



# Sexualité et incontinence

Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 638-41

**J. Buffat**

Dr Juliette Buffat  
7 chemin Paul Rose, 1213 Onex  
jbuffat@hin.ch

## Sexuality and incontinence

Incontinence is anything that inhibits the expression of sexuality. Male problems like premature ejaculation and erectile dysfunctions are forms of incontinence. The inability to retain ejaculation or maintain erection long enough to give pleasure to the partner generates feelings of shame and guilt which weaken virility. Feminine sexual dysfunctions like loss of desire, anorgasmia and vaginismus are results of excessive continence due to negative familial and religious education, moral and social values. The sexologist's task is first to find out the origins of the sexual trouble then to propose an adequate treatment.

**Sexualité et incontinence ne font pas bon ménage. Du côté masculin, les principales dysfonctions sexuelles que sont l'éjaculation précoce ou les dysfonctions érectiles sont provoquées par une incontinence, soit l'incapacité à retenir son éjaculation ou à maintenir son érection le temps nécessaire pour pouvoir donner du plaisir à sa partenaire, ce qui engendre des sentiments d'échec et de honte qui fragilisent l'identité masculine. Du côté féminin, les dysfonctions sexuelles féminines comme le manque de désir, l'anorgasmie et le vaginisme sont provoquées par un fort excès de continence encouragé par l'éducation morale, familiale, religieuse et sociale. Le travail du sexologue sera de rechercher l'origine du trouble sexuel afin de proposer une approche thérapeutique adaptée.**

## INTRODUCTION

Parcourant notre expérience de vingt ans de pratique en sexologie, nous allons décoder les dysfonctions sexuelles masculines et féminines, leurs différentes étiologies et leurs sens cachés au travers du thème de la continence et de l'incontinence. La sexologie est un champ où le nombre de diagnostics est limité, mais chaque nouveau patient présente une histoire personnelle qui recompose différemment la problématique sous-jacente. Nous espérons que cet article sera utile à tous nos collègues confrontés à des troubles sexuels, qu'il les aidera à chercher les différentes pistes qui permettent de traiter nos patients en repérant l'alchimie inconsciente de leur symptôme sexuel qui cache souvent des choses inavouables et bien camouflées.

## ÉJACULATION PRÉCOCE

L'éjaculation précoce est définie par l'ICD-10 (International classification of diseases-10)<sup>1</sup> comme *l'incapacité à différer suffisamment l'éjaculation pour que les deux partenaires trouvent du plaisir dans les rapports sexuels*, ce qui met d'emblée la problématique dans le champ relationnel en impliquant le plaisir du partenaire. Ce trouble est fréquent chez les hommes jeunes, peu expérimentés et anxieux de nature. La peur de mal faire, le manque de confiance en soi, les sentiments amoureux, la peur de s'engager dans une histoire sérieuse qui pourrait faire souffrir, surtout s'ils ont déjà vécu un échec douloureux, amplifient le problème ; comme la baisse de fréquence des rapports sexuels, effet secondaire dû à la frustration répétée de la partenaire. Certains patients ne se décident à consulter que lorsqu'ils sont trompés ou sur le point d'être quittés. Nous observons de plus en plus de plaintes d'éjaculation précoce chez des jeunes hommes initiés et nourris de pornographie qui complexent de ne pas avoir un pénis aussi gros et durant que celui des acteurs stars des films X (tableau 1).

Pourtant la majorité des hommes sont capables de différer l'orgasme plus longtemps lorsqu'ils se masturbent que lors du coït. Ce qui fait de la masturbation quotidienne voluptueusement prolongée et prescrite médicalement la meilleure des thérapies, triplement efficace par la diminution de la tension sexuelle, l'apprentissage de la lenteur et la découverte que l'excitation érotique peut procurer des sensations agréables.



**Tableau 1. Différentes étiologies de l'éjaculation précoce**

Somatiques	Psychologiques	Sexologiques	Relationnelles
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frein trop court</li> <li>• Cicatrice de circoncision</li> <li>• Complexes physiques en comparaison des acteurs stars de la pornographie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Timidité</li> <li>• Anxiété</li> <li>• Manque de confiance en soi</li> <li>• Abandonnisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relations sexuelles peu fréquentes</li> <li>• Masturbation rare</li> <li>• Manque d'expérience sexuelle</li> <li>• Egoïsme sexuel</li> <li>• Gêne de ses sensations d'excitation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peur de mal faire</li> <li>• Peur de s'engager</li> <li>• Peur de l'échec</li> <li>• Attitude très fusionnelle</li> <li>• Agressivité refoulée</li> <li>• Comportement passif-agressif</li> </ul>

## DYSFONCTIONS ÉRECTILES

Le trouble de l'érection est défini dans le DSM-IV (Diagnostic and statistical manual – revision-IV)<sup>2</sup> par *l'incapacité persistante à atteindre ou à maintenir une érection adéquate et satisfaisante jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel*. La défaillance érectile apparaît dès les préliminaires mais plus fréquemment lors de l'intromission vaginale. Les hommes ont tendance à croire que le problème est plus mécanique que psychologique. En fait, il s'agit plutôt d'un problème de cœur, au sens propre et figuré. Toutes les maladies atteignant le système cardiovasculaire sont susceptibles de provoquer une impuissance. Mais un «coup de foudre amoureux» qui fait perdre tous ses moyens, saupoudré d'une bonne dose d'anxiété de performance, peut faire durer un trouble érectile d'origine émotionnelle. Les hommes sentimentaux, émotifs et romantiques, sont plus souvent victimes de trouble érectile que les machos autoritaires bien implantés dans leur virilité. Les soumis préfèrent une partenaire directive qui les mène par le bout du nez et, craignant toute confrontation directe, ils ne parviennent à «dire non qu'avec la queue» pour exprimer leurs désaccords (tableau 2).

Un travail sur le renforcement de l'identité masculine et de la confiance en soi ainsi que l'encouragement au développement d'une plus forte affirmation de soi permettront peu à peu de bander fermement et sans support médicamenteux.<sup>3</sup>

## INCONTINENCES SEXUELLES FÉMININES

On pense tout d'abord à l'incontinence urinaire, mais en vingt ans de pratique sexologique, nous n'avons pas vu une seule patiente se plaignant de problème sexuel en relation avec une incontinence urinaire. Une étude hollandaise<sup>4</sup> portant sur 160 femmes incontinentes relève qu'un tiers d'entre elles note une perte d'urine liée à l'activité

sexuelle, surtout à la pénétration profonde ou au moment de l'orgasme.

Par contre, les «femmes fontaines» consultent lorsqu'elles sont gênées par l'émission d'une quantité abondante de liquide au moment de l'orgasme, qualifiée «d'éjaculation féminine». Il est important de les rassurer sur l'origine du liquide qui n'est pas de l'urine mais des sécrétions vaginales abondantes émises lors d'orgasmes violents venant d'une exquise stimulation du point G.<sup>5</sup> De nombreuses femmes trouvent «sales» les sécrétions sexuelles (pertes vaginales, lubrification de l'excitation, règles menstruelles, sperme) ce qui les inhibent sexuellement alors qu'elles sont parfaitement physiologiques.

Il faut aussi citer les béances vaginales provoquées par la naissance d'un gros bébé ou des naissances rapprochées qui distendent les parois vaginales et donnent à l'homme l'impression «de se perdre». Nous n'avons pas pour habitude en Suisse de proposer systématiquement aux jeunes mamans des exercices de rééducation du plancher périnéal pour retonifier les muscles pelviens. La musculation du périnée s'apprend en quelques séances puis peut se pratiquer à domicile au quotidien; ces exercices simples permettent la découverte, l'acquisition ou la récupération de l'orgasme vaginal.

## EXCÈS DE CONTINENCE SEXUELLE FÉMININS

Les motifs de consultations sexologiques féminines sont le plus souvent secondaires à un excès de continence sexuelle<sup>6</sup> (tableau 3). Rappelons que les filles sont éduquées très tôt à «dire non» et à apprendre à contrôler leurs pulsions sexuelles et à les refouler pour respecter les valeurs morales, religieuses et sociales. La chasteté et la virginité féminine sont encore considérées comme des qualités recherchées et valorisées. Mais le développement et l'acquisition de cette continence sexuelle vertueuse nuisent à l'apprentissage et à l'épanouissement érotique féminin: autocensure et expression du désir ou recherche du plaisir ne sont pas compatibles.

**Tableau 2. Différentes étiologies des dysfonctions érectiles**

Somatiques	Psychologiques	Relationnelles
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pathologie cardiovasculaire</li> <li>• Syndrome métabolique</li> <li>• Diabète</li> <li>• Andropause</li> <li>• Déficit en testostérone</li> <li>• Certains médicaments</li> <li>• Abus de toxiques (alcools, drogues)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété de performance</li> <li>• Forte émotivité</li> <li>• Sentimentalité et romantisme</li> <li>• Coup de foudre amoureux</li> <li>• Perte de travail</li> <li>• Perte de statut social</li> <li>• Difficultés financières</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Homme intimidé</li> <li>• Trop gentil et soumis</li> <li>• Peine à s'affirmer</li> <li>• Virilité fragile</li> <li>• Agressivité inhibée</li> <li>• Vulnérabilité postdivorce ou postrupture affective</li> </ul>

**Tableau 3. Liens entre troubles sexuels et incontinence**

Incontinences sexuelles	Continence sexuelle excessive
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejaculation précoce</li> <li>• Dysfonction érectile</li> <li>• Femmes fontaines: éjaculation féminine</li> <li>• Béance vaginale post-partum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de désir</li> <li>• Anorgasmie</li> <li>• Dyspareunie</li> <li>• Vaginisme</li> </ul>



## MANQUES DE DÉSIR

C'est le motif de consultation féminine le plus fréquent caractérisé par une *déficience ou absence persistante de fantasmes imaginatives d'ordre sexuel et de désir d'activité sexuelle, la perturbation étant à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles*.<sup>2</sup> On trouve des motifs variés, outre l'auto-censure éducative, qui engendrent une forte culpabilité à se donner ou à se laisser aller au plaisir et qui conduisent à l'évitement de toute situation érotique. Les rêves et fantasmes sexuels sont donc considérés comme pervers et bannis du conscient.<sup>7</sup> La peur d'une grossesse non désirée ou la crainte d'attraper une maladie sexuellement transmissible peuvent inhiber le désir comme les complexes physiques et le sentiment de ne pas correspondre aux «cansons des femmes sexy publiquement désirables» véhiculés par la publicité et la pornographie.<sup>8</sup>

La déception et la désillusion inévitables après la période de «lune de miel» où l'on croit avoir rencontré le «prince charmant», le désintéret progressif du partenaire, ses baisses d'attentions (compliments, fleurs, cadeaux, mots doux, soupers en tête à tête, sorties, voyages ou vacances originales) éteignent le feu du désir féminin. La monotonie et la routine sexuelles conviennent indéniablement mieux aux hommes qu'aux femmes.<sup>9</sup>

Le manque de désir peut être secondaire à une union maritale consacrée par l'état civil mais reniée par les familles d'origine. Comme l'arrivée des enfants qui empiètent sur l'espace intime conjugal et détournent sans cesse l'attention des parents, les désaccords sur l'éducation ou encore les enfants adolescents qui font la loi à la maison et culpabilisent leurs parents d'avoir encore une vie sexuelle active. Sans oublier la dépression, le deuil, des difficultés financières ou familiales.

Les motifs de continence sexuelle, voire d'abstinence complète sont si divers, surtout chez les «femmes gentilles et bien élevées», que nous ne pourrions tous les citer (tableau 4). Le plus important est de les rechercher et de les

explicitement avant de décider ensemble si on peut faire quelque chose pour les traiter.<sup>10</sup>

## ANORGASMIES FÉMININES

L'anorgasmie est définie comme *l'absence ou le retard persistant de la survenue de l'orgasme après une phase d'excitation normale*, tout en sachant qu'il existe chez la femme une grande variabilité dans le type ou l'intensité de la stimulation nécessaire pour déclencher un orgasme et que la capacité orgasmique de la femme augmente avec l'âge et la diversité des expériences et des partenaires sexuels rencontrés.<sup>11</sup>

Il faut distinguer l'anorgasmie clitoridienne de l'anorgasmie vaginale. L'organe primaire du plaisir féminin est le clitoris, équivalent embryologique miniature du pénis masculin. Rares sont les femmes incapables de jouir avec leur clitoris sauf autocensure, ignorance et inhibition du développement psychosexuel. La plupart des femmes connaissent l'orgasme, ne serait-ce qu'en rêvant, mais ne l'ont pas identifié comme tel...

Une femme qui ose se permettre d'être sexuellement active, curieuse et entreprenante se donne bien plus de chance d'accéder à l'orgasme que si elle se cantonne dans une position passive et soumise, tant physiquement que mentalement. La découverte du plaisir est plus facile en solo qu'en duo car l'activité auto-érotique permet de fantasmer en toute liberté. Or, l'imaginaire érotique est indispensable aux femmes qui souhaitent s'épanouir et accéder à la jouissance, autant que pour entretenir la flamme de l'amour sur la durée. Routine et monotonie engendrent ennui, perte du désir, peine à s'exciter et à atteindre l'orgasme. Frustrations, ressentiments, colères et infidélités font de même (tableau 5).

Un bon sexologue doit savoir expliquer l'importance des pratiques masturbatoires qui développent la connaissance du corps et oser les prescrire pour favoriser l'accès à l'orgasme clitoridien et vaginal.<sup>12</sup>

Tableau 4. Différentes étiologies des manques de désir

Somatiques	Psychologiques	Sexologiques	Relationnelles
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bouversements hormonaux</li> <li>• Post-partum</li> <li>• Allaitement</li> <li>• Hyperprolactinémie</li> <li>• Déficit en testostérone</li> <li>• Ménopause</li> <li>• Endométriose</li> <li>• Posthystérectomie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-censure</li> <li>• Education sexuelle négative</li> <li>• Poids de la religion et des traditions</li> <li>• Complexes physiques</li> <li>• Dépression</li> <li>• Deuil</li> <li>• Post-IVG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexualité culpabilisée</li> <li>• Evitement érotique</li> <li>• Désintéret sexuel</li> <li>• Absence de fantasmes érotiques</li> <li>• Sentiment de ne pas être désirable</li> <li>• Peur d'une grossesse</li> <li>• Peur des MST et du sida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monotonie</li> <li>• Routine</li> <li>• Déceptions</li> <li>• Désillusions</li> <li>• Infidélités</li> <li>• Difficultés avec les enfants</li> <li>• Désaccords avec les familles d'origine</li> <li>• Difficultés familiales</li> </ul>

Tableau 5. Différentes étiologies des anorgasmies

Somatiques	Psychologiques	Sexologiques	Relationnelles
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Méconnaissance du clitoris</li> <li>• Ignorance du point G et des organes génitaux</li> <li>• Béance vaginale post-partum</li> <li>• Trop tendue et contractée pendant les rapports sexuels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besoin de tout contrôler</li> <li>• Peur de se laisser aller</li> <li>• Auto-censure de la sexualité</li> <li>• Attitude passive et soumise</li> <li>• Obsession de parvenir à jouir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Méconnaissance de ses propres zones érogènes</li> <li>• Absence de fantasmes érotiques</li> <li>• Pas de pratique masturbatoire</li> <li>• Manque de désir</li> <li>• Trouble de l'excitation sexuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relation non investie</li> <li>• Aventures sexuelles</li> <li>• Partenaire non engagé</li> <li>• Routine et monotonie</li> <li>• Manque de savoir-faire du partenaire</li> <li>• Partenaire égoïste</li> <li>• Conflit conjugal</li> </ul>



**Tableau 6. Différentes étiologies de la dyspareunie et du vaginisme**

Somatiques	Psychologiques	Sexologiques	Relationnelles
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mycoses ou cystites à répétition</li> <li>• Post-IVG</li> <li>• Post-partum</li> <li>• Utérus rétroversé</li> <li>• Ménopause</li> <li>• Problème digestif chronique</li> <li>• Endométriose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Immaturité, encore «petite fille» dans sa tête</li> <li>• Attitude négative envers le sexe</li> <li>• Fausses idées sur les organes génitaux</li> <li>• Mère envahissante et surprotectrice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peur et dégoût du pénis</li> <li>• Antécédents d'abus sexuels</li> <li>• Incompatibilité de dimensions des organes génitaux (vagin-pénis), réelles ou imaginaires</li> <li>• Peur d'être enceinte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peur du fort désir masculin</li> <li>• Difficultés d'engagement</li> <li>• Désamour</li> <li>• Conflits de couple</li> <li>• Jalousie</li> </ul>

## DYSPAREUNIE ET VAGINISME

La dyspareunie est une *douleur génitale persistante associée aux rapports sexuels*; elle peut être *superficielle*, à l'intromission, ou *profonde* quand le pénis appuie au fond du vagin.<sup>13</sup> L'intensité des symptômes varie d'une gêne légère à une douleur aiguë et s'accompagne souvent de sensations de brûlures. L'évolution est souvent chronique et entraîne un évitement des relations sexuelles. L'origine est plutôt somatique (dimensions organes génitaux, problème gynécologique, digestif ou urinaire) que psychogène (problèmes avec le partenaire ou avec sa propre conscience).

Le vaginisme est un *spasme involontaire des muscles du plancher pelvien qui entourent le vagin, entraînant son occlusion*. Le spasme survient lors de toute tentative de pénétration: pénis, doigt, spéculum, ou tampon. La contraction peut être *légère*, responsable d'un certain resserrement, à *sévère*, empêchant toute pénétration. La simple anticipation d'une pénétration vaginale peut déclencher le spasme musculaire. L'origine du trouble est soit psychogène, soit organique et secondaire à une douleur locale (tableau 6). Souvent découvert par le gynécologue à l'examen vaginal ou lors d'une demande de traitement pour infertilité, il atteint plutôt des femmes jeunes ayant une attitude négative envers le sexe ou des antécédents d'abus sexuels ou une mère envahissante et surprotectrice.<sup>14</sup>

## CONCLUSION

La sexologie médicale fait appel à de nombreux domaines<sup>15</sup> et si les miracles de l'amour échappent à notre compréhension, il en va de même des origines des troubles sexuels tant les causes sont multiples et intriquées: somatiques, psychiques, émotionnelles, sentimentales, relationnelles, familiales, éducatives, morales, religieuses... Les symptômes sexuels cachent des étiologies variées et sou-

vent inavouables et ce n'est qu'en recherchant les causes qu'on trouve des solutions. Seule une anamnèse détaillée et circonstanciée permet de poser un diagnostic précis et de proposer un choix thérapeutique adéquat.<sup>16</sup> Il faut savoir que l'explicitation des causes et des origines du symptôme sexuel possède déjà en soi un grand pouvoir thérapeutique. Nos patients ont besoin de parler de leur intimité dans un climat de confiance où l'on peut reconnaître leurs souffrances puis dédramatiser leurs difficultés. Il faut savoir insister sur les savoir-faire acquis dans leurs expériences passées et l'importance d'en acquérir d'autres dans le futur car la vie sexuelle est un champ d'apprentissage et de découvertes qu'il ne faut jamais cesser d'explorer. ■

### Implications pratiques

- En sexologie, la continence excessive est caractéristique des dysfonctions sexuelles féminines alors que l'incontinence est le propre des dysfonctions sexuelles masculines
- Ce qui aide le plus les patients qui souffrent d'un trouble sexuel, c'est de chercher par une anamnèse précise et détaillée à comprendre et identifier les origines et les causes de leur trouble
- La plupart des dysfonctions sexuelles masculines et féminines sont d'origine mixte, somatique, psychologique, émotionnelle, sentimentale, relationnelle, éducative et familiale
- Etablir un diagnostic médical et sexologique précis permet de proposer et de choisir la meilleure approche thérapeutique pour chaque patient ou couple consultant

## Bibliographie

- 1 Classification internationale des troubles mentaux et du comportement, ICD-10 OMS, 1993;171-3.
- 2 \*\* Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM IV, American Psychiatric Association, 1995, 4<sup>e</sup> version; 577-632.
- 3 Leleu G. La mâle peur. Paris: J'ai Lu, 1999.
- 4 Vierhout ME, Gianotten WL. Mechanisms of urine loss during sexual activity. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1993;52:45-7.
- 5 Perry JD, Talcott LB. Le point Gräfenberg, 15 ans après. Cahiers Sexo Clin 1993;19-118:21-5.
- 6 Buffat J. Motifs de consultations sexologiques féminines. Rev Med Suisse 2005;1:754-61.
- 7 Friday N. L'empire des femmes. Paris: Albin Michel, 1991.
- 8 Zwang G. Atlas du sexe de la femme. Paris: La Musardine, 2001.
- 9 Gray J. Mars et Vénus sous la couette. Paris: J'ai Lu, 1997.
- 10 Leleu G. Le traité du désir, des caresses, du plaisir. Paris: J'ai Lu, 1995, 1997, 1998.
- 11 \* Zwang G. Considérations chronobiologiques sur l'établissement de la physiologie orgasmique féminine. Cahiers Sexo Clin 1994;20-119:28-36.
- 12 Choucroun D. Thérapie comportementale des anorgasmies primaires. Med Hyg 1993;51:825-30.
- 13 Enslér E. Monologues du vagin. Paris: Balland, 1999.
- 14 Choucroun D. Impénétrée-impénétrant ou les conflits d'un sexe visité et d'un sexe visiteur. Med Hyg 1982;40:1320-5.
- 15 Abraham G, Pasini W. Introduction à la sexologie médicale, Paris: Payot, 1974.
- 16 \* Buffat J. Comment aborder les problèmes sexuels au cabinet médical? Rev Med Suisse 2006;2:798-801.

\* à lire

\*\* à lire absolument