

# **L'amour est-il bon pour la santé ? Vraies et fausses allégations.**

Mireille Bonierbale

Psychiatre-Sexologue ( CRIR-AVS Marseille)

Qui n'a pas reçu aujourd'hui en consultation un(e) patient(e) qui n'ait pris le temps de se documenter sur son problème et n'attend en quelque sorte de vous, que suiviez la solution qu'il ou elle a sélectionné et ne vous a secrètement choisi à la lumière des clics positifs et avis accolés à votre nom sur les forum et autres sites d'évaluation de vos pratiques

## **Où on peut dire que l'Histoire de l'information sexuelle démarre ?**

C'est dans les années 60, qu'on voit la naissance de deux mouvements : une nouvelle prise en charge des difficultés sexuelles et de nouvelles connaissances du fonctionnement sexuel humain

La spécificité => créer les conditions favorables à une « sexualité épanouie ».

Pourquoi ? On sortait d'une période d'obscurantisme, d'interdits et d'idées reçues sur le fonctionnement sexuel ; de simples messages de dédramatisation et d'informations autorisantes sur le comportement sexuel avaient un effet pratiquement « miraculeux » sur les pannes blocages et difficultés sexuelles.

Dans les matériaux thérapeutiques, en 1955 on voit avec la REBT (Rational Emotive Behavior Therapy) de Albert Ellis naître des outils pour surmonter les émotions dans ce qu'elles peuvent être destructrices et auto-nuisibles à la qualité de vie. C'est dans cette mouvance, que les méthodologies de dépistage et de correction des concepts erronés s'affinent dans le but d'obtenir des réponses comportementales adaptées : la grille d'analyse du BASIC ID de Lazarus, va servir de base de travail pour les Comportements inadéquats.

Le modèle PLISSIT de Hanon (1976) décortique quatre niveaux d'intervention dans les thérapies : autorisation (P), information limitée (LI), suggestions spécifiques (SS), et thérapie intensive (IT). Qui met en valeur la place de l'information pour que la personne puisse construire ses manques

<b>Dédramatisation, information, autorisation sont alors les maîtres mots des attitudes « thérapeutiques » des problèmes sexuels.</b>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Information ou allégation : départager**

**La définition juridique de l'allégation dit que le mot Allégation** est employé le plus souvent au pluriel dans un sens péjoratif comme synonyme d'affirmation, de déclaration relativement à des faits dont l'existence reste à prouver ou relativement à des prétentions fantaisistes

**Les premières informations** sur les fonctionnements sexuels issus des travaux de William Howell Masters, gynécologue-obstétricien, et Virginia Eshelman Johnson, son assistante ont été mal reçus voire intolérables dans les années 60, et rejetés .

Qu'y trouvait on ?

- les femmes n'ont pas un orgasme vaginal ( bon orgasme) et un clitoridien qui serait mauvais : il n'y a pas différence entre un orgasme vaginal et un orgasme clitoridien.

- la femme est plus apte que l'homme à avoir des orgasmes multiples, elle peut jouir seule...
  - la longueur du pénis n'a aucune incidence sur la capacité d'un homme à satisfaire sa partenaire
  - les personnes âgées peuvent avoir une sexualité active : ce groupe dont on avait longtemps considéré qu'il n'avait plus ou peu d'activité sexuelle « performante » montrait que c'était non seulement possible, mais « normal ».
- ⇒ la réaction à ces nouvelles données ne se fait pas attendre et fait assimiler les études sur le comportement sexuel de William Masters, et Virginia Johnson à une forme de pornographie, et d'allégations non scientifiques ; ils sont congédiés de l'hôpital Universitaire de Saint-Louis en 1964

Cependant leurs travaux met en place en 1965 et 66 , le schéma général des sexothérapies dans lequel l'éducation du couple ou l'individu sur le cycle de la réponse sexuelle fait partie des outils majeurs des effets de la pédagogie sexuelle. La connaissance physiologique approfondie du fonctionnement du cycle sexuel était jusque-là objet d'ignorance sinon de fausses croyances : on y retrouvait un amalgame d'interdits religieux et d'ordre moral, appuyé sur la procréation, sources d'inhibitions et de culpabilité. Il ne faut pas oublier que les médecins avaient longtemps conforté scientifiquement le discours religieux jusqu'au XIXème siècle, et que même aujourd'hui les fausses croyances ont encore la vie dure (il n'est pas rare d'entendre encore des jeunes attribuer à la masturbation une crainte de stérilité). C'est face au tabou et en partant d'observations « in vivo » que sont publiés en 1966 *Human Sexual Response* , livre qui décrit en détail les caractéristiques de la réponse sexuelle humaine avec quatre phases constituant le « cycle sexuel » : ( Excitation, Plateau, Orgasme,

Résolution ) Livre à succès comme à controverses publiques. "Human sexual inadequacy " (1970) décrit peu après dans un langage simple, les difficultés sexuelles des hommes et des femmes, établit une nosologie biomédicale pour leur diagnostic et propose des traitements des dysfonctionnements sexuels en s'appuyant sur leur modèle du cycle sexuel en quatre étapes.

Ces œuvres ouvrent le domaine de la thérapie sexuelle, et continuent encore aujourd'hui à fournir une base pour les approches de la recherche et la thérapie sexuelle, les cycles sexuels servent toujours de base pour les classifications médicales comme le DSM

### **Portée et critique des découvertes du domaine de la santé sexuelle dans les années 60-70**

Que ressort-il de la diffusion des travaux de W master et V Johnson ?

Des biais méthodologiques ont été retrouvés dans ces travaux ultérieurement, et il n'a pas été possible de reproduire le taux de succès de leurs résultats.

Leurs programmes de traitements sexologiques intensifs publiaient des résultats satisfaisants avec des taux de succès importants, pouvant se maintenir jusqu'à 5 ans. Mais ceci sans groupe comparatif, sans méthodes d'évaluations claires, et sur une patientèle sélectionnée. On constata par la suite que les gains thérapeutiques ne se maintenaient pas autant que les auteurs l'avaient décrit, que les rechutes étaient présentes, qu'il pouvait y avoir des transformations en d'autres symptômes, et que de nombreux patients nécessitaient plus de 2 semaines de traitement.

L'évaluation à posteriori des résultats de suivi à 5 ans n'incluaient que 29 % de l'échantillon de départ sans qu'on puisse savoir quels couples n'avaient pas été recontactés ni pourquoi ils avaient refusé de répondre, ce qui ouvrait la question d'un manque de preuve des résultats de ces traitement à long terme.

Par la suite les sexologues ont fait une adaptation progressive et un recadrage de ces programmes thérapeutiques dont le succès populaire avait été fondé au moment de leur diffusion sur le besoin de proposition de thérapies brèves et l'espoir pour de nombreux individus d'améliorer leur fonctionnement sexuel et il sont toujours utilisé ou associés à des traitements pharmacologiques pour faire des thérapies combinées

Le courant sociologique (Morrow) souligne l'aspect ethnocentrique du travail de Masters et Johnson influencé par les valeurs occidentales de la sexualité. Pour lui classer le cycle sexuel en quatre étapes aboutit à une définition étroite de la fonction sexuelle :

- pour une femme aboutir à l'orgasme
- et pour l'homme à une éjaculation lors du coït,

a pour résultat que tout autre alternative devient dysfonctionnelle, sans que la notion de désir sexuel y figure.

On peut cependant retenir de la contribution de Morrow la nécessité d'être critique vis à vis du modèle de Masters et Johnson devenu une norme universelle de « fonctionnement sexuel sain » ; la thérapie sexuelle doit aller plus loin que le fonctionnement du patient en n'oubliant pas de prendre en compte son contexte socioculturel et économique afin de ne pas mettre en place des thérapies « normatives » basées sur le seul rétablissement d'une fonction normalisée sans tenir compte de l'environnement, de la vie sexuelle et de l'histoire du patient et de son couple.

On ne peut pas méconnaître l'ouverture initialisée par ces sexothérapies dans l'aide, l'accompagnement, et la prise en charge des patients en souffrance dans leur vie sexuelle : privilégier l'information a pour effet de dédramatiser les peurs individuelles et de corriger les erreurs de concepts et de croyances qui perturbent le cycle sexuel ce qui génère une représentation plus fluide et « autorisée » du fonctionnement sexuel et permet le développement et d'acquisition d'habiletés sexuelles par l'apprentissage et la remise en fonction progressive de la sexualité déficiente

### **Quelles informations aujourd'hui pour aider la vie sexuelle? Quelle place ont-elles prise ?**

Mais est ce qu'aujourd'hui les modèles normatifs avec d'autres normes ne sont pas plus encore diffusés ?

Aujourd'hui les couples sont moins compliants, ont plus de demandes personnelles, il faut des adaptations de consignes thérapeutiques à la carte, on trouve plus de demandes médicalisées avec l'idée de gagner du temps mais en perdant celui de l'insight de développement personnel.

Lo Piccolo attribue en 1994 le déclin des sexothérapies classiques et de leur acceptabilité, à des changements culturels qui modifient la nature des problèmes des patients et leur étiologie. Ainsi s'agit-il aujourd'hui de fonctionner sexuellement seulement pour se prouver sa capacité comme pouvoir fonctionner avec toutes les rencontres possibles dans une relation sans attachement ?

Le coté positifs, c'est que les patients sont devenu mieux documentés sur les problèmes sexuels et leurs prises en charges, ils sont moins honteux de leur symptômes, moins inhibés par l'évolution de la morale ; ils se rapprochent en quelque sorte du profil des « patients experts » pour lesquels le bénéfice de l'information thérapeutique est moins flagrant, ils font de l'auto-thérapie et acquièrent des habiletés sexuelles .

Mais « la pédagogie sexuelle » est médiatisée à l'excès, il y a surabondance de diffusion de films érotiques, de « bibliothérapie » par journaux médiatiques interposés, internet, livres grands public de sexologie internet réseaux sociaux, forum sexo etc

Les patients n'attendent plus comme dans les années 60,70 d'être « autorisés à fonctionner » et acquérir « un savoir-faire » sexuel, ils veulent devenir efficace et experts en sexualité... Tout se passe comme si le médicament ou le gadget (sex toy) ou la recette « comment faire pour » remplaçait la parole ; la question du sens du symptôme et de son avènement devenant obsolètes tant pour le patient que le médecin. Le pénis fonctionnel s'est substitué à l'homme sur le devant de la scène thérapeutique, et la femme en est le témoin de sa capacité de séduction, de la qualité de la réponse de son érection dans les études d'efficacité des « traitements » par médicament sexo-actifs.

En clair les composantes affectives et relationnelles sont passées au second plan dans les études et les recherches sont au profit du fonctionnement sexuel « sec ».

Mais la société de rencontres fugaces par site internet interposés et adapté à l'adultère programmé n'est-elle pas la démonstration de nouveaux modèles devenant des moteurs de comportements ?

L'excitation a remplacé le Désir mais les patients sont confrontés à ce que les aides pharmacologiques ne résolvent pas toutes les difficultés de soi et du couple si les problèmes intrapsychiques qui sont souvent à l'origine d'inhibition sexuelle et de détresse ne sont pas abordés.

Récemment, McCabe et Althof ont encore montré que les difficultés sexuelles de l'homme méritent plus d'évaluations pour retrouver un équilibre dans sa vie sexuelle que celle de la seule capacité de son pénis à retrouver une érection..... Mais y a-t-il encore un public pour l'entendre ?

### **Une santé sexuelle magique ?**

L'information se transforme en « Modes d'emploi » le désir lié à la transgression de l'interdit se transforme en obligation de « désirer » qui gomme le Désir (qui ne peut être que pulsionnel et spontané)

La transgression devient une norme avec une « sexo porno » comme modèle d'information ; mais bien sûr cela génère de nouvelles anxiétés et de nouvelles plaintes (ne pas éjaculer assez, ou trop vite, faire hurler sa partenaire), une recherche d'un savoir être « normal » qui devient normalisé ?

A qui vont bénéfiques ces nouveaux comportements ? L'industrie des sexo-actifs (sex toys, vidéo, gadgets divers), les médias, les chaînes de télé « hard », l'industrie pornographique, les sites de rencontres..

Le scénario de la banalisation a remplacé la dédramatisation, mais pour un sexe sans âme, sans « histoire », sans amour ? « Baiser vite souvent avec de nombreux partenaires »

**Si la question posée n'est-elle pas « L'amour est-il bon pour la santé ? » de quel « amour » parle-t-on ?**

A « Amour » dans le Larousse et apparentés on trouve :

Inclination d'une personne pour une autre, de caractère passionnel

Sentiment d'affection, d'attirance sentimentale et sexuelle entre deux personnes.

Mais si ici c'est de faire l'amour que nous parlons, parlons-nous de sentiment **ou bien** d'activité ? d'agir ou de sentir ?

D'après l'OMS l'éducation à la santé vise à susciter la responsabilité des individus concernant leurs comportements et la promotion de la santé vise à agir sur le contexte social, l'environnement et le cadre légal.

La santé, forme du bien-être individuel et collectif, serait ainsi devenue comme le souligne A Giami une des valeurs centrales et suprêmes du monde contemporain

Alors :..La santé par l'amour, parlons en...souvenons-nous pour que pour Montaigne :  
« *l'éducation a pour but non pas de remplir des vases, mais d'allumer des feux.* » Sont-ce ici les  
« Feux de l'Amour ? »

**Références**

Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84 (2), 191-215.

Benson H, & Epstein, M.D (1975). *The Placebo Effect: A Neglected Asset in the Care of Patients. Chapter 12 in Health for the Whole Person*. West View Press.

Bransford JD, Brown A,L, Cocking R.R(1999). *How people learn: Brain, mind, experience, and school*. Whashington, DC: National Academy Press.

Donahey K, Miller S. (2001). *What works in sex therapy : a common factors perspective In New Directions in Sex Therapy: Innovations and Alternatives*. (K. PJ, Éd.) Philadephia: Brunner-Routledge.

Giami A : Santé sexuelle , (2005) : la médicalisation de la sexualité et du bien-être : Comprendre (revue de philosophie et de sciences sociales : 97-115 (P.U.F.)

Guerin P. (1984). *L'évaluation des psychothérapies*. Paris: PUF.

Luborsky L, Singer B, Luborsky I. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.

McCabe MP, Althof SE. : (2014) A Systematic Review of the Psychosocial Outcomes Associated with Erectile Dysfunction: Does the Impact of Erectile Dysfunction Extend Beyond a Man's Inability to Have Sex? J Sex Med. Feb;11(2):347-63.

Masters WH, Johnson V. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown and Co.

Masters W, Johnson V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown & C

Morrow R. (1996). A critique of Masters' and Johnson's concept and classification of sexual dysfunction. *Revue Sexologique* , 4, 159-180.