

Méditation orgasmique : étude exploratoire auprès de couples hétérosexuels

Mémoire réalisé par
Camille Bataillon

Promotrice
Françoise Adam

Année académique 2017-2018
Master en Sciences de la famille et de la sexualité, finalité famille et couple

Remerciements

La méditation orgasmique est un sujet qui me tient à cœur depuis ces trois dernières années. Ce travail n'aurait pas été possible sans l'aide de nombreux soutiens sur mon chemin.

Je tiens tout d'abord à adresser mes plus vifs remerciements à ma promotrice, Mme Françoise Adam, qui m'a soutenue dès le début de mon projet et par la suite, lors des moments de doute.

Que soient également remerciées : l'Université Catholique de Louvain-La-Neuve (UCL) de proposer un master en Sciences de la Famille et de la Sexualité et de m'avoir offert l'opportunité d'étudier la sexologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM), pionnière dans ce domaine.

- Mme Anne-Julie Lafrenaye-Dugas, doctorante à l'UQAM, qui s'est toujours rendue disponible pour répondre à mes questions.

- Mme Nicole Audette (sexologue) à laquelle je dois de précieux conseils prodigués lors d'une chaleureuse rencontre.

Je témoigne toute ma reconnaissance aux différents coachs en méditation orgasmique pour leurs conseils et leur enthousiasme de voir une étude portée sur ce sujet. Je tiens spécifiquement à remercier chaleureusement Olivier Mageren qui m'a aidé dans ce projet en formant des couples à la méditation orgasmique. Son professionnalisme, sa joie et ses conseils m'ont guidé et motivé tout au long de l'aventure. Sans lui, l'étude n'aurait pas été la même.

J'adresse mes plus sincères remerciements à Émilie Guimond, coach en méditation orgasmique, qui a été mon « pilier » à Montréal au Canada. Sa bonne humeur et son envie de m'aider m'ont beaucoup touché. Nos différentes collaborations lors d'événements sur la méditation orgasmique à Montréal m'ont énormément apporté d'un point de vue professionnel.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude aux personnes qui se sont investies et qui ont participé à mon étude. Cette recherche n'aurait pas vu le jour sans leur participation. Merci pour leur confiance et leur désir de faire avancer les connaissances sur la méditation orgasmique.

Merci aux membres du jury, Alexandra Hubin et Nicolas Zdanowicz, pour leur lecture attentive.

Enfin, je ne saurais oublier mes ami·e·s qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire. Merci à Amandine, Céline, Cécile et Emily pour leurs soutiens inconditionnels. Enfin, je remercie de tout mon cœur ma famille de croire en moi et de me soutenir dans cette aventure.

*« La méditation orgasmique est à la sexualité, ce que le yoga est
au fitness »*

Nicole Daedone

Table des matières

INTRODUCTION	7
PARTIE THÉORIQUE.....	9
CHAPITRE I : FONCTIONNEMENT SEXUEL FÉMININ, SATISFACTION SEXUELLE ET SATISFACTION CONJUGALE	9
1. LES DIFFÉRENTS MODÈLES DE LA RÉPONSE SEXUELLE FÉMININE.....	9
1.1. LE MODÈLE LINÉAIRE DE MASTERS & JOHNSON (1966).....	9
1.2. LE MODÈLE CIRCULAIRE DE BASSON (2001).....	11
2. LE PLAISIR SEXUEL FÉMININ	12
2.1 L'ORGASME	12
2.2 LE POINT G ?.....	13
2.3 LE CLITORIS	14
2.3.1 ANATOMIE DU COMPLEXE CLITO-URÉTRO-VAGINAL.....	14
3 LA SATISFACTION CONJUGALE ET LA SATISFACTION SEXUELLE	16
CONCLUSION DU CHAPITRE I.....	19
CHAPITRE II : LA PLEINE CONSCIENCE	21
1. DÉFINITION DE LA PLEINE CONSCIENCE	21
2. CADRE THÉORIQUE	22
3. EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DE PLEINE CONSCIENCE EN PSYCHOLOGIE	23
4. PLEINE CONSCIENCE ET DIFFICULTÉS SEXUELLES	24
4.1 MINDFULNESS-BASED COGNITIVE BEHAVIORAL SEX THERAPY	27
CONCLUSION DU CHAPITRE II.....	28
CHAPITRE III : LA PLEINE CONSCIENCE DANS LE COUPLE ET LA SEXUALITÉ.....	29
1. EFFETS DE LA PLEINE CONSCIENCE DANS LA SEXUALITÉ DU COUPLE ...	29
2. UTILISATION DE LA PC DANS LE COUPLE.....	30
2.1 LE MODÈLE GOOD ENOUGH SEX	30
2.2 MINDFULNESS IN SEX THERAPY AND INTIMATE RELATIONSHIPS ..	31

3	LA MÉDITATION ORGASMIQUE	33
	3.1 PRÉSENTATION BRÈVE DU PROTOCOLE DE LA MO.....	34
	3.2 BÉNÉFICES DE LA MÉDITATION ORGASMIQUE.....	36
	3.3 BÉNÉFICES SUR LA RELATION AMOUREUSE.....	37
	CONCLUSION INTERMÉDIAIRE.....	39
	PARTIE PRATIQUE.....	41
	CHAPITRE I : MÉTHODOLOGIE	41
1.	RECRUTEMENT ET ÉCHANTILLON	41
2.	DESCRIPTION DE L'INTERVENTION EN MÉDITATION ORGASMIQUE.....	42
3.	ÉCHELLES DE MESURE	45
4.	ANALYSE DE LA FIABILITÉ	47
	CHAPITRE II : ANALYSE DES RÉSULTATS.....	49
1.	ANALYSES DESCRIPTIVES.....	49
2.	ANALYSES STATISTIQUES.....	49
	2.1 MO ET SATISFACTION SEXUELLE	50
	2.2 MO ET SATISFACTION CONJUGALE	51
	2.3 MO ET FONCTION SEXUELLE FÉMININE.....	52
	2.4 MO ET PC	54
	CONCLUSION GÉNÉRALE	59
	DISCUSSION.....	59
	LIMITES ET NOUVELLES PERSPECTIVES	62
	BIBLIOGRAPHIE.....	66
	ANNEXES	76

INTRODUCTION

La pleine conscience connaît un succès récent dans nos sociétés occidentales. Ses bienfaits démontrés sont nombreux et son champ d'application s'est diversifié ces dernières années au domaine de la sexualité. La sexualité devient moins taboue. C'est avec curiosité et intérêt que nous cherchons des réponses à nos préoccupations. Comment avoir une sexualité plus épanouie ? Comment atteindre l'orgasme ? Que faire si l'on ne ressent plus de plaisir pour son conjoint ? Comment mieux satisfaire sa partenaire ? C'est dans le but de répondre aux diverses problématiques que de nombreuses études (Mayland, 2005 ; Brotto, Basson & Luria, 2008 ; Brotto & Heiman, 2007 ; Brotto & Basson, 2014) se sont intéressées à l'utilisation de la pleine conscience pour améliorer la vie sexuelle et conjugale. Ainsi, les résultats encourageants de la pleine conscience dans le domaine de la sexualité ont ouvert de nouvelles perspectives sur l'intégration de cette dernière au sein du couple.

Dans ce mémoire, nous allons nous intéresser à une pratique de pleine conscience, à réaliser à deux, qui place le clitoris au centre de l'attention, la méditation orgasmique. Cette méditation encore peu connue est souvent utilisée aux États-Unis. L'intérêt de cette étude est de tenter d'apporter un éclairage scientifique sur cette pratique.

Cette présente recherche est la concrétisation d'une réflexion personnelle de plusieurs années. En effet, après avoir suivi une formation en méditation orgasmique à San Francisco en 2015, nous avons souhaité l'appliquer au sein du couple. Cependant, en l'absence de recherche scientifique conséquente sur le sujet, il nous a semblé difficile d'appuyer nos propos pour cibler nos interventions selon les problématiques de chacun. Dans cette perspective, ce travail propose de répondre à la question de recherche suivante : quel est l'impact de la méditation orgasmique sur le couple ?

Pour traiter cette réflexion, ce mémoire sera réparti en trois parties. Dans un premier temps, nous réaliserons une revue de littérature sur le fonctionnement sexuel de la femme et de la satisfaction sexuelle. Ensuite, nous présenterons différentes recherches sur la pleine conscience dans le champ du couple et de la sexualité. Puis, nous présenterons la méditation orgasmique au regard des divers programmes de pleine conscience. Dans un second temps, notre partie pratique présentera une étude réalisée sur six semaines auprès de huit couples hétérosexuels. L'objectif a été de tester l'impact d'une pratique de pleine conscience sur la sexualité du couple. Enfin, nous discuterons de nos résultats par rapport aux connaissances scientifiques existantes.

PARTIE THÉORIQUE

Chapitre I : fonctionnement sexuel féminin, satisfaction sexuelle et satisfaction conjugale

Dans ce chapitre, nous allons tenter d'aborder le fonctionnement sexuel féminin ainsi que la satisfaction sexuelle. En premier lieu, nous verrons les différents modèles de la réponse sexuelle féminine les plus cités dans la littérature. Par la suite, en rapport à la littérature, nous présenterons ce qu'on entend par plaisir féminin. Enfin, nous terminerons en tentant de définir le concept de la satisfaction sexuelle et conjugale.

1. Les différents modèles de la réponse sexuelle féminine

Le manuel de sexologie (Lopès & Poudat, 2013) décrit la fonction sexuelle comme un regroupement de caractéristiques relatives à la sexualité. Ainsi, les éléments psychologiques et anatomiques (excitation, lubrification, désir, orgasme) constituent le fonctionnement sexuel adéquat qui participe à une sexualité plaisante. Par ailleurs, l'activité sexuelle induit toute une série de changements physiologiques chez l'être humain. Dès les débuts de la sexologie, les chercheurs (Masters & Johnson, 1966 ; Kaplan, 1977) ont tenté d'établir un modèle du fonctionnement sexuel humain. Afin de définir le concept du fonctionnement sexuel, nous allons nous baser sur deux modèles qui nous semblent les plus pertinents, le modèle de Masters & Johnson (1966) ainsi que le modèle de Basson (2001).

1.1. Le modèle linéaire de Masters & Johnson (1966)

Le modèle multidimensionnel de Masters et Johnson (1966) est largement utilisé par les sexologues cliniciens. Ces auteurs ont observé des centaines de réactions

sexuelles d'hommes et de femmes afin de comprendre les réactions physiologiques et anatomiques de la réponse sexuelle humaine. Ils ont modélisé le fonctionnement sexuel en quatre étapes successives : excitation, plateau, orgasme et résolution. Premièrement, l'excitation sexuelle apparaît lors d'un stimulus sexuel. Elle est marquée par la vasocongestion (afflux de sang dans les organes génitaux) durant l'activation sexuelle. Selon Trudel (2008), la phase d'excitation permet de préparer le corps au rapport sexuel. Puis, une accumulation de stimuli sexuels intervient lors de la phase de plateau. Ensuite, pour ce qui est de la phase orgasme, cette dernière est caractérisée par une série de contractions involontaires plus ou moins longues des muscles du plancher pelvien et de spasmes dans le corps. L'orgasme survient après l'accumulation des stimuli sexuels des précédentes phases (excitation et plateau). En outre, il est possible que la femme passe de la phase plateau (2) à la phase résolution (4). Par conséquent, elle n'atteint pas l'orgasme (3). Masters & Johnson (1966), et plus tard Hite (1976) identifient la capacité physiologique de la femme à avoir de multiples orgasmes tandis que l'homme connaît une période réfractaire. Pour terminer, la phase de résolution se rapporte à l'étape où les réactions physiques apparues pendant le cycle de la réponse sexuelle reviennent à l'état antérieur à la stimulation sexuelle (Masters & Johnson, 1966).

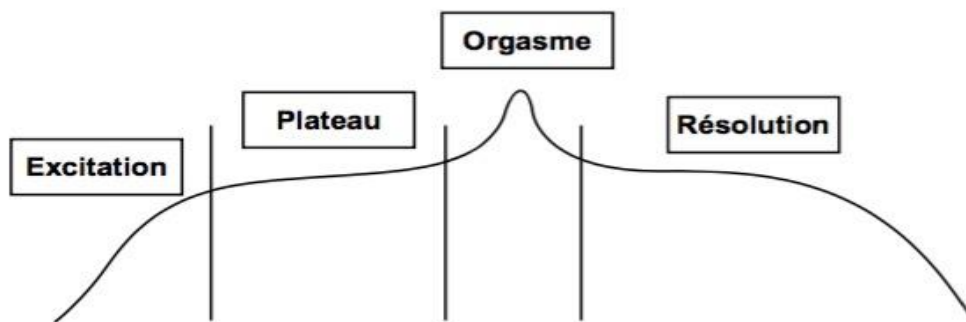


Figure 1. Le modèle de la réponse sexuelle de Masters & Johnson (1966)

Le modèle de Masters & Johnson (1966) est un des plus utilisés en sexologie. L'avantage de ce modèle linéaire est qu'il est facile à interpréter. Il nous permet de comprendre le fonctionnement de la réponse sexuelle humaine. Ainsi, ce modèle est pertinent pour détecter une dysfonction sexuelle. Toutefois, la compréhension de la réponse sexuelle au regard d'un modèle uniquement linéaire peut paraître parfois incomplète (Lopès & Poudat, 2013).

1.2. Le modèle circulaire de Basson (2001)

Le modèle circulaire de Basson (2001) est venu compléter le modèle de Masters & Johnson (1966). Notamment, en intégrant la notion de désir dans le cycle de la réponse sexuelle féminine. Ce modèle nous rend compte de la subtilité de la réponse sexuelle féminine. Ainsi, la prise en compte d'aspects autres que physiologiques permet d'étayer le fonctionnement sexuel féminin.

Tout d'abord, selon Basson (2001), le départ de la réponse sexuelle féminine naît d'un désir. La femme a un besoin d'intimité émotionnelle qui la pousse à rechercher des stimuli sexuels. À la suite de cela, le corps réagit aux stimulations sexuelles par une montée d'excitation. Le modèle de Basson (2001) met l'accent sur le besoin d'une excitation sensitive de la réponse sexuelle de la femme, c'est à dire, sur la capacité à sentir la montée d'excitation et à se l'approprier comme sexuelle. Dès lors, le contexte érotique et émotionnel est important. Effectivement, l'auteure dans son étude (Basson 2002) a constaté que les femmes, malgré les signes physiologiques de l'excitation (lubrification) ne se disaient pas excitées. De ce fait, Basson (2002) souligne l'existence de deux formes distinctes d'excitation chez la femme, une subjective (émotionnelle) et une génitale (physiologique). Par la suite, le modèle nous montre que plus l'excitation et le désir sexuel sont forts plus le niveau d'intimité est satisfaisant. Enfin, ce cycle est circulaire, car la satisfaction du rapport sexuel nourrit le désir et l'excitation sexuelle, qui à leur tour alimentent la satisfaction de l'intimité. Ce modèle nous permet d'appréhender la réponse sexuelle féminine en prenant compte de différents facteurs comme l'aspect émotionnel et contextuel, mais aussi relationnel. Nous voyons que tous ces déterminants de la réponse sexuelle sont interconnectés.

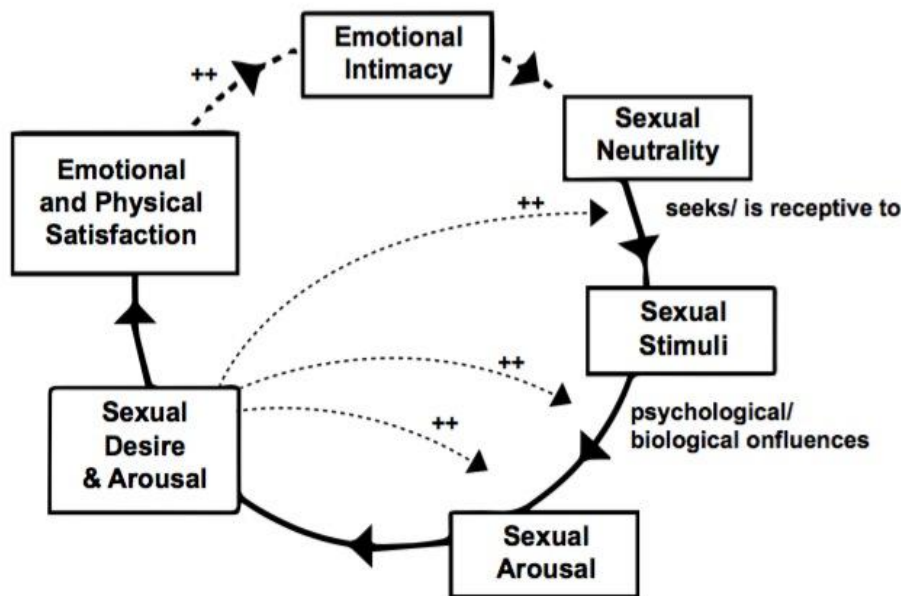


Figure 2. Le modèle de la réponse sexuelle de Basson (2001)

Au regard de ces deux modèles, nous avons décidé pour notre étude de nous appuyer sur le modèle de Basson (2001). En effet, il nous paraît intéressant d'inclure le modèle circulaire de Basson pour concevoir la sexualité de la femme sous un angle émotionnel, contextuel et relationnel.

2. Le plaisir sexuel féminin

2.1 L'orgasme

À l'égard des différentes définitions, il n'existerait pas de consensus sur l'orgasme (Mah & Binik, 2001). Comme le remarquent les auteurs, l'orgasme est souvent défini dans la littérature comme un « état de pic » (Mah & Binik, 2001, p.823). Ces mêmes auteurs ont constaté que l'orgasme peut se conceptualiser sous plusieurs perspectives. Tout d'abord, ce dernier est abordé de manière physiologique. Masters & Johnson (1966) définissent l'orgasme par des changements physiologiques qui s'opèrent durant la phase orgasme. La définition de l'orgasme décrite par Masters & Johnson (1966) nous semble se résumer seulement à la jouissance liée à la phase orgasme. En d'autres mots, par les modifications physiologiques de la région pelvienne et par une série de contractions involontaires

des muscles du plancher pelvien (Masters & Johnson, 1966). Par la suite, le concept de l'orgasme a été étayé et complété. Ainsi, la seconde définition repose sur une perspective psychologique (Mah & Binik, 2001). En effet, l'orgasme reposerait sur une expérience subjective (Alzate & Londoño, 1984 ; Basson, 2001) associée à une combinaison d'émotions et de sentiments (Hite, 1976). Par ailleurs, quant à l'orgasme masculin, nous constatons que ce dernier est souvent associé à l'éjaculation (Tuckwell, 1989 ; Mah & Binik, 2001). De ce fait, la vision de l'orgasme peut être perçue comme réductrice de la sexualité de l'homme (McCarthy & Wald, 2013). Afin de donner une vision plus complète de l'orgasme, Mah & Binik (2001) suggèrent la pertinence d'intégrer un modèle biopsychosocial combinant les différentes perspectives.

2.2 Le point G ?

Gräfenberg a été le premier à s'intéresser à une région sensible du vagin qui lorsqu'elle est stimulée (pénétration, caresses) semble amener la femme à l'orgasme. Cette zone, proche de l'urètre, serait située sur la face antérieure du vagin. De nombreux chercheurs ont tenté par la suite de trouver la localisation précise de cette région. Les auteurs (Ladas, Whipple & Perry, 1982) ont spécifié la localisation du « point G » (référence à Gräfenberg) au tiers inférieur de la face avant du vagin. Toutefois, le « point G » semble faire aujourd'hui débat. Effectivement, les chercheurs ne sont pas d'accord sur la localisation exacte de cette région (Colson, 2010). Nous remarquons qu'il n'existe pas de consensus concernant la zone exacte de ce « point de plaisir ». Certains auteurs (Buisson & Foldès, 2009) situeraient cette zone entre le point contact du clitoris interne et la paroi vaginale antérieure. En conclusion, comme le remarquent Hubin & Michel (2018), il semblerait que le « point G » soit une « zone C » plus étendue et incluant le clitoris. Par leurs recherches, Ladas, Whipple & Perry (1982) ont médiatisé cette « zone du plaisir ». Ainsi, cela a renforcé la conception dichotomique, déjà présente, de l'orgasme : un orgasme vaginal ou clitoridien. Selon cette vision, l'orgasme prend son origine soit d'une stimulation du vagin ou du clitoris. Cependant, avec les récentes études (O'Connell & DeLancey, 2005) sur l'anatomie du clitoris, la conception de l'orgasme est plus nuancée.

2.3 Le clitoris

La découverte et l'intérêt pour le clitoris remontent en 1559. Selon le sexologue Jean-Claude Piquard (2013), le clitoris est disséqué et schématisé pour la première fois aux XVIème siècle par l'anatomiste italien Colombo. Ce dernier décrit le clitoris comme un élément essentiel dans la jouissance de la femme. Or, à cette époque, la croyance est que jouissance et fertilité sont liées (Piquard, 2013). Puis, pendant deux siècles, le plaisir sexuel de la femme est mis aux oubliettes (Piquard, 2013). Ce n'est que récemment que l'on s'intéresse à nouveau à cet organe et à son rôle dans le plaisir féminin.

2.3.1 Anatomie du complexe clito-uréthro-vaginal

L'exploration de l'anatomie complète du clitoris a été réalisée en 1998 par les chercheurs O'Connell, Hutson, Anderson & Plenter. Ces derniers ont été les premiers à réaliser une étude pour récolter des données sur la structure du clitoris (taille, nerfs...). Pour ce faire, des clitoris ont été disséqués sur des corps cadavériques (O'Connell & al., 1998). Cependant, il faut attendre les recherches de O'Connell & DeLancey (2005) pour qu'une analyse de l'anatomie du clitoris sur des sujets vivants soit réalisée grâce à l'utilisation de l'imagerie par résonance magnétique. Les chercheurs O'Connell & DeLancey (2005) ont réalisé l'étude à l'université de Michigan sur dix femmes nullipares, en bonne santé, préménopausées et ayant un examen pelvien normal. Selon ces mêmes auteurs, l'IRM sur des sujets vivants a permis de laisser apparaître la vascularisation des tissus. Les résultats ont permis de comparer et de confirmer les données anatomiques du clitoris avec celles de la précédente recherche (O'Connell & al., 1998).

D'après Lopès & Poudat (2013), le clitoris se situe au-dessus de la symphyse pubienne. La symphyse pubienne est constituée par le corps du clitoris et le gland. Bien que le clitoris soit semblable dans sa structure au pénis, il n'est pas aussi visible que ce dernier. Effectivement, les grandes lèvres couvrent cet organe et le prépuce enveloppe partiellement le gland du clitoris qui est la partie visible de l'organe. Le tronc du clitoris est composé d'une double arche dont la première est composée de deux corps

caverneux, piliers du clitoris, qui se rejoignent en formant le gland du clitoris (Foldes & Buisson, 2009). Les racines du clitoris sont entourées par le périnée (muscle important dans les sensations de plaisir). Puis, la seconde arche est formée de deux corps spongieux appelés bulbe du vestibule qui forment les grandes lèvres. Le clitoris entoure partiellement l'urètre et le vagin formant alors le complexe clito-uréthro-vaginal (Foldes & Buisson, 2009) ou encore organe bulbo-clitoridien (Hubin & Michel, 2018). Lopès & Poudat (2013) soulignent que le bulbe vestibulaire est un tissu érectile. Ce dernier est relié au corps caverneux par un ensemble de veines bulbaires appelé le réseau intermédiaire de Kobelt. Les muscles bulbo-spongieux enveloppent le bulbe vestibulaire et ont une fonction dans l'érection du clitoris. En effet, par la contraction des muscles bulbo-spongieux, le sang est chassé vers le clitoris ce qui contribue à l'érection de l'organe (Lopès & Poudat, 2013). Enfin, le clitoris est un corps érectile (O'Connel & al., 1998) qui fluctue pendant le cycle de la réponse sexuelle (Masters & Johnson, 1966). Sa taille moyenne est comprise entre 9 et 11 cm (Pauls, 2015).

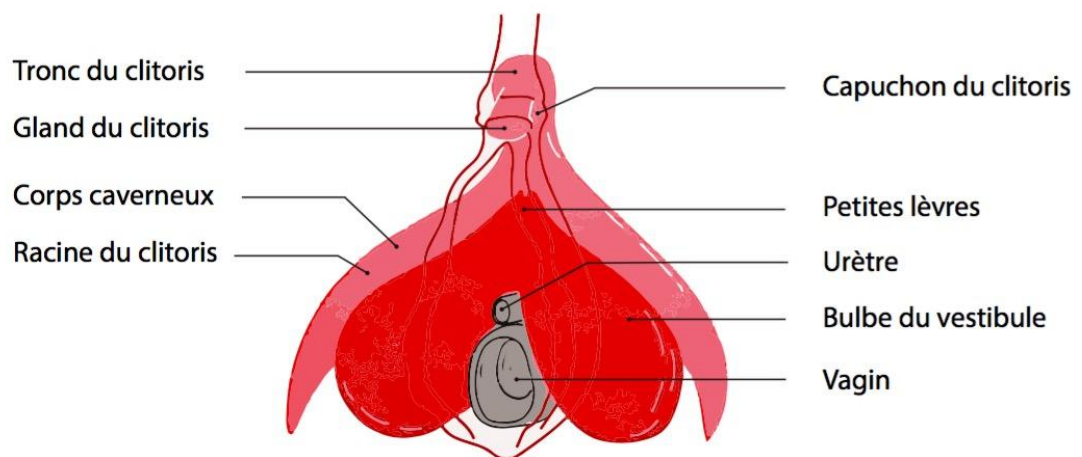


Figure 3. Illustration du complexe clito-uréthro-vaginal tirée du livre « *Entre mes lèvres, mon clitoris* » (Hubin & Michel, 2018).

Le clitoris est le seul organe du corps féminin dédié uniquement au plaisir (Hubin & Michel, 2018). Plus particulièrement, le gland du clitoris « possède beaucoup plus de petits nerfs que le reste du clitoris, ce qui explique qu'il soit extrêmement érogène » (Hubin & Michel, 2018, p. 66). Ainsi, nous pouvons supposer que le gland du clitoris peut être sensible au toucher dû à ses nombreuses terminaisons nerveuses. Dès les premières recherches sur le fonctionnement et le comportement sexuel, plusieurs chercheurs ont observé l'importance d'une stimulation directe ou indirecte du clitoris pour atteindre l'orgasme chez la femme (Masters & Johnson, 1966 ; Fisher 1973 ; Hite, 1976 ; O'Connell & al., 2005). Ainsi Fisher (1973) constate que 63 % des femmes atteignent l'orgasme, durant le coït, par stimulation directe du clitoris. En effet, lors des recherches sur le comportement sexuel de la femme, le rapport Kinsey (Kinsey, Pomeroy, Martin & Gebhard, 1953) souligne l'importance d'une stimulation clitoridienne dans le plaisir sexuel féminin. Cette théorie est rejointe par Masters & Johnson (1966), et plus récemment par d'autres auteurs (O'Connell & al., 2005 ; Foldes & Buisson, 2009 ; Pauls, 2015) qui indiquent la stimulation clitoridienne (directe ou indirecte) comme la source sensorielle principale pour permettre l'orgasme. Au vu de la littérature, nous pouvons supposer que le plaisir sexuel de la femme passe par le clitoris.

3 La satisfaction conjugale et la satisfaction sexuelle

D'après le Petit Larousse de la Sexualité (Mimoun, 2007, p.206), le couple se définit généralement par deux personnes unies par le mariage, le PACS ou vivant ensemble. Selon Wenzel & Harvey (2001), le couple est constitué de deux personnes qui ont développé une relation intime et qui partagent des sentiments amoureux l'un pour l'autre. Par ailleurs, la sexualité est un élément qui peut être à l'origine de plaisir partagé dans le couple. Même si le couple ne se construit pas essentiellement sur cela, la satisfaction sexuelle est une composante du bonheur du couple (Dallaire & Solano, 2013). Plusieurs études (Byers, 2005 ; McCarthy & Wald, 2013) traitent du lien étroit entre la satisfaction sexuelle et conjugale. Ainsi, selon Byers (2005), la satisfaction sexuelle dans le couple est une composante essentielle d'une relation de qualité.

Le concept de la satisfaction sexuelle nous semble difficile à généraliser tant il repose sur la subjectivité de chacun. Dolbeau, Flahault & Brédart (2009) le décrit comme une évaluation générale de la vie sexuelle. Pour Lawrence & Byers (1995), ce concept repose sur une estimation subjective des aspects positifs et négatifs de la vie sexuelle. Enfin, pour Mimoun (2007), la satisfaction sexuelle dépend de plusieurs facteurs propres à chacun. Cela peut passer par l'objet de convoitise, du plaisir ressenti pendant l'activité sexuelle, du nombre de rapports sexuels...

Selon Sprecher (2002), la satisfaction sexuelle joue un rôle considérable dans la qualité de la relation de couple. Effectivement, plusieurs auteurs (Haavio-Mannila & Kontula, 1997 ; Byers, 2005 ; Galinsk & Sonenstein, 2013) ont constaté plus spécifiquement l'influence positive de la satisfaction relationnelle sur la satisfaction sexuelle. Dans le même ordre d'idées, les personnes satisfaites de leur relation de couple sont celles qui ressentent une satisfaction sexuelle plus grande (Byers, 2005). Dans une étude plus récente, les auteurs (Yoo, Bartle-Haring, Day & Gangamma, 2014) ont montré une corrélation positive entre la satisfaction sexuelle des femmes et la satisfaction relationnelle de leurs compagnons. Ces derniers (Yoo & al., 2014) ont expliqué le résultat par le fait que les hommes sont plus sensibles à leur performance sexuelle. Celle-ci se mesurant à la satisfaction sexuelle de leurs épouses. Comme nous l'explique Antoine, Christophe & Nandrino (2008), la plupart des échelles sur la satisfaction conjugale ou l'ajustement du couple mesurent l'insatisfaction par un niveau bas de satisfaction. En d'autres mots, l'absence de détresse conjugale signifie que le couple est satisfait de la relation. Or, les facteurs liés à la satisfaction ne sont pas semblables à ceux qui conduisent à l'insatisfaction (Antoine & al., 2008). Tout comme, la satisfaction sexuelle ne se définit pas par l'absence d'insatisfaction sexuelle (Mimoun, 2007).

En outre, plusieurs facteurs physiques, sociaux ou psychologiques déterminent la satisfaction sexuelle. Selon Dolbeau, Flahault & Brédart (2009), la satisfaction sexuelle peut être influencée par plusieurs critères, dont l'âge, le nombre de rapports sexuels, l'orgasme, la santé, le bien-être sexuel ou encore la qualité de la relation avec le partenaire (Haavio-Mannila & Kontula, 1997). D'autre part, plusieurs auteurs (Srecher

& McKinney, 1993 ; Mimoun, 2007) soulignent le plaisir sexuel comme un des déterminants de la satisfaction sexuelle. Galinsk et Sonenstein (2013) définissent le plaisir sexuel par un sentiment, physique ou/et psychologique, positif résultant de l'expérience sexuelle. Selon ces derniers, le plaisir sexuel est souvent mesuré par l'atteinte de l'orgasme. Dans une autre mesure, pour les auteurs (Sprecher & McKinney, 1993), plus les partenaires ont des rapports sexuels fréquents accompagnés d'orgasmes et plus la satisfaction sexuelle augmente. Ceci peut s'expliquer par le fait que plus les partenaires pratiquent ensemble et plus ils connaissent les zones érogènes de l'autre (Laumann & al.,1994).

De plus, la satisfaction sexuelle est généralement influencée par la communication sexuelle. En effet, différentes recherches (Kaplan, 1974 ; Sprecher & McKinney, 1993 ; Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994 ; Haavio-Mannila & Kontula, 1997 ; Byers 2005) ont montré une corrélation positive entre la communication efficace et l'augmentation de la satisfaction sexuelle. Ainsi, selon Laumann & al. (1994), la capacité à communiquer ses désirs sexuels (communication sexuelle efficace) est un facteur de la qualité de vie sexuelle. En effet, la communication sexuelle permet de partager avec l'autre les stimulations adéquates pour atteindre l'orgasme (Kaplan, 1974). De plus, selon Sprecher & McKinney (1993), la possibilité de mieux exprimer ses désirs augmente l'excitation sexuelle grâce à une stimulation sexuelle appropriée. Ainsi, l'excitation sexuelle semble liée positivement à une sexualité satisfaisante (Sprecher & McKinney, 1993). Pour conclure, les couples qui parviennent à réduire les insatisfactions sexuelles et à augmenter les plaisirs favorisent leurs chances de vivre une sexualité heureuse (Dallaire & Solano, 2013)

Conclusion du chapitre I

Dans ce chapitre, nous nous sommes intéressées à plusieurs concepts. Nous avons vu que les différentes études présentées ci-dessus ont du mal à s'accorder sur une compréhension commune du plaisir féminin. De futures recherches restent à faire pour comprendre l'origine de la jouissance féminine et mieux appréhender l'orgasme. Concernant la sexualité du couple, la plupart des études montrent une forte corrélation entre satisfaction sexuelle et satisfaction conjugale. Ce qui nous amène à reposer notre question de départ : quel est l'impact de la méditation orgasmique sur le couple ? Avant d'aller plus loin sur cette question, nous allons d'abord nous intéresser à la pleine conscience et à ses effets.

Chapitre II : La pleine conscience

Dans ce second chapitre, nous allons présenter la pleine conscience (PC). Tout d'abord, nous tenterons d'en donner une définition puis d'établir un modèle conceptuel de la PC. Enfin, nous présenterons les deux grands programmes d'intervention basés sur la PC et nous aborderons l'efficacité de ses programmes.

1. Définition de la pleine conscience

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont pour but de travailler sur la cognition du sujet et la manière dont il réagit face à ses cognitions et à ses comportements. Dans les années 1980, les TCC évoluent pour intégrer la dimension émotionnelle afin d'en améliorer la thérapie. C'est ainsi qu'une nouvelle génération de TCC dite de troisième vague, centrée davantage sur les processus cognitifs et émotionnels des individus, émerge (Hayes, Follette, & Linehan, 2004). Dans cette perspective, la PC a été intégrée dans les TCC de troisième génération.

La PC, d'origine bouddhiste, se définit par la façon d'être conscient de l'expérience du moment présent. Notamment, en portant son attention sur ce qui se passe, instant après instant et, sans jugement de valeur (Kabat-Zinn, 1990). Nous pouvons tenter de définir la PC comme une pratique d'observation active et d'attention consciente des sensations (respiration, sensations corporelles, température, bruit).

Pour Strub (2013), l'acceptation de l'expérience de l'instant présent et le non-jugement des pensées sont des comportements qui permettent aux individus de lâcher prise et de garder leur attention sur le point d'ancrage. Ainsi, la PC invite à examiner l'expérience subjective et à développer l'aptitude à l'attention focalisée. Il s'agit donc d'une capacité à diriger son attention vers l'expérience de l'instant présent en se décentrant des préjugés liés à l'expérience (Heeren & Philippot, 2010). En outre, d'autres auteurs (Adam, Géonet, Day & De Sutter, 2015) mettent en avant l'habileté de s'écarter des pensées automatiques grâce à la pratique de la PC, ce qui a pour effet de vivre le moment présent en conscience. Enfin pour Atkinson (2013), l'utilisation de la PC développe notamment l'empathie, la conscience de soi et l'auto régulation des émotions.

2. Cadre théorique

En premier lieu, les auteurs (Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Carmody et al., 2004) ont proposé un modèle conceptuel de la PC constitué de deux composantes métacognitives majeures : l'autorégulation de l'attention et l'orientation attentionnelle tournée vers l'expérience du sujet.

L'autorégulation de l'attention est un aspect de la PC qui permet de prendre conscience de l'apparition d'un distracteur, et de s'en détourner en redirigeant son attention sur le point de focalisation désiré (Bishop et al., 2004). C'est à dire, c'est l'habileté à sélectionner un stimulus désiré. Par exemple, lorsque nous réalisons une tâche en pensant simultanément à d'autres choses, l'autorégulation de l'attention nous aide à prendre conscience de la distraction et ramène notre attention sur la tâche à accomplir. Par ailleurs, la deuxième composante de la PC est définie par l'orientation de l'attention tournée vers l'expérience. L'orientation attentionnelle est la faculté à prendre conscience des sensations corporelles, des pensées automatiques et des émotions qui nous traversent sans vouloir les éviter ni les changer. En d'autres mots, c'est la capacité à observer tous les stimulus dans une attitude de non-jugement (Bishop et al., 2004).

En second lieu, une théorie développée par Shapiro, Carlson, Astin & Freedman (2006) a complété le modèle de Bishop et al., (2004). Selon Shapiro et al. (2006), trois composantes essentielles font partie de l'état de PC : l'intention, l'attention et l'attitude.

Premièrement, l'intention est l'objectif conscient dont les pratiquants souhaitent obtenir de la méditation. C'est un état mental à la base d'une pratique de conscience. Selon Shapiro et al. (2006), le fait de porter une intention à une pratique pourrait faciliter l'engagement de cette dernière. Deuxièmement, la PC implique le rôle de l'attention. Pour parvenir à l'autorégulation de l'attention, les pratiquants sont amenés à focaliser leur attention sur un objet (le corps, le bruit, le souffle). Selon les auteurs, l'état de PC « implique l'observation des opérations cognitives internes et externes à chaque instant » (Berghmans, Strub & Tarquinio, 2010, p.52). En effet, le processus d'autorégulation demande une souplesse de l'attention afin que le méditant puisse porter

son attention d'un stimulus à un autre (Posner, 1980). Berghmans, Strub & Tarquinio (2010) nous expliquent que l'autorégulation est un mécanisme inhibiteur des pensées parasites. Ce dernier se travaille avec la PC. En d'autres mots, plus les individus pratiquent la PC et plus le choix des stimuli désirés est facilité par le mécanisme d'inhibition cognitif. Troisièmement, l'attitude est un mécanisme de la PC. Le méditant prend une attitude de curiosité où tout stimulus peut être sujet d'observation (Bishop et al., 2004). Enfin, Berghmans, Strub & Tarquinio (2010) soulignent que ces trois composantes sont cycliques et peuvent intervenir conjointement.

3. Efficacité des programmes de pleine conscience en psychologie

Au regard de la littérature, deux programmes principaux d'entraînement à la PC ont montré leur efficacité en thérapie (Baer, 2003 ; Berghmans, Strub & Tarquinio, 2010). D'une part, la première thérapie basée sur la PC est le *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR). Elle a été conçue par le médecin américain Jon Kabat-Zinn (1982) et est la plus connue dans ce domaine. Le MBSR est un programme sur 8 semaines qui a pour but de soulager les douleurs chroniques et de réduire le stress via des techniques de méditation, de relaxation et de yoga (Heeren & Philippot, 2010). De plus, des travaux pratiques sont à réaliser en dehors des sessions. Ensuite, le MBSR a été intégré pour traiter les troubles post-traumatiques, diminuer l'anxiété et soulager les douleurs des patients cancéreux (Carson, Carson, Gil & Baucom, 2004).

Par la suite, les éléments du MBSR ont été utilisés dans les thérapies cognitives. Segal, Teasdale, Williams & Gemar (2002) se sont inspirés du MBSR pour créer le deuxième programme d'entraînement à la PC, le *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT). C'est une thérapie en 8 semaines comportant des exercices intensifs de méditation. Le MBCT cible les patients avec des troubles dépressifs. Il a pour but d'aider ces derniers à développer un rapport différent à leurs émotions négatives et à leurs pensées ruminatives afin de s'en détacher (Segal & al., 2002). Cette attitude est marquée par un état d'acceptation de l'expérience plutôt que l'évitement. (Strub, 2013). En effet, l'auteur (Strub, 2013) définit ce comportement comme un mode « être » (état de PC) qui consiste à vivre l'expérience du moment présent de manière intentionnelle sans rien vouloir changer et, qui s'oppose à l'action du mode « faire » (réaliser une

action). Toujours selon Strub (2013), l'habileté de passer d'un mode « faire » à un mode « être » s'exerce grâce à la PC.

Les exercices de PC dans le MBSR et MBCT, pratiqués plusieurs fois pendant 8 semaines, font intervenir plusieurs mécanismes. Berghmans, Strub & Tarquinio (2010) nous expliquent que l'exercice du body scan (analyse du corps) exerce le processus de visualisation et de concentration. Les yeux fermés, le participant porte son attention sur chaque partie de son corps et de ses sensations (Baer, 2003). De plus, lors de la méditation assise, les participants sont invités à se concentrer sur les sensations du souffle. Ainsi, selon Berghmans, Strub & Tarquinio (2010), les mécanismes d'attention et d'acceptation sont activés par cet exercice.

Baer (2003) souligne l'efficacité du programme de MBSR dans l'acquisition de compétences nouvelles. Ces dernières peuvent contribuer à la diminution de la symptomatologie comme l'acceptation ou le changement cognitif par exemple (Baer, 2003). Dans une même mesure, les chercheurs occidentaux portent un intérêt grandissant à la PC en s'intéressant à l'efficacité des programmes de PC sur la santé physique et mentale (Wachs & Cordova, 2007). Au regard de la revue de littérature de Berghmans, Strub & Tarquinio (2010), nous pouvons constater des bénéfices de l'utilisation de la PC dans de nombreux champs d'interventions : la douleur (Kabat-Zinn, 1982 ; Kabat-Zinn, Lipsorth & Burney, 1985), les troubles du sommeil (Shapiro & al., 2003), le stress (Kabat-Zinn, 1982 ; Peterson & Pbert, 1992 ; Speca, Carlson, Goodey & Angen, 2000 ; Shapiro, Austin., Bishop & Cordova, 2005), la dépression (Peterson & Pbert, 1992 ; Teasdale & al., 2000) et le cancer (Carlson, Speca, Patel & Goodey, 2003). Par la suite, plusieurs auteurs se sont intéressés à la perspective de traitements basés sur la PC dans le cadre de problématique sexuelle.

4. Pleine conscience et difficultés sexuelles

Selon Koukounas & McCabe (2001), les problématiques sexuelles féminines (ex. : troubles du désir) ont été traitées efficacement grâce aux TCC. D'ailleurs, Brotto (2013) souligne l'importance de travailler l'acceptation des sensations en TCC. Car, les femmes associent souvent leur réponse sexuelle à des émotions négatives généralement

responsables de certains troubles sexuels. Plusieurs études (Brotto & Heiman, 2007, Brotto & Basson 2014; Adam, 2015; Paterson, Handy & Brotto, 2017) ont intégré la PC pour traiter avec succès les problématiques sexuelles, notamment les dysfonctions sexuelles féminines.

Le champ d'expertise de la PC s'est développé en sexologie avec tout d'abord la thèse doctorale de Mayland (2005). Cette étude qualitative s'est intéressée à l'impact d'une pratique de PC sur la vie sexuelle et conjugale auprès de 10 femmes pratiquant régulièrement la méditation. D'après les participantes, la méditation est utilisée pendant les rencontres sexuelles. Cela les aide à être plus présentes et conscientes de leurs excitations génitales (Mayland, 2005). De plus, les participantes ont noté l'habileté à « laisser aller » toute attente sexuelle, comme l'orgasme, ce qui a favorisé une sexualité plus satisfaisante (Mayland, 2005). Bien que l'échantillon ait été composé uniquement de femmes en bonne santé avec une pratique de la méditation avancée, les données qualitatives ont été par la suite observées et validées lors de programmes d'intervention de la PC dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles féminines. Après cela, plusieurs études (Brotto & Heiman, 2007 ; Brotto, Basson & Luria 2008 ; Brotto & Basson, 2014 ; Adam, 2015) se sont intéressées à la PC dans le traitement des dysfonctions sexuelles.

Brotto & Heiman (2007) ont mis en place le premier protocole d'intervention thérapeutique basé sur la PC pour traiter des dysfonctions sexuelles féminines. Leur étude met en avant l'impact d'un programme psychoéducatif (PED) basé sur la PC pour les femmes ayant subi une hystérectomie radicale. Ces dernières, à la suite d'un cancer gynécologique, souffraient d'un trouble de désir sexuel/ trouble de l'excitation sexuelle. Vingt-deux femmes hétérosexuelles en couple ont été intégrées dans ce programme, de 4 sessions de 90 minutes, avec un clinicien. L'intervention sexothérapeutique a intégré des exercices de présence attentive, de la thérapie cognitive et des éléments d'éducation à la sexualité. À la fin de l'intervention, les femmes ont été invitées à donner leur avis sur les différents exercices mis en place et leurs impacts sur leur vie sexuelle. Bien que l'enseignement de la PC a été moins intensif que d'autres programmes (MBSR, MBCT), la PC s'est révélée être l'élément le

plus efficace du programme selon les participantes (Brotto & Heiman, 2007). En effet, en intégrant la PC dans leur sexualité, ces dernières se disaient plus réceptives et plus conscientes de leur excitation en dépit de leur hystérectomie (Brotto & Heiman, 2007). En ce sens, les résultats de Brotto & Heiman (2007) rejoignent et complètent les données qualitatives de Mayland (2005).

Suite aux résultats concluants du premier programme (Brotto & Heiman, 2007) et à la nécessité de proposer des traitements efficaces pour traiter la baisse de désir sexuel/troubles de l'excitation, Brotto, Basson & Luria (2008) ont testé l'efficacité de leur programme sur une population féminine sans cancer. Pour ce faire, 26 femmes ont regardé un contenu audiovisuel à caractère érotique. Les auteures ont évalué l'excitation sexuelle subjective ainsi que physiologique. Au regard des résultats, des effets bénéfiques sur le désir sexuel et la détresse sexuelle ont été remarqués. De plus, les auteurs ont constaté une amélioration de l'évaluation subjective de l'excitation sexuelle et ceci malgré peu de changement au niveau physiologique. Enfin, selon Brotto & Heiman (2007), la PC aide les individus à être dans le moment présent en reconnaissant son excitation. Ces deux études (Brotto & Heiman, 2007 ; Brotto, Basson & Luria , 2008) nous permettent de voir les effets bénéfiques de la PC sur la sexualité dans une population clinique et non clinique.

Concernant la PC sur la sexualité des hommes, nous avons constaté un nombre moins important d'études. Sommers (2013) a appliqué le protocole MBCT pour traiter avec succès un problème érectile sur un de ses patients. Ce dernier a suivi 8 à 10 sessions de PC accompagnées d'exercices à la maison, de films thérapeutiques et de cours d'éducation sexuelle. Selon Sommers (2013), cela a permis à son patient d'aborder la sexualité d'une manière différente et avec plus de conscience. Toutefois, cette étude n'a pas de validité empirique et a été utilisée sur un homme. D'autres auteurs (McCarthy & Wald, 2013) utilisent des exercices psychosexuels réalisés en PC pour traiter les dysfonctions érectiles. Pour ces derniers, la PC peut aider l'homme à approcher la sexualité en conscience et dans une non-performativité. À cette fin, les techniques de PC peuvent être utiles aux hommes dans leur bien-être sexuel (McCarthy & Wald, 2013). Bien que dans leurs études les auteurs (Sommers, 2013 ; McCarthy &

Wald, 2013) ont constaté une amélioration de la fonction sexuelle masculine, à notre connaissance aucune n'a de validité empirique.

4.1 Mindfulness-Based Cognitive Behavioral Sex Therapy

En se basant sur le succès du PED (Brotto & Heiman, 2007), Brotto & Basson (2014) ont élaboré le *Mindfulness Based Cognitive Behavioral Sex Therapy* (MBCST). Le but était de tester les bénéfices du MBCST sur l'absence de désir sexuel/ excitation sexuelle chez les femmes. Le protocole consiste en 4 séances de 90 minutes avec deux semaines d'intervalles avec un suivi 6 mois plus tard. Le MBCST repose sur des exercices de PC, de la thérapie cognitive ainsi que de la psychoéducation à la sexualité (Brotto & Basson, 2014). Les auteurs ont utilisé des questionnaires quantitatifs pour comparer les résultats des 68 femmes en traitement avec les 48 en groupe contrôle. Ce qui ressort de l'étude est que le traitement MBCST a amélioré le fonctionnement sexuel global de la femme ainsi que les symptômes dépressifs comparés au groupe contrôle. Ainsi, le niveau de PC a été positivement corrélé avec le désir sexuel. Les résultats se sont maintenus 6 mois après (Brotto & Basson, 2014). Enfin, le protocole du MBCST nous permet de voir son efficacité dans le traitement des troubles du désir sexuel chez la femme.

Conclusion du chapitre II

En partant de l'efficacité des programmes d'entraînement à la PC, plusieurs chercheurs (Brotto, Basson & Luria, 2008 ; Silverstein, Brown, Roth & Britton, 2011) ont formulé l'hypothèse que l'effet positif de la PC pouvait avoir lieu, aussi sur la vie sexuelle. Selon Carson et al. (2004), la PC favorise l'acuité sensorielle. Effectivement, l'augmentation de la conscience intéroceptive, autrement dit la capacité à percevoir sa propre excitation, a montré des résultats positifs sur la sexualité de la femme (Brotto & al., 2016). Les études ont montré les bénéfices du « lâcher-prise » (Mayland, 2005) et donc de la PC (Adam, 2015) sur la capacité des femmes à atteindre l'orgasme.

De plus, dans le cadre des troubles du fonctionnement sexuel, les psychothérapies accompagnées d'exercices sexuels en PC ont montré une efficacité dans le traitement de ces symptômes sur la sexualité de l'homme et de la femme (Trudel, 2008 ; Carlson 2012 ; Brotto, 2013, Sommers, 2013). Ainsi, nous allons maintenant essayer de voir si ces résultats sont transposables à la sexualité du couple : comment la PC permet l'amélioration de la sexualité conjugale ?

Chapitre III : La pleine conscience dans le couple et la sexualité

Ce dernier chapitre a pour but d'étudier l'impact de l'utilisation de la PC sur le couple et la sexualité. À cet effet, nous utiliserons les résultats des principales études traitant de cette thématique. Dans le premier point de ce chapitre, nous allons voir les effets de la PC sur la sexualité du couple. Cette partie va nous faciliter la compréhension de l'utilisation de la PC sur notre population cible. Ensuite, nous allons vous présenter les différents programmes thérapeutiques basés sur la PC et destinés aux couples. Pour finir, en dernière partie, nous allons tenter de décrire la méditation orgasmique. Ainsi, nous allons pouvoir faire des liens entre la pratique de la méditation orgasmique et les exercices de PC utilisés dans les programmes thérapeutiques.

1. Effets de la pleine conscience dans la sexualité du couple

Depuis les travaux de Masters & Johnson (1970) jusqu'à aujourd'hui, l'intérêt de proposer des outils efficaces pour le couple dans le traitement des problématiques sexuelles ne cesse de croître. Bien que Masters & Johnson (1971) ne parlaient pas de PC à l'époque, ils ont été les premiers à constater l'importance d'une attention focalisée pendant les activités sexuelles. En effet, Masters & Johnson (1971) ont remarqué que les patients atteints de troubles sexuels ont un éveil sensoriel moins développé. Selon ces derniers, l'effet *spectatoring* empêche les individus à être dans le moment présent de l'acte sexuel (sensorialité, tendresse, émotion). Selon Masters & Johnson (1971), le terme *spectatoring* désigne l'observation des manifestations physiologiques de sa sexualité d'une manière spectatrice.

La technique du *sensate focus* proposée par Masters & Johnson (1971) a pour but d'améliorer la vie sexuelle et intime du couple via des exercices de sensibilisation corporelle. De fait, le *sensate focus* vise à une sensibilisation corporelle non génitale et génitale via un massage sensuel (Trudel, 2008). Ainsi un réapprentissage de la sexualité permet de traiter les problématiques sexuelles (Masters & Johnson, 1971). Effectivement, selon Trudel (2008), la sensibilisation corporelle a pour but de réduire les attitudes négatives face à l'anxiété. De plus, elle facilite la prise de conscience de l'apparition de la réponse sexuelle ainsi que des réactions corporelles.

L'entraînement au *sensate focus* comporte plusieurs étapes spécifiques et progressives (Langis & Germain, 2009) que le couple reproduit à la maison (Masters & Johnson, 1971). Les étapes vont d'un massage non génital (tête, dos, bras) entre deux partenaires, à un toucher plus génital et plus centré sur le plaisir (Brotto, 2013). La spécificité de cette technique est qu'elle déconseille strictement tout rapport sexuel pendant l'exercice (Ramage, 1998 ; Brotto, 2013). Langis & Germain (2009) nous apprennent que l'interdit est particulièrement utile pour enlever l'anxiété liée à l'angoisse de performance. Ainsi, l'intimité physique est conservée dans le couple. Le but est de redécouvrir le plaisir par le toucher sensuel en se libérant d'une quelconque pression. L'accent est mis sur la sensualité, sur l'attention et le moment présent (Brotto & al, 2008 ; Langis & Germain, 2009). Toutefois, il faut prendre en considération que le *sensate focus* peut être compliqué à mettre en place. Effectivement, comme le soulignent Kocsis & Newbury-Helps (2016), si les membres du couple ne sont pas prêts à être intimes, il peut s'avérer difficile de leur demander un contact corporel.

2. Utilisation de la PC dans le couple

2.1 Le modèle Good Enough Sex

Les chercheurs (Metz & McCarthy, 2004, cité dans McCarthy & Wald, 2013) ont créé le modèle *Good Enough Sex* (GES) pour renforcer le désir sexuel et la satisfaction sexuelle du couple. Ce modèle est axé sur le partage du plaisir, sur le désir sexuel et sur une sexualité non performative (McCarthy & Wald, 2013). Ainsi, le GES met en avant une sexualité de qualité « sexe assez bon » plutôt que la performance du rapport sexuel « sexe performant » en se basant sur des exercices psychosexuels de PC (McCarthy & Wald, 2013).

En effet, selon ces derniers (McCarthy & Wald, 2013), une difficulté dans la gestion des émotions, des pensées et des comportements liés à une détresse sexuelle peut conduire à un évitement des rapports sexuels. Ce qui peut avoir comme conséquence le maintien de la problématique sexuelle (Kocsis & Newbury-Helps, 2016). Selon les auteurs (McCarthy & Wald, 2013), l'insatisfaction sexuelle est source de conflit dans la relation

de couple. Par ce modèle, ces mêmes auteurs ont pour objectif d'accompagner le couple dans une sexualité satisfaisante.

Pour McCarthy & Wald (2013), une absence de réponse sexuelle au sein du couple peut s'expliquer par la présence de rencontres asynchrones. C'est à dire lorsque le/la partenaire ressent du désir et du plaisir pendant la rencontre sexuelle tandis que l'autre partenaire n'éprouve pas ou peu de ces composantes (McCarthy & Wald, 2013). Pour contrer la disparité du désir sexuel dans le couple, le GES travaille la notion d'acceptation du partenaire (McCarthy & Wald, 2013). Notamment, en acceptant le niveau d'implication du partenaire dans la réponse sexuelle. Dans le même ordre d'idées, d'autres auteurs (Carson & al., 2004) ont montré le rôle de la méditation en couple sur la variable « acceptation du partenaire » ($p = .010$). À cette fin, le programme de PC destiné aux couples, intitulé, *Mindfulness-Based Relationship Enhancement* (Carson & al., 2004) a permis de montrer une amélioration significative de la satisfaction relationnelle ($p < .0001$).

En bref, selon Metz & McCarthy (2010) le concept de GES renforce le désir sexuel et la satisfaction sexuelle dans le couple en combinant des exercices de PC et d'éducation sexuelle. Ainsi, ce modèle nous paraît important pour la compréhension de notre problématique. Il apporte un éclairage sur les bénéfices de la PC sur le couple, les femmes, et plus spécifiquement sur les hommes. En effet, l'étude (Metz & McCarthy, 2007) est une des premières en PC à s'intéresser aux problèmes sexuels masculins. Pour toutes ses raisons, nous avons souhaité inclure le GES dans notre théorie.

2.2 Mindfulness in Sex Therapy and Intimate Relationships

Plus récemment, dans le domaine des programmes de PC en thérapie sexuelle de couples, Kocsis & Newbury-Helps (2016) ont mis en place le *Mindfulness in Sex Therapy and Intimate Relationships* (MSIR). L'objectif de ce programme sur 6 semaines est d'utiliser la PC en couple pour traiter des dysfonctions sexuelles. Pour ce faire, les auteurs (Kocsis & Newbury-Helps, 2016) se sont appuyés sur l'efficacité scientifiquement prouvée de la PC pour traiter des dysfonctions sexuelles féminines. En effet, ces mêmes auteurs ont émis l'hypothèse que les bénéfices de la PC pouvaient être

les mêmes au sein du couple. De ce fait, Kocsis & Newbury-Helps (2016) ont adapté le MBCT afin que leur programme puisse évaluer l'intervention de la PC en couple pour les dysfonctions sexuelles. Brièvement, le programme se base sur des exercices de PC (méditation, yoga, body scan) et de sensibilisation (discussion sur le lien entre les pensées, le comportement et les émotions).

Pendant 6 semaines, 30 participants (19 hommes et 11 femmes) ont assisté à deux programmes de MSIR. Ainsi, 2 heures de session de PC par semaine et une retraite méditative d'une journée ont constitué les 18h d'intervention de PC. Les auteurs Kocsis & Newbury-Helps (2016) ont proposé des exercices à réaliser entre partenaires (marche guidée, exploration des sens, partage d'une expérience intime en utilisant l'écoute active...). Ensuite, un retour d'expérience a été demandé à 12 participants. 7 personnes étaient concernées par une problématique sexuelle (dysfonction érectile, baisse de désir sexuel, trouble de l'excitation et de l'orgasme). De ces 12 entretiens qualitatifs, une attention plus développée aux sensations est remarquée par les participants. Ainsi, qu'un changement dans le fonctionnement sexuel (Kocsis & Newbury-Helps, 2016). Toutefois, nous notons qu'aucune échelle quantitative n'a été utilisée pour mesurer la fonction sexuelle. C'est d'ailleurs cette absence d'échelle quantitative qui a motivé la recherche réalisée pour ce mémoire. Les auteurs suggèrent que le MSIR, par ses exercices de PC, encourage la découverte des sens avec une attitude de curiosité et de non-jugement. En somme, cela permettrait de renforcer l'intimité physique et émotionnelle du couple (Kocsis & Newbury-Helps, 2016) .

De nombreuses recherches ont montré des bénéfices relationnels de la PC. Pour les auteurs (Carson & al., 2004 ; Wachs & Cordova, 2007), la pratique de la PC permet aux personnes de développer des compétences relationnelles (intimité émotionnelle, empathie, acceptation du partenaire). De plus, la PC est corrélée positivement à une plus faible détresse relationnelle dans le couple (Wachs & Cordova, 2007). La PC a démontré ses bienfaits pour enrichir la relation (Carson & al., 2004) et augmenter la satisfaction sexuelle dans les relations amoureuses (Khaddouma, Gordon & Bolden, 2014). Cela nous montre l'intérêt d'utiliser une pratique de PC dans le couple afin d'enrichir la relation.

3 La Méditation orgasmique

Le « OM », acronyme anglais de Orgasmic Meditation®, se prononce en français « aum ». Il se réfère tant à l'approche qu'à la pratique de la méditation orgasmique (MO) (Millar, 2015). Cette dernière est une pratique dyadique de PC avec stimulation du clitoris. La MO a été lancée en 2004 à San Francisco par Nicole Daedone, cofondatrice de l'entreprise OneTaste® (Millar, 2015). Selon Millar (2015), OneTaste® est une compagnie américaine qui diffuse et enseigne la pratique de la MO. Avec la MO, l'objectif de Daedone (2011) est de créer plus de conscience dans la sexualité en éveillant le corps aux sensations. À cette fin, la méditation orgasmique se pratique avec une autre personne pendant 15 minutes sans autre but que de ressentir les sensations (Millar, 2015). Selon Daedone (2011), la MO permet de travailler la réceptivité, la non-performance et la communication sexuelle. De plus, toujours selon cette auteure, la MO exerce la conscience des sensations génitales et corporelles et améliore la satisfaction sexuelle.

Durant la MO, chaque partenaire met son attention sur le point de contact entre le doigt (qui caresse le clitoris) et le clitoris. C'est une pratique *goalless*. Elle ne vise pas d'objectif ni de performance (Millar, 2015) si ce n'est d'être connecté aux sensations rencontrées (Hubin & Michel, 2018). La MO a la particularité de se pratiquer avec un partenaire. Selon Daedone (2011), la MO encourage différentes habiletés : la communication des désirs (ex. une caresse plus à droite sur le clitoris), la connexion entre deux personnes, la présence attentive à l'autre. Les partenaires peuvent être un homme et une femme ou deux femmes. Ces derniers se choisissent toujours. Millar (2015) souligne qu'un couple peut pratiquer tout comme deux personnes qui ne se connaissent pas ou peu. Ces dernières peuvent entrer en contact grâce à la communauté en ligne (Millar, 2015).

3.1 Présentation brève du protocole de la MO

Le protocole de la MO (cf. annexe II) est toujours le même. Les personnes souhaitant pratiquer doivent suivre une initiation en méditation orgasmique. L'initiation consiste en 1 séance de 90 minute accompagnée d'un coach spécialisé (Millar, 2015). Il est à noter qu'une fois la pratique enseignée, les personnes peuvent pratiquer la MO gratuitement en dehors de toute activité liée à l'organisme OneTaste®.

Pour Daedone (2011), la MO naît d'un désir. Effectivement, l'intention de vouloir partager un moment de connexion avec une autre personne fait partie de la pratique (Daedone, 2011). Le protocole de la MO comporte 11 étapes : inviter à une MO, préparer le nid, se positionner, observer, prévenir, prendre contact, caresser, se concentrer sur la sensation, communiquer, « atterrir », et partager un ressenti. Nous allons aborder brièvement quelques étapes (pour lire le protocole dans son intégralité se référer à l'annexe II). Tout d'abord, après avoir exprimé le désir de pratiquer, les partenaires préparent le « nid » (figure 1.4). Puis, ils se mettent en position (cf. figure 1.5). Pour commencer, la femme s'allonge sur le « nid » à demi nue. Ensuite, le partenaire, habillé, stimule doucement le clitoris de la femme sur le cadran supérieur gauche du gland (Millar, 2015). Comme nous l'expliquent Hubin & Michel (2018), le gland est l'endroit le plus sensible du clitoris grâce à ses récepteurs sensoriels. Enfin, à la fin des 15 minutes de pratique, les partenaires terminent par un partage d'une sensation éprouvée lors de la MO (ex. à la fin de la MO, j'ai senti une chaleur sur le bout de mon doigt). Cela aide à identifier les sensations corporelles et à mettre des mots dessus.

Par ailleurs, nous mettons en avant un des exercices réalisés durant la MO. Cet exercice est la « respiration par le sexe ». En effet, lors de la stimulation clitoridienne, l'homme et la femme sont invités à visualiser leurs sexes en train de se remplir d'air. Comme si leurs sexes étaient capables d'inspirer et d'expirer (Daedone, 2011). Nous pouvons supposer que cet exercice permet à l'homme et à la femme de prendre conscience de leurs organes génitaux externes (conscience intéroceptive).



Figure 4. Le « nid » et la position lors de la MO (cf. annexe II).

Image tirée de « Apprendre à omer.2015 » diffusée par les coachs en MO.

La MO comporte des principes à suivre afin d'offrir une pratique reproductible, structurée et bénéfique. Nous prenons en exemple, les trois principes les plus pertinents trouvés dans la littérature (Millar, 2015). Tout d'abord, bien que la MO soit une pratique sexuelle puisqu'elle implique le contact d'organes génitaux, il est demandé aux pratiquants de ne pas l'utiliser comme un préliminaire. En effet, le but est de considérer la MO comme une pratique de PC qui est à séparer du sexe (Daedone, 2011). Ceci dans le but de ne pas introduire d'attentes sexuelles ou de performance et donc d'être pleinement dans l'instant (Millar, 2015). À vrai dire plusieurs auteurs soulignent (McCarthy & Wald, 2013 ; Kocsis & Newbury-Helps, 2016), le côté néfaste des buts sexuels qui, lorsqu'ils ne sont pas atteints, sont associés à de la détresse sexuelle.

Ensuite, Daedone (2011) différencie l'orgasme (tel que défini dans la littérature scientifique) à l'état orgasmique de la pratique. Cette dernière définit l'état orgasmique par l'aptitude à être « absorbé » par, et dans, l'expérience. Selon elle, la clé pour entrer dans un état orgasmique est de se sentir en sécurité et donc de lâcher-prise. Car, le lâcher-prise permettrait d'atteindre l'état orgasmique. Hubin & Michel (2018) définissent le lâcher-prise par la capacité à arrêter de tout souhaiter contrôler (Hubin & Michel, 2018). Cependant, Millar (2015) a constaté que le lâcher-prise peut être difficile pour les femmes qui ont leur centre de vigilance constamment activé. Ainsi, les pensées

automatiques empêchent d'être dans le moment présent (Kabat-Zinn, 2003). Par conséquent, la structure de la méditation orgasmique est importante, car elle donne un cadre sécurisant pour la femme et pour l'homme. En effet, les étapes linéaires et spécifiques de la pratique conduisent à une technique répliquable. Cela aide les méditants à être dans les sensations corporelles plutôt qu'à réfléchir à ce qui va se passer (Daedone, 2011). Nous remarquons que la notion d'état orgasmique se base sur des aspects subjectifs (ex. : se sentir en confiance, être dans un contexte propice à la détente). L'état orgasmique nous semble se rapprocher de l'expérience subjective de l'orgasme décrite par Basson (2001).

Enfin, le principe de *safeporting* nous permet de voir comment l'homme peut faciliter la femme à lâcher prise. Le stroker (terme anglais désignant la personne qui caresse) prévient toujours sa partenaire lorsqu'il va commencer à la caresser (ex. je vais toucher ton sexe) ou faire un quelconque changement (ex. je vais réajuster ma position) (Daedone, 2011). Cela permet de prévenir la femme sur les gestes qui vont être faits. Ainsi, la femme peut se sentir en confiance et en sécurité pour lâcher-prise dans l'expérience (Daedone, 2011).

3.2 Bénéfices de la méditation orgasmique

L'étude de Millar (2015) s'est intéressée aux effets de la MO sur les différents aspects de la vie de 419 pratiquants. L'échantillon a été formé de 50.8 % hommes, de 48 % femmes et de 1.2 % transgenre. 80.9 % avait un degré universitaire. L'analyse de l'auteure (Millar, 2005) a été construite sur des données principalement qualitatives et auto rapportées mesurant l'impact de la MO sur 47 variables. Les variables étudiées vont de l'impact de la MO sur la vie professionnelle et relationnelle à la vie spirituelle en passant par l'influence sur la santé. De ses résultats, notre intérêt est porté sur les variables utiles pour la compréhension de notre étude.

Tout d'abord, des bénéfices au niveau individuel sont constatés (Millar, 2015). En effet, les résultats qualitatifs ont révélé que les pratiquants (hommes et femmes) vivent plus en conscience. Millar (2015) explique cela par le fait que la MO utilise des

composantes de PC (body scan, respiration, focus attentionnel...). Par ailleurs, les résultats de l'étude ont montré deux principaux bénéfices de la MO pour les femmes. Le premier est un progrès dans les habiletés de communication avec leur partenaire. En effet, les femmes se sont senties plus en confiance pour exprimer leurs envies et être plus réceptives à leurs désirs (ex. faire des demandes). Le second est une amélioration de la vie sexuelle. En exprimant mieux leurs désirs, les femmes ont rapporté un enrichissement de leurs vies sexuelles avec notamment une augmentation de la libido et de la conscience sexuelle. De plus, quelques femmes ont rapporté que la MO les a rendues plus orgasmiques avec une augmentation de la *sensitivité* du clitoris (Millar, 2015).

La MO est une pratique qui se concentre en premier lieu sur le plaisir féminin (Daedone, 2011). Nous pouvons nous demander alors : quels sont les bénéfices de la pratique sur un homme ? Les entretiens qualitatifs des répondants masculins (Millar, 2015) ont révélé deux éléments principaux. Premièrement, la MO a permis aux hommes d'appréhender les parties génitales de sa partenaire dans un autre contexte que l'activité sexuelle (Millar, 2015). Deuxièmement, les hommes se disent plus connectés et intimement proches de leurs partenaires (Millar, 2015). Toutefois, ces éléments ne viennent pas expliquer ce que la MO a apporté à la sexualité de l'homme.

Enfin, Millar (2015) a constaté que les variables démographiques (âge, orientation sexuelle, éducation) n'ont pas eu d'effet sur les résultats. Ce constat permet de diminuer le nombre de variables pour notre étude. Nous pouvons nous dispenser de considérer l'orientation sexuelle et l'âge des personnes en tant que paramètre. Celle-ci ayant une influence négligeable dans le cadre de cette étude (Millar, 2015). Autre avantage, nous ne sommes pas limités dans la sélection de nos participants sur ces critères d'orientation sexuelle et d'âge. Notre choix de participants sera donc plus libre.

3.3 Bénéfices sur la relation amoureuse

Les résultats qualitatifs de Millar (2015) ont souligné des bénéfices plus grands chez les personnes en couple que chez les personnes célibataires. À cet égard, les

résultats ont confirmé notre choix de traiter de l'impact de la MO au sein d'une relation. De plus, Millar (2005) a constaté une différence entre les hommes et les femmes en couple. Premièrement, les femmes ont noté l'effet de la MO significativement plus grand lorsqu'elles sont en couples, ce qui n'est pas significatif chez les hommes. Cette différence est expliquée par l'auteure (Millar, 2005), par le fait que les femmes ont moins tendance que les hommes à exprimer leurs envies à leurs partenaires. La pratique de la MO peut permettre aux femmes d'être plus à l'aise dans l'expression de leurs envies avec leurs partenaires (Daedone, 2011). Ainsi, la méditation à deux favorise une meilleure qualité de la relation et une connexion intime entre les partenaires (Millar, 2015). Cette théorie est également soutenue par Kocsis & Newbury-Helps (2016) qui ont remarqué que les exercices de PC réalisés en couple augmentent l'intimité physique et émotionnelle.

Quelques limites de l'étude (Millar, 2015) sont à considérer. Tout d'abord, sachant que la MO est une pratique de PC, il est dommage de constater que l'étude de Millar (2015) ne développe davantage ce thème dans sa partie théorique. Aucune échelle empirique n'a été utilisée pour mesurer la fonction sexuelle et le niveau de PC. Malgré les limites, cette étude (Millar, 2015) nous paraît essentielle pour notre recherche, car elle est la seule traitant de ce sujet. Effectivement, elle nous permet de constituer notre base théorique pour mieux appréhender notre objet d'étude. Ainsi, notre étude bien que plus modeste en nombre de participants, nous semble importante et intéressante pour compléter les données qualitatives de l'étude de Millar (2015).

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Comme peu d'études abordent la MO, nous allons tenter de faire des liens entre cette pratique et les exercices de PC. Ceci dans le but de mieux appréhender l'influence de la PC dans la MO. Toutefois, avant de commencer, rappelons une différence majeure entre la PC et la MO. La PC peut se pratiquer seul ou à plusieurs, tandis qu'il est nécessaire d'être à deux (deux personnes célibataires ou en couple) pour pratiquer la MO. Nous allons voir comment la MO adapte les exercices de PC pour les reproduire en binôme.

En premier lieu, des exercices de *body scan* ont été pratiqués dans différentes études (Segal & al., 2002 ; Carson & al., 2004 ; Brotto & al., 2007). Le *body scan* est un entraînement de conscience corporelle. Il consiste à prendre conscience des sensations corporelles lors d'une tâche particulière (Géonet, Zech, De Sutter, 2011). Par exemple, pendant la MO, l'attention est dirigée sur la région génitale. Selon Millar (2015), cette tâche permettrait de prendre conscience de sensations précises à différents endroits du corps. Puis, la fin de la MO consiste à traduire l'expérience en mot et à la partager entre partenaires (ex. au milieu de la pratique, j'ai senti de la chaleur dans mon pied gauche et mon clitoris s'est mis à vibrer). Selon Millar (2015), cet exercice permettrait de créer une connexion avec l'autre en partageant sa propre expérience d'une sensation perçue ensemble.

En deuxième lieu, la MO utilise l'exercice du scan corporel du corps de l'autre que nous retrouvons dans le MBRE (Carson & al., 2004). Effectivement, nous constatons que dans l'étape 4 « observer/remarquer » de la MO (cf. annexe), le stroker est invité à observer le sexe de la partenaire. Il le lui décrit en 2 à 3 phrases en termes neutres (ex. je remarque la couleur rouge pourpre sur tes petites lèvres qui sont repliées sur le côté droit).

En troisième lieu, la MO est similaire aux exercices de sensibilisation corporelle génitale. Dans la MO, tout comme dans le *sensate focus* (Masters & Johnson, 1971), l'attention est dirigée sur les sensations du toucher intime sans la pression ou la

performance d'arriver à un objectif. Le tout est d'être dans l'expérience (Millar, 2015). De plus, nous pouvons faire le parallèle avec l'interdit du rapport sexuel dans les premières étapes du *sensate focus* (Langis & Germain, 2009) qui est aussi applicable dans la MO. L'objectif étant d'enlever toute anxiété liée à l'éventualité d'un rapport sexuel (Millar, 2015).

Pour conclure, nous pouvons dire que la MO à bien des égards est une pratique de PC. Les mécanismes de la PC décrits par Shapiro (2006) sont utilisés dans la MO. Dans cette perspective, et au regard de la littérature réalisée sur les bénéfices de la PC en sexologie, nous pouvons nous demander si des effets similaires sont envisageables avec une pratique de MO sur le couple.

PARTIE PRATIQUE

Chapitre I : Méthodologie

Nous avons suivi une formation (7 mois) de coach en méditation orgasmique, en 2016, dans le but d'enseigner cette pratique. Bien que la MO comporte de nombreux bénéfices, tels que des améliorations sur le plan sexuel, relationnel ou sur la santé (Millar, 2015), la méditation orgasmique n'a jamais été étudiée plus spécifiquement au sein du couple. De plus, la recension des écrits scientifiques (Brotto, 2007 ; Brotto & al., 2008 ; Adam, 2015 ; Brotto & al., 2016) concernant les effets de la PC sur la sexuelle féminine sont nombreux. Cela nous a encouragées à prendre en considération l'impact de la MO sur la sexualité de la femme en plus des variables sur le couple (satisfaction sexuelle et conjugale).

L'objectif de notre recherche est d'évaluer l'impact de la MO sur le couple. Dans cette perspective, nous avons réalisé une étude quantitative sur 6 semaines auprès de 8 femmes et de 8 hommes en couple. Nous les avons rencontrés pour leur enseigner la MO. Afin d'évaluer l'impact de la MO sur nos différentes variables, nous avons fait passer des questionnaires validés dans la littérature scientifique.

1. Recrutement et échantillon

Neuf couples (n= 18) ont participé à notre étude. Pour être inclus dans cette recherche, les couples devaient répondre à six critères: (1) être âgé(é) de 18 ans ou plus ; (2) participer à l'étude en couple (hétérosexuel ou lesbien) ; (3) entretenir une relation intime et sexuelle avec un(e) partenaire depuis au moins trois mois et (4) vivre avec cette personne ; être novice en méditation orgasmique. Précisions également que les personnes prenant des médicaments (antidépresseurs et anxiolytiques) et souffrant de troubles psychotiques (hallucinations, délires) ont été exclues de l'échantillon (un couple).

L'appel à participants a été réalisé entre janvier et mars 2018 pendant un échange universitaire à Montréal. Cet appel ciblait uniquement des personnes en couple et souhaitant améliorer leur vie sexuelle via la méditation orgasmique. L'étude indiquait qu'une formation à une pratique de PC du toucher clitoridien nommée la méditation orgasmique allait être enseignée. L'annonce expliquait l'étude (voir annexe) ainsi que les critères d'inclusion et la durée (six semaines). Nous avons posté cette dernière sur le campus universitaire de l'UQAM (université du Québec à Montréal) ainsi que sur le réseau social, Facebook. De plus, nous avons sollicité l'aide de coachs en méditation orgasmique (Belgique, France, Canada). Ces derniers ont fait circuler l'appel à participation sur leurs différents groupes internes. Les réseaux personnels et sociaux ont eu pour objectif de créer notre échantillon.

L'appel à participants mentionnait la durée de l'étude, ce qui était attendu des participants ainsi qu'un email universitaire pour nous contacter. Nous avons envisagé un échantillon de maximum 10 couples. Après lecture des réponses, nous avons retenu 9 couples qui répondaient à tous les critères d'inclusion. La diffusion sur les réseaux sociaux a permis de toucher une population hétéroclite avec toutefois un niveau d'étude assez élevé. Il s'est avéré dans la sélection retenue que 3 couples vivaient au Canada tandis que 6 autres vivaient en Belgique. Nous avons alors trouvé plus pertinent de nous mettre en partenariat avec un coach belge. L'objectif étant que ce dernier puisse prendre en intervention les 6 couples en Belgique.

2. Description de l'intervention en méditation orgasmique

Étape 1 (pré-intervention) :

Avant d'être initié à la méditation orgasmique, chaque membre du couple a reçu un email contenant le lien du questionnaire (Google Forms). Celui-ci comportait plusieurs questions auto-administrées d'une vingtaine de minutes. Nous avons fait le choix d'un questionnaire en ligne pour garantir la discrétion des réponses et s'assurer

que la présence physique du chercheur ne vienne pas influencer les réponses. Ainsi, il était demandé au couple de répondre au questionnaire de manière individuelle, dans un lieu calme, et éloigné de toute distraction. La première page du questionnaire expliquait le déroulement de la présente recherche ainsi que de la libre participation à l'étude et de la possibilité de se retirer de cette dernière à tout moment. Le consentement a été donné par l'entrée d'une adresse mail. La consigne était de pratiquer la méditation orgasmique pendant six semaines chez soi à raison de deux fois par semaine (soit 30 minutes minimum par semaine). La pratique pouvait être plus de 30 minutes par semaine, car il n'y avait pas de maximum. Dans la perspective, d'initier les couples à la MO, des entretiens téléphoniques/courriels ont eu lieu pour prendre rendez-vous. Le protocole a commencé fin février 2018 pour le premier couple et s'est terminé fin avril 2018 pour le dernier couple.

Avant de répondre, le questionnaire présentait au couple la procédure pour créer un code d'appariement. Le but était de pouvoir coupler les questionnaires entre les partenaires. Il était indiqué que ce code devait être choisi avant de remplir le questionnaire, en concertation avec le partenaire. Ce code devait être le même pour les deux membres du couple et était constitué de quatre lettres puis de quatre chiffres. Il était montré comme exemple : « Jean et Louise ont choisi le code LPJP 1987 qu'ils vont inscrire sur leurs tests ». L'étude comportait plusieurs questionnaires : *The Five-Facet Mindfulness Questionnaire* (Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere & Philippot, 2011), l'échelle de satisfaction sexuelle (Comeau & Boisvert, 1985) et l'échelle d'ajustement dyadique (Antoine, Christophe & Nandrino, 2008). De plus, les femmes ont rempli *Le Female Sexual Function Index* (Rosen & al., 2000). Nous allons décrire ces questionnaires dans la troisième sous parties. Les participants ont répondu à l'enquête avant l'intervention (T0) puis 6 semaines après l'intervention (T2). Le T0 a inclus des questions sociodémographiques afin d'obtenir des informations complémentaires.

Étape 2 (intervention) :

Les huit couples ont été initiés à la méditation orgasmique par deux coachs formés, par la même école « OneTaste ® », et partageant la même vision. De ce partenariat découlent des couples formés au Canada (3) par la mémorante et en Belgique (5) par l'autre coach. Par un échange permanent avec l'autre coach, nous avons planifié les entretiens individuels de chaque couple. L'objectif étant d'en discuter régulièrement afin de garantir une intervention similaire.

Des entretiens téléphoniques/courriels ont eu lieu pour prendre rendez-vous et pour informer de l'initiation à la MO. La formation a eu lieu au domicile des participants afin de leur offrir un cadre sécurisant et intime. Il a été demandé aux participants d'avoir à disposition le matériel nécessaire pour la pratique de la méditation orgasmique. Ce matériel est composé d'un tapis de yoga, de coussins, d'un coussin ferme ou d'un bloc de yoga, d'une serviette, d'un lubrifiant et de gants. L'intervention a été adaptée pour durer 2 h. Ceci afin d'avoir le temps d'expliquer le protocole de l'étude avant d'aborder l'initiation à la MO :

- 25 minutes : présentation du déroulement de la séance. Durant ce temps, nous sommes assurés du consentement oral des individus à participer à l'étude. Les premiers échanges ont facilité l'instauration d'un climat de confiance.
- 15 minutes : installation du « nid » (cf. annexe II)
- 60 minutes : enseignement des principes, de la philosophie et la pratique Les étapes de la MO étaient mimées par les sujets, en présence du coach, afin qu'ils intègrent la théorie à la pratique. Le coach corrigeait les postures (être bien installé, bon placement des mains sur la vulve). Nous précisons qu'aucune nudité et aucun toucher n'ont été demandés en présence du coach. Toutes les étapes de la MO ont été réalisées habillées.
- 20 minutes : clôture de l'intervention en recueillant les premières impressions et réponses aux questions. Les échanges ont permis de libérer la parole.

Ensuite, il était demandé aux participants de pratiquer la MO chez eux à raison de deux fois par semaine minimum. Car, toute nouvelle pratique demande une constance. Cet investissement temps nous semblait correct et réalisable sur six semaines.

Étape 3 (post test) :

Les couples ont été invités à remplir un deuxième questionnaire (T2) six semaines après la passation du premier. Dans le cas où le couple ne se souvenait plus du code d'appariement, il était proposé de noter « NONO1111 ». Nous retrouvions leurs codes grâce à leurs courriels. Des questions qualitatives ont été intégrées en préambule afin de nous permettre une meilleure compréhension des données quantitatives. À la fin du questionnaire, un commentaire sur la recherche était optionnel. Ceci a permis à certains participants (7) de donner un retour d'expérience de l'étude.

3. Échelles de mesure

Le Female Sexual Function Index (FSFI)

Le FSFI (Rosen & al., 2000) est une échelle en 19 items qui mesure la fonction sexuelle de la femme. Six sous-échelles sont identifiées dans ce test dont le désir, l'excitation, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction sexuelle et la douleur. Les participantes répondent sur une échelle de Likert allant de 0 (aucune activité sexuelle) à 5 (très élevé ou très souvent) ou pour certains items allant de 1 (presque jamais ou jamais) à 5 (presque toujours ou toujours). Pour chaque domaine, les scores des items sont additionnés et multipliés par le facteur de la sous-échelle correspondant. Par exemple, le score total des deux items (1, 2) correspondant à la catégorie désir est multiplié par 0,6 qui est le facteur de cette sous-échelle. L'addition des scores de chaque sous-échelle permet d'obtenir le score composite de la fonction sexuelle. Plus ce score est élevé, meilleure est la fonction sexuelle. Un score total inférieur ou égal à 26,55 est interprété comme une altération de la sexualité. La présente échelle comporte une

validation et une consistance interne très bonne avec un alpha de Cronbach de .86 (Rosen & al., 2000).

L'Échelle de Satisfaction Sexuelle (ESS)

L'ESS (Comeau & Boisvert, 1985 citée dans Fisher, Davis, Yarber & Davis, 2013) est la version française de l'Index of Sexual Satisfaction (ISS ; Hudson, Harrison & Crosscup, 1981). Cette dernière évalue la satisfaction sexuelle par le degré de satisfaction que la personne retire de ses interactions sexuelles avec son (sa) partenaire. Par exemple, « les relations sexuelles sont plaisantes pour mon/ma partenaire et moi ». L'échelle de type Likert comprend 25 items allant de 1 (rarement ou jamais) à 5 (la plupart du temps ou toujours). Avant d'obtenir la cotation du score global, il faut inverser 12 items (1,2,3,9,10,12,16,17,19,21,22,23). Ceci revient à 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1. Par la suite, pour obtenir le degré de satisfaction sexuelle, il faut additionner tous les scores des items et soustraire de 25. Le score total se trouve entre 0 et 100. Plus le score est bas, plus il correspond à une satisfaction sexuelle élevée. Un score plus grand que 30 indique une satisfaction sexuelle problématique (Hudson & al.,1981). Les qualités psychométriques de la version anglaise et française sont excellentes. Turcotte (1993) a réalisé la validité de la traduction au Québec en utilisant deux échantillons. 136 couples en thérapie conjugale ont composé le premier échantillon (alpha de Cronbach de 0,93) et 686 couples ayant des problèmes de fertilité ont formé le second (alpha de Cronbach de 0,92). La cohérence interne excellente confirme la validité de la traduction. Cet instrument permet donc de différencier avec une bonne validité les individus satisfaits de leurs échanges sexuels des individus insatisfaits sexuellement.

Le Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

Le FFMQ (Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere, & Philippot, 2011) est la version française du Five-Facet Mindfulness Questionnaire (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006). Le FFMQ a été créé et uniformisé (Baer & al., 2006) pour répondre à un manque de consensus par rapport à la mesure de la PC. C'est une échelle d'évaluation du niveau de PC de l'individu. Elle est distribuée en cinq facteurs :

observation, description de l'expérience, action en PC, non-jugement, et la non-réactivité aux événements privés. Une échelle de Likert évaluée de 1 (jamais vrai) à 5 (toujours vrai) permet de quantifier les résultats. Avant de réaliser le calcul des scores des facettes, il faut inverser les items suivis d'un R et les évaluer comme ceci 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1. En additionnant la somme des cinq facteurs, on obtient le niveau de PC des individus. Le score total des cinq facteurs a été exploité dans ce travail. Un score élevé indique un niveau de PC élevé. La version française du FFMQ a une bonne concordance interne, avec un alpha de Cronbach de .88 (Heeren & al., 2011)

Dyadic Adjustment Scale (DAS-16)

La DAS-16 (Antoine, Christophe & Nandrino, 2008) utilisée dans ce travail est la version française et abrégée du *Dyadic Adjustment Scale* (Spanier, 1976). L'échelle mesure l'ajustement dyadique au sein du couple avec 16 items, dont 10 items sur le degré d'accord et 6 items sur la qualité de la relation conjugale. Les participants répondent sur une échelle de Likert allant de 1 (jamais d'accord) à 6 (toujours ou toujours d'accord). L'item 16 évalue le degré global de bonheur dans la relation de 1 (extrêmement malheureux/se) à 6 (extrêmement heureux/se). La présente étude prend en compte l'ajustement dyadique globale en additionnant les scores de tous les items. Plus le score total est élevé, et plus la relation conjugale est satisfaisante. La DAS-16 présente une forte corrélation avec le *Dyadic Adjustment Scale* (Spanier, 1976) ($r = 0,97$; $p < 0,01$). Antoine & al. (2008) proposent un cut off à 54 sur le facteur général. Ainsi, un score inférieur à 54 est signe de détresse conjugale. L'alpha de Cronbach de .89 pour l'échelle générale est satisfaisant (Antoine & al., 2008). Ces données confirment la validité de ce questionnaire.

4. Analyse de la fiabilité

Nous avons réalisé une analyse de la fiabilité de nos différents questionnaires. Les valeurs de Cronbach se sont révélées satisfaisantes (cf. table 1). Ces données ont donc validé et confirmé la consistance de nos échelles.

Dans la table 1, les différentes échelles mesurées dans cette étude sont présentées avec leurs valeurs au T1 et au T2.

Table 1 : Valeurs des alphas de Cronbach des différentes échelles

Échelles	α : T1	α : T2
DAS-16	.85	.75
ESS	.92	.91
FFMQ	.95	.93
FSFI	.94	.93

Chapitre II : Analyse des résultats

1. Analyses descriptives

Les analyses descriptives révèlent une grande participation des sujets. En effet, les 9 couples ont répondu aux questionnaires T1 et T2. Toutefois, nous avons décidé d'exclure de notre analyse descriptive et statistique le couple qui n'a pas du tout pratiqué la méditation orgasmique afin de ne pas biaiser nos résultats. Comme le but de cette étude est d'évaluer l'impact de la pratique de méditation orgasmique, nous avons retenu tous les couples qui ont pratiqué au moins une fois la MO sur les six semaines.

Ainsi, les analyses descriptives et statistiques incluent au total 16 personnes qui suivent le programme en couple hétérosexuel. Ils sont en relation depuis 21 mois à 15 ans ($M= 5,5$, $SD=4,57$). Notre échantillon était composé de 8 femmes âgées de 23 à 55 ans ($M= 34,31$, $SD=11,63$) et de 8 hommes âgés de 24 à 60 ans ($M= 36,88$, $SD=13,82$). En outre, 5 couples étaient parents et trois d'entre eux avaient trois enfants et plus. De plus, le niveau d'éducation était assez élevé (69 % ont un niveau universitaire). Enfin, les analyses descriptives montrent une adhésion de la pratique pour une majorité des couples. En effet, sur les 6 semaines, les couples ont pratiqué en moyenne 2 MO par semaine, ce qui correspond à la consigne indiquée.

2. Analyses statistiques

Les analyses ont été saisies à l'aide du logiciel informatique Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 25. Ce dernier nous a permis de mesurer l'impact de la méditation orgasmique sur les différentes variables en pré-intervention (T1) et en post intervention (T2). Pour nos analyses, nous avons utilisé des tests de comparaison de moyenne pour données paires (Test t). Le test t a été appliqué sur nos différents questionnaires avec comme variables T1 et T2 afin d'obtenir un effet du temps.

Afin d'examiner l'impact de la MO sur nos variables, nous avons commencé par calculer les différences de moyennes. Comme indiqué dans la table 1, nous constatons une amélioration du fonctionnement sexuel de la femme de 4 %, dont une nette amélioration du « désir sexuel » de 10 % entre le pré (T1) et le post test (T2). En outre, nous soulignons à notre grande surprise une diminution de la « satisfaction » au score du FSFI de -5 %. Comme présenté dans la table 3, la satisfaction sexuelle a également augmenté de 28 %. De plus, le niveau de PC s'accroît de 8 % ainsi que la satisfaction conjugale de 6 % entre T1 et T2.

En ce qui concerne les hommes, comme montré dans la table 3, les différences de moyennes dévoilent une amélioration de la satisfaction sexuelle de 6 % et de la satisfaction conjugale de 4 %. Le niveau de PC s'accroît également de 2 % entre T1 et T2.

2.1 MO et satisfaction sexuelle

H1 : La MO influence positivement la satisfaction sexuelle

L'analyse des données de la présente recherche indique un score moyen de l'ESS de 29,69 (SD = 18,058) au T1 et de 24,38 (SD = 16,301) au T2. Pour rappel, plus le score de l'ESS est bas, meilleure est la satisfaction sexuelle. Ainsi, nous remarquons une tendance à l'amélioration de la satisfaction sexuelle avec la pratique de la MO (cf. figure 5). Toutefois, comme indiqué dans la table 4, les résultats ne sont significatifs (test $t = 1,525$, ddl = 15, $p = 0,148$). On ne peut donc pas affirmer que la MO a un effet significatif sur la satisfaction sexuelle entre T1 et T2.

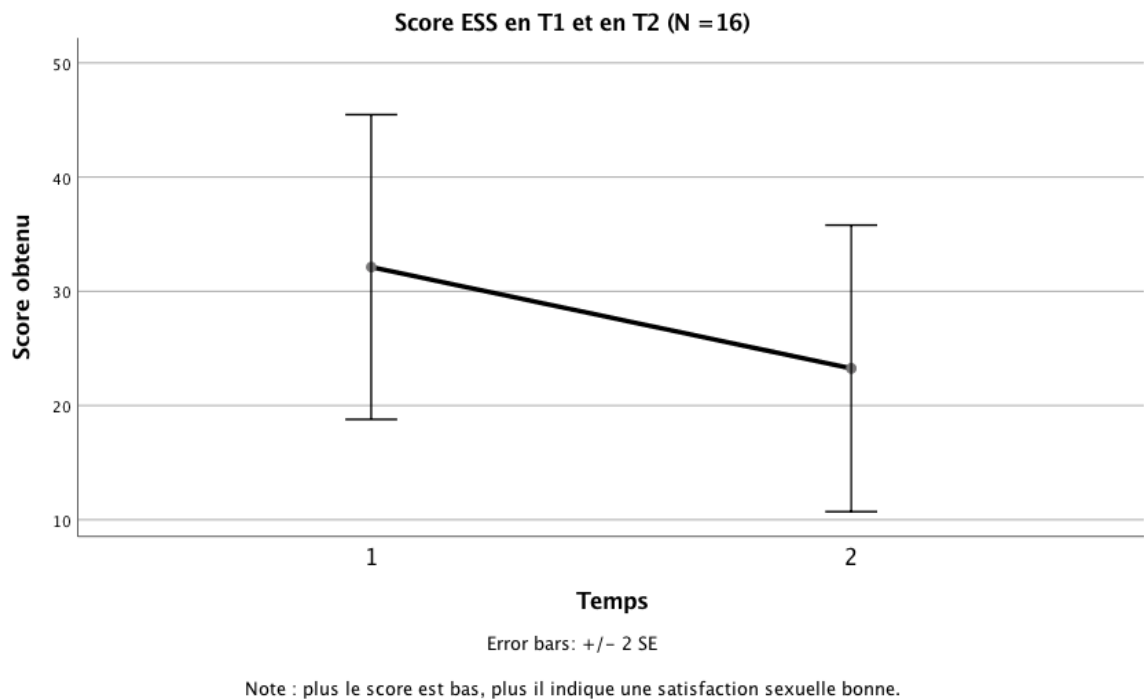


Figure 5. Efficacité de la MO sur la satisfaction sexuelle en fonction du temps chez les couples tout-venant.

2.2 MO et satisfaction conjugale

H2 : La pratique de la MO prédit une augmentation de la satisfaction conjugale

Concernant la satisfaction conjugale, notre étude révèle un score moyen de la DAS-16 de 62,25 (SD = 7,946) au T1 alors qu'il est de 65,06 (SD = 6,537) au T2. La différence entre T1 et T2 n'est pas significative (test $t = -1,560$, ddl = 15, $p = 0,140$). On ne peut donc pas affirmer que la MO influence significativement la satisfaction sexuelle. Toutefois, nous constatons une tendance favorable à une sexualité plus satisfaisante avec la pratique de la MO (cf. figure 6). Il est à souligner que, selon les auteurs (Antoine & al., 2008), la DAS-16 est peu corrélée avec la durée de la relation de couple ($r = 0,16$; $p < 0,05$) et avec l'âge des participants ($r = 0,14$; $p < 0,05$).

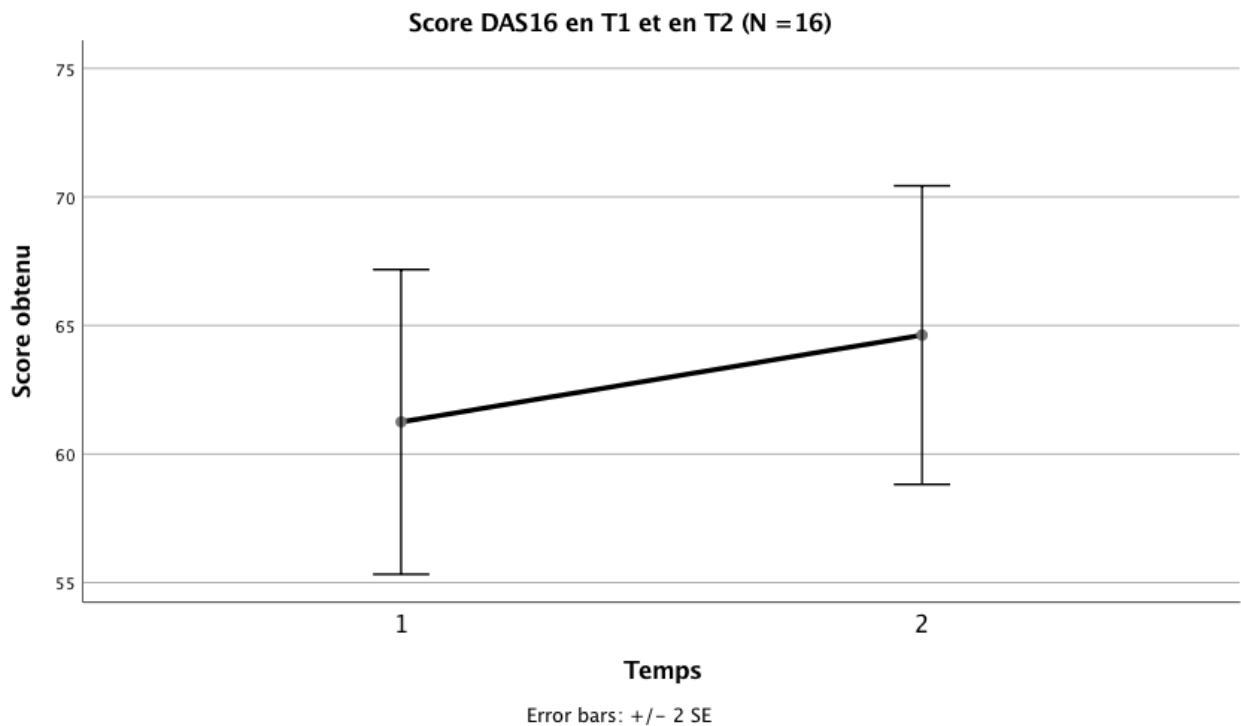


Figure 6. Efficacité de la MO sur la satisfaction conjugale en fonction du temps chez les couples tout-venant

2.3. MO et fonction sexuelle féminine

H3 : La MO permet d'améliorer la fonction sexuelle de la femme

Concernant l'impact de la MO sur la fonction sexuelle féminine, nos résultats indiquent un score du FSFI (score total) de 26,65 (ET = 5,9) au T1 et de 27,6 (ET = 4,94) au T2 (cf. figure 7). Le désir est la facette du FSFI qui a le plus augmenté (10 %) avec un score de 3,9 (ET = 1,11) au T1 et de 4,28 (ET = 1,13) au T2 (cf. table 2). Il est à souligner que la satisfaction sexuelle montre un score légèrement plus faible après la pratique de la MO. Ainsi, les résultats révèlent un score de 4,1 (ET= 1) au T2 alors qu'au T1 le score est de 4,3 (ET= 1,18).

Enfin, nous constatons une tendance propice à l'augmentation de la fonction sexuelle de la femme à la suite d'une pratique de MO. Notons que les résultats du score total du FSFI entre T1 et T2 ne sont pas significatifs (test $t = -0,867$, $ddl = 7$, $p = 0,414$) (cf. table 5). Par conséquent, nous ne pouvons pas affirmer de manière significative que la MO influence la fonction sexuelle de la femme.

Table 2. Scores obtenus au FSFI en T1 et en T2 chez les femmes tout venant (N=8).

Variable	M (T1)	ET	M (T2)	ET	Amélioration T1-T2
FSFI (total)	26.65	5.9	27.6	4.94	4 %
Désir	3.9	1.11	4.28	1.13	10 %
Excitation	4.46	1.33	4.8	1.29	8 %
Lubrification	4.99	1.4	5.18	1	4 %
Orgasme	3.86	1.97	4.1	1.55	6 %
Satisfaction	4.3	1.18	4.1	1	-5 %
Douleur	5.15	1.11	5.5	1	7 %

Notes : la réponse sexuelle féminine (FSFI) = Female Sexual Function Index. Moyenne (M) et l'écart-type (ET) avant la MO et après 6 semaines de pratique. Table inspirée de la thèse d'Adam (2015).

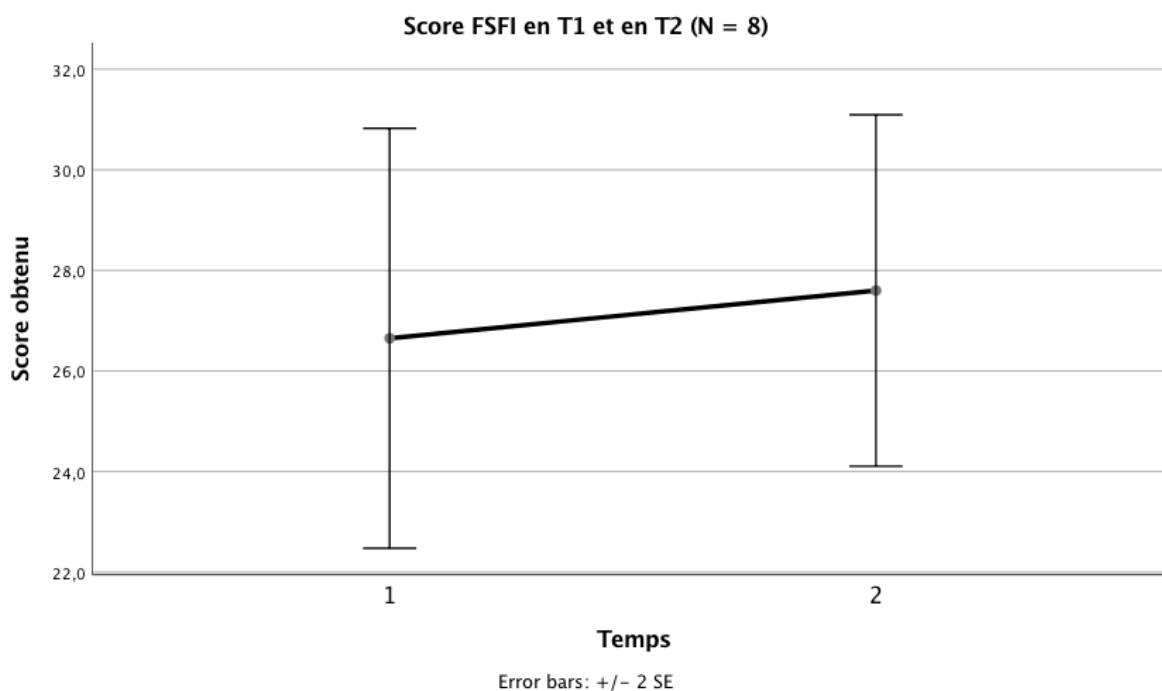


Figure 7. Efficacité de la MO sur la fonction sexuelle chez les femmes tout-venant.

2.4. MO et PC

H4 : La pratique de la MO prédit une augmentation du niveau de pleine conscience

Quant au niveau de PC, nos analyses révèlent un score moyen de la PC de 123,94 (ET = 21,919) au T1 et de 129,94 (ET = 18,785) au T2. Nous constatons une amélioration de la PC avec la pratique de la MO, mais celle-ci reste tendancielle (test $t = -1,347$, ddl = 15, $p = 0,198$). De ce fait, nous ne pouvons pas affirmer que la MO a un impact significatif sur la PC entre T1 et T2. Cependant, nous pouvons dire que la pratique de la MO est propice à l'augmentation du niveau de PC (cf. figure 8).

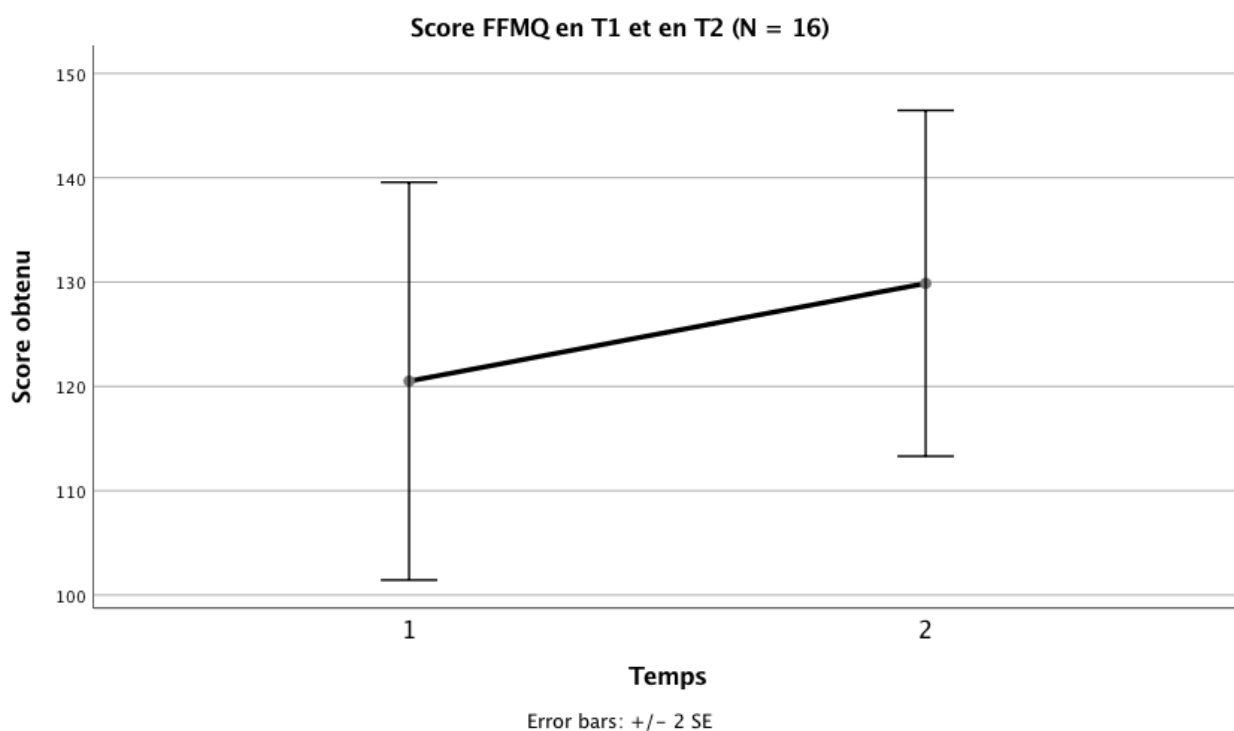


Figure 8. Efficacité de la MO sur la pleine conscience en fonction du temps chez les couples tout-venant.

Table 3. Scores obtenus aux tests en T1 et en T2 chez les couples tout-venant.

	Tests	M	N	ET	Moyenne erreur standard
Pair 1	DAS16T1	62,25	16	7,946	1,986
	DAS16T2	65,06	16	6,537	1,634
Pair 2	ESST1	29,69	16	18,058	4,515
	ESST2	24,38	16	16,301	4,075
Pair 3	FFMQT1	123,94	16	21,919	5,480
	FFMQT2	129,94	16	18,785	4,696
Pair 4	FSFIT1F	26,650	8	5,9038	2,0873
	FSFIT2F	27,600	8	4,9425	1,7474

Notes : l'ajustement dyadique (DAS-16), la satisfaction sexuelle (ESS), la pleine conscience (FFMQ), le fonctionnement sexuel féminin (FSFI).

Table 4. Test t sur les différentes variables chez les couples tout-venant.

Tests	M	ET	Moyenne erreur standard	t	ddl	Sig. (2- tailed)
DAS16 (T1) – DAS16 (T2)	-2.813	7.213	1.803	-1.560	15	.140
ESS (T1) – ESS (T2)	5.313	13.937	3.484	1.525	15	.148
FFMQ (T1) - FFMQ (T2)	-6.000	17.814	4.453	-1.347	15	.198
FSFI (T1) - FSFI (T2)	-.9500	3.0975	1.0951	-.867	7	.414

Notes : N = 16 ; T1 = Temps 1 (avant intervention) ; T2 = Temps 2 (après intervention). La réponse sexuelle (FSFI), l'ajustement dyadique (DAS-16), la satisfaction sexuelle (ESS), la pleine conscience (FFMQ) chez les couples tout-venant. (N= 16). Pour l'ESS, plus le score est bas plus il indique une satisfaction sexuelle bonne.

Table 5. Moyennes des scores obtenus aux différents tests en T1 et en T2 chez les couples tout-venant.

	Tests	M	ET	Moyenne erreur standard	Amélioration T1-T2
Femme	DAS16 (T1)	61.25	8.38	2.96	
	DAS16 (T2)	63.25	7.92	2.80	6 %
	ESS (T1)	32.13	18.87	6.67	
	ESS (T2)	23.25	17.74	6.41	28 %
	FFMQ (T1)	120.5	26.97	9.53	
	FFMQ (T2)	129.88	16.57	8.29	8 %
Homme	DAS16 (T1)	63.25	7.92	2.80	
	DAS16 (T2)	65.5	4.87	1.72	4 %
	ESS (T1)	27.25	18.14	6.41	
	ESS (T2)	25.5	15.87	5.60	6 %
	FFMQ (T1)	127.38	16.60	5.87	
	FFMQ (T2)	130	14.36	5.08	2 %

Notes : N = 8 ; T1 = Temps 1 (avant intervention) ; T2 = Temps 2 (après intervention). La réponse sexuelle (FSFI), l'ajustement dyadique (DAS-16), la satisfaction sexuelle (ESS), la pleine conscience (FFMQ) chez les couples tout-venant. (N= 16). Pour ESS, plus le score est bas plus il indique une satisfaction sexuelle bonne.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Discussion

Au cours de cette recherche, nous nous sommes particulièrement intéressées à la pratique de la méditation orgasmique dans le couple. Pour la réalisation de ce travail, notre intérêt s'est porté sur les variables qui sont le plus traitées en PC. En effet, de nombreux chercheurs se sont intéressés à l'utilisation de la PC pour traiter des dysfonctions sexuelles que ce soit en individuel ou en couple. Puis, plus récemment des programmes basés sur la PC ont ciblé les couples afin d'évaluer l'impact d'une pratique de PC sur la satisfaction relationnelle et/ou sexuelle. Nous avons pu voir que ce soit pour traiter de problématique sexuelle ou pour améliorer une relation déjà satisfaisante la PC augure de nombreux bénéfices. Dès lors, on peut s'interroger sur les impacts de la MO dans le couple. Peut-on espérer que notre étude révèle des effets similaires aux précédentes études réalisées sur la PC dans le couple ?

Afin de répondre à ces questions, notre mémoire est élaboré en deux parties. La première consiste en une revue de la littérature. Dans le premier chapitre, nous avons tenté d'exposer les différents modèles de la réponse sexuelle féminine. Ces modèles peuvent être complémentaires pour permettre une lecture sous différentes perspectives. Cela nous a permis par la suite de discuter du plaisir sexuel féminin. Notamment, nous nous sommes intéressées à l'anatomie du clitoris (complexe clito-uréthro-vaginal) puisque ce dernier est « l'objet » principal de la MO. Enfin, nous avons tenté de définir les concepts de la satisfaction conjugale et de la satisfaction sexuelle. Ces deux concepts sont en lien étroit puisque l'un et l'autre peuvent s'influencer.

Dans un deuxième temps, après avoir défini la PC, nous avons montré les composantes de cette dernière. Nous nous sommes intéressées à son utilisation et à son efficacité dans les programmes de PC. Nous avons voulu voir comment la PC a été utilisée sur les individus pour traiter des problématiques sexuelles.

Puis dans un troisième temps, nous avons étudié le champ d'application de la PC en sexologie destinée aux couples. En effet, comme nous avons vu les bénéfices de la

PC sur les problématiques sexuelles des individus, nous avons cherché à voir si cela pouvait s'appliquer sur une population en couple. Pour ce faire, nous nous sommes appuyées sur les différents programmes mis en application sur cette population. Enfin, nous avons donné une description de la MO. Et, nous avons pu voir qu'à bien des égards, la MO qui est une pratique de PC apporte des bienfaits à ses adeptes.

La seconde partie de ce mémoire constitue la partie pratique. Notre question de recherche « quel est l'impact de la MO sur le couple ? » s'appuie sur un choix personnel d'étudier d'une manière empirique la MO.

Pour répondre à cette question, nous avons émis plusieurs hypothèses reposant sur des variables telles que la satisfaction sexuelle, la satisfaction conjugale, la fonction sexuelle féminine et la PC. Les analyses des données montrent une tendance favorable de la MO sur nos différentes variables. Nous notons toutefois que l'étude d'un échantillon bien plus élargi permettrait de conforter ces hypothèses.

Lors du T2, et suite aux 6 semaines de pratique, nous avons récolté des réponses qualitatives afin de compléter nos données. 10 participants ont indiqué un changement dans leur vie sexuelle et ceci indépendamment du fait du nombre de MO. Tout d'abord, les sujets féminins ont constaté « plus d'attention au moment présent », « plus de communication sur leurs désirs et « plus d'intimité et de complicité ». Les résultats du FSFI ont montré une nette augmentation du désir chez la femme. En se basant sur le modèle circulaire de Basson (2001), nous pouvons supposer que l'amélioration d'une variable peut influencer les autres variables. Ainsi par exemple, l'augmentation de la satisfaction sexuelle (ESS) et conjugale (DAS-16) a pu permettre aux femmes de ressentir plus de désir (FSFI). Dans cet ordre d'idées, une participante a spécifié ne plus avoir une sexualité « très développée » avec son compagnon. Le couple planifiait toujours leur vie sexuelle. Or, avec la pratique de la MO, il est arrivé à deux reprises que ce couple ait « des rapports de manière non prévue, ce qui était plutôt rare ces derniers temps ». Nous pouvons nous demander si le fait de déconseiller les rapports sexuels pendant ou juste après la pratique n'a pas eu le même effet que le *sensate focus*. Ensuite, de manière générale, les participants ont remarqué plus d'attention et d'écoute, une «

redécouverte des sensations » et « plus de douceur et de dialogue ». Plus particulièrement, un participant de la MO a découvert qu'il pouvait « être un pilier » pour sa partenaire. Enfin, nous pouvons voir que la MO a facilité chez certains participants une sensibilisation corporelle en prenant conscience du moment présent sans performance. De plus, la pratique de la méditation orgasmique a pu permettre d'instaurer chez certains couples un « nouveau bien-être » avec plus de communication et de complicité. Ainsi, les bénéfices trouvés lors de l'analyse de nos données qualitatives et quantitatives rejoignent l'étude de Millar (2015).

Il est important de prendre en considération que la MO demande une organisation et de la motivation. En effet, 3 participants ont soulevé un manque de temps et de désir de pratiquer. Pour effectuer la MO, deux individus sont nécessaires, et cela implique une envie simultanée et une disponibilité commune. De ce fait, 2 participants ont remarqué une difficulté à mettre la pratique en place, car le conjoint était « souvent absent » ou par manque d'envie.

Au terme de cette discussion permettant le résumé de tous les éléments constituant ce mémoire, il est intéressant de prendre en compte les limites que nous avons rencontrées dans notre étude. De plus, nous proposerons des pistes vers d'éventuelles recherches sur la même thématique de la méditation orgasmique.

Limites et nouvelles perspectives

Pour commencer, il nous paraît important de souligner que notre recherche ne nous permet pas de démontrer l'impact significatif de la MO sur le couple. Effectivement, un plus grand échantillon ainsi que d'autres analyses statistiques complémentaires auraient été nécessaires. Toutefois, notre étude est originale et pertinente puisque c'est la première étude à traiter de la méditation orgasmique sur des couples. Ainsi, même si nos résultats doivent être considérés comme préliminaires, notre recherche apporte un éclairage scientifique sur cette pratique. De plus, notre étude a pour ambition d'ouvrir la voie à de futures recherches sur la MO dans le domaine de la PC en sexologie.

Limite liée à la théorie :

Une des premières limites à préciser est l'absence de diversité dans notre théorie sur la méditation orgasmique. Bien que la méditation orgasmique ait rencontré récemment du succès dans les médias, elle reste peu et mal connue ! À ce jour, une seule étude (Millar, 2015) a été réalisée sur le sujet et nous nous en sommes largement inspirées. L'ouvrage « *Slow sex: The art and craft of female orgasm* » de Nicole Daedone (2011), créatrice de la pratique, nous a fourni des informations complémentaires.

Limites liées aux questionnaires :

Il est possible que la désirabilité sociale ait été un biais dans les réponses auto-rapportées post-intervention. En effet, le biais de désirabilité social est un processus inconscient qui incite les participants à ajuster leurs réponses pour correspondre aux attentes sociales ou/et aux attentes implicites de l'enquêteur. De plus, la mesure de la fonction sexuelle masculine n'a pas été prise en compte et constitue une limite à notre étude. L'IIEF (Index International de la Fonction Érectile) est le « gold standard » de la mesure de la fonction sexuelle masculine (Giami, 2004). Cependant, nous émettons une

critique de l’IIEF, car l’échelle donne une vision réductrice de la sexualité masculine en l’évaluant principalement sous le prisme de l’érection. Au regard d’une approche rigide de la sexualité masculine (Metz & McCarthy, 2007 ; McCarthy & Wald, 2013), nous pouvons nous demander si cela n’a pas conduit à considérer la sexualité masculine comme seulement mécanique. Au contraire, la MO vise à considérer la sexualité masculine et féminine dans sa globalité en tenant compte des aspects sensoriels et sensuels (Daedone, 2011). Ainsi, pour toutes ces raisons et afin d’être cohérentes avec le concept de la MO nous avons décidé de ne pas utiliser l’IIEF.

Limites liées au protocole :

Nous avons été deux coachs de genre différents à former les couples à la pratique. Cela a peut-être eu un impact sur la façon dont les couples ont été réceptifs ou non à la pratique. Cependant la formation de la MO s’inscrit dans un cadre normatif et structuré ce qui a facilité la diffusion des informations en réduisant les biais du mieux possibles. Dans une autre mesure, nous avons conscience qu’une séance de MO ne soit pas suffisante pour que les couples intègrent tous les éléments de la pratique. Bien que la MO implique des composantes et des exercices de PC, nous n’avons pas offert en parallèle un programme de PC. Pour finir, l’absence de groupe contrôle est une limite. Nous ne pouvons pas savoir si c’est la MO qui a eu un impact sur les différentes variables étudiées.

Limites liées à la pratique :

Nous avons conscience que notre sujet n’a pas été facile à investiguer. C’est une pratique peu répandue et les personnes peuvent être sceptiques. À la différence d’autres formes de méditation, la MO se pratique à deux et nécessite d’avoir un-e partenaire. Sans compter que la pratique peut aussi confronter les individus à certains blocages. En effet, la pratique de la MO est un sujet intime lié à la sexualité. Ainsi, il faut pouvoir être à l’aise avec son corps (pour la femme) et en confiance avec le/la partenaire pour apprendre une pratique qui touche l’intimité, le corps et la sexualité.

Limites liées aux participants :

Plusieurs limites liées à notre échantillon ont été observées. En premier lieu, notre étude est composée d'un échantillon de différentes nationalités, à orientation hétérosexuelle et dont le niveau d'éducation est élevé. De ce fait, nos résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la population. En second lieu, notre étude a intégré les deux membres du couple dans nos questionnaires. Puisque l'étude a inclus des couples tout venant, ceci a pu introduire une disparité de l'échantillon au niveau des problématiques sexuelles. Par exemple, des couples ont pu avoir une satisfaction relationnelle/sexuelle élevée tandis que d'autres couples ont un niveau de détresse important. Ou encore, l'échantillon a pu inclure des personnes avec des dysfonctions sexuelles.

Mise en perspective :

Pour les futures recherches sur ce sujet, il nous paraît pertinent de réaliser une étude longitudinale sur un plus grand jeu de données. Une étude longitudinale permettrait de voir si les effets de la MO augmentent et se maintiennent dans le temps. De plus, il serait intéressant de joindre le protocole de la MO avec un programme de PC (ex. MSIR).

Certains participants ont exprimé le souhait de connaître le temps nécessaire pour que des changements apparaissent. Au vu de nos résultats, à la fin des six semaines de pratique il y a déjà une évolution positive pour certains couples. De futures recherches pourraient investiguer le temps minimum nécessaire de MO pour voir apparaître des bienfaits.

La question « quels sont les bénéfices pour la sexualité de l'homme ? » revenait souvent lors de l'étape 2 (intervention). Effectivement, peu d'études s'intéressent à traiter des problématiques sexuelles masculines via des exercices de PC. C'est pourquoi les suites de notre travail de recherche pourraient également cibler plus spécifiquement les hommes afin de mesurer l'impact de la MO sur la fonction sexuelle masculine. Des entretiens qualitatifs permettraient de compléter les données du IIEF.

BIBLIOGRAPHIE

- Adam, F. (2015). Intégration de la pleine conscience dans le traitement du trouble de l'orgasme féminin : élaboration et évaluation d'un auto traitement vidéo basé sur la pleine conscience (Doctoral dissertation, UCL-Université Catholique de Louvain).
- Adam, F., Géonet, M., Day, J., & De Sutter, P. (2015). Mindfulness skills are associated with female orgasm? *Sexual and Relationship Therapy, 30*(2), 256-267.
- Alzate, H., & Londoño, M. L. (1984). Vaginal erotic sensitivity. *Journal of sex & marital therapy, 10*(1), 49-56
- Antoine, P., Christophe, V., & Nandrino, J. L. (2008). Dyadic Adjustment Scale: Clinical interest of a revision and validation of an abbreviated form. *L'Encephale, 34*(1), 38-46.
- Atkinson, B. J. (2013). Mindfulness training and the cultivation of secure, satisfying couple of relationships. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, 2*(2), 73.
- Basson, R. (2001). Human sex-response cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy, 27*(1), 33-43.
- Basson, R. (2002). A model of women's sexual arousal. *Journal of Sex & Marital Therapy, 28*(1), 1-10.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice, 10*(2), 125-143.

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27-45.
- Berghmans, C., Tarquinio, C., & Strub, L. (2010). Méditation de pleine conscience et psychothérapie dans la prise en charge de la santé et de la maladie. *Santé mentale au Québec, 35*(1), 49-83.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice, 11*(3), 230-241.
- Brotto, L. A. (2013). Mindful sex.
- Brotto, L. A., Basson, R., & Luria, M. (2008). A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *Journal of Sexual Medicine, 5*(7), 1646-1659.
- Brotto, L. A., & Basson, R. (2014). Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behaviour Research and Therapy, 57*, 43-54.
- Brotto, L. A., Chivers, M. L., Millman, R. D., & Albert, A. (2016). Mindfulness-based sex therapy improves genital-subjective arousal concordance in women with sexual desire/arousal difficulties. *Archives of Sexual Behavior, 45*(8), 1907-1921.
- Brotto, L. A., & Heiman, J. R. (2007). Mindfulness in sex therapy: Applications for women with sexual difficulties following gynecologic cancer. *Sexual and relationship therapy, 22*(1), 3-11.
- Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of sex research, 42*(2), 113-118.

- Carlson, L. E. (2012). Mindfulness-based interventions for physical conditions: a narrative review evaluating levels of evidence. *ISRN psychiatry*, 2012.
- Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 571-581.
- Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M., & Baucom, D. H. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement. *Behavior therapy*, 35(3), 471-494.
- Colson, M. H. (2010). Female orgasm: Myths, facts and controversies. *Sexologies*, 19(1), 8-14.
- Comeau, S., & Boisvert, J. M. (1985). Translation of the Sexual Satisfaction Index (Hudson). *Unpublished manuscript*.
- Daedone, N. (2011). *Slow sex: The art and craft of the female orgasm*. Grand Central Life & Style.
- Dallaire, Y. & Solano, C. (2013). Qui sont ces couples heureux ? Québec: Option santé éd., pp.220-225.
- Dolbeau, S., Flahault, C., & Brédart, A. (2009). Approche psycho-oncologique des difficultés intimes et sexuelles des patientes atteintes de cancer féminin et de leur conjoint. *La lettre du Cancérologue*, 28, 418-22.
- Fisher, S. (1973). *Understanding the female orgasm*. Basic Books.
- Fisher, T. D., Davis, C. M., & Yarber, W. L. (2013). *Handbook of sexuality-related Measures*. Routledge.

- Foldes, P., & Buisson, O. (2009). Reviews: the clitoral complex: a dynamic sonographic study. *The journal of sexual medicine*, 6(5), 1223-1231.
- Galinsky, A. M., & Sonenstein, F. L. (2013). Relationship commitment, perceived equity, and sexual enjoyment among young adults in the United States. *Archives of sexual behavior*, 42(1), 93-104.
- Géonet, M., Zech, E., & De Sutter, P. (2011). Chapitre 4. Quand la sexologie surfe sur la troisième vague: intégration d'exercices de pleine conscience dans la prise en charge du désir sexuel hypoactif féminin. In *Pleine conscience et acceptation* (pp. 109-140). De Boeck Supérieur.
- Haavio-Mannila, E., & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of sexual behavior*, 26(4), 399-419.
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French-speaking sample. *Revue européenne de psychologie appliquée/European Review of Applied Psychology*, 61(3), 147-151.
- Hubin, A., & Michel, C. (2018). *Entre mes lèvres, mon clitoris: Confidences d'un organe mystérieux*. Editions Eyrolles.
- Hudson, W. W., Harrison, D. F., & Crosscup, P. C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. *Journal of Sex Research*, 17(2).
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47.

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based intervention in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of behavioral medicine*, 8(2), 163-190.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center.
- Khaddouma, A., Gordon, K. C., & Bolden, J. (2014). Zen and the art of sex: examining associations among mindfulness, sexual satisfaction, and relationship satisfaction in dating relationships. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(2), 268-285.
- Kocsis, A., & Newbury-Helps, J. (2016). Mindfulness in sex therapy and intimate relationships (MSIR): clinical protocol and theory development. *Mindfulness*, 7(3), 690-699.
- Koukounas, E., & McCabe, M. P. (2001). Sexual and emotional variables influencing sexual response to erotica: A psychophysiological investigation. *Archives of sexual behavior*, 30(4), 393-408.
- Harvey, J. H., & Wenzel, A. (Eds.). (2001). *Close romantic relationships: Maintenance and enhancement*. Psychology Press.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press.
- Heeren, A., & Philippot, P. (2010). Les interventions basées sur la pleine conscience: une revue conceptuelle et empirique. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 37-61.

- Hite, S. (1976). *The Hite Report*. New-York : Mac Millan.
- Hubin, A., & Michel, C. (2018). *Entre mes lèvres, mon clitoris: Confidences d'un organe mystérieux*. Editions Eyrolles.
- Kaplan, H. (1974). *The New Sex Therapy*. New York: Brunner-Mazel.
- Kaplan, H. S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of sex & marital therapy*, 3(1), 3-9.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*, Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Ladas, A. K., Whipple, B., & Perry, J. D. (1982). The G spot and other recent discoveries about human sexuality.
- Langis, P., & Germain, B. (2009). *La sexualité humaine*. De Boeck Supérieur.
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. University of Chicago press.
- Lawrance, K. A., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267-285.
- Lopès, P., & Poudat, F. O. X. (2013). *Manuel de sexologie*. (2nd ed., pp. 10-11). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Mah, K., & Binik, Y. M. (2001). The nature of human orgasm: a critical review of major trends. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 823-856.

- Masters, W. H., Johnson, V. E., & Masters. (1966). Human sexual response.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy* (Vol. 225). Boston: Little, Brown.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1971). *Les mésententes sexuelles et leur traitement*. Paris: Laffont.
- Mayland, K. A. (2005). *The impact of practicing mindfulness meditation on women's sexual lives* (Doctoral dissertation, Alliant International University, California School of Professional Psychology, San Francisco).
- McCarthy, B., & Wald, L. M. (2013). Mindfulness and good enough sex. *Sexual and Relationship Therapy, 28*(1-2), 39-47.
- Metz, M. E., & McCarthy, B. W. (2007). The “Good-Enough Sex” model for couple sexual satisfaction. *Sexual and Relationship Therapy, 22*(3), 351-362.
- Metz, M. E., & McCarthy, B. W. (2010). Male sexuality and couple sexual health: A case illustration. *Journal of Family Psychotherapy, 21*(3), 197-212.
- Millar, L. M. (2015). *Impact of orgasmic meditation* (thesis, San Francisco State University).
- Mimoun, S. (2007). *Petit Larousse de la sexualité*. Paris: Larousse, pp.206, 782.
- O'connell, H. E., Hutson, J. M., Anderson, C. R., & Plenter, R. J. (1998). Anatomical relationship between urethra and clitoris. *The Journal of urology, 159*(6), 1892-1897.

- O'Connell, H. E., & DeLancey, J. O. (2005). Clitoral anatomy in nulliparous, healthy, premenopausal volunteers using unenhanced magnetic resonance imaging. *The Journal of urology*, 173(6), 2060-2063.
- Paterson, L. Q., Handy, A. B., & Brotto, L. A. (2017). A pilot study of eight-session mindfulness-based cognitive therapy adapted for women's sexual interest/arousal disorder. *The Journal of Sex Research*, 54(7), 850-861.
- Pauls, R. N. (2015). Anatomy of the clitoris and the female sexual response. *Clinical Anatomy*, 28(3), 376-384.
- Peterson, L. G., & Pbert, L. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 149(7), 936-943.
- Piquard, J. C. (2013). *La fabuleuse histoire du clitoris: essai*. H & O édition.
- Posner, M. I. (1980). Orienting of attention. *Quarterly journal of experimental psychology*, 32(1), 3-25.
- Ramage, M. (1998). ABC of sexual health: management of sexual problems. *BMJ: British Medical Journal*, 317(7171), 1509.
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 131-138.

- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373-386
- Silverstein, R. G., Brown, A. C. H., Roth, H. D., & Britton, W. B. (2011). Effects of mindfulness training on body awareness to sexual stimuli: implications for female sexual dysfunction. *Psychosomatic medicine*, 73(9), 817.
- Sommers, F. G. (2013). Mindfulness in love and lovemaking: A way of life. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1-2), 84-91.
- Sprecher, S., & McKinney, K. (1993). *Sexuality*. Newbury Park, CA: Sage.
- Sprecher, S. (2002). Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *Journal of sex research*, 39(3), 190-196.
- Strub, L. (2013). Potentiel d'applicabilité de la Mindfulness-Based Cognitive Therapy dans la prise en charge des troubles sexuels. [Applicability potential of mindfulness-based cognitive therapy for the management of sexual disorders]. *Annales-Medico- Psychologiques*, 171(2), 105-109.
- Trudel, G. (2008). Dysfonctions sexuelles: évaluation et traitement par des approches psychologiques interpersonnelle et biologique. *Presses de l'Université du Québec, Sainte Foy (Québec)*.

- Tuckwell, H. C. (1989). A neurophysiological theory of a reproductive process. *International Journal of Neuroscience*, 44(1-2), 143-148.
- Turcotte, M.-J. (1993). Validation de la traduction française du Index of sexual satisfaction. (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal).
- Velten, J., & Brotto, L. A. (2017). Interoception and sexual response in women with low sexual desire, (d), 1–16.
- Wachs, K., & Cordova, J. V. (2007). Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *Journal of Marital and Family therapy*, 33(4), 464-481.
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R. D., & Gangamma, R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(4), 275-293.

ANNEXES