



<https://sexoblogue.fr/cours-de-sexologie/les-dysfonctions-sexuelles/dysfonctions-sexuelles-feminines/troubles-desir-excitation-femme>

LES TROUBLES DU DÉSIR ET DE L'EXCITATION CHEZ LA FEMME

Cours du samedi 12 octobre 2013 à 08:30 par Dr Marie CHEVRET-MEASSON

SOMMAIRE

INTRODUCTION

DEFINITIONS

Le désir

Les troubles du désir

La motivation

Les différents modèles de désir

Désir et excitation

Câlins et rapports sexuels sont bons pour le moral des femmes

La question de norme

Désir spontané ou déclenché ?

Une contrainte supplémentaire : l'exigence érotique

EPIDEMIOLOGIE

CLASSIFICATION

DIAGNOSTIC

A - Interrogatoire

B - L'histoire sexuelle

Rechercher :

I - LE DESIR SEXUEL HYPO-ACTIF

A - Définition

B - Les « normes » de la fréquence des rapports sexuels

C - Diagnostic différentiel

D - Étiologie

II - LES TROUBLES DE L'EXCITATION

A - Physiologie

B - Définitions

C - Etiologies

Conséquences

TRAITEMENTS

A - Régler les problèmes individuels

B - Régler les problèmes de couple

C - Le Sensate Focus

1ère étape : on ne touche pas les zones érogènes

2ème étape : on a le droit de toucher les zones érogènes

D - Le conseil et l'éducation

Sur les symptômes sexuels

Face à l'inexpérience, les maladroites, la peur de l'intimité, les tabous, la passivité

Face aux évitements anxieux et à la démotivation

Face à l'anxiété, la surprotection, le maternage

Face à l'hostilité, les conflits de puissance

On peut également proposer

E - La DHEA

CONCLUSION

LIVRES POUR ALLER PLUS LOIN

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Il est difficile de séparer **désir** et **excitation** chez la femme, car même si théoriquement ce sont 2 entités avec leurs causes propres, souvent même les patientes ne connaissent pas la différence.

La question simple à poser et qui en général parle aux patientes est la suivante : « *Le problème où est-ce que vous le mettez ? Dans la tête ou dans le corps ?* »

Si la réponse est « dans le corps », ce n'est pas un problème de **désir** mais d'**excitation**.

Idem pour l'homme qui pense avoir un problème de libido alors qu'il pense tout le temps au sexe et qu'en fait il n'arrive pas à avoir d'érection (=excitation).

DEFINITIONS

Le principe même de définir pose un certain nombre de problèmes :

- Quels sont les standards d'un désir normal ?
- Le désir sexuel est-il le même pour les hommes et les femmes ?
- Les mesures se font-elles sur le subjectif ou les actes ?
- Problèmes de désir : dysfonctions ou autre catégorie ?

Le désir

Le désir sexuel est l'énergie psychobiologique qui précède et accompagne l'excitation sexuelle et incite à avoir un comportement sexuel. Il résulte de l'interaction du système neuro endocrinien qui donne naissance aux pulsions, du processus cognitif qui génère le désir et du processus motivationnel qui induit l'empressement de la conduite sexuelle

Levine, S. B. 1987. *More on the Nature of Sexual Desire*. *Jour Sex Mar Ther*, vol. 13, no.1

Le désir sexuel est insaisissable, plus on veut l'attraper plus il s'échappe

Ghislaine PARIS – *Un désir si fragile*, 2005

Les troubles du désir

Selon le DSMIV : 2 définitions

1. « *Déficiences (ou absence) persistantes ou répétées de fantasmes imaginatifs d'ordre sexuel et de désir d'activité sexuelle. Pour faire la différence entre déficience et absence, le clinicien doit tenir compte des facteurs qui retiennent sur le fonctionnement sexuel (âge, contexte existentiel)* »
2. « *Insuffisance ou absence persistante ou récurrente de désir d'activité sexuelle solitaire ou avec partenaire(s) et/ou de fantasmes sexuels conscients et excitants et responsable d'une souffrance personnelle* »

Les recherches sur la sexualité féminine ont été influencées, voire biaisées, parce que référées pour la plupart à la sexualité masculine, mieux connue et réputée plus simple ^{1 2 3 4} _ _ _ _.

L'accolement des mots « libido » et « féminine » ne peut se justifier

FREUD, *Nouvelles Conférences sur la psychanalyse*, 1916

La motivation

Si il n'y a pas de désir, il y a souvent une motivation à faire l'amour :

- Barbara Leigh donne 7 raisons ⁵ _
- Hill & Preston en trouvent 8 ⁶ _
- Meston & Buss en reportent 237 dans leur livre ⁷ _

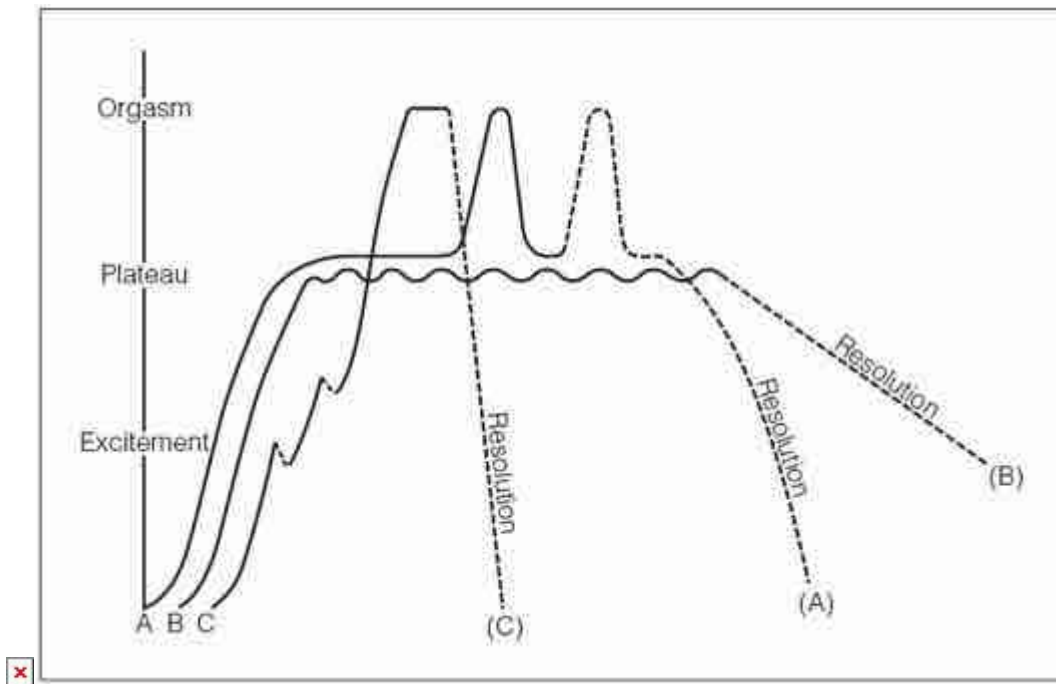
Les raisons pour faire l'amour sont très nombreuses :

- Primitives : se reproduire
- Emotionnelles : amour, engagement
- Physiques : réduire le stress, recherche de plaisir
- Recherche de but : statut social, vengeance ou financier
- Insécurité : booster son estime de soi, perfectionnisme, garder l'autre

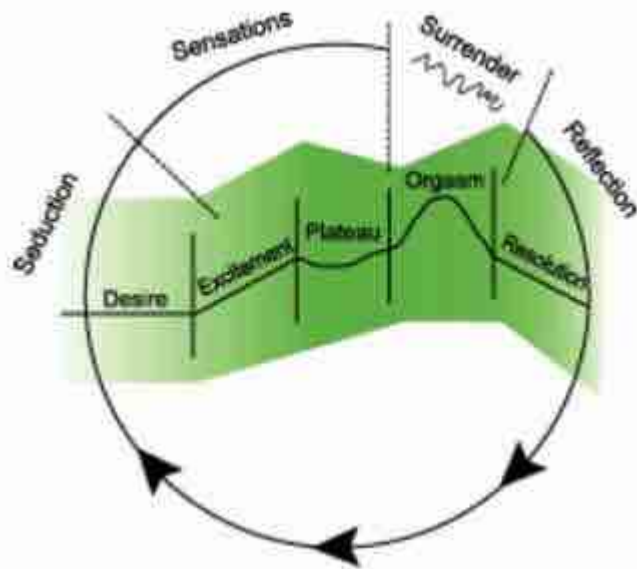
Les femmes ont toujours plus de motivations émotionnelles, que les hommes ⁸ _

Les différents modèles de désir

- Le modèle linéaire de Master & Johnson : **excitation - phase en plateau - orgasme - résolution**, qui assumait que la réponse sexuelle était la même pour les 2 sexes

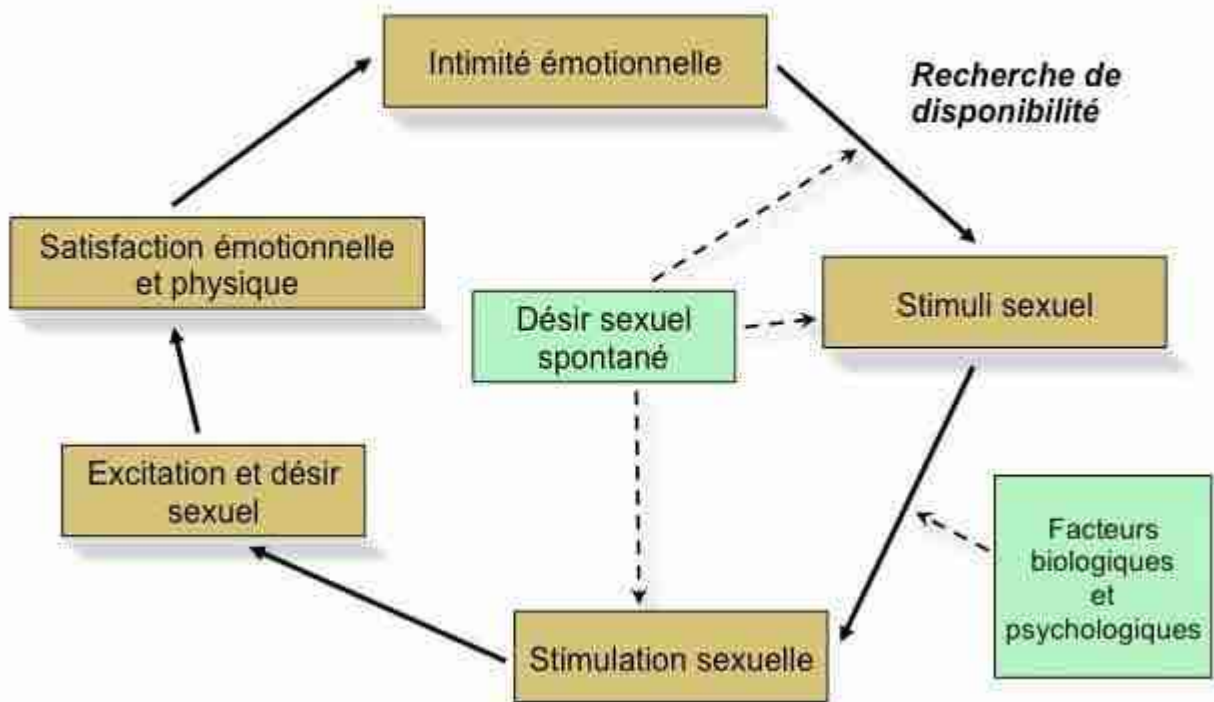


- Le modèle linéaire d'Helen Kaplan, 10 ans plus tard, se démarque de leurs conclusions et indique que le **désir sexuel** est une phase distincte des autres phases de la réponse sexuelle, précédant l'excitation sexuelle et étant à la base de toutes les autres.
 - Selon elle, le désir sexuel peut être spontané, déclenché par des stimulations internes ou au contraire provoqué, déclenché par des stimulations externes.
 - Il existe des facteurs incitateurs du désir sexuel qui peuvent être hormonaux (testostérone, oestrogènes) ou psychiques (attirance, sentiment amoureux, fantasmes)
 - Il existe des facteurs supprimeurs du désir sexuel comme la dépression, les pensées négatives etc.
- Les modèles circulaires de Whipple and Brash-McGreer's model, et de R.Basson



Modèle circulaire de la réponse sexuelle féminine de WHIPPLE et BRASH

Modèle de la réponse sexuelle féminine basée sur l'intimité



Adapted from Basson R. *Obstet Gynecol.* 2001;98:350-353.

Chevret Meisson

Désir et excitation

Tout le sujet et la question est de savoir si le désir est spontané. Par exemple, en rentrant du travail à 19h, madame tombe sur son mari avachi devant la télé et la boum va-t-elle tomber dans le désir sans rien faire...? Et bien malheureusement, non.

D'après Rosemary BASSON, il y a justement un tas d'éléments qui entrent en jeu en plus du désir sexuel spontané.

Les fantasmes sexuels sont les marqueurs du désir sexuel, mais il y a également d'autres façons de le provoquer.

Il y a donc une superposition entre désir et excitation, si bien que l'on est amené à se demander qui de l'oeuf ou la poule apparaît le premier...

Cependant on peut penser que le désir semble spontané car les stimuli sexuels sont activés avant que l'on en prenne conscience.

La question du désir spontané est une question importante car ce sont ce que les patients viennent réclamer : « *je l'aime donc je veux avoir du désir spontané* » ou encore « *je comprend pas docteur je me met nu et ça ne lui fait rien à ma femme...* ». Il faut alors expliquer au compagnon que les femmes ne réagissent pas aux stimuli visuels comme l'homme. Chacun se référant à ses propres émotions, on fait à l'autre ce qu'on aimerait que l'autre nous fasse.

Câlins et rapports sexuels sont bons pour le moral des femmes

Dans l'étude de Burleson⁹, 58 femmes hétéro ou homosexuelles de 42 à 52 ans ont noté chaque matin pendant 36 semaines toutes les manifestations d'affection physique dont elles ont bénéficié : tout contact physique intime, même sans contact sexuel, les stimulations des seins ou des organes génitaux, tout acte sexuel solitaire ou avec le/la partenaire), ainsi que les événements stressants, et elle ont rempli un questionnaire standardisé d'évaluation de leur humeur.

Les manifestations d'affection physique et l'interaction sexuelle au niveau du couple améliorent l'humeur et diminuent le stress, et ceci dans un mode bidirectionnel.

Que signifie donc le désir ? Le désir « *spontané* » ? Le « *vrai* » désir demandé par nos patientes et par leur partenaire ?

La question de norme

La norme actuelle est de désirer quel que soit l'âge et quelque soit le moment. La femme devrait jouir sans entrave car libérée par la contraception, le sexe satisfaisant étant le résultat d'une pulsion sexuelle réflexe et non de connaissance et communication consciente. Ce qui marginalise beaucoup de personnes et pose problèmes de protection, contraception etc....

Désir spontané ou déclenché ?

Il y a encore beaucoup de recherches à faire pour mieux cerner le désir féminin et aider les femmes. Beaucoup d'hommes ne sont plus de séducteurs. Un partenaire qui est capable de faire rire au lieu de se braquer est plus séduisant et donnera envie à la partenaire de

changer d'avis si elle n'était pas open à la base.

Dans l'étude de Witting, il est noté qu'une partenaire sans désir mais qui sait que son partenaire est capable de faire ce qu'elle aime et qu'elle peut s'exprimer n'a aucun souci. Les questions de Rose Mary Basson dans son article « *Women's sexual function and dysfunction; current uncertainties, future directions* » in *International Journal of Impotence research* (2008) 20, 466-478 » sont plus que jamais d'actualité.

Une contrainte supplémentaire : l'exigence érotique

Il y a un comportement contemporain qui est de vouloir vivre un couple passionnel de longue durée. C'est avant tout un fantasme occidental contemporain, bien loin de la réalité qui montre que la sexualité évolue dans le couple en 2 phases :

Au début tout est facile, on est dans une exclusivité et une fidélité sexuelle sans même regarder les autres. Ensuite il y a la routine sexuelle avec une baisse du désir et une réduction de la fréquence des rapports. Il n'y a rien de pire pour le désir sexuel que de vivre ensemble même si c'est ce que tout le monde veut avoir.

Avoir une maison avec 2 chambres est un bon moyen d'améliorer les choses.

Dans la dernière grande enquête sur les couples en France, les couples qui ont le plus de rapports sexuels sont ceux qui ne vivent pas ensemble même en ayant une relation exclusive. Ils sont toujours dans cet état d'esprit de début de relation où ils se donnent rendez-vous pour se voir.

Ce sont des contraintes sociétales, celles-ci entraînant un taux de dysfonctionnement sexuel relativement fort malgré un indice élevé de satisfaction de la vie sexuelle.

EPIDEMIOLOGIE

Épidémiologie des troubles du désir chez la femme

- Femmes non ménopausées : **11 à 33%** selon les études
- Femmes ménopausées : **33 à 53%** selon les études mais ce sont les autres facteurs liés à l'âge et au partenaire qui sont les plus importants et c'est très société-dépendant car dans les sociétés où la ménopause est valorisée il y a moins de troubles du désir.

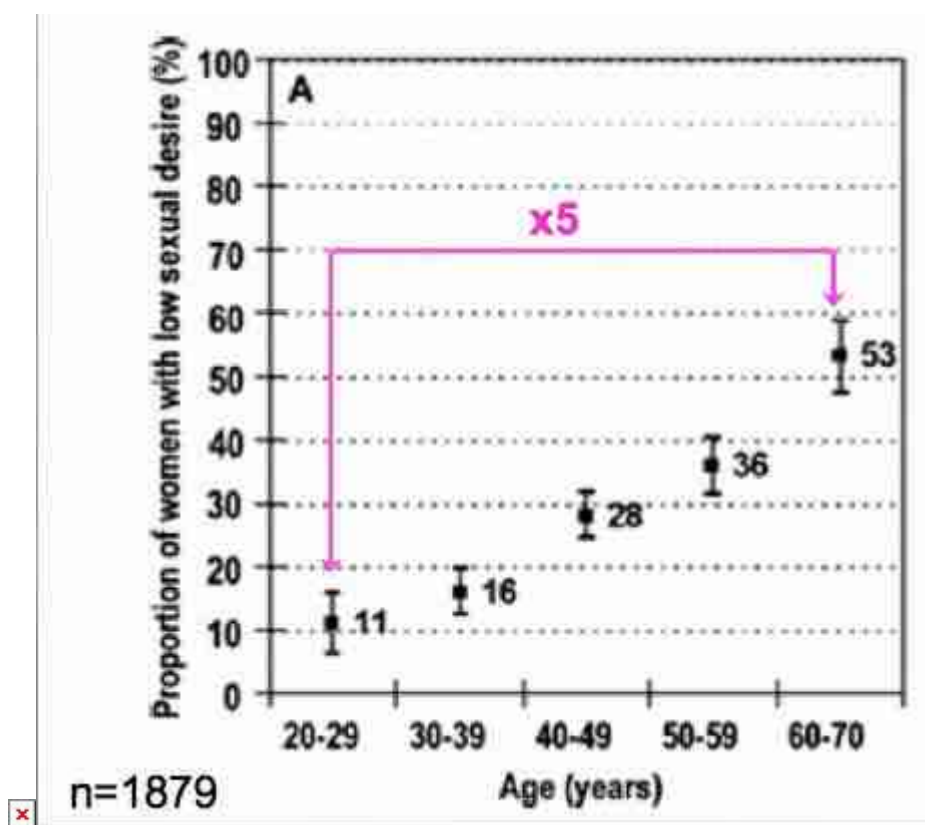
Année	Pays	Auteur	N=	Âge	Incidence
1999	Suède	Fugl-Meyer			
		Laumann			
		Leiblum			
		Korda			
		Hayes/Dennerstein			
		S.West			

Annee	Pays	Auteur	N=	Age	Incidence
1999	Suède	Fugl-Meyer	2810	18-74	34%
1999	USA	Laumann	3159	18-59	33%
2004	USA	Leiblum	1250	20-70	25/33%
2006	Allemagne	Korda	10000	20-80	33% des moins de 50 ans
2007	USA /Europe	Hayes:/Dennerstein	3589	20-70	[11%-53%]
2008	USA	S.West	2208	30-70	[27%-52%]

Aux USA il y a des lobby très puissants qui sont contre le développement de moyens thérapeutiques par peur de créer la « femelle lubrique ».

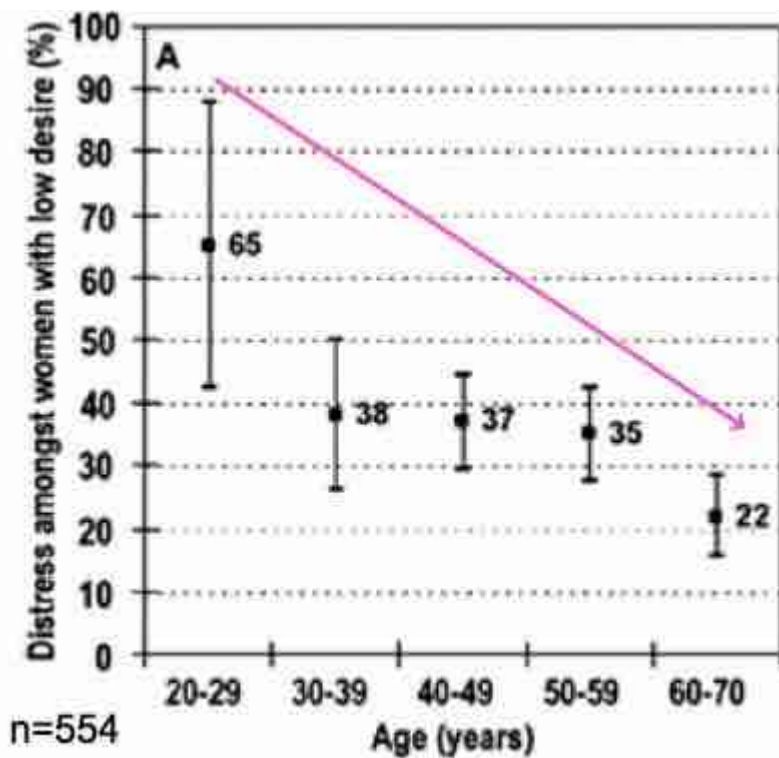
On a quand même pu faire quelques études grâce au médicament pour le désir qui a été refoulé par la FDA.

Proportion des femmes ayant une baisse de désir sexuel dans la population générale en Europe¹⁰



Proportion des femmes ayant une baisse de désir sexuel dans la population générale en Europe. Hayes. Sexual desire and aging. Fertil Steril 2007. n=1879

Lorsque l'on fait remplir une échelle de souffrance aux femmes qui ont des troubles du désir en France, 70% disent en souffrir alors qu'en Allemagne seulement 17% des femmes qui se plaignent de troubles du désir ont un résultat au test de souffrance significatif.



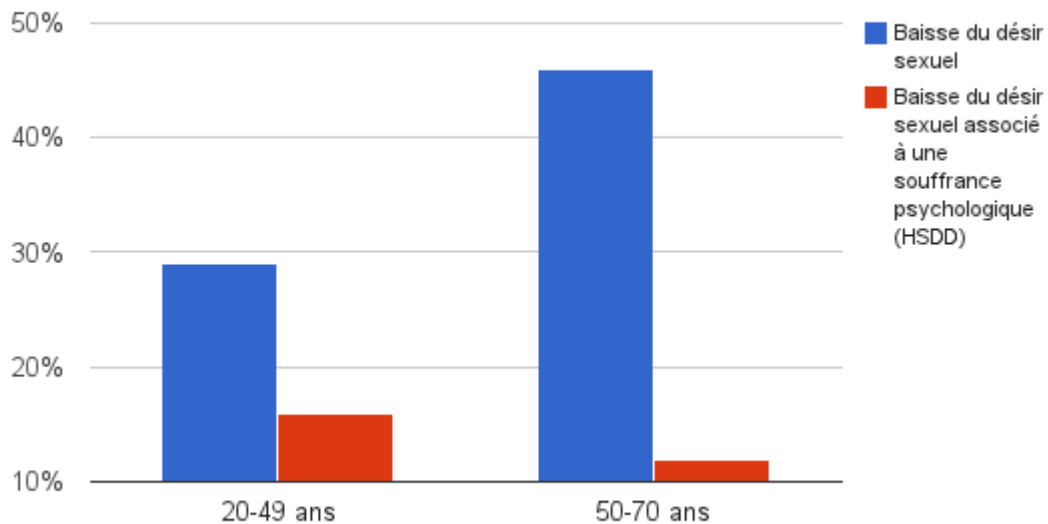
x Décroissance de la souffrance psychologique avec l'âge

Souffrance psychologique des femmes ayant une baisse de désir sexuel en Europe. Hayes. Sexual desire and aging. Fertil Steril 2007.

Il est assez rare qu'une femme qui consulte pour trouble du désir et n'en souffre pas, même si on peut imaginer que parfois c'est monsieur qui la ramène de force car c'est lui qui en souffre mais c'est difficile de faire qqchse dans ces cas la (c'est pas comme une voiture qu'on va lui réparer). De toutes façons il faut d'abord voir les individus en couple avant de les voir individuellement donc même si l'homme vient tout seul on le renvoi chercher sa femme.

Plus d'une femme sur 3 ressent une souffrance personnelle liée à la baisse du désir sexuel ¹¹

Baisse du désir et HSDD chez 1356 femmes de 20 à 70 ans ayant subi une ménopause chirurgicale



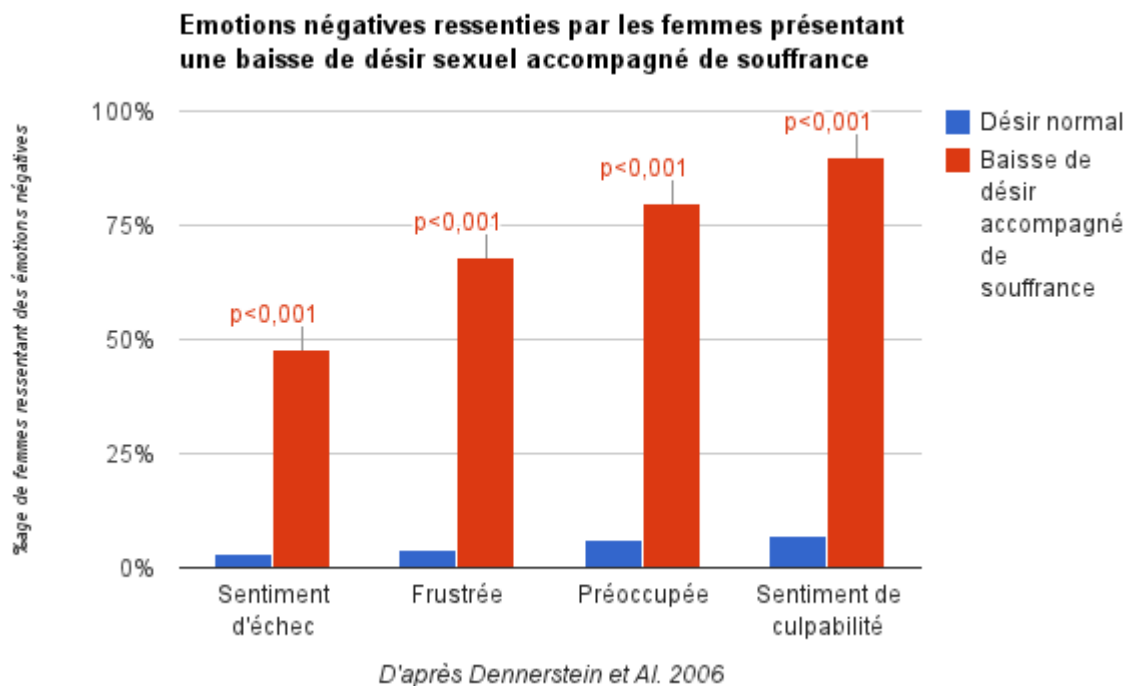
Dennerstein L, et al. (2006) *Journal of Sexual Medicine*; 3: 212-222



- Enquête sur 1356 femmes de 20 à 70 ans en France, Allemagne, Italie & GB
- Les femmes les plus âgées sont plus sujettes à la baisse de désir sexuel
- Les femmes les plus jeunes sont plus exposées à une souffrance psychologique secondaire

La baisse du désir sexuel va impacter sur le bien-être et la vie relationnelle de la femme avec :

- un sentiment de culpabilité vis-à-vis du partenaire dans 90% des cas
- une préoccupation dans 80 % des cas
- qui va devenir une frustration dans 68% des cas
- pouvant aboutir à un sentiment d'échec dans sa vie sexuelle chez près de la moitié des femmes ressentant une baisse de désir associé à des émotions négatives



CLASSIFICATION

La nosographie des troubles sexuels féminins a été faite à partir du rapport de **Rose Mary Masson** sur les troubles sexuels féminin ¹², actualisé par les recommandations de la « 2nd International Consultation on Sexual Dysfunction in men and women » en 2003.

On retrouvera :

- **le désir sexuel insuffisant ou absent**
- **l'aversion sexuelle** (ces femmes pas du tout intéressées on ne les voit pas sauf si elles veulent faire des enfants)
- **l'insuffisance d'excitation sexuelle** (3 types)
- **l'insuffisance de l'orgasme**
- les **dyspareunies** et le **vaginisme**

Il y a une intrication de facteurs **biologiques** (peu connus), **intra-psychiques** (nombreux et bien documentés), **socioculturels** (épanouissement obligatoire pour tous) et **relationnels** (différence M/F et valence différentielle des sexes). C'est hyper rare d'avoir une seule cause à son problème. Hors dans notre culture les patients veulent « la » cause, la vraie car ils veulent désigner un coupable.

Il y a aujourd'hui des femmes qui sont persuadées qu'en ayant fait des efforts pour garder leur virginité jusqu'au mariage elle auront une sexualité à la mesure des efforts qu'elles ont fait pour la tasser. Évidemment c'est l'inverse qui se produira et elles auront une sexualité très décevante car il faudra d'abord passer par la case où elle devra enlever tous les couvercles un par un , ce qui demandera un énorme travail.

Évaluer nécessite que le praticien soit à l'aise pour poser les questions

- **Ne pas transposer sur nos patients nos propres problèmes** sinon on ne pourra pas aider nos patients. Si on considère que tous les hommes sont des cons et des bourrins parce qu'on sort d'une relation difficile il faudra mettre beaucoup de recul avec l'histoire que le patient va nous raconter. Par exemple c'est plus simple pour un médecin de parler de cancer du foie (à condition qu'on ait pas notre mère qui vient de décéder d'un cancer du foie) que de sexualité car c'est un élément qui fait parti de sa vie.
- Âge, problème physique, psychologique, relationnels peuvent **coexister et s'additionner** créant un **symptôme majeur** qu'aucun de ces facteurs ne peut expliquer à lui seul
- Il faut **se méfier d'attribuer tout le problème à la cause proposée par la patiente ou à la cause qui nous arrange !**
- Pour autant il faut quand même toujours poser la question de ce que le patient estime être la cause
- Intérêt d'une **évaluation pluridisciplinaire**

Attention, on peut confondre excitation et désir : Certaines patientes disent ne pas avoir de désir car pour elles le désir est une « sensation » dans le ventre, le vagin, la vulve. Ce sont ces femmes qui parlent de désir autour et pendant les règles...

DIAGNOSTIC

A - Interrogatoire

Exemple de questions pour affirmer le symptôme sexuel ¹³ :

1. pouvez-vous décrire votre problème avec vos propres mots ?
2. le problème à-t-il toujours été présent ?
3. êtes-vous sexuellement active, avec ou sans partenaire ?
4. votre difficulté est-elle permanente ou liée à certaines circonstances ?
5. votre partenaire a-t-il un problème sexuel ?
6. est-ce que votre problème a des conséquences sur vous ? lesquelles ?
7. Est ce que votre problème a des conséquences sur votre partenaire ? lesquelles ?
8. quelle est votre idée du problème ? Cette dernière question est surtout destinée à comprendre l'angoisse première de cette femme et de pouvoir la rassurer (ou l'aider ou la faire aider) sur ces propres angoisses.

B - L'histoire sexuelle

Le mieux est de faire un interrogatoire systématique sur l'histoire sexuelle clinique :

- Quand avez vous réalisé qu'il y a un problème? Était il présent dès le tout début de

votre sexualité? Si oui, chercher les facteurs psychosexuels, hormones si signes cliniques. Si non et récent, posez la question de l'hypothèse de la patiente.

- Si c'est acquis, votre intérêt a-t-il diminué lentement? Si oui rechercher les problèmes relationnels, insatisfaction sexuelle, problèmes de santé ou sexuels du partenaire, stress/travail ou avec enfants, famille, maladies chroniques personnelles, ménopause....
- Votre manque de désir est-il limité à votre partenaire ou/et à un contexte spécifique? si non et généralisé chercher les facteurs psychosexuels et biologiques.
- Quelle est la fréquence moyenne de votre activité sexuelle/mois dans les 6 derniers mois, y compris activité solitaire?
- Votre partenaire a-t-il des problèmes de désir ou d'autres problèmes sexuels?
- Avez-vous des rêves érotiques, des rêveries ou des fantasmes? Si non hormones et dépression
- Avez-vous d'autres difficultés sexuelles?
- Appréciez-vous la pénétration?
- Qu'est-ce qui vous fait demander de l'aide maintenant?

Il y a des femmes qui commencent leur histoire sexuelle assez jeune (14-15 ans) et lorsqu'elles viennent consulter à 25 ans on se rend compte que la sexualité a commencé comme dans les pornos avec uniquement pénétration et à l'époque ça leur convenait car elles étaient jeunes mais qu'au bout de plusieurs années en couple elles se rendent compte que celles ne sont pas entièrement épanouies. Il faut alors réinventer leur sexualité. Si on reste dans le même scénario et les mêmes habitudes ça ne pourra pas bouger.

On va passer beaucoup de temps à faire de l'éducation thérapeutique mais c'est déjà de la thérapie.

Rechercher :

- Primaire ou secondaire
- Avant 50 ans ou après
- Trouble sexuel antérieur : dyspareunie, dysorgasmie, DE du partenaire ou autre DS, logique d'échec
- Affection en cause : endocriniennes (Androgènes, PL, Thyroïde), diabète, cancers

I - LE DESIR SEXUEL HYPO-ACTIF

A - Définition

"Manque ou l'absence persistante ou récidivante des fantasmes ou pensées sexuelles et/ou du désir ou de la réceptivité d'activité sexuelle qui cause une détresse personnelle forte et/ou des difficultés interpersonnelles ¹⁴"

A noter :

- Le **sentiment de détresse personnelle** qui est le **critère principal** d'avantage que

la fréquence des rapports sexuels

- L'importance des aspects **culturels** et **normatifs**
 - Place de la dynamique de couple (attentes, fantasmes, contrat imaginaire)
 - Place des repères normatifs

B - Les « normes » de la fréquence des rapports sexuels

D'après l'étude ACSF de 1993 ^{15 16 17} :

- 2 rapports sexuels (RS) par semaine en moyenne
- Les RS ont tendance à diminuer avec le temps de couple, avec l'âge, avec le statut de vie commune ou pas
- 18% des hommes et 33% des femmes n'ont pas de RS (GSS)
- 13% des couples ont moins de 1 RS par mois

Tous les discours actuels sur la sexualité sont infiltrés par des « mode d'emploi qui marchent » qui sont hyper anxiogènes. Le pire c'est la pression médiatique de la sexualité.

C - Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel est plus ou moins aisé avec souvent un problème de vocabulaire : *excitation, orgasme, dyspareunies, chevauchement*

Il faut bien différencier le **désir sexuel hypoactif** (DSH) de l'**aversion sexuelle** dont la définition est « *Difficulté d'acceptation ou évitement des contacts sexuels, persistante ou récurrente, pouvant aller jusqu'au dégoût, au rejet et au comportement phobique, et responsable d'une souffrance personnelle* » et qui est à envoyer chez le **psychiatre** (ce n'est pas de la sexologie, on touche des points archaïques)

D - Étiologie

Le DSH n'est pas du à une seule cause mais des facteurs très différents qui s'additionnent :

- **somatiques** : hormonales, maladies lourdes, douleurs
- **psychologiques**
- **psycho pathologiques**
- **relationnels**
- **sociaux, culturels**

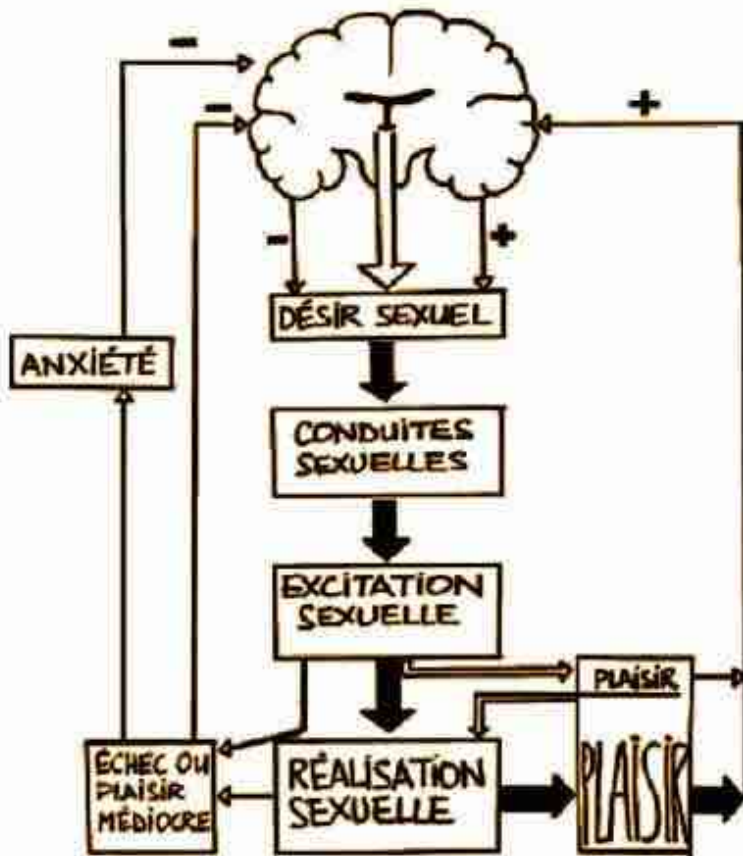


Tableau « Désir Sexuel Hypo-Actif » :

Modifié de William L. Maurice, *Sexuel Medecine in Primary Care*, MOSBY 1999

Le trouble apparaît lorsque le **seuil d'adaptation** est **débordé**.

Exemple 1 :

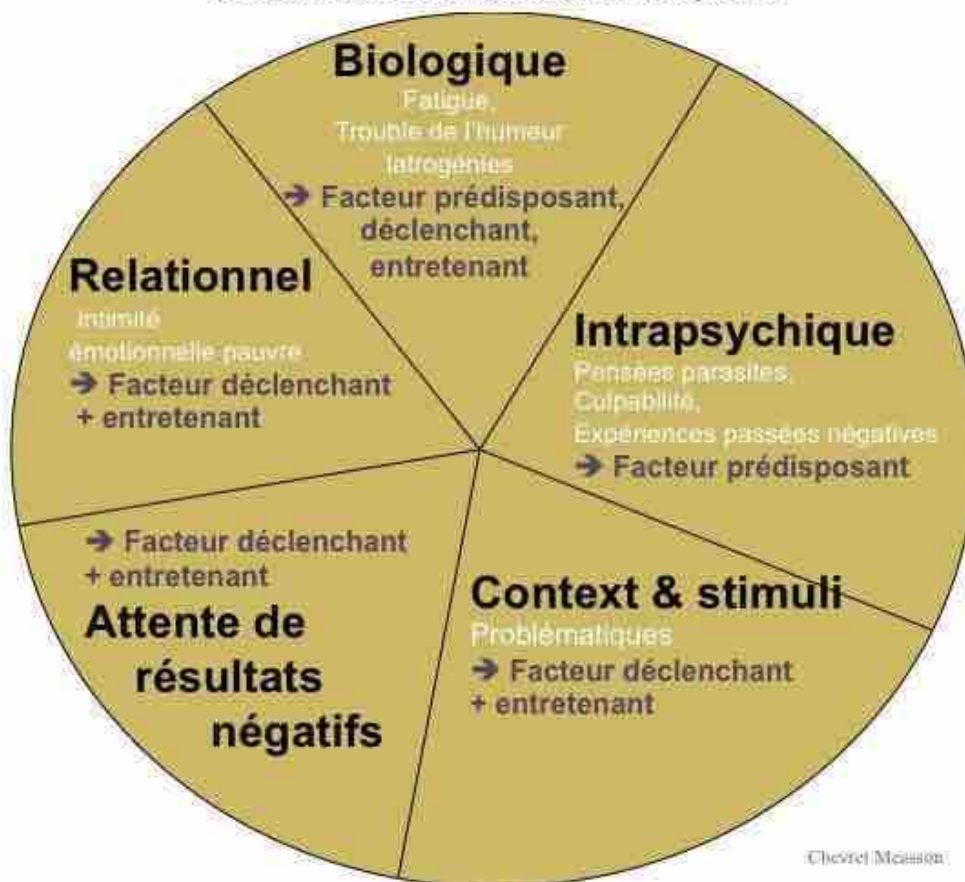
1. Réaction au stress et aux événements de vie
2. Qui entraîneront des troubles sexuels
3. Qui entraîneront des réactions personnelles et relationnelles

Exemple 2 :

1. Problème inter-relationnel (ex lié au partenaire : troubles érectiles, éjaculation prématurée, absence d'éjaculation ou lié à des comorbidités ou lié à une relation avec contrainte psychologique...)
2. Entraîne des anorgasmies répétées
3. Qui entrainera au final une absence de désir
4. Qui entrainera un manque de lubrification
5. Qui entrainera des dyspareunies...

L'intérêt est de montrer qu'**en jouant sur les facteurs possibles à modifier , il est possible de recréer un nouvel équilibre**.

Évaluation des facteurs étiologiques dans les plaintes féminines de peu d'intérêt sexuel : problèmes de désir, d'excitation, d'orgasme



II - LES TROUBLES DE L'EXCITATION

A - Physiologie

L'excitation sexuelle comprend deux composantes :

- une composante **physique** ¹⁸ caractérisée par une **congestion génitale** et une **lubrification vaginale** résultant de la relaxation des muscles lisses de la paroi vaginale et de l'augmentation du flux sanguin dans le clitoris, les lèvres et le vagin, une **tumescence clitoridienne** et une **vasodilatation** responsable de la **transsudation vaginale** (lubrification) associée à une réponse musculaire modifiant la lumière vaginale (ballonisation du 1/3 proximal du vagin et rétrécissement du tiers distal) .
- une composante **psychique** ou **subjective** nécessitant une **prédisposition émotionnelle préalable**, une exaltation de l'imaginaire et des sens, qui modifie le comportement de façon à ce qu'elle s'auto-intensifie visant à un renforcement du plaisir dans l'intention d'atteindre une satisfaction.

Les sensations subjectives d'excitation féminine sont très influencées par l'appréciation du contexte des stimuli sexuels (éléments cognitifs).

Il existe une **pauvre corrélation** entre les **mesures objectives** de la photopléthysmographie et les **composants subjectifs** de l'excitation sexuelle chez les femmes se plaignant de troubles de l'excitation, c'est-à-dire que lorsque l'on met une caméra dans le vagin de la femme, la plupart du temps il n'y a pas de différence avec la femme témoin (transsudation, le vagin se gorge de sang etc) mais la femme ne ressent pas le fait que son vagin est dans un état d'excitation.

B - Définitions

L'insuffisance d'excitation sexuelle est définie par :

- Une **difficulté** ou une incapacité **persistante** ou récurrente à percevoir ou conserver un niveau d'**excitation psychique** et/ou **physique**, habituellement associées mais pouvant être dissociée, et responsable d'une **souffrance personnelle**
- Une **incapacité persistante** ou répétée à **atteindre**, ou à maintenir jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel, une **activité sexuelle adéquate** (lubrification, tumescence). La perturbation est à l'origine d'une **souffrance marquée** ou de **difficultés interpersonnelles**

La clinique montre aussi des excès : c'est le **Persistent Sexual Arousal Syndrome** décrit par Sandra R. LEIBLUM and Sharon G. NATHAN.

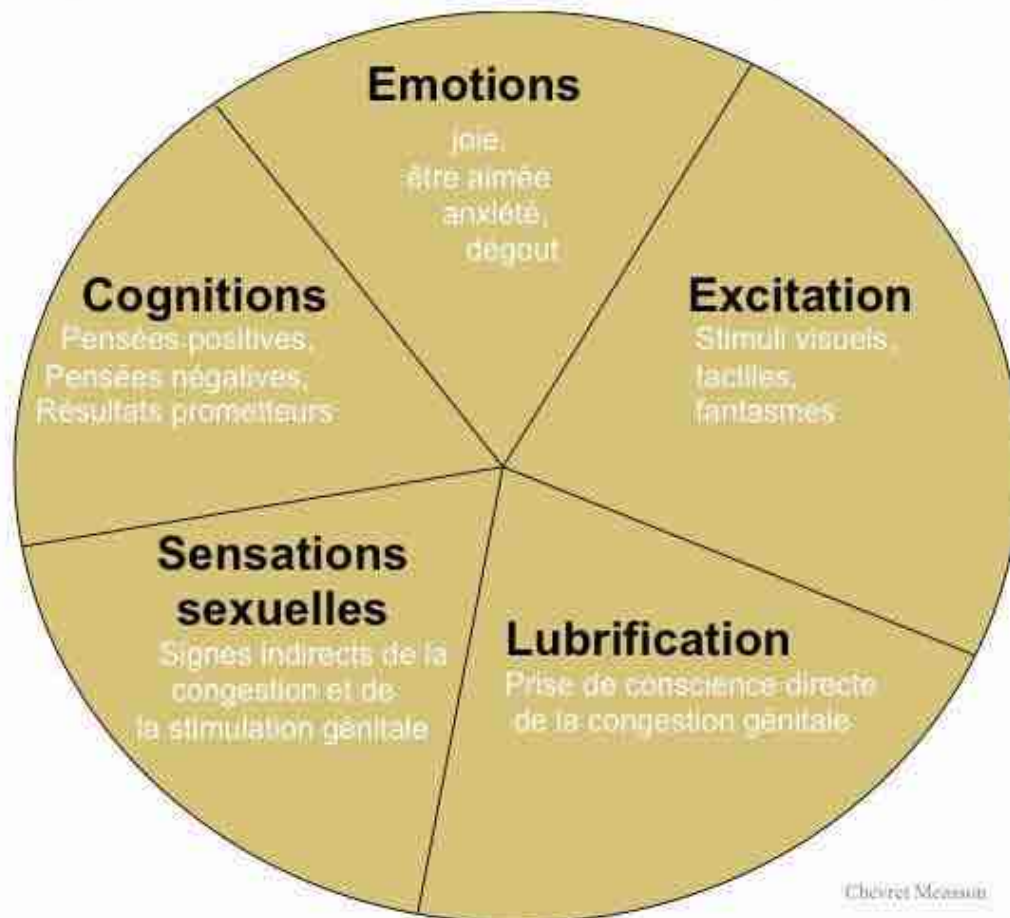
- Les signes d'excitation persistent des heures, voir des jours
- Ne se résolvent pas avec un orgasme
- Sans conscience de désir.
- Décrit comme non recherché, intrusif, déplaisant.
- Et c'est très désagréable. On ne sait pas quoi faire.

C - Etiologies

Les causes de l'insuffisance d'excitation

- Manque de capacités physiques pour obtenir une congestion génitale
- Manque de sensations subjectives d'excitation accompagnées de congestion pelvienne et de lubrification

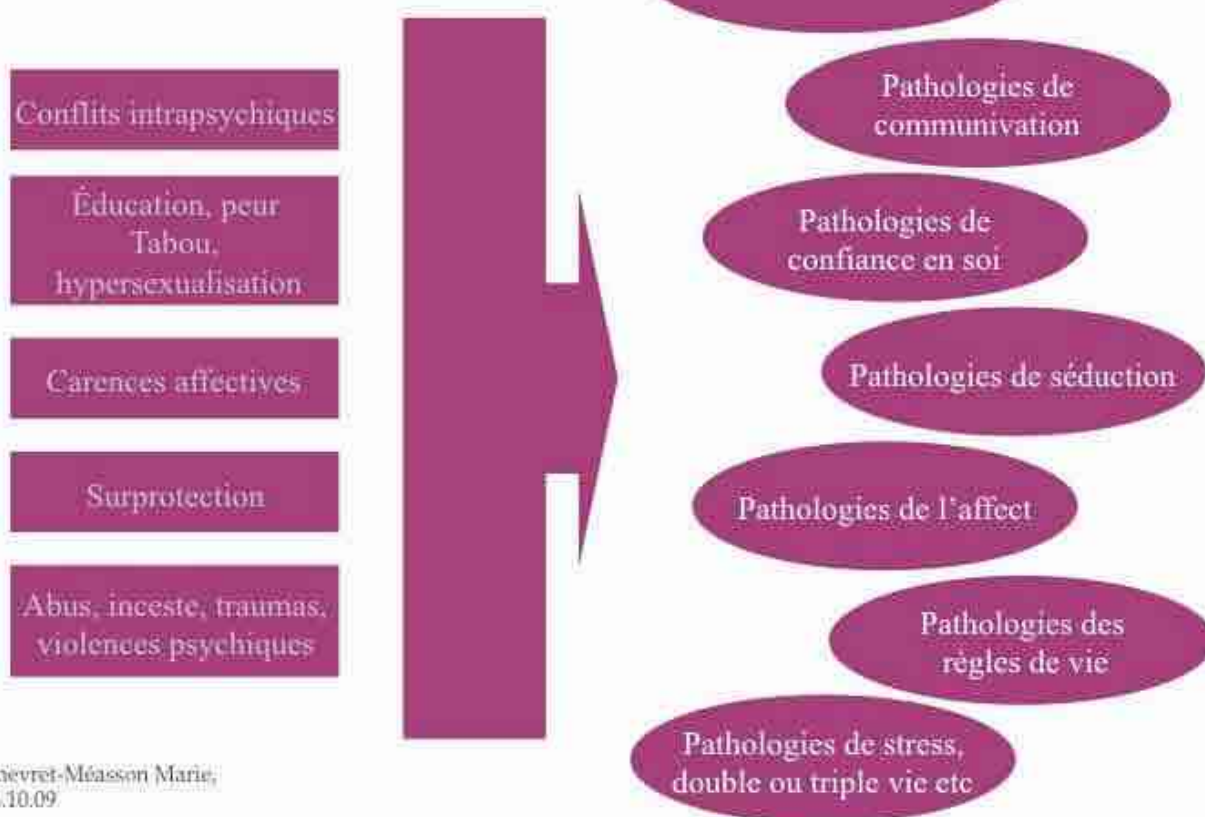
Clarification détaillée de la plainte d'excitation sexuelle basse



Les facteurs qui vont favoriser l'insuffisance d'excitation sexuelle :

- Être mariée, en mauvaise santé, pas heureuse sexuellement, désirer une fréquence plus importante, trouver la communication sur la sexualité difficile avec le partenaire, accorder au sexe moins d'importance, avoir eu une 1ère expérience frustrante
- Ces facteurs peuvent être des marqueurs et des sujets de discussion avec les femmes qui présenteront une plainte sur l'un de ces éléments.
- Les difficultés sexuelles dans un couple peuvent consciemment ou inconsciemment être la résultante d'autres difficultés de communication ou de désaccords importants sur l'éducation des enfants, les liens avec les familles d'origine ou l'utilisation de l'argent.
- Elles peuvent également être liées à l'étouffement, la jalousie (contrôle, collage) voire les violences psychologiques

Les facteurs de vulnérabilité personnelle



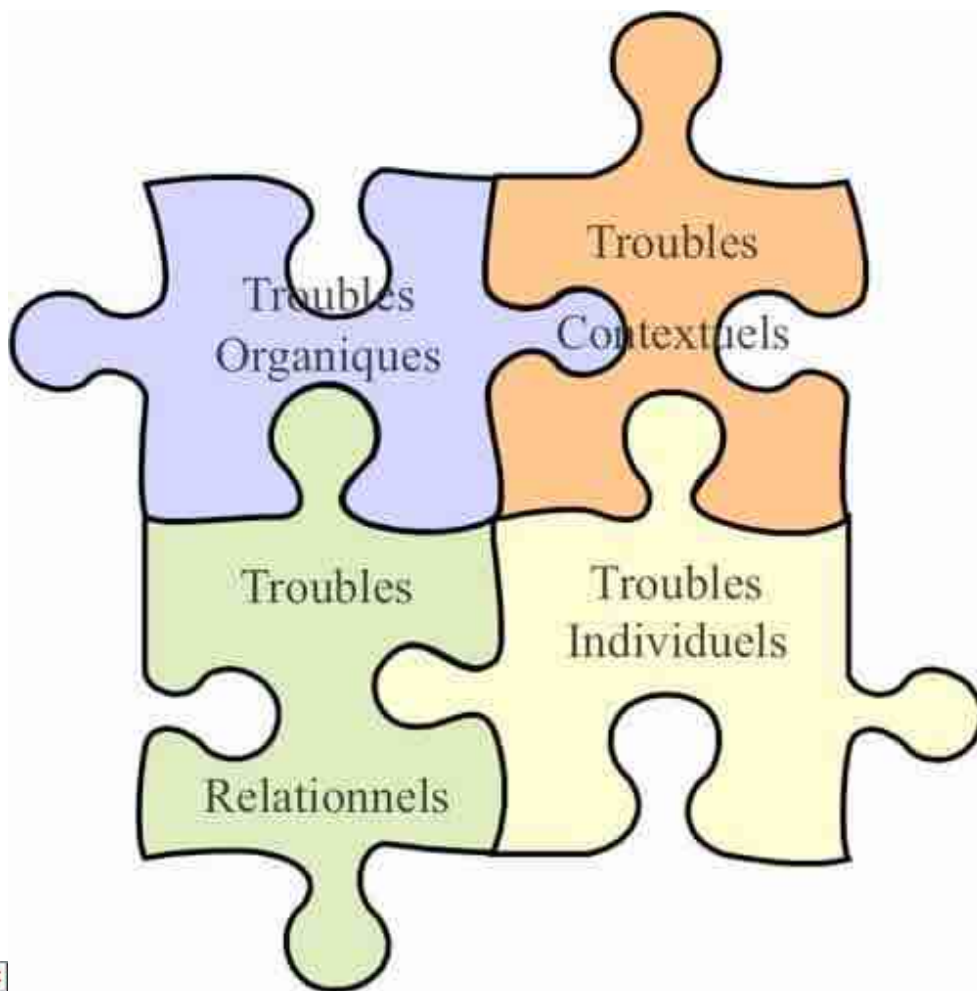
C'est pourquoi il est important de faire une bonne évaluation afin de pouvoir proposer une thérapie de couple dans ce genre de situation.

Conséquences

- Honte
- Identitaires : atteinte narcissique individuelle parfois avec dépression
- Conjugales : repli sur soi ou utilisation des autres pour éviter son problème
- Contamination de la non confiance en soi : "puisque je ne peux pas baisser comme tout le monde, je suis nul(le) ".....

TRAITEMENTS

Comme on l'a vu plus haut, les troubles du désir et de l'excitation ont des causes multifactorielles, c'est pourquoi on va être obligé d'agir à plusieurs niveaux : **synchronique ou diachronique**



Les traitements des troubles sexuels sont très efficace quand :

- Le désir de l'un et de l'autre sont encore adéquat (« l'envie d'avoir envie »)
- Présence d'une motivation au changement avec des attentes réalistes
- L'abstinence due à la dysfonction n'est pas trop ancienne et c'est valable pour tous les problèmes sexuels. Si on consulte au bout de 20 ans ça ne sera pas le même travail à faire que si ça fait 6 mois. En plus concernant le désir sexuel, moins on fait moins on en a envie.

A - Régler les problèmes individuels

Les facteurs biopsychosociaux sont indispensables à prendre en compte :

- facteurs individuels : anxiété de performance démesurée, anxiété généralisée et dépression
- facteurs du partenaire : état de santé et intérêt pour le partenaire
- qualité de la relation non sexuelle
- Facteurs relationnels sexuels comme la durée d'abstinence et les scénarios sexuels
- Facteurs contextuels : stress au quotidien, problèmes d'argent, de famille et d'enfants
- la motivation du couple à faire une thérapie

- le degré d'attraction entre les partenaires
- l'absence de désordres psychiatriques majeurs
- l'acceptation de suivre les conseils proposés
- la motivation de l'homme pour le résultat de la thérapie : quelque soit le problème c'est surtout sur la motivation de l'homme que tout repose

B - Régler les problèmes de couple

Des couples qui consultent pour une conjugopathie en pensant que si ils règlent le problème sexuel ça règlera tout, le problème sexuel chez eux c'est secondaire et il faudra d'abord régler la conjugopathie. Car on pense que le sexe ça fait 95% du couple mais en fait si le sexe va bien et que tout le reste va mal le couple ne peut pas tenir.

C - Le Sensate Focus

Le désir sexuel est renforcé par les pré-préliminaires. C'est pourquoi en sexothérapie on peut proposer le sensate focus :

1ère étape : on ne touche pas les zones érogènes

« Vous allez à partir d'aujourd'hui avoir des moments où vous allez vous caresser/masser sans jamais toucher les zones érogènes... »

On ne le fait pas de manière simultanée mais l'un après l'autre. Il faut le faire à un moment où les 2 ont du temps et de l'énergie (pas à 23h). On fait séparer les choses pour bien leur faire percevoir et comprendre. Celui qui est caressé ne donne que des indications brutes (plus fort, moins fort, à droite, à gauche) afin que le partenaire apprenne à connaître l'autre. Si on ne se dit rien c'est évident que le partenaire va toucher les zones que lui il trouve excitantes ou agréables alors que la partenaire trouvera peut-être ça horripilant.

On ne parle pas plus que des indications brutes parce que si on commence à papoter on ne sera plus attentif à ce qu'on ressent.

Durée minimale 20 minutes de caresses. Il faut qu'ils le fassent 2 ou 3 fois.

On peut les **mettre en demeure** de ne faire que ça sans dépasser les règles. C'est l'**injonction paradoxale**. Si on interdit les relations sexuelles et qu'ils le font derrière notre dos y a toutes les chances pour que ça se passe très bien parce qu'on sera dans la désobéissance.

2ème étape : on a le droit de toucher les zones érogènes

Un clitoris c'est hyper sensible et il faut que la partenaire dise si ça lui fait mal. Il faut parler de technique mais sans leur montrer comment faire car de toutes façons on ne peut pas savoir quel est le mode d'emploi du clitoris de la patiente en face de nous. Donc on commence par leur dire de se donner du plaisir seule.

D - Le conseil et l'éducation

- Expliquer le fonctionnement physiologique
- Expliquer les conditions physiques, émotionnelles, relationnelles de la sexualité
- Parler de la culpabilité : norme ,morale, modèles
- L'homme n'est pas une femme et vice versa
- Élaborer un sens à leur difficulté
- Pour certain facteur une solution médicale peut être proposée

Sur les symptômes sexuels

Expliquer qu'à certains âges ou dans certaines circonstances (post-partum, maladie) de multiples facteurs sont en cause. L'addition des facteurs créent le symptôme.

- Facteurs hormonaux, périnéaux souvent , psychologiques (représentations de la ménopause, nid vide, problèmes sexuels masculins, comorbidités, hygiène de vie)
- Jouer sur un ou deux des facteurs sur lesquels il y a possibilité peut faire basculer « du coté » de la santé sexuelle
- Expliquer le désir spontané et le désir réceptif schéma de R.Basson peut aider de nombreuses femmes (pas seulement à la ménopause)
- Dépister un manque de confiance en soi ou une sexualité performance
- Dépister des problèmes masculins (periménopause et ménopause)
- Combattre les méfaits médiatiques de la sexodictature entraînant une pression néfaste sur les personnalités fragiles (manque de confiance en soi, perfectionniste, névrose obsessionnelle, et abus et violences)

Face à l'inexpérience, les maladresses, la peur de l'intimité, les tabous, la passivité

- Élargir les scripts sexuels
- Autoriser, informer
- Accompagner vers une recherche de plaisir accrue
- Le dialogue contre le silence

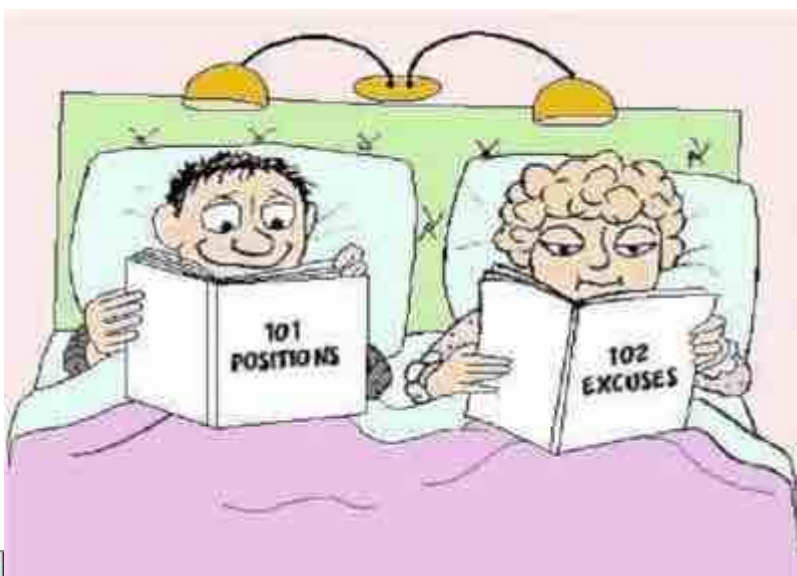


Cherche bien dans le bouquin, j'ai l'impression que ce n'est pas comme ça

Face aux évitements anxieux et à la démotivation

(Partenaires insécures, évitantes, souvent dépressives, manque de self-control entraînant des conjugopathies ou présentant des dysfonctions sexuelles anciennes) :

- Prise en charge spécifique du partenaire
 - PEC des dysfonctions Sexuelles
 - Renforcement identitaire
 - PEC d'une Dépression
- Dialogue,
- Communication
- Désarmer les conflits anciens, exprimer



Certaines femmes avec des passés émotionnellement traumatiques peuvent avoir de l'intérêt et de l'excitation sexuelle uniquement quand il n'y a pas d'intimité émotionnelle avec le partenaire ou dans une sexualité dégradée pour elle ou perverse : c'est un problème de peur d'intimité et non dysfonction sexuelle

Face à l'anxiété, la surprotection, le maternage

(Couples cocons ²⁰ avec une problématique d'attachements, insécures, anxieux et carences affectives anciennes se traduisant par une peur de l'abandon, des craintes au premier plan, un désir affectif > désir sexuel)

- Apaiser les craintes (santé, accoutumance ...)
- Rassurer sur les sentiments amoureux du partenaire
- s'assurer de la motivation au changement

Face à l'hostilité, les conflits de puissance

(retranchement narcissique, carences affectives, conflits anciens jamais réglés, reproches, sarcasmes, mépris, besoin de revanche, discours « anti-mecs » avec un désir de puissance > désir sexuel)

- Résolution des Conflits anciens toujours possible
- Savoir reconnaître ses limites...

On peut également proposer

- Les aides pharmacologiques ou « techniques » outre les médicaments sexo-actifs, les lubrifiants, les exercices de kegel
- De se redécouvrir : intérêt des outils de Masters et Johnson (Sensate Focus 1 puis 2)
- D'en parler à froid entre eux sans dramatiser
- De lire pour comprendre que la sexualité érotique n'est pas innée
- D'expérimenter
- De pratiquer des techniques anti-stress : sophro, relaxation, mindfulness

E - La DHEA

- Résultats significatifs chez les femmes de plus de 70 ans au bout d'un an de traitement
- A 12 mois, les items de désir, activité sexuelle, et satisfaction sont augmentés. A 6 mois l'item d'intérêt et désir est augmenté, mais l'activité sexuelle (y compris la masturbation) et la satisfaction, évoluent au fil du temps ²¹.
- Pour les femmes plus jeunes pas d'effet sur la libido (sauf chez les femmes qui souffrent d'une insuffisance en androgène)
- Difficile à trouver (pharmacie internationale de Genève)

CONCLUSION

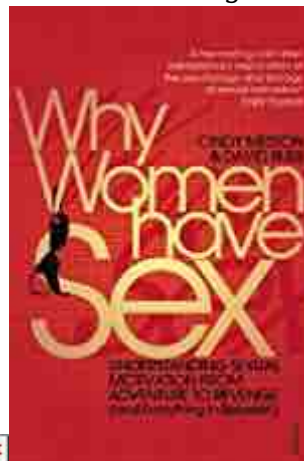
On pourrait rêver :

- Que les spécialistes soient modestes et ne cherchent pas à imposer leur modèle de bonne sexualité et qu'ils fassent attention avec les médias
- Que les hommes et les femmes lâchent un peu du perfectionnisme et de l'esprit consommateur très actuels pour réaliser à deux une œuvre sexuelle plus du côté de l'artiste que de l'artisan, mais là encore ce n'est pas neutre et peut être ringard, que les femmes grâce aux traitements masculins vont gagner des bio-vibromasseurs plus performants ou même que le sexe virtuel sera le must
- Que reste la notion l'important c'est de jouer mais pas de gagner
- Que l'apprentissage de la sexualité à deux ressemble à celui de la danse plutôt que de la boxe (comme disait Willy Pasini)

LIVRES POUR ALLER PLUS LOIN



Un désir si fragile



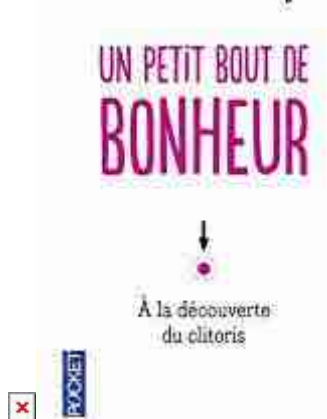
Why Women Have Sex: Understanding Sexual Motivation from Adventure to Revenge (and Everything in Between)



Femme !



La revanche du clitoris
Rosemonde Pujol



Un petit bout de bonheur

BIBLIOGRAPHIE

1. CHALKER 2000 ⇐
2. BANCROFT 2000 ⇐
3. TIEFER 2000 ⇐
4. BASSON 2000 ⇐
5. Leigh, Barbara Critchlow. « Reasons for Having and Avoiding Sex: Gender, Sexual Orientation, and Relationship to Sexual Behavior ». The Journal of Sex Research 26, n°

2 (1989): 199-209. ↵

6. Hill, C. A., & Preston, L. K. (1996). Individual differences in the experience of sexual motivation: Theory and measurement of dispositional sexual motives. *Journal of Sex Research*, 33, 27-45. ↵
7. Why Women Have Sex: Understanding Sexual Motivation from Adventure to Revenge (and Everything in Between) [Anglais] [Broché] Cindy Meston (Auteur), David Buss (Auteur) ↵
8. Meston, Cindy M., et David M. Buss. « Why Humans Have Sex ». *Archives of Sexual Behavior* 36, n° 4 (août 2007): 477-507. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9175-2>. ↵
9. Burleson MH et coll, In the mood for love or vice versa ? *Arch Sex Behav* 2007 ↵
10. Hayes. Sexual desire and aging. *Fertil Steril* 2007. ↵
11. Dennerstein L, et al. (2006) *Journal of Sexual Medicine*; 3: 212-222 ↵
12. Basson R, et Al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *The Journal of urology* {J-Urol} 2000 Mar, VOL: 163 (3), P: 888-93 ↵
13. Classification, etiology and key issues in FSD. Graziotin A., Dennerstein L., Giralaldi AM in *Standard Practice in Sexual Medicine*, 2006 ↵
14. Consensus 2nd International Consultation on Sexual Medicine, Paris, 2004 ↵
15. ACSF, 1993, CSF 2008 (n =8000) ↵
16. GSS, 2002 (n=26000) ↵
17. Durex, 2006 (300 000) ↵
18. Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction, Vincenzo Puppo, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ca.22177/full> ↵
19. Althof, S. (2002) When an erection alone is not enough: biopsychosocial obstacles to lovemaking. *International Journal of Impotence Research*, Supl 1, S99-104. ↵
20. Wydmar et Lévy, 2006 ↵
21. Beaulieu EE. Dehydroepiandrosterone (DHEA) and aging : Contribution of the DHEAge Study to a sociobiomedical issue. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA* ,97(8):4279-84.2000 ↵