

**Journées Scientifiques  
CANCER & SEXUALITÉ**

LYON - 10 ET 11 OCTOBRE 2012  
CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE SUR LE CANCER (CIRC)

**JEUDI 10 OCT. 2012**  
**1<sup>ère</sup> RENCONTRES CANCER ET SEXUALITÉ**  
organisées par l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support et le Réseau Espace Santé-Cancer de Rhône-Alpes

**VENDREDI 11 OCT. 2012**  
**3<sup>e</sup> SYMPOSIUM ON CANCER AND SEXUALITY**  
organized by the ISSC (International Society for Sexuality and Cancer)

**2<sup>èmes</sup> RENCONTRES  
CANCER  
& SEXUALITÉ**

LILLE - 7 ET 8 NOVEMBRE 2013  
MAISON D'ÉDUCATION PERMANENTE

**“CANCERS FÉMININS : PLACE DE  
LA SEXUALITÉ ET DE L'INTIMITÉ”**

- Pourquoi et comment les intégrer dans les soins de support ?
- Comment les aborder avec les patientes ?

INFORMATIONS et INSCRIPTIONS - COMM Santé  
05 57 97 19 19  
cancer-sexualite2013@comm-sante.com - <http://cancer-sexualite2013.com/comm-sante/>

**3<sup>èmes</sup> RENCONTRES  
CANCER, SEXUALITÉ  
& FERTILITÉ**

LYON - 6 ET 7 NOVEMBRE 2014  
ÉCOLE NORMALE SUPÉRIEURE DE LYON

**“L'intimité, la sexualité et la fertilité  
dans les cancers digestifs”**

- Pourquoi et comment intégrer ces thèmes dans les soins en cancérologie ?
- Comment les aborder avec les patients ?

INFORMATIONS et INSCRIPTIONS - COMM Santé  
Tel. : 05 57 97 19 19 - [info@comm-sante.com](mailto:info@comm-sante.com) - [www.afsos.org](http://www.afsos.org)

**4<sup>èmes</sup> RENCONTRES  
CANCER, SEXUALITÉ  
& FERTILITÉ**

Vendredi 6 & Samedi 7 novembre 2015  
Toulouse  
Centre d'enseignement et de congrès  
Hôpital Pierre Paul Riquet

**« L'intimité, la sexualité et la fertilité  
dans les cancers urologiques  
de l'homme et de la femme »**

- Pourquoi et comment intégrer ces thèmes dans les soins en uro-onco ?
- Comment les aborder avec les patients ?
- Présentation du référentiel : « sexualité et fertilité » cancers masculins

**5<sup>èmes</sup> RENCONTRES  
CANCER,  
SEXUALITÉ  
& FERTILITÉ**

**NICE  
24 & 25  
NOVEMBRE 2016**

JEUDI 24 NOVEMBRE  
PBLIS ACROPOUS


VENDREDI 25 NOVEMBRE  
HÔPITAL PASTEUR 2

**A  
F  
S  
O  
S**

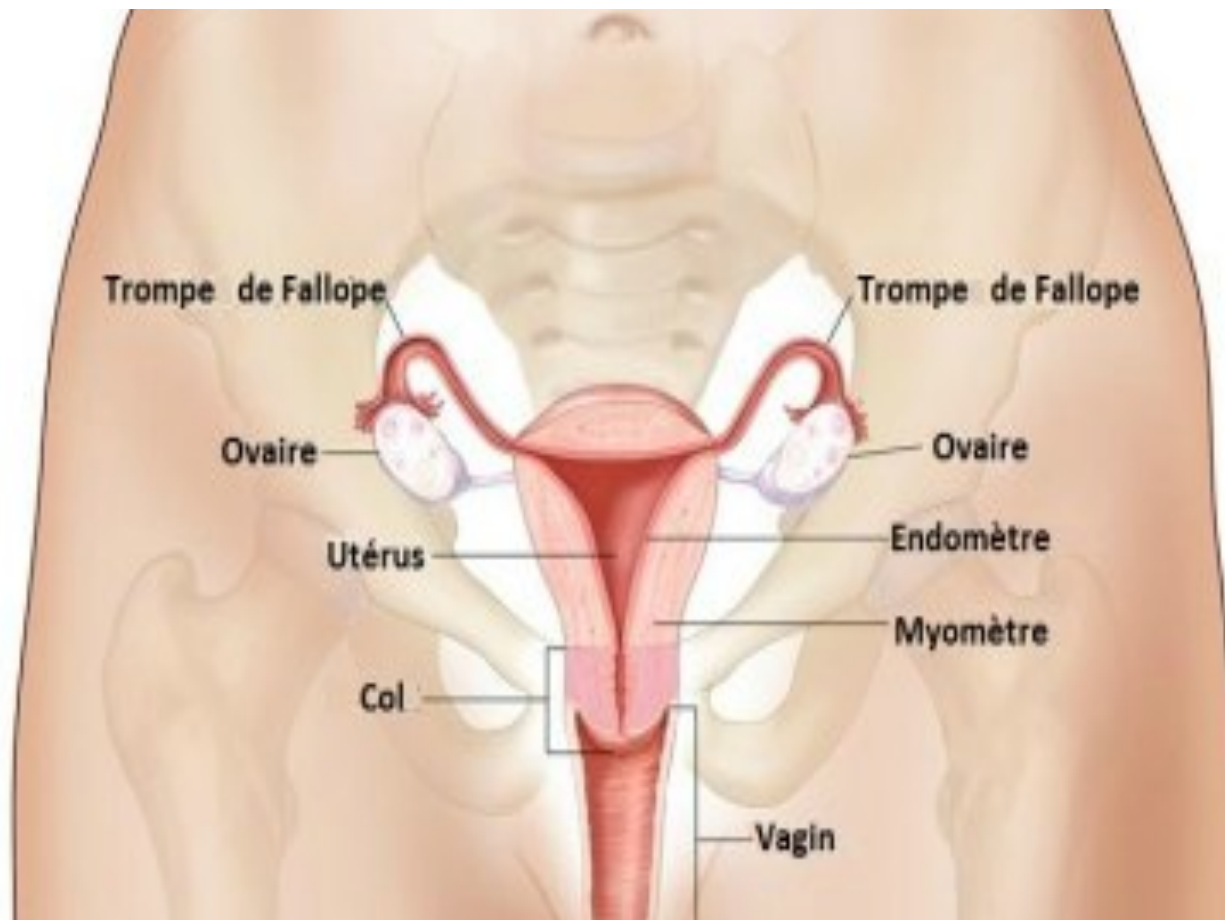
# Quand la pénétration devient impossible après cancer génital: prise en charge et accompagnement du couple

AIUS - SEXOGYN 2017

Dr Audrey GORIN-LAZARD



La prise en charge des  
difficultés sexuelles après cancer  
implique de comprendre  
leurs problématiques spécifiques,  
liées à la maladie néoplasique

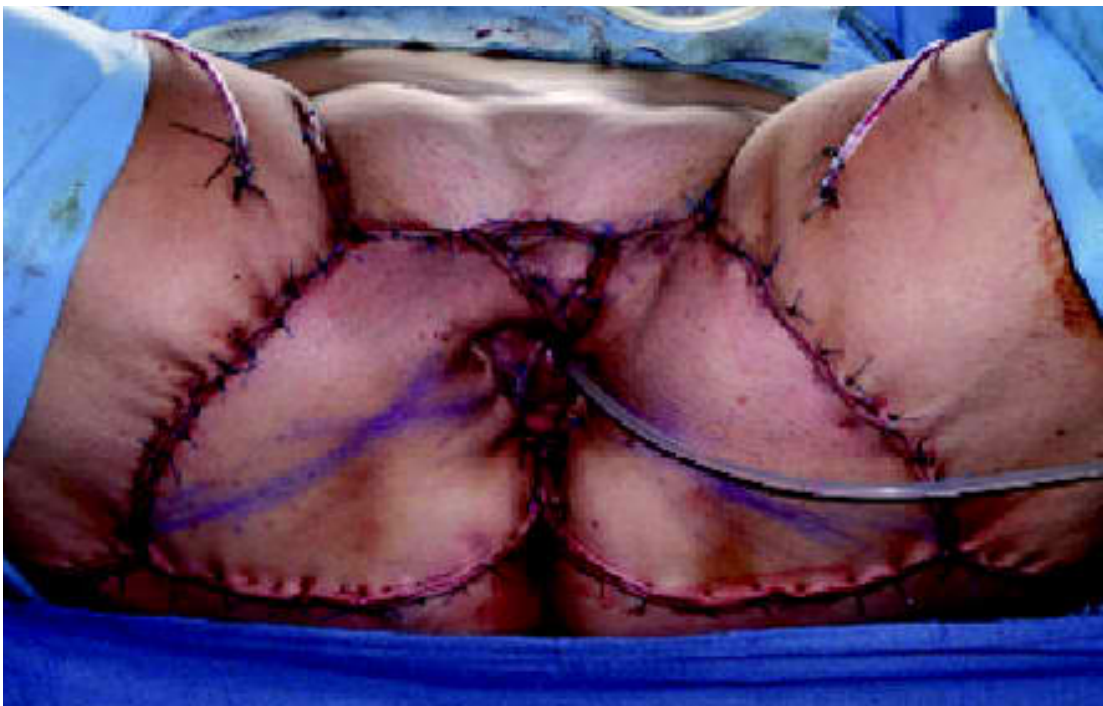


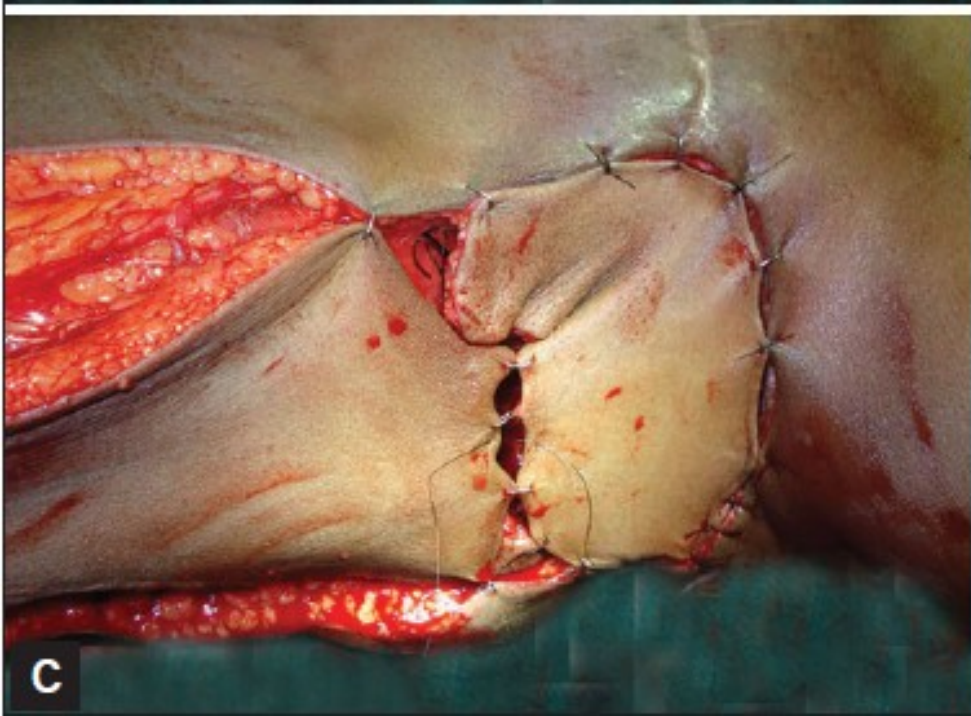
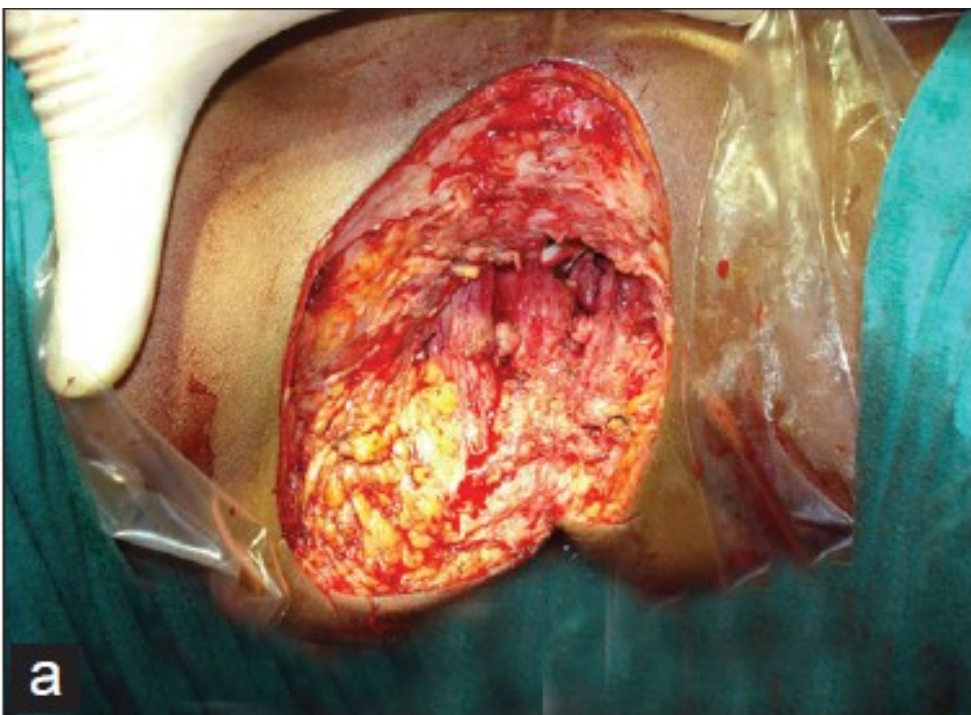
# Cancer vulve



- Vulvectomy +/- élargie (parfois résection clitoris, petites et grandes lèvres)
- +/- résection partielle du vagin
- +/- radiothérapie (atrophie vaginale)









# Cancer vaginal/utérin

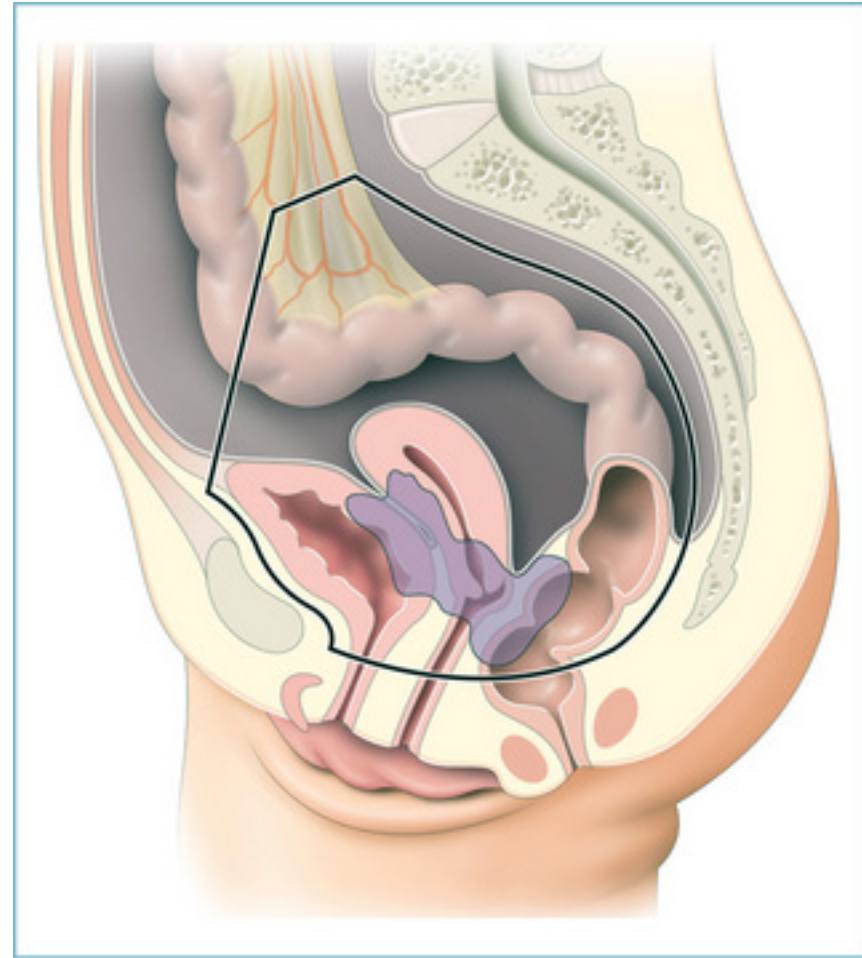
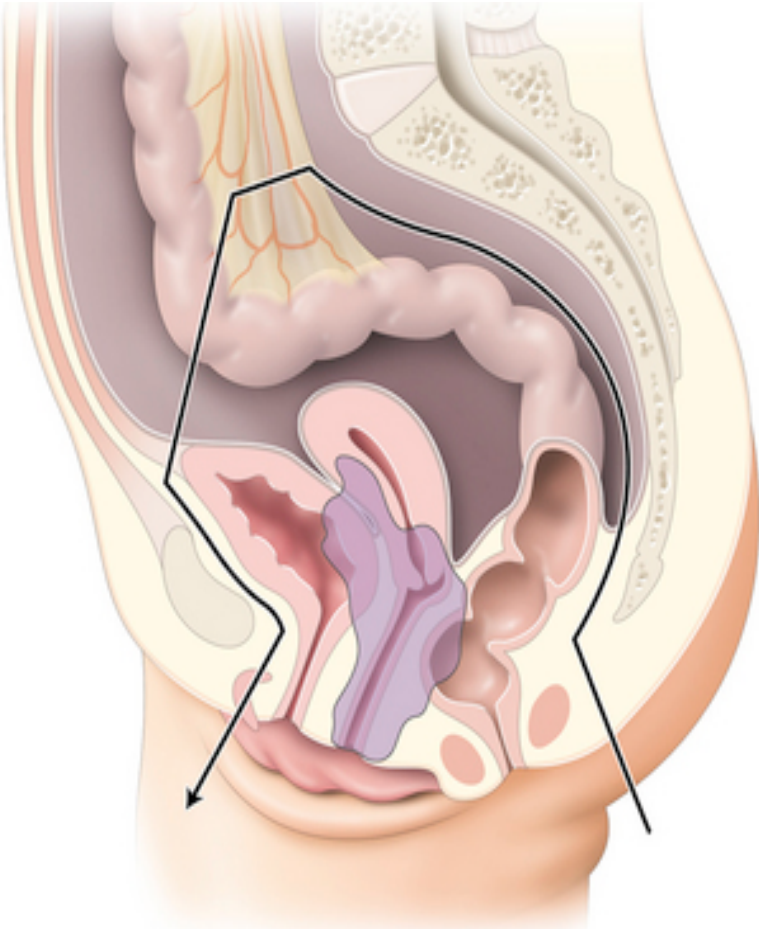


- Vaginectomie
- Hystérectomie (le plus souvent totale, surtout si pas de projet de grossesse)
- Résection ovarienne très fréquente (ménopause chirurgicale radicale)
- Si extension digestive ou vésicale: pelvectomie (résection vésicale et/ou digestive) avec poches parfois définitives
- +/- radiothérapie
- +/- chimiothérapie
- Vaginoplastie lambeau grand droit abdominal

# Exentération totale

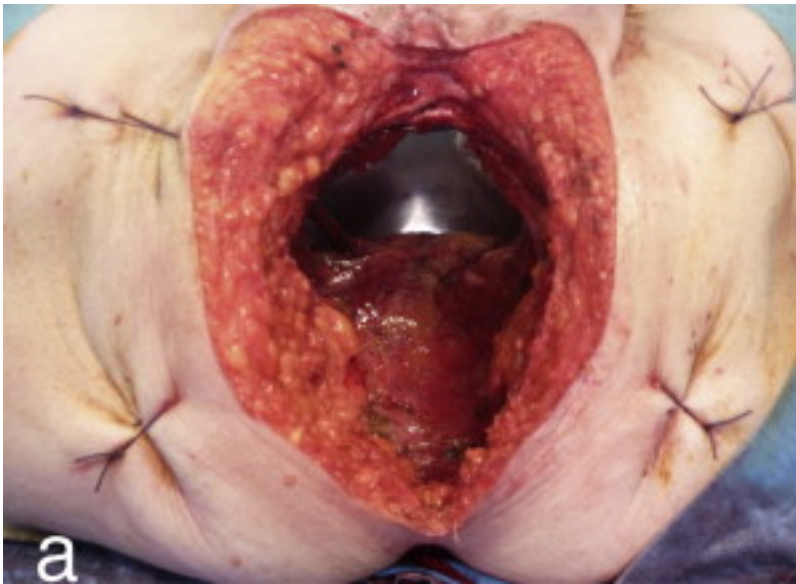
(tumeur localement évoluée  
ou récidive)

Avec ou sans périnectomie



a | b

# Exentération pelvienne totale avec amputation abdominopérinéale



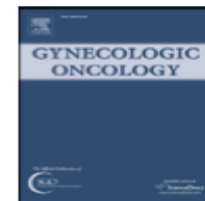
# Facteurs possiblement impliqués dans les difficultés sexuelles après cancer



- Modifications anatomiques périnéales
- Modification tissulaires
- Ménopause induite (chirurgicale ou radique)
- Bouversements relationnels et conjugaux
- Bouversements psychiques
  - Modification du schéma corporel
  - Expérience de confrontation à la mort
  - Symptomatologie dépressive, anxieuse
  - ...
- A l'évidence, on est souvent loin du lâcher prise, dans l'incapacité de se sentir attirante, ou d'entrer dans des rapports de séduction....

# Données relatives à la sexualité après cancer





## Review

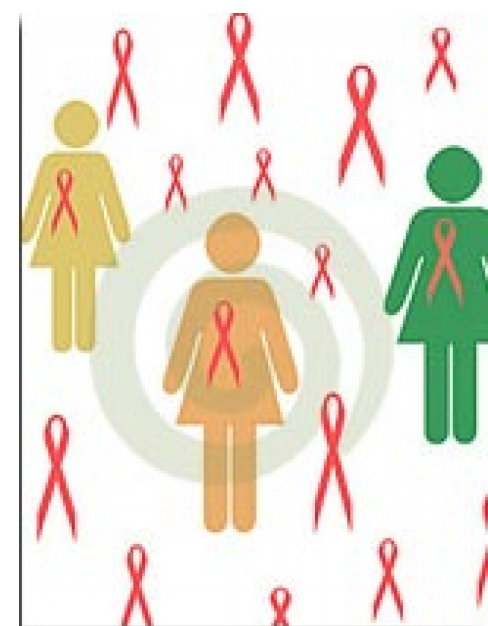
## A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors

Kristen Abbott-Anderson \*, Kristine L. Kwekkeboom

University of Wisconsin-Madison, School of Nursing, 600 Highland Ave., Madison, WI 53792-2455, USA

- 34 articles concernent le fonctionnement sexuel
- Etudes cas/témoins, observationnelles, comparatives avant/après. Pas d'études prospectives
- Les auteurs concluent à un lien entre cancer gynécologique et
 

■ <b>Difficultés sexuelles</b>	33/34 études
■ <b>Dyspareunies:</b>	21/34 études
■ Difficultés de <b>lubrification</b> :	17/34 études
■ <b>Dysorgasmie:</b>	15/34 études
■ <b>Baisse de l'activité sexuelle</b>	13/34 études
■ « <b>Modification vaginale</b> »	9/34 études





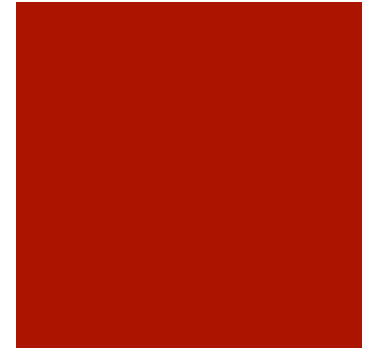
# Etude VICAN 2, 2014

La vie 2 ans après un diagnostic de cancer  
Institut National du Cancer – INSERM

## ■ Concernant les cancers gynécologiques:

- 75% des femmes rapportent des difficultés sexuelles
- 70% rapportent des troubles de la libido





**Psycho-Oncology**

*Psycho-Oncology* (2015)

Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/pon.3805

# **Sexuality and romantic relationships in young adult cancer survivors: satisfaction and supportive care needs**

Kristina Geue<sup>1\*</sup>, Ricarda Schmidt<sup>2</sup>, Annekathrin Sender<sup>1</sup>, Siegfried Sauter<sup>3</sup> and Michael Friedrich<sup>1</sup>

# Données consensuelles



- Toutes les études soulignent l'impact délétère du cancer sur la qualité de vie sexuelle
- Dyspareunies = symptôme sexuel le plus fréquent après cancer
- Un vaginisme secondaire pourrait survenir après un cancer gynécologique, selon 2 mécanismes:
  - Immédiatement après prise en charge du cancer
  - Ou comme complication de rapports douloureux après prise en charge du cancer
- La littérature dédiée à la sexualité après cancer s'intéresse aux dyspareunies, pas au vaginisme. Ce qui, par ailleurs, reflète bien la pratique clinique.



## Et le couple?

- Déséquilibre **brutal** de la dynamique de couple
  - Hodgkinson et al, 2007; Northouse et al, 1991
- Evolution des rôles de chacun au sein du couple (relation soignant-soignée)
- Capacités d'adaptation à l'épreuve

# Etude de la DREES (2008)

## Volet Recherche Plan Cancer 2003

### ■ Relation de couple:

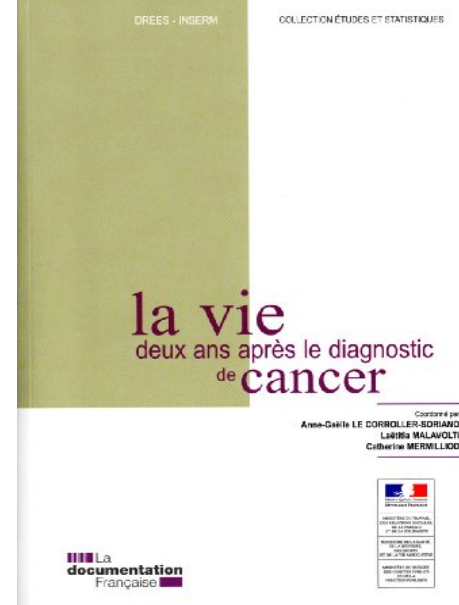
- 7.7% des F rapportent une **détérioration** relationnelle
- 37%, un **renforcement** (42% Dorval et al, 2005)
- 55%, pas de différence

### ■ Lien statistiquement significatif entre renforcement du couple et

- Partenaire vécu comme la personne la plus soutenance
- Activité sexuelle régulière (après ajustement en multivarié)
- Satisfaction de l'information délivrée par les soignants
- Soutien psychologique au moment du diagnostic
- Consommation de psychotrope depuis le diagnostic

### ■ Séparation : Difficultés relationnelles antérieures

- Dorval et al, 99; Taylor-Brown 2000



# Etude VICAN 2, 2014

La vie 2 ans après un diagnostic de cancer  
Institut National du Cancer – INSERM

- « Le couple préservé, pas la sexualité »
- « Les ruptures interviennent principalement dans les couples ayant des difficultés déjà existantes »



# Facteurs prédictifs de la santé sexuelle après cancer...



- **Facteurs liés à la maladie et à son trt**
  - Le type de cancer
  - Le type de traitement
  - P E C o n c o - s e x o spécifique?
- **Facteurs sexologiques**
  - Qualité de vie sexuelle avant la maladie
  - Durée de l'abstinence

- **Facteurs relationnels**
- **Facteurs psychiques**
  - La symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle ou trauma anciens « réveillés »
  - Perte du rôle social

# Cancer et sexualité: Un intérêt récent...



- ... **Lié à l'augmentation de la survie**
  - « Maladies chroniques »
  - **Qualité de vie** = indice de la qualité des soins
- Plan cancer 2014 – 2019:
  - 4 axes, dont « Préserver la continuité et la qualité de vie »
  - 17 objectifs
  - 9<sup>ème</sup> objectif: « diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle »



# Cancer et sexualité: Un intérêt récent



## Close Relationships and Emotional Processing Predict Decreased Mortality in Women with Breast Cancer: Preliminary Evidence

KAREN L. WEIHS, MD, TIMOTHY M. ENRIGHT, PhD, AND SAMUEL J. SIMMENS, PhD

TABLE 3. Prediction of Recurrence/Mortality From Univariate Relationship Variables and Multivariate Analyses of Close Relationships and Emotional Processing Variables

Variable	Recurrence			Mortality		
	RR	CI	<i>p</i>	RR	CI	<i>p</i>
Univariate: Marital status (MS)	0.49	0.20 to 1.19	.12	0.68	0.24 to 1.95	.32
Marital confiding (CONF)	0.27	0.10 to 0.77	.01	0.31	0.10 to 0.99	.05
# Nonhousehold supports (SUPP)	0.68	0.42 to 1.10	.11	0.41	0.21 to 0.80	.01
Close relationships (SUPPCONF)	0.36	0.18 to 0.71	.003	0.30	0.13 to 0.69	.005

of emotion: RR = 0.48 (CI = 0.25–0.91); and emotional distress: RR = 0.40 (CI = 0.14–1.19). **Conclusions:** Two aspects of close relationships—marital confiding and dependable, nonhousehold supports—were protective against breast cancer progression.

**Conclusion:** Dans cette étude, la confiance maritale constitue un facteur de protection contre l'évolution de la maladie néoplasique



Quelle est la demande des patientes concernées?

# Au delà des chiffres, le vécu des patients...



## RESEARCH ARTICLE

## Open Access

# Prevalence and correlates of cancer survivors' supportive care needs 6 months after diagnosis: a population-based cross-sectional study

Allison W Boyes<sup>1\*</sup>, Afaf Girgis<sup>2</sup>, Catherine D'Este<sup>1,3</sup> and Alison C Zucca<sup>1</sup>

**Table 2 Ten most prevalent 'moderate' or 'high' level unmet supportive care needs**

Rank	SCNS-SF34 item	Number (%) moderate or high needs	Domain
1	Concerns about the worries of those close to you	192 (15)	Psychological
2	Fears about the cancer spreading	185 (14)	Psychological
3	Not being able to do the things you used to do	169 (13)	Physical/ daily living
4	Uncertainty about the future	168 (13)	Psychological
5	Lack of energy/tiredness	157 (12)	Physical/ daily living
6	Changes in your sexual relationships	140 (11)	Sexuality
7	Changes in sexual feelings	139 (11)	Sexuality
8	Work around the home	137 (11)	Physical/ daily living
9	Worry that the results of treatment are beyond your control	128 (10)	Psychological
10	Feeling down or depressed	120 (9)	Psychological

Total number of observations for each item ranges from 1292–1302 due to missing values.

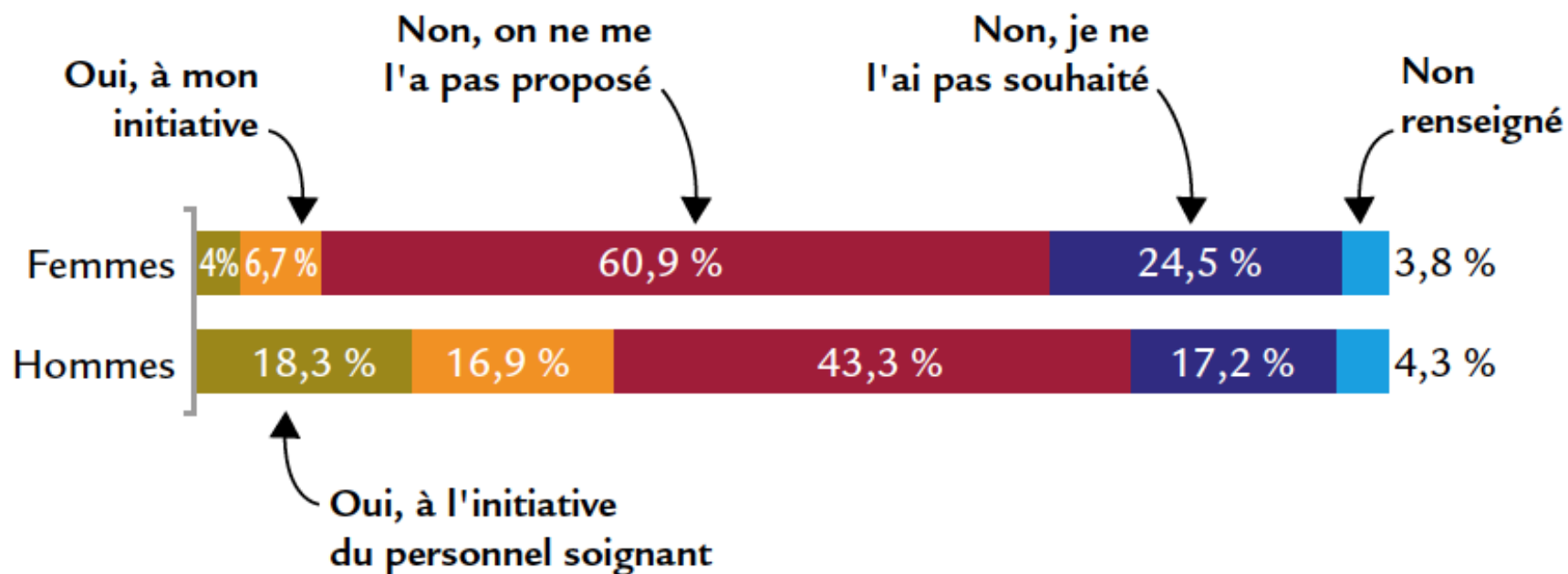
Etude VICAN 2, 2014

La vie 2 ans après un diagnostic de cancer

Institut National du Cancer – INSERM

### FIGURE 19.6.

PROPORTION DE FEMMES ET HOMMES AYANT PARLÉ DE LEUR SEXUALITÉ AVEC L'ÉQUIPE SOIGNANTE DEPUIS LE DÉBUT DE LA MALADIE (ENQUÊTE VICAN2 2012)



Etude VICAN 2, 2014  
La vie 2 ans après  
un diagnostic de cancer  
Institut National du Cancer – INSERM



Cependant, une grande partie des patients ne reçoivent pas l'information nécessaire de la part du personnel soignant afin de faire face à ces difficultés. La sexualité fait ainsi partie des domaines pour lesquels les besoins des patients atteints de cancer ne sont pas satisfaits [13].

Même si le personnel médical reconnaît la nécessité d'aborder les questions de sexualité, cela n'est en général pas le cas [14], que ce soit par manque de connaissances, de capacités de communication, ou par manque d'un environnement propice pour aborder ces questions. Cela demande également d'avoir une ouverture d'esprit suffisante, et une approche dénuée de jugement [15]. Il faudrait donc renforcer

Je réfléchis ...



VEUILLEZ PATIENTER

[www.lalyse.com](http://www.lalyse.com)

Quelle prise en charge  
proposer?

**Oser** lever les tabous

Oser aborder  
spontanément  
la question de la sexualité  
avec la patiente  
et le couple

# Prévention?

Prise en compte  
de la qualité de vie sexuelle  
dans le choix des  
options de prise en charge  
du cancer gynécologique?



- « Pour le chirurgien oncologue, c'est pas une priorité. »
- Dr A. LAZARD, gynéco oncologue



# Cancer, vie et santé sexuelle

Parution : décembre 2011

Proposé par L'AFSOS



Soutien à la diffusion du référentiel :



## SOMMAIRE

Pourquoi un référentiel cancer et sexualité ? - Epidémiologie	2
Pourquoi un référentiel cancer et sexualité ? - Progrès Médicaux et Sociétaux	3
Objectifs du référentiel	4
Pour qui ?	5
Cancer et sexualité	6
Cancer et sexualité : quand l'aborder avec le patient et le couple ?	7
Cancer et sexualité : qui doit en parler et comment en parler ?	8
Cancer et sexualité : quelle place pour l'onco-sexologue ?	9
Troubles sexuels	10
Diversités des impacts possibles sur la santé et la vie sexuelle	11
Cancer et fertilité : pour quels troubles ?	12
Check list santé sexuelle dans le parcours personnalisé de soins : phase d'annonce	13
Check list santé sexuelle dans le parcours personnalisé de soins : phase de traitement spécifique	14
Check list santé sexuelle dans le parcours personnalisé de soins : phase de sortie	15
Check list santé sexuelle dans le parcours personnalisé de soins : phase de surveillance	16
Glossaires / Définitions / Bibliographies	17

## CONTRIBUTEURS

### • COORDINATION

Pierre BONDIL (RRC-RA), Daniel HABOLD (RRC-RA)

### • MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Marie BARMAKI (RRC-RA), Christine BOISRYVEAUD (RRC-RA), Pierre BONDIL (RRC-RA), Marie CHEVRET (RRC-RA), Marjorie DUMONT (RRC-RA), Fadila FARSI (RRC-RA), Isabelle GABELLE-FLANDIN (RRC-RA), DANIEL HABOLD (RRC-RA), Anne MEUNIER (RRC-RA), Martine PROUVEUR (RRC-RA), Lydie ROCA (RRC-RA), Pierre SALTEL (RRC-RA), Elisabeth SCHADT (RRC-RA), Jean Dominique TIGAUD (RRCRA).

### • RELECTURE

Wahdi RHONDAU (RRC-RA).

### • CONTRIBUTEURS (PARTICIPANTS AUX ATELIERS DES J2R DU 02/12/2010)

Evelyne ARBIDL (RRC-RA), Pierre BIRON (RRC-RA), Wronique BODIN (ONCOPACA), Pierre BONDIL (RRC-RA), Géraldine CAPELLE (ONCOLOR), Sylvie DOLBEAULT (ONCORIF), Marjorie DUMONT (RRCRA), Fadila FARSI (RRC-RA), Laure FAWER (ONCOBOURGOGNE), Sylvie FILLON (ONCORIF), Virginie FOUBERT (RRC-RA), Daniel HABOLD (RRC-RA), Maryse JEUDY (ONCORIF), Thierry LAGRANGE (RRCRA), Frédérique LEBRUN (ONCOBRETAGNE), Gauthier LEQUANG (RRC-RA), Sandrine MILLET (ONCOCHA), Henry NAHAPETIAN (RRC-RA), Joséphine PIERARD (ONCO NORD PAS DE CALAIS), Pierre SALTEL (RRC-RA), Agnès SODRY FAURE (ONCOBOURGOGNE), Stéphanie TRAGER (ONCOPIC).

Ce référentiel est disponible sur <http://www.afsos.org>

Référentiel inter régional en soins oncologiques de support

Ce référentiel est disponible sur le site de l'AFSOS

# Cancer et sexualité :

## Quand l'aborder avec le patient et le couple ? \*

\* Tout au long d'un véritable « PARCOURS PERSONNALISÉ de SOINS en ONCO-SEXOLOGIE » avec à chaque étape ses priorités pour le patient et le soignant.

✦ Prévoir et systématiser un espace temps et des supports d'évaluation et d'information permettant d'aborder ce sujet

Moment	Annonce	Traitement	Sortie	Après Cancer
Enjeu	Légitimer	Prévenir	Encourager / Autoriser	Réadaptation
Action	Information Prévention	Prise en charge Information Prévention	Bilan Information Prévention	Prise en charge Information Prévention
Quels professionnels de santé concernés en priorité ?	Oncologues, Spécialistes d'organes, Médecins généralistes, IDE Dispositif annonce...	Cancérologues, IDE de soins, Médecins généralistes...	Cancérologues, Spécialistes d'organes IDE coordinatrice...	Médecins généralistes, Associations, Ligue...
	Phase d'annonce ↔ Page 14	Phase de traitement spécifique ↔ Page 15	Phase de sortie ↔ Page 16	Phase de surveillance ↔ Page 17

# Cancer et sexualité : Qui doit en parler et comment en parler ?

## Qui doit en parler ?

- Médecins généralistes,
  - Médecins spécialistes référents,
  - Les médecins et l'ensemble des professionnels de santé (pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes...),
  - Les sexologues,
  - Les psychologues.
- 
- **Les spécialistes en oncologie** : pour légitimer la démarche des soignants et entendre la demande de qualité de vie des patients.
  - **Les professionnels de santé** : pour assurer le devoir d'information sur les modifications possibles de la sexualité et adopter une attitude pro-active à la recherche de troubles, afin de répondre aux demandes ou à défaut orienter vers des professionnels identifiés.
  - **Les professionnels partenaires des soins de support** :  
esthéticiennes, stomathérapeutes, assistantes sociales, professionnels du bien être corporel.

## Comment en parler ?

- **Rester dans sa compétence et sa légitimité de soignant** :
  - approche centrée sur la recherche d'une altération de la **santé sexuelle** (et pas de sexe),
  - évaluation de la plainte ou des craintes,
  - saisir l'opportunité d'aborder le sujet (contraception; prothèse; soins corporels; hygiène de vie....).
- **En leur demandant ce qu'on leur a déjà dit, ce qu'ils ont pu lire** (brochures, sources Internet plus ou moins fiables, les bons amis et leur expérience qui fait généralité).
- **En utilisant tous les moyens et supports d'information du patient et des partenaires (brochures, plaquettes des sociétés savantes ou des associations...).**
- **A l'aide d'une sémantique adaptée et pédagogique** en restant simple car les problématiques sont souvent simples et abordables en pratique quotidienne.

# En pratique...

## Chacun à son niveau...

- Entretien d'écoute et d'informations
- Approche médicale
- Approche (psycho)corporelle
- Approche sexologique (couple et symptôme sexuel)
- Approche psychologique
- **En restant dans sa compétence et sa légitimité**

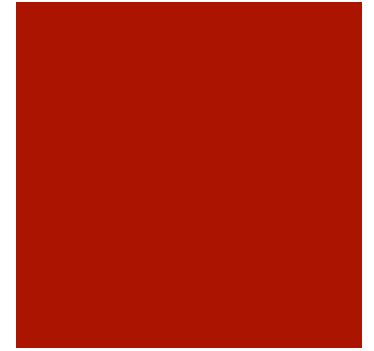


# En toute 1ère ligne...



- Espace de temps et de parole, pour la patiente et le couple
- Laisser la place aux questions ouvertes
- Conseiller une sexualité progressivement retrouvée
- Parler de « rééducation » sexuelle avec dans un premier temps la recherche de sensations agréables (et non le plaisir proprement dit, attention au piège des rapports douloureux)
- Encourager les massages, l'important étant que le couple se « touche ».
- Accorder une écoute à la femme autant qu'à l'homme
- Rester dans sa compétence et dans sa légitimité, en sachant renvoyer ou adresser vers le(s) correspondants adaptés : oncologues, kiné, gynéco, sexologue, psychologue et psychiatre...

# Rôle du partenaire



- Rôle capital
- Souvent absent ou mis à l'écart
- Beaucoup d'angoisses non formulées
- Peut avoir envie de fuir
- Primordial d'aborder les questions sur la sexualité des premières consultations (lors de la découverte de la maladie) devant le couple.
- Se souvenir que les dysfonctions sexuelles de l'homme existent aussi.





# Approche sexologique du couple et du symptôme sexuel

# Evaluer la demande et les objectifs de soin du couple dans cette prise en charge spécialisée



- Les 2 ou 3 premières consultations sexuelles du couple dans ce contexte sont longues: histoire du couple, sexualité antérieure, histoire et vécu de la maladie néoplasique, impact sur l'intimité et la sexualité, prises en charge antérieures...
- Quelles sont les attentes du couple (**ses objectifs**) dans cette prise en charge?
- Se méfier des **attentes irréalistes** « On veut qu'au niveau sexuel, ça redevienne comme avant »
- Dépister les **fausses croyances** (« si tu ne fais pas d'effort, ton mari va aller voir ailleurs avant de te quitter »)

# Evaluer la dynamique et la qualité relationnelle du couple



**Il est difficilement envisageable de prendre en charge une dysfonction sexuelle après cancer dans un couple qui dysfonctionne**

# Evaluer la dynamique et la qualité relationnelle du couple




- Dynamique du couple?
- Personnalité des conjoints
- Pb de communication?
- Environnement du couple?
- Rancoeurs, blessures, colère?
- Conjugopathie?
- **Dépister pour aider à la résolution des difficultés conjugales, qu'elles soient antérieures ou secondaires à la maladie néoplasique.**



En fonction de l'évaluation  
sexologique,  
une approche psychologique  
individuelle peut être proposée  
à l'un ou l'autre des conjoints  
voire aux 2

# Le cercle vicieux des rapports douloureux



- Ménopause induite, atrophie vaginale, sécheresse vaginale, libido « en berne »...
- Rapports douloureux... Absence de plaisir.. Anticipation négative des rapports suivants... Peur, crispation... Absence de désir et de la réponse sexuelle... Ce qui majore la douleur des rapports ultérieurs....  RISQUE VAGINISME SECONDAIRE
- INTERDIRE LES TENTATIVES DE PENETRATION !!!!!
- Techniques inspirées du ensate focus de Masters et Johnson
- Absence de désir spontané: des stimulations pour induire le désir  
(Basson, 2005; Basson & Schultz, 2007)



# Approches médicales des atrophies/sécheresse vaginales post cancer



- Oestrogénothérapie locale
  - Efficacité sup au placebo sur la dyspareunie liée à une atrophie vaginale (Portman et al, 2013)
  - Pas de consensus concernant les néo hormono dép
- Lipofeeeling = réinjection de graisse autologue
- Acide hyaluronique
- Laser CO2
- **DS après radiation pelvienne: les dilatateurs vaginaux constituent la seule option thérapeutique dont l'efficacité est démontrée par l'EBM** (Denton AS, Maher EJ. The Cochrane Library. 2003;3:1-26.

# Approche (psycho)corporelle

## **Restructuration du schéma corporel**



- Rééducation périnéale pour favoriser la conscience de la réalité du vagin, de sa contractilité, de sa perméabilité et de sa sensibilité (tout ce qui permet de rester en contact avec son corps et surtout avec la partie qui a été traitée est important)
- Méthodes de relaxation (hypnose, sophrologie..) et techniques psychocorporelles

# Au delà de la résolution du symptôme sexuel...



- Promouvoir une sexualité moins pénétrante qui peut être vécue comme aussi satisfaisante (Barsky, Friedman, & Rosen, 2006; Beck, 2011; Reese et al., 2010; Ussher, Perz, Gilbert, Wong, & Hobbs, 2013; Walker & Robinson, 2011)
- DS ≠ relation sexuelle non satisfaisante:
  - Réflexion quant aux « motivations » aux RS (intimité, plaisir, connivence, proximité, sentiment d'être désiré et/ou aimé, vertus anxiolytiques??)
  - Comment maintenir une expérience sexuelle qui remplisse ces valeurs malgré la persistance d'une DS?
- Seuls 15% des couples accepteraient et parviendraient à „renégocier“ leur sexualité (Gilbert et al, 2009)

Attention toutefois à ne pas tomber dans le « sexuellement correct »

(sexualité sanitaire...)

