

Les outils bibliothérapeutiques : Un adjuvant pour promouvoir la santé sexuelle de nos patients ?

Philippe KEMPENEERS^{1,2}, Alexandra HUBIN³, Olivier LEX¹, Odile MASSARCZYK¹, Jean-François PAIROUX², Emmanuel PAQUOT¹, Luc WAGENER¹

¹ Clinique psychiatrique des Alexiens, Henri-Chapelle (B)

² Université de Liège, Dpt des Sciences de la Santé Publique, Liège (B)

³ Université Catholique de Louvain, Institut d'Etudes de la Famille et de la Sexualité, Louvain-la-Neuve (B)

Contacts :

Philippe Kempeneers
Clinique psychiatrique des Alexiens
68 rue du château de Ruyff
4841 Henri-Chapelle
Belgique

p.kempeneers@ulg.ac.be

RÉSUMÉ :

Il est connu que la santé sexuelle des personnes souffrant d'affections psychiatriques et psychologiques est souvent fortement appauvrie. Les intervenants en santé mentale se sentent parfois désarmés face à ces difficultés sexuelles, peu formés qu'ils sont pour les prendre en charge, manquant de moyens pour y répondre. Dans ce contexte, l'information des patients sur les difficultés sexuelles et leurs possibilités de traitement semble indispensable. S'il est inenvisageable d'affecter un sexologue à chaque service de santé mentale, il pourrait être en revanche bien utile de recourir à des documents bibliothérapeutiques afin d'aiguiller les personnes en souffrance à ce niveau dans la recherche de solutions. On appelle « bibliothérapie » ce mode de traitement qui consiste à diffuser par écrit des informations et des consignes thérapeutiques. Certaines bibliothérapies ont déjà été élaborées et testées dans le domaine des troubles sexuels ; d'autres, expérimentales, sont en cours d'évaluation clinique notamment par les soins de trois des auteurs du présent article. Il pourrait s'agir d'adjuvants appréciables s'agissant d'améliorer la santé sexuelle des patients des hôpitaux de jour.

Bibliotherapeutic tools: An adjunct to promote our patients' sexual health?

ABSTRACT:

It's known that sexual health of people with psychiatric and psychological disorders is often highly impoverished. Mental health professionals may feel helpless against these sexual difficulties, because of being poorly trained to treat them and lacking the means to do it. In this context, it seems important to inform patients about sexual difficulties and treatment options. Although it's impossible to assign a sex therapist to each mental health service, it could be very useful to use bibliotherapeutic documentation to guide people with sexual difficulties in finding solutions.

This mode of treatment which consists in putting information and therapeutic guidelines on writing is called « bibliotherapy ». Some bibliotherapies have already been developed and tested in the field of sexual disorders. Others, experimental, are nowadays under clinical evaluation, notably by three of the authors of the present paper. Bibliotherapy could be a helpful adjunct in improving the sexual health of day-hospital patients.

INTRODUCTION

Une vie sexuelle active et satisfaisante semble constituer un facteur de qualité de vie. En effet, des corrélations modérées (18) à fortes (17) sont rapportées entre indicateurs de qualité de vie sexuelle et indicateurs de qualité générale de vie.

En 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé a pour sa part érigé la santé sexuelle en valeur universelle. Elle en a adopté la définition suivante : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmité. » L'opérationnalisation d'une telle valeur a pour corollaire l'énoncé de droits sexuels applicables à « toute personne, sans aucune contrainte, discrimination ni violence. » Ils incluent le droit à l'information et à l'éducation sexuelles, le droit aux soins spécialisés, au respect de son intégrité physique, le droit de choisir librement ses partenaires et son conjoint, le droit d'avoir ou non des enfants, au moment de son choix, le droit à des relations sexuelles consensuelles, satisfaisantes, agréables et sans risques, le tout dans le respect des droits d'autrui. (25)

Santé sexuelle et santé générale entretiennent des relations d'influences réciproques. Il semble aujourd'hui établi qu'une vie sexuelle active et satisfaisante est associée à la longévité (19). On commence à en objectiver l'impact positif au niveau de la réduction du stress, de la prévention de certaines affections cardio-vasculaires, des cancers de la prostate et de l'endométriose. Elle permettrait aussi de réduire les risques dépressifs (4). A l'inverse, une mauvaise santé générale est péjorative d'une activité sexuelle satisfaisante. Songeons par exemples aux difficultés éprouvées par les personnes souffrant d'une paraplégie, de douleurs chroniques, d'un cancer mammaire ou d'obstructions vasculaires. Mais qu'en est-il plus spécifiquement des problèmes de santé mentale ?

Dans une vaste enquête dirigée par Bajos et Bozon sur les comportements sexuels en France, l'enquête CSF (2), Il apparaît que les personnes qui rapportent une dépression chronique rapportent également une activité sexuelle moindre que la moyenne ainsi qu'une plus forte probabilité de souffrir d'un trouble du désir, de l'érection ou de l'orgasme. Angst estime pour sa part que les difficultés sexuelles concerneraient 40 à 50% des déprimés non traités, contre 25% « seulement » des sujets contrôles. Le taux de difficultés sexuelles grimperait à 63% chez les déprimés traités par antidépresseurs (1). Les personnes souffrant de troubles anxieux ne sont pas davantage épargnées, avec des taux de difficultés sexuelles avoisinant les 50% en cas de trouble panique ou de phobie sociale (7). Les difficultés sexuelles sont nombreuses aussi parmi les patients psychotiques, et elles sont souvent aggravées par les médications antipsychotiques (21). Quant aux personnes borderline, Zanarini et ses collaborateurs pensent que 40 à 65% d'entre elles évitent l'intimité sexuelle, tant elles redoutent que les aléas de la relation ne provoquent une recrudescence de leurs symptômes (26). On sait encore que, avec les perturbations hormonales, neurologiques et vasculaires qui l'accompagnent, l'alcoolisme chronique affecte lui aussi fortement le fonctionnement sexuel. Bref, les problèmes de santé mentale ne semblent guère favoriser l'expression d'une sexualité satisfaisante et, pour ne rien arranger, la plupart des médications psychotropes présentent aussi l'inconvénient d'effets indésirables sur le fonctionnement sexuel.

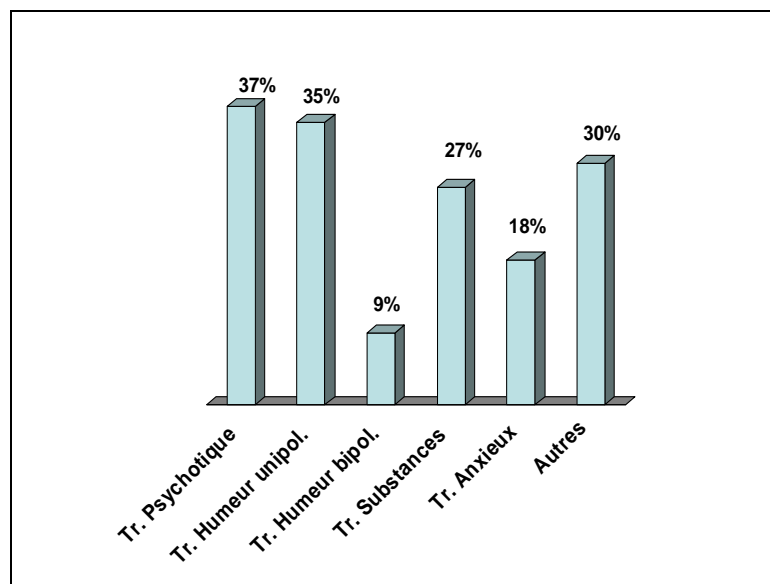
L'ENQUÊTE « HJP (Hôpital de jour psychiatrique) - 2009 »

Il nous a paru intéressant de dresser un état des lieux au sein de notre hôpital de jour psychiatrique. À cette fin, nous avons examiné les dossiers RPM (« Résumés psychiatriques minimum ») de chacun des 116 patients inscrits dans notre centre durant le mois de juillet 2009. Les dossiers RPM sont des documents administratifs reprenant les informations principales sur les patients et les soins administrés. Y figurent notamment les diagnostics libellés dans les termes du DSM IV. Parallèlement, nous avons réalisé un sondage auprès de 97 de ces patients, à l'aide d'un questionnaire anonyme. Dix-neuf personnes ont été écartées de l'opération pour des raisons

linguistiques, de déficit mental ou de perturbations émotionnelles rendant impossible une bonne compréhension du questionnaire d'enquête. Soixante-six personnes (68%) ont rempli le questionnaire, 41 femmes (62,5%) et 24 hommes (37,5%). La classe d'âge la moins représentée est la catégorie des 18-24 ans (1,6%), tandis que les 25-34 ans et les 35-39 ans représentent chacun 6,5% de l'échantillon. Les 60-69 ans sont à peine plus nombreux (8%). Les catégories d'âge les plus représentées sont les 40-49 ans (32,3%) mais surtout les 50-59 ans, qui constituent quasiment la moitié de l'échantillon (45,2%).

L'examen des diagnostics retenus dans les dossiers RPM laisse apparaître la distribution décrite à la Figure 1. Le total dépasse les 100% dans la mesure où de nombreux patients présentent plus d'un seul trouble. La difficulté principale concerne, pour un bon tiers des cas, un problème psychotique, pour un autre gros tiers, un trouble de l'humeur, et la majorité des patients restant mettent en avant un trouble lié aux substances. Près de la moitié des patients ont également reçu un diagnostic sur l'axe 2. Pour l'essentiel il s'agit de troubles de la personnalité dits « de type B », des difficultés d'ordre « borderline » principalement. Chose curieuse, aucun des 116 dossiers ne fait état de difficultés sexuelles. Ceci contraste largement avec les résultats du sondage qui, eux, laissent apparaître la sexualité de nos patients sous un jour peu réjouissant.

Figure 1 : Répartition des diagnostics (DSM IV-R, axe 1)



Les questions du sondage furent calquées sur celles posées dans l'enquête CSF (2), ce afin de pouvoir comparer la situation de nos patients à celle de la population française générale. L'opération est éloquent

À la question, « Actuellement, comment qualifieriez-vous votre situation sexuelle ? » (Figure 2), une grande partie des sujets avance que celle-ci est peu satisfaisante (23%) voire mauvaise (35%). Très peu pensent avoir une sexualité très bonne (14%). Ces résultats sont bien différents de ceux recueillis dans l'enquête CSF.

62% de nos patients n'ont pas eu de partenaires au cours des douze derniers mois. Dans l'enquête CSF, cette même proportion est de 14% pour l'ensemble des sujets et de 16% pour les sujets âgés de 40 à 59 ans (Figure 3).

Figure 2 : Perception de la qualité de vie sexuelle chez les patients hospitalisés en jour vs. population générale

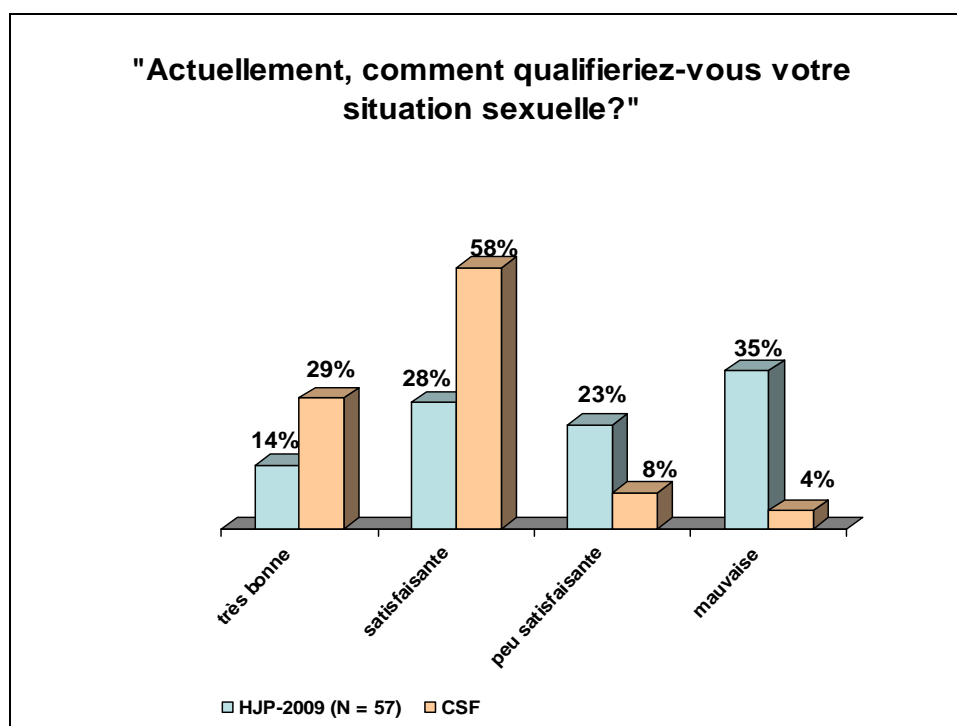
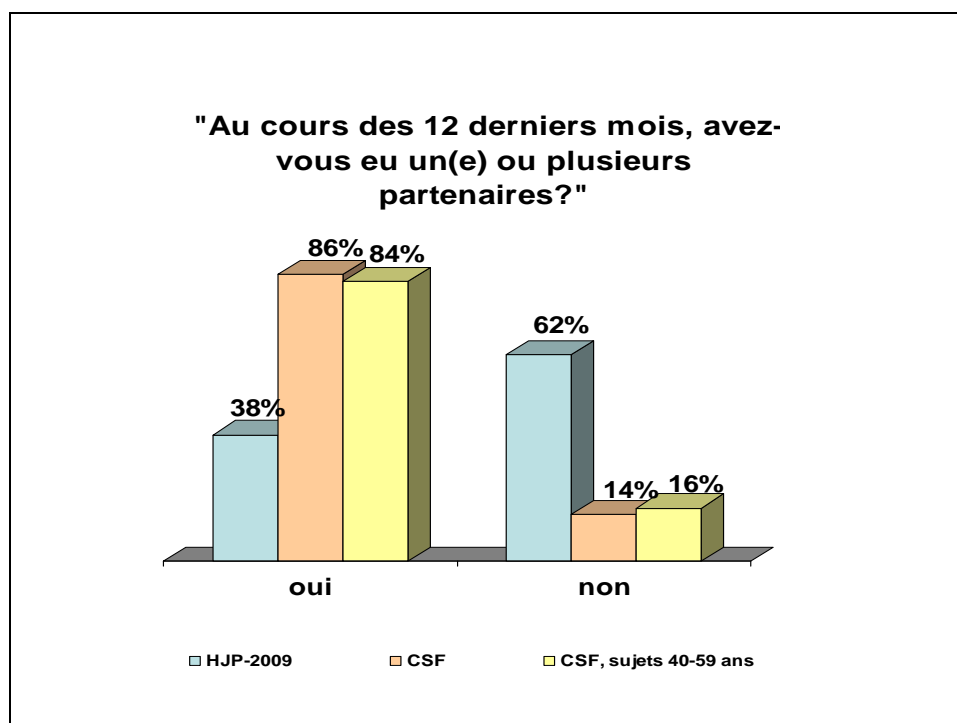


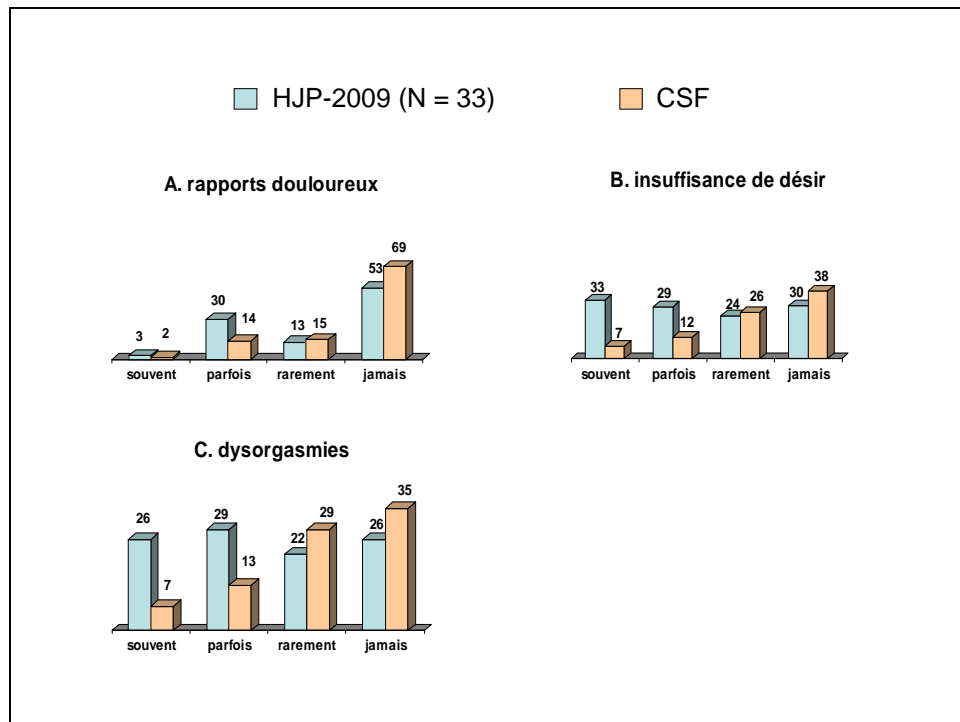
Figure 3 : Isolement sexuel relatif des patients usagers de l'hôpital de jour



La différence entre les deux études est moins contrastée lorsqu'est évoquée la question de la douleur lors des rapports sexuels. En effet, dans notre enquête, sur 30 femmes, un peu plus de la moitié (53%) répondent ne jamais faire l'expérience de rapports sexuels douloureux, contre 69% dans l'enquête CSF. 30% des sujets féminins de

l'étude HJP-2009 rapportent éprouver « parfois » ou « rarement » des douleurs, contre 14% dans l'enquête CSF. (Figure 4.a). Le contraste entre les études HJP-2009 et CSF est de nouveau appréciable lorsque l'on considère les troubles du désir et des troubles de l'orgasme chez la femme : 33% de patientes rapportent une absence ou une insuffisance de désir sexuel au cours des douze derniers mois, contre 7% dans l'enquête CSF (Figure 4.b). Un quart des sujets féminins de notre étude (26%) révèlent des difficultés à atteindre l'orgasme, contre 7% des femmes pour l'enquête CSF (Figure 4.c).

Figure 4 : Difficultés sexo-fonctionnelles des patientes (♀) hospitalisées en jour

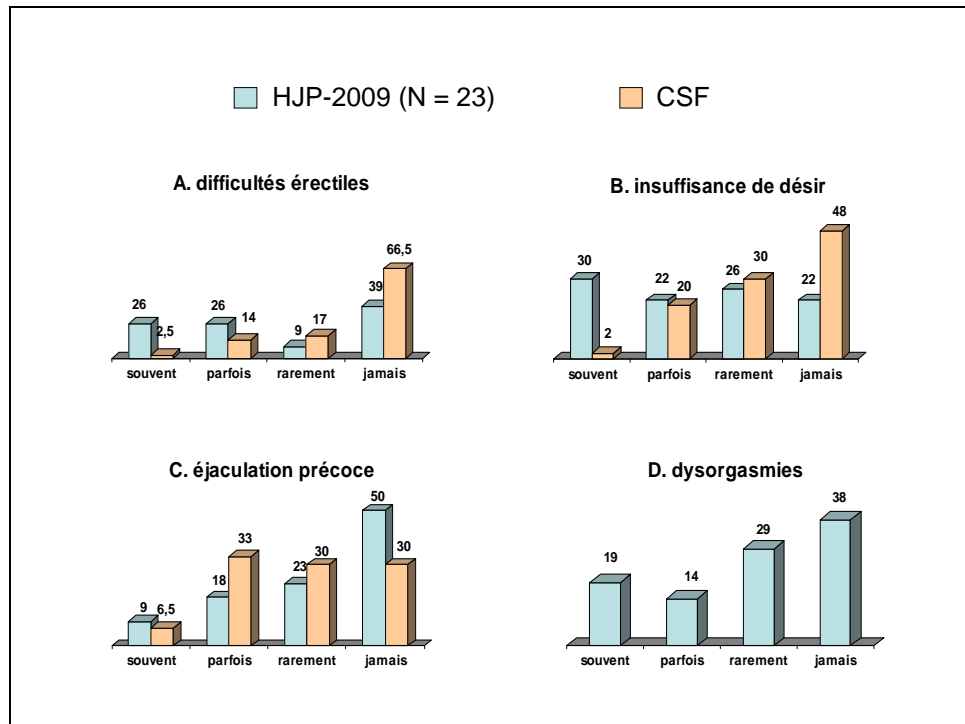


Un quart des patients masculins révèle avoir eu de fréquents problèmes d'érection au cours des douze derniers mois, et 39% semblent ne manifester aucune difficulté à ce niveau. Dans l'enquête CSF, ces mêmes proportions sont de 2,5% et 66,5% (Figure 5.a). En ce qui concerne les troubles du désir sexuel, 30% des hommes de notre échantillon ont le sentiment d'en faire souvent l'expérience, contre 2% seulement dans l'enquête CSF. 22% disent n'avoir jamais ce genre de problème, contre 48% dans l'enquête CSF (Figure 5.b). La proportion de nos patients à connaître « souvent » des problèmes d'éjaculation précoce ne semble quant à elle guère différente de celle que l'on retrouve dans la population générale. Au contraire, nos patients sont même franchement plus nombreux (50% contre 30%) à estimer ne « jamais » éjaculer trop rapidement. (Figure 5.c). En contrepartie, et ceci explique peut-être cela, nombreux sont nos patients à éprouver des difficultés à atteindre l'orgasme. Seuls 38% d'entre eux ont un orgasme à chaque rapport (Figure 5.d). Ici cependant, l'étude CSF n'offre aucun critère de comparaison. On sait seulement que, dans la littérature épidémiologique, les troubles de l'orgasme chez l'homme sont réputés rares, avec des taux de prévalence oscillant entre 1% et 10% (12, 13).

Au total, 56% des patientes et 70% des patients rencontrent « parfois » ou « souvent » au moins une difficulté sexuelle, 37% des patientes et 46% des patients en rencontrent au moins deux et 24% des patientes et 33% des patients estiment que « oui, il s'agit d'un problème pour elles/eux ». Or seuls 15% des femmes et 20% des hommes ont

déjà consulté un professionnel de la santé pour ce problème. Les professionnels consultés sont, à parts égales, soit un psychologue ou un psychiatre (probablement de la maison), soit un gynécologue ou un urologue. Le recours à un sexologue ou à un généraliste reste quant à lui marginal.

Figure 5 : Difficultés sexo-fonctionnelles des patients (♂) hospitalisés en jour (%)



VIE SEXUELLE DE MOINDRE QUALITÉ : LES FACTEURS DÉTERMINANTS

L'item « comment qualifieriez-vous votre vie sexuelle (sur le plan qualitatif) ? » a été croisé avec l'ensemble des autres items contenus dans le questionnaire d'enquête. Ceci permet une appréciation globale des facteurs les plus contributifs d'un appauvrissement de la qualité de la vie sexuelle. Le [tableau I](#) relate le résultat de l'opération. Nous pouvons manifestement identifier deux grands facteurs de détresse sexuelle : d'une part l'absence de partenaires et de relations sexuelles, d'autre part la présence de troubles sexo-fonctionnels et/ou douloureux. Remarquons que, dans certains cas, le second facteur peut aussi être la cause du premier tant il est connu que les difficultés fonctionnelles induisent volontiers un évitement des rapports sexuels et des réticences à établir de nouvelles relations.

Remarquons également qu'une des fonctions cardinales de notre hôpital de jour a certainement trait à la socialisation informelle de personnes isolées, désocialisées (16). Dans ce cadre, il n'est pas étonnant que, à en croire les bruits de couloir, une proportion non négligeable de nos patients (environ 20% pensons-nous) ont (ont eu) des relations à caractère amoureux et/ou sexuel avec d'autres patients de l'institution. Lorsqu'on constate à quel point l'absence de partenaire semble facteur de détresse, force est de jeter sur cette réalité un regard bienveillant : cela n'a-t-il pas fonction thérapeutique ? Au lieu de quoi les relations entre patients n'inspireraient de réactions que circonspectes (« deux aveugles qui s'épaulent, le Bon dieu en rigole » stipule un dicton), affectant l'indifférence (« ce ne sont pas nos oignons ») ou même le rejet (« l'hôpital de jour n'est pas un club de rencontre ! »).

Tableau I : Facteurs contributifs d'une vie sexuelle appauvrie

<u>Variables</u>	<u>tests</u>
âge	NS
sexe	NS
absence de partenaire(s)	2,1* (test t ; dl = 53)
faible fréquence de rapports sexuels	0,4* (Spearman)
rapports sexuels douloureux (♀)	0,5* (Spearman)
désir hypoactif (♀)	0,4* (Spearman)
désir hypoactif (♂)	NS
troubles érectiles (♂)	0,5* (Spearman)
éjaculation précoce (♂)	NS
troubles de l'orgasme (♀)	0,5* (Spearman)
troubles de l'orgasme (♂)	NS
perception problématique des difficultés sexuelles (♀)	NS
perception problématique des difficultés sexuelles (♂)	NS

* Valeurs significatives au seuil de .05

DIFFICULTÉS SEXUELLES ET CONSULTATION

Les résultats du sondage tranchent à l'évidence sur les données diagnostiques fournies par les dossiers RPM. Comment expliquer le contraste entre les nombreuses situations de détresse sexuelle mises à jour dans le premier et l'absence de mention de troubles sexuels dans les seconds ? Côté intervenants, on pourrait tout d'abord invoquer une certaine forme de négligence administrative. Les dossiers RPM ayant une fonction purement administrative, il est possible de les remplir avec une certaine désinvolture et « d'oublier » d'encoder des données pourtant connues. Ceci semble attesté par le simple fait que nous avons bel et bien connaissance des difficultés de certains patients qui nous ont demandé une aide spécifique sur ce point. Ce type d'explication reste cependant très insuffisant. La toute grande majorité des difficultés sexuelles de nos patients nous demeurerait inconnue. Le sous-diagnostic des difficultés sexuelles est à vrai dire une réalité répandue, elle ne touche pas seulement les services de soins psychiatriques et leurs particularités organisationnelles. Une autre explication serait alors que, à l'instar de nombreux autres travailleurs de la santé, les intervenants en santé mentale se sentent insuffisamment compétents ou concernés par les troubles sexuels et/ou qu'ils se sentent gênés d'aborder cette question. Dans les deux cas, il arrivera souvent que le professionnel n'en vienne au thème des difficultés sexuelles qu'après que le patient l'ait évoqué lui-même. Par ailleurs, il se peut aussi que le sous-diagnostic soit dû au fait que les intervenants aient le sentiment que, s'il y a lieu, la difficulté est traitée par ailleurs (p. ex. auprès de médecins somaticiens ou en centres de planning familial). Côté patients, il se pourrait que ceux-ci, autant que les intervenants, soient quelque peu gênés d'aborder la question. Il est également plausible que certains patients pensent ne pas pouvoir trouver de l'aide et se résignent à s'en accommoder.

Corollaire certainement de leur sous-diagnostic, les difficultés sexuelles ne font pas souvent l'objet de consultations spécialisées. Sur ce plan encore, notre échantillon ne diffère guère de la population générale. Recourir expressément à un professionnel en cas de difficulté sexuelle ne semble pas une réaction dominante. En effet, dans l'étude

CSF, selon la nature des difficultés et leur sévérité, les taux de consultation oscillent entre 2% et 59% seulement. Parmi les motifs parfois invoqués pour expliquer la faiblesse des taux de consultation, on note l'insuffisance d'informations quant aux possibilités de traitement efficaces, la gêne de parler de sa difficulté et le coût relatif des traitements. (20).

Quoi qu'il en soit, en regard de l'ampleur des difficultés sexuelles de nos patients, le faible recours aux professionnels constitue une lacune en matière de santé.

LA BIBLIOTHÉRAPIE

La bibliothérapie pourrait constituer une réponse à cette lacune. Définie comme un mode de traitement qui consiste à diffuser par écrit des informations et des consignes thérapeutiques, la bibliothérapie a pour objectif d'aider des personnes qui connaissent un « problème » mais n'accèdent pas aux consultations spécialisées. Cet instrument a déjà été expérimenté dans des problématiques diverses telles que les troubles anxieux modérés, la phobie de l'avion, les problèmes d'alcool, les comportements violents chez les jeunes ou l'excès pondéral. Elle semble efficace aussi dans toute une série de difficultés sexuelles (23).

Si consulter un professionnel de la santé n'est pas une réaction dominante, se documenter sur ses propres difficultés sexuelles semble, à l'inverse, une réaction répandue. Hubin rapporte par exemple que plus de 80% des personnes en sexothérapie se seraient préalablement tournées vers des sites ou des ouvrages d'auto-assistance (9). Pourquoi ne pas profiter de cette tendance pour mettre des documents pertinents entre les mains de nos patients ?

L'idée d'utiliser la bibliothérapie dans le domaine de la sexualité n'est pas nouvelle. Cependant, la logique des éditeurs n'étant pas sanitaire mais commerciale, on trouve dans les librairies et sur les sites à peu près tout et n'importe quoi, tant que ça se vend. Dans le commerce, les élucubrations New-age côtoient sans vergogne les bons ouvrages de vulgarisation. Comment démêler le bon grain de l'ivraie ? En l'absence de repères fiables, les bibliothérapies prises dans leur ensemble pourraient même avoir un effet nocif, estimé 1 à 3% des utilisateurs selon Norcross (14) et O'Connor (15).

1. Les critères d'appréciation :

La qualité d'une bibliothérapie peut être évaluée à travers trois critères d'appréciation : 1) la *crédibilité* (assise scientifique des propositions) ; 2) l'*accessibilité* (concision, clarté, simplicité et bonne diffusion) et 3) l'*efficacité* (capacité à induire des améliorations chez les usagers).

Divers documents à visée sanitaire peuvent être passés au crible de ces critères. Dans la plupart des ouvrages et journaux proposés en librairies, tout d'abord, la crédibilité est variable et difficile à évaluer par monsieur et madame Tout-le-monde. L'accessibilité est variable elle aussi, dépendante des prix de vente, des réseaux de distribution et de la qualité d'écriture. Quant à l'efficacité, elle se mesure essentiellement en termes financiers, rarement en termes sanitaires. À un autre extrême, on trouve des mini-brochures diffusées dans le cadre de campagnes par les pouvoirs publics ou par des associations sur tel ou tel problème de santé. Ici, la crédibilité est généralement mieux garantie, on y fait appel à des professionnels qualifiés. L'accessibilité, elle, est systématiquement travaillée, on vise clairement la communication de masse. Mais, dans ces documents généralement très concis, l'efficacité va difficilement plus loin que des conseils de première ligne, en matière par exemple de diététique, de médication, de mobilité physique ou de consultation de tel ou tel professionnel. C'est extrêmement précieux évidemment, et il n'y a aucun lieu de se priver de tels documents mais, pour bon nombre de difficultés sexuelles, cela reste fort insuffisant.

Les bibliothérapies à proprement parler se situent un peu à l'intersection de ces deux types d'initiatives. La bibliothérapie, littéralement le *traitement par le livre*, a pour objectif prioritaire l'aide aux personnes. C'est ce qui la distingue de la majorité des

ouvrages disponibles en librairie où cette visée est secondaire, elle vient après la visée commerciale. Sa crédibilité est généralement assurée par la collaboration de professionnels qualifiés. Sur le plan de l'accessibilité, elle se doit d'être vulgarisée, simple et relativement concise mais ne rien céder pour la cause à la pertinence scientifique, sans quoi elle ne serait pas crédible. Quant à l'efficacité, elle doit bien entendu en apporter la démonstration. Peu de documents répondent à cette exigence.

Il existe plusieurs gradients d'efficacité. On distingue habituellement deux niveaux : (1) l'efficacité directe, lorsque le document améliore directement le problème cible chez le lecteur, et (2) l'efficacité indirecte, avec ici un éventail de visées qui va de la simple promotion du recours aux professionnels à la facilitation de l'observance thérapeutique et de la réponse aux traitements proposés par les professionnels.

2. Les outils disponibles

Au premier niveau d'efficacité indirecte, la promotion de la consultation, il est possible et recommandé d'utiliser les mini-brochures volontiers diffusées par les organismes de santé publique. Elles ornent bien souvent les salles d'attentes de praticiens divers et peuvent être également les bienvenues dans nos locaux. Il serait inutile d'en dresser ici un inventaire tant elles sont nombreuses et variables d'un pays à l'autre. Leur message se décline toujours autour du thème « une difficulté sexuelle n'est pas une fatalité et est traitable. Parlez-en à un professionnel ».

Outre ce premier niveau, il existe des bibliothérapies éprouvées et publiées en langue française.

Dans le domaine de l'éjaculation précoce, citons en premier lieu le livre de Zeiss & Zeiss, *Prolongez votre plaisir* (traduit de l'Américain) (27). Les améliorations furent nulles (28) à modérées (22). Plus récemment, De Sutter et ses collaborateurs se sont proposés d'examiner si une approche bibliothérapeutique sous forme de roman sexo-informatif (3) pouvait aider les hommes à améliorer leur difficulté. Sur 64 hommes, 79% ont décrit une évolution positive de la problématique et 65% d'entre eux n'entrent désormais plus dans les critères diagnostics habituels de l'éjaculation prématurée (6).

En 2006, le livre de Heiman & LoPiccolo, *Atteindre l'orgasme* (traduit de l'Américain) (8) a été lancé sur le marché francophone. Destinée au traitement des anorgasmies féminines, la version originale avait déjà été testée dans quatre études. Globalement, cette bibliothérapie s'est révélée modérément efficace. De plus, les meilleurs résultats apparaissent au niveau de la satisfaction plutôt que de la réponse orgasmique proprement dite (9, 23). L'utilité de ce bouquin se situe essentiellement au niveau de l'efficacité indirecte.

La faible disponibilité d'ouvrages bibliographiques validés en langue française contraste avec la prolifération en librairie des guides pratiques de santé sexuelle en tous genres. Cette situation appelle à la validation d'instruments neufs ou déjà existants et/ou à la traduction d'instruments déjà validés dans d'autres langues.

À ce propos, en 2006, Van Lankveld et ses collaborateurs ont testé l'efficacité d'un ouvrage de 50 pages en Néerlandais destiné à des femmes souffrant d'un problème de vaginisme. Le livre s'accompagnait d'un CD-ROM comprenant des instructions vocales pour la détente et des exercices destinés à stimuler les fantasmes sexuels. L'étude fut menée sur 117 sujets. Sur le plan de l'efficacité indirecte, les résultats après 12 mois montraient une augmentation de la fréquence des rapports avec pénétration pour 21% des femmes qui avaient lu la bibliothérapie et suivi conjointement une thérapie de groupe. En ce qui concerne l'efficacité directe, l'outil bibliothérapeutique utilisé seul semblait produire une amélioration chez 15% des femmes (24). Il serait souhaitable que ce matériel puisse faire rapidement l'objet d'une traduction en langue française.

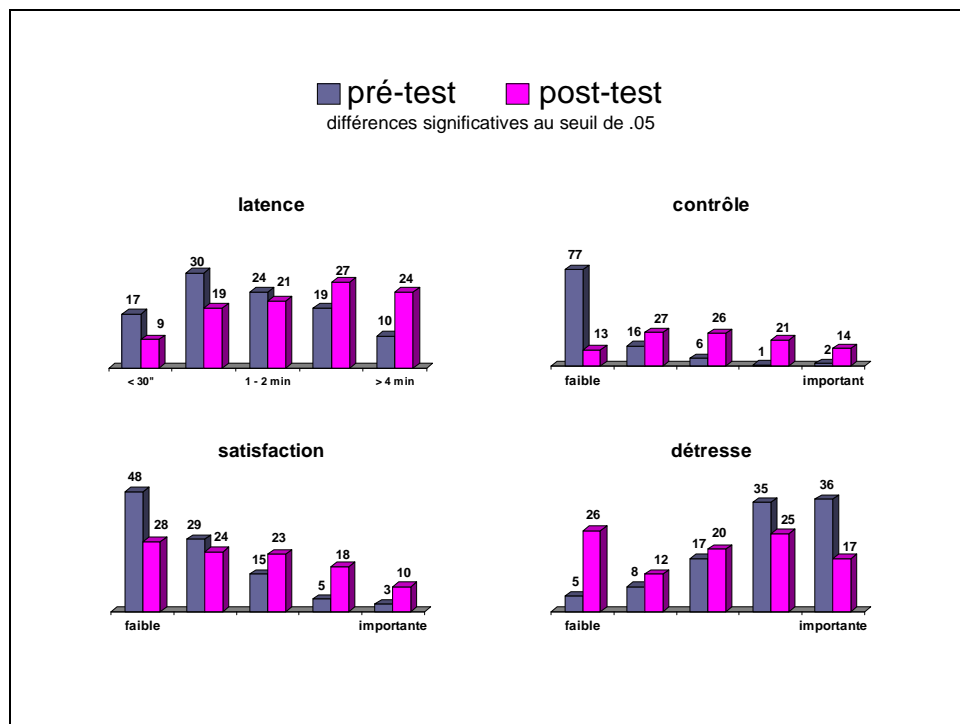
Par ailleurs, des membres de notre groupe s'attachent pour l'instant à élaborer de nouveaux produits.

Kempeneers et ses collègues ont récemment testé l'efficacité d'une brochure de 41 pages intitulée *Guide pratique de l'éjaculation précoce* (11). 400 hommes souffrant

d'éjaculation précoce (critères DSM-IV) ont reçu le *Guide pratique* après avoir rempli un questionnaire de pré-test via Internet (lignes de base). 67 sujets ont été placés pendant deux mois sur une liste d'attente avant de remplir un second questionnaire (contrôle) puis de recevoir la bibliothérapie. L'étude est toujours en cours mais, en septembre 2009, 120 sujets avaient rempli un questionnaire de post-test en ligne 4 à 8 mois après avoir reçu la bibliothérapie.

Les sujets ont été évalués à plusieurs niveaux, avant et après lecture du fascicule. Comme le montre la [figure 6](#), les indicateurs de fonctionnement sexuel ont évolué favorablement après la lecture du matériel bibliothérapeutique. Les données recueillies en post-test diffèrent significativement de celles recueillies en ligne de base et en condition de contrôle (10).

Figure 6 : Evolution du fonctionnement sexuel à la suite d'une bibliothérapie de l'éjaculation précoce (%)



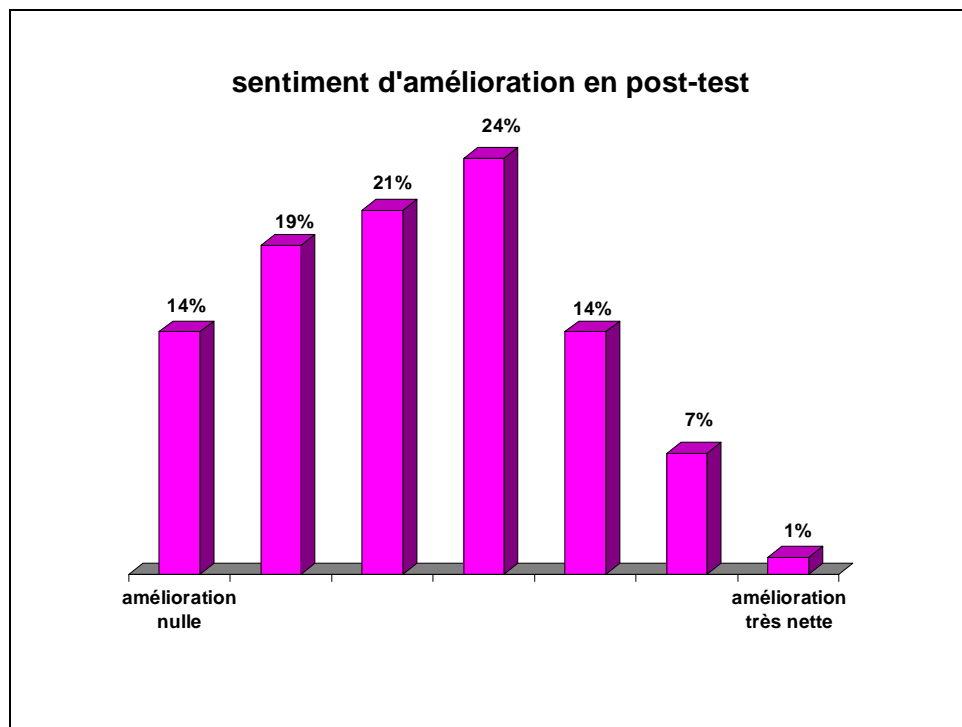
Plus de 85% des sujets estiment que leur situation s'est améliorée suite à la bibliothérapie, au moins légèrement. D'un autre côté, près de 14% disent qu'ils n'en ont retiré aucun bénéfice et près de 20% estiment que l'amélioration n'est que très légère ([Figure 7](#)). En cas de non-amélioration, les sujets étaient invités à apporter des commentaires. Ceux-ci renvoient à trois grandes classes de motifs :

1. *Exercices non réalisés.* Les exercices préconisés dans le manuel n'ont pas été réalisés, ou trop peu fréquemment. En cause un défaut de temps, des conditions d'intimité insuffisantes ou des réticences personnelles relatives à la masturbation.
2. *Manque de recul.* La fréquence des relations sexuelles reste insuffisante pour apprécier les résultats.
3. *Incrimination de la partenaire ou de la relation.* On trouve ici des explications telles qu'une partenaire opposée au changement sexuel, des difficultés relationnelles, des réticences sexuelles imputées à la partenaire ou un état de santé de la partenaire inconciliables avec la « pratique ».

Face aux résultats décrits ci-dessus, Kempeneers et ses collègues se demandent s'il existe un profil d'hommes qui prédirait une meilleure réponse thérapeutique. De fait, la réponse (sentiment d'amélioration en post-test) semble significativement

meilleure chez certains sujets : a) ceux qui avaient une latence éjaculatoire et un sentiment de contrôle moins mauvais en ligne de base ($p : 0,18 ; 0,31$), et b) ceux qui présentaient une éjaculation précoce situationnelle plutôt que généralisée ($t = 2,6$). En revanche, la réponse ne dépend ni de l'âge, ni du niveau d'éducation, ni des facteurs de personnalité (10). Bref, la bibliothérapie trouverait peut-être sa meilleure efficacité lorsque l'éjaculation précoce est d'un niveau de sévérité modéré.

Figure 7 : Sentiment d'amélioration chez les utilisateurs d'une bibliothérapie de l'éjaculation précoce



Bien que l'étude soit toujours en cours au moment où nous rédigeons ces lignes, les auteurs avancent d'ores et déjà quelques conclusions : a) La bibliothérapie permet une amélioration sensible des problèmes d'éjaculation précoce, surtout lorsque la difficulté est d'un niveau de sévérité modéré ; b) Le rapport coût/bénéfice de la bibliothérapie en fait un instrument thérapeutique idéal en première ligne ; c) La diffusion large de cette bibliothérapie pourrait être utile à l'amélioration de la santé sexuelle des populations ; d) Certains tableaux cliniques sont d'une complexité qui dépasse la capacité thérapeutique de la bibliothérapie. Des paramètres relationnels notamment peuvent parfois hypothéquer son efficacité. Dans ces cas, la rencontre d'un professionnel est indispensable à l'ajustement du traitement.

Une autre bibliothérapie est en cours de validation en Belgique. Elle a été rédigée par De Sutter, Hubin et Doyen (5). Il s'agit d'un double ouvrage destiné aux femmes souffrant d'un désir sexuel hypoactif (*Luna Mia*) et de leur partenaire (*Sole Mio*). Ces livres contiennent des informations psychosexuelles et des suggestions cognitivo-comportementales ayant pour ambition de favoriser un contexte adéquat pour l'émergence du désir sexuel féminin et indirectement d'augmenter la satisfaction conjugale et sexuelle. Au cœur de l'ouvrage bibliothérapeutique, un roman érotique spécifique a été rédigé permettant : a) l'observation des manifestations et des conditions du désir sexuel, b) l'identification à une héroïne souffrant d'un désir sexuel hypoactif mais parvenant à dépasser la problématique, c) la stimulation de l'imaginaire érotique. Une lecture entre 10 et 30 minutes par semaine est demandée sur une durée de vingt-huit semaines de traitement. Son efficacité clinique est en cours

d'évaluation et semble récolter des résultats prometteurs. Une série de pré-tests sur une population non-clinique (N=229) va déjà dans ce sens.

CONCLUSION

Dans notre structure et, certainement, dans d'autres semblables, la gestion des problèmes de santé sexuelle demeure sub-optimale. Or, chez bon nombre de personnes, il semble exister une tendance spontanée à se documenter sur ses difficultés sexuelles. Il est ainsi judicieux de proposer qu'une mise à disposition de documents fiables pourrait contribuer à améliorer l'offre de soins.

Permettre aux patients psychiatriques d'utiliser des bibliothérapies semble présenter plusieurs avantages. D'abord, cela donne aux intervenants l'opportunité de symboliser l'intérêt qu'ils portent à la santé sexuelle des patients. Ensuite, cela facilite l'instauration d'un dialogue ainsi que l'aiguillage vers les soins adéquats. La bibliothérapie permet également de limiter le recours à des soins inadéquats (l'automédication par exemple), de même que d'accompagner et faciliter un traitement. Enfin, dans le meilleur des cas, il est possible qu'elle constitue l'essentiel du traitement.

Malgré plusieurs avantages indéniables, le champ d'action de la bibliothérapie reste limité. En effet, il est illusoire que celle-ci parvienne à épouser toutes les subtilités des situations de souffrance, souvent complexes. En fin de compte, la bibliothérapie n'est rien d'autre qu'un outil, un outil intéressant mais qui ne peut se substituer totalement au colloque singulier.

RÉFÉRENCES

1. ANGST J. Sexual problems in healthy and depressed persons. *International Journal of Clinical Psychopharmacology*, 1998, 13, 6, 1-4.
2. BAJOS N. & BOZON M. *Enquête sur la sexualité en France*. Paris : Editions La Découverte, 2008.
3. DE CARUFEL F. & DE SUTTER P. (alias F. Carr & P. Sutter). *Confidential File 101*. New York: Anglehart. 2001. [Trad. Française : *Dossier confidentiel 101. Roman sexo-informatif*. Manuscrit non publié, Université Catholique de Louvain]
4. DE SUTTER P. *La sexualité des gens heureux*. Paris, éditions des Arènes. 2009.
5. DE SUTTER P., HUBIN A. & DOYEN V. *Luna Mia & Sole Moi*. Université Catholique de Louvain, IEFS, édition limitée, distribution réservée. 2009
6. DE SUTTER P., REYNAERT C., VAN BROEK N. & DE CARUFEL F. Traitement de l'éjaculation précoce par une approche bibliothérapeutique cognitivo-comportementale sexologique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2002, 12, 4, 131-136.
7. FIGUEIRA I., POSSIDENTE E., MARQUES C. & HAYES K. Sexual dysfunction: A neglected complication of panic disorder and social phobia. *Archives of Sexual Behavior*, 2001, 30, 4, 369-377.
8. HEIMAN J.R. & LO PICCCOLO J. *Becoming orgasmic*. New York: Simon and Schuster. 1988. [Trad. Française : *Atteindre l'orgasme*. Outremont : Éditions Quebecor, 2006]
9. HUBIN A. *La bibliothérapie au service de la sexualité féminine*. Manuscrit non publié, Université Catholique de Louvain, 2009.
10. KEMPENEERS P., ANDRIANNE R., BAUWENS S., BLAIRY S., GEORIS I. & PAIROUX J.F. *Clinical outcomes of a new cognitive-behaviour bibliothérapie for premature ejaculation*. Unpublished manuscript, Université de Liège. 2009.
11. KEMPENEERS P., BAUWENS S. & ANDRIANNE R. *Guide pratique de l'éjaculation précoce*. Province de Liège, édition limitée, distribution réservée. 2008.
12. LAUMAN E.O. et al. *The social organisation of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press, 1994.
13. MAC FARLANE G.J. et al. The relationship between sexual life and urinary condition in the French community. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1996, 49, 1171-76.

14. NORCROSS J.C., SANTROCK J.W., CAMPBELL L.F., SMITH T.P., SOMMER R. & ZUCKERMAN E.L. *Authoritative guide to self-help resources in mental health*. New York : Guilford Press. 2000
15. O'CONNOR E.P. & KRATOCHWILL T.R. Self-help interventions: The reported practices of school psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1999, 30, 2, 147-153
16. PALLINCOURT R., KEMPENEERS P., LEX O. & PARENT M. Hôpital de jour : outil de substitution dans l'alcool-dépendance. *Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles*, 2009, 11, 78-84.
17. ROSEN R.C. & BACHMANN G.A. Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: the case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2008, 34, 4, 291-297.
18. ROSEN R.C., FISHER W.A., EARDLEY I., NIEDERBERG C., NADEL A. & SAND M. The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. *Current Medical Research and opinion*. 2004, 93, 6, 689-690.
19. SELDIN D.R., FRIEDMAN H.S. & MARTIN L.R. Sexual activity as a predictor of life-span mortality risk. *Personality and Individual Differences*, 2002, 33, 3, 409-425.
20. SYMONDS T., ROBLIN D., HART K. & ALTHOF S. How does premature ejaculation impact a man's life? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2003, 3, 29, 361-370.
21. TEUSCH L., SCHERBAUM N., BOHME H et al. Different patterns of sexual dysfunctions associated with psychiatric disorders and psychopharmacological treatment. *Pharmacopsychiatry*, 1995, 28, 84 -92.
22. TRUDEL G., SAINT-LAURENT S. & PROULX R. Traitement behavioral des dysfonctions sexuelles par bibliothérapie : les résultats de deux études. *Revue de Modification du Comportement*, 1985, 15, 76-81.
23. VAN LANKVELD J. Bibliotherapy in the treatment of sexual dysfunctions: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, 66, 4, 702-708.
24. VAN LANKVELD J., TER KUILE M., DE GROOT H., MELLES R., NEFS J. & ZANDBERGEN M. Cognitive-behavioral for women with lifelong vaginismus: A randomised waiting-list controlled trial of efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006, 74, 1, 168-178.
25. WORLD HEALTH ORGANISATION – Convened international technical consultation on sexual health, 2002

26. ZANARINI M.C, FRANKENBURG F.R., HENNEN J. & SILK K.R. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160, 274-283.
27. ZEISS R.A. & ZEISS A. *Prolong your pleasure*. New York: Pocket Books, 1978. [Trad. Française : *Prolongez votre plaisir*. Montréal : Quebecor, 1986]
28. ZEISS R.A. Self directed treatment of premature ejaculation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978, 46, 1234-1241