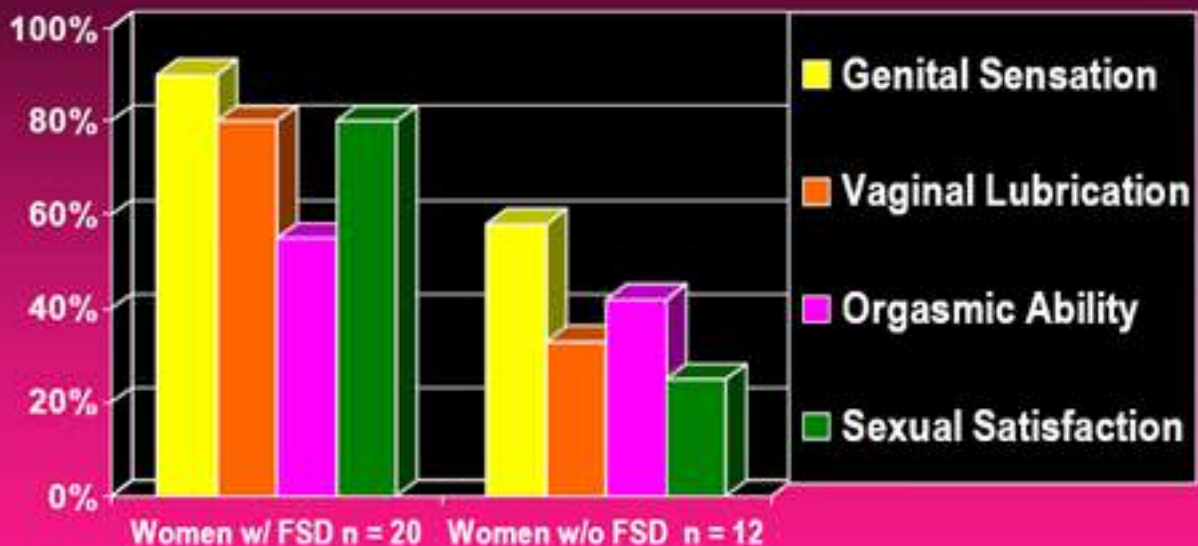
2 - Clitoral Therapy Device

- L'eros ctd crée une tumescence du clitoris, permettant de meilleures sensations génitales, une meilleure lubrification, plus de faciliter à atteindre l'orgasme.
- Utilisation 4 fois par semaine avec 3 ou 5 cycles espacés d'une minute
- Seule en rééducation ou avec un partenaire au cours d'un rapport.
- Sur prescription médicale

Eros Therapy™



Initial Empirical Study on Eros Clitoral Therapy Device



Eros Efficacy: Improved Parameters

Billups, KL, et al. (2001). *Journal of Sex & Marital Therapy*.

H - Les réponses chirurgicales

- Réduction des petites lèvres.
- Réduction du capuchon clitoridien.
- Augmentation du galbe des grandes lèvres
- Augmentation du volume du mont de Vénus.
- Réduction des grandes lèvres
- Réduction du mont de Vénus
- Rehaussement du point G à l'acide hyaluronique. C'est la zone sur laquelle la fourche du clitoris constitué par les racines des 2 corps, caverneux se rejoignent. C'est un endroit très vascularisé. Le fait de le rehausser permet chez certaines femmes d'avoir plus d'orgasme
- Rétrécissement du diamètre du vagin
- Reconstruction hymeneale
- Traitement du vaginisme et des douleurs de vulve par toxine botulique
- TOT/TVT : chirurgie urinaire contre les fuites même si pour l'homme les pertes urinaires de leur partenaire ne les dérangent pas trop

CONCLUSION

La prise en charge d'une dysorgasmie peut aller très vite au bout de quelques séances en connectant seulement 2-3 choses, ou au contraire prendre plusieurs années en nécessitant de travailler sur toutes les composantes de la sexualité humaine :

©<http://www.blogdunsexologue.com/cours-de-sexologie/les-dysfonctions-sexuelles/dysfonctions-sexuelles-feminines/les-troubles-du-plaisir-lorgasme-chez-femme>

- physiologique : par quel mécanisme la patiente à crée son mode excitatoire ? Certaines qui sont resté dans des schémas archaïques contraction/détente sous tension n'aiment pas les préliminaires
- sexodynamique : le sentiment d'appartenance à son sexe, la féminité, les codes d'attraction sexuel (qu'est ce qui m'excite), l'imaginaire érotique
- les composantes cognitives : connaissances, jugement de valeur, idéologie ...
- les composantes relationnelles : communication érotique et amoureuse, séduction...

L'amélioration des connaissances anatomiques et neuro-physiologiques ainsi que la mise sur le marché de nouvelles molécules pour la sexualité féminine vont modifier les façons de penser et de travailler.

Mais les enjeux autour de la sexualité féminine sont nombreux avec la peur que les femmes deviennent insatiables, ruisselante de plaisir et qu'elles devront aller voir ailleurs pour être satisfaites sexuellement...

BIBLIOGRAPHIE

1. GIULIANO ↔
2. Ortigue 2007 ↔
3. Jean-Yves DESJARDINS ↔
4. Jean-Yves DESJARDINS ↔
5. Desjardins J.-Y. (1996) : Approche intégrative et sexocorporelle. *Sexologies*, 5/21: 43-48. ↔
6. D'après Masters & Johnson ↔
7. Simon P., Gondonneau J., Mironer L. et Dourlen-Rollier A.M., Rapport sur le comportement sexuel des Français, Paris, Julliard et Charron, 1972. ↔
8. *Enquête sur la sexualité en France* de Nathalie BAJOS et Michel BOZON ↔
9. Oberg, 2005 ↔
10. Kelly, J Sex Marital Ther. 2004 ↔
11. Nobre & Pinto Gouveia, 2008 ↔
12. Costa & Brody, J Sex Marital Ther. 2007 ↔