



<https://sexoblogue.fr/cours-de-sexologie/la-sexualite-normale/biologie-de-la-sexualite/anatomie-et-physiologie-feminine>

# ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE L'APPAREIL SEXUEL FÉMININ

*Cours du samedi 10 novembre 2012 à 09:00 par Dr Marie CHEVRET-MEASSON*

## SOMMAIRE

### I - ANATOMIE DE L'APPAREIL SEXUEL FEMININ

- A - Les os (le pelvis)
- B - Les muscles (le plancher pelvien)
- C - La vulve
- D - Les organes érectiles
- E - Le vagin
- F - Le clitoris

### II - PHYSIOLOGIE DE L'APPAREIL SEXUEL FEMININ

- A - Les neurorecepteurs
- B - Les commandes nerveuses
- C - Les centres nerveux
- D - Les hormones
  - 1. Les oestrogènes
  - 2. Les androgènes
  - 3. Perturbations hormonales et sexualité féminine
    - 3.1 - Les cas d'hypoandrogénie
    - 3.2 - Les cas d'hyperandrogénie
    - 3.3 - La ménopause
    - 3.4 Les carences endocriniennes plus complètes

### III - LA RÉPONSE SEXUELLE FEMININE

- A - Le modèle de Masters & Johnson
- B - Le modèle d'Helen KAPLAN

### IV - LES PRINCIPALES RÉACTIONS SEXUELLES

- A - Les réactions vaginales
  - 1 - Le début de l'excitation
  - 2 - Le stade pré-orgasmique
  - 3 - L'orgasme
- B - Les réactions sexuelles extra-vaginales
- C - Les réactions générales

D - L'inné dans la capacité orgasmique des femmes

## V - L'EXCITATION SEXUELLE

A - Le modèle de l'excitation sexuelle féminine (R. BASSON, Vancouver)

B - La motivation basée sur l'intimité

## VI - LES DIFFÉRENTS PROFILS SEXUELS

A - Amour, tempérament et génétique

B - Les mécanismes d'attachement

C - Le système limbique

D - Les neurotransmetteurs

E - Le système sympathique

## BIBLIOGRAPHIE

# **I - ANATOMIE DE L'APPAREIL SEXUEL FÉMININ**

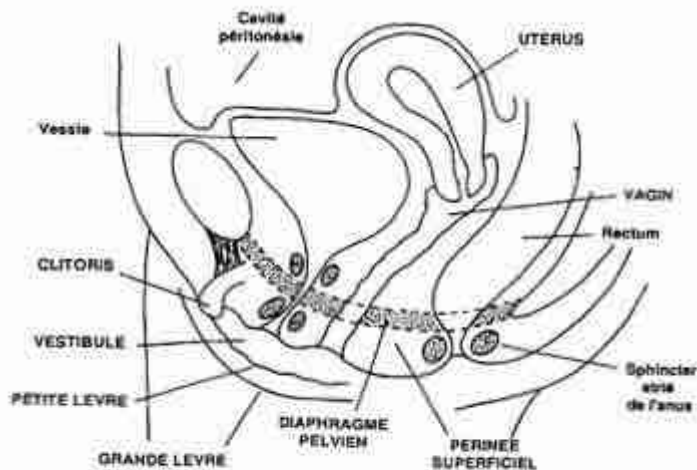
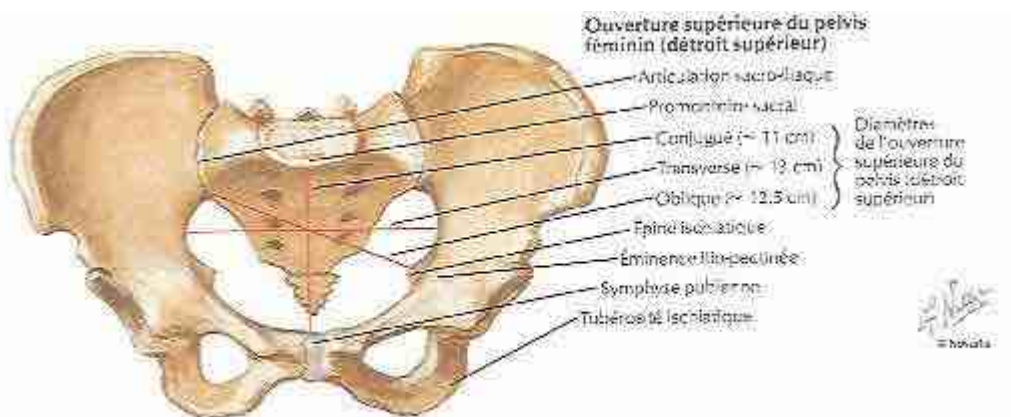
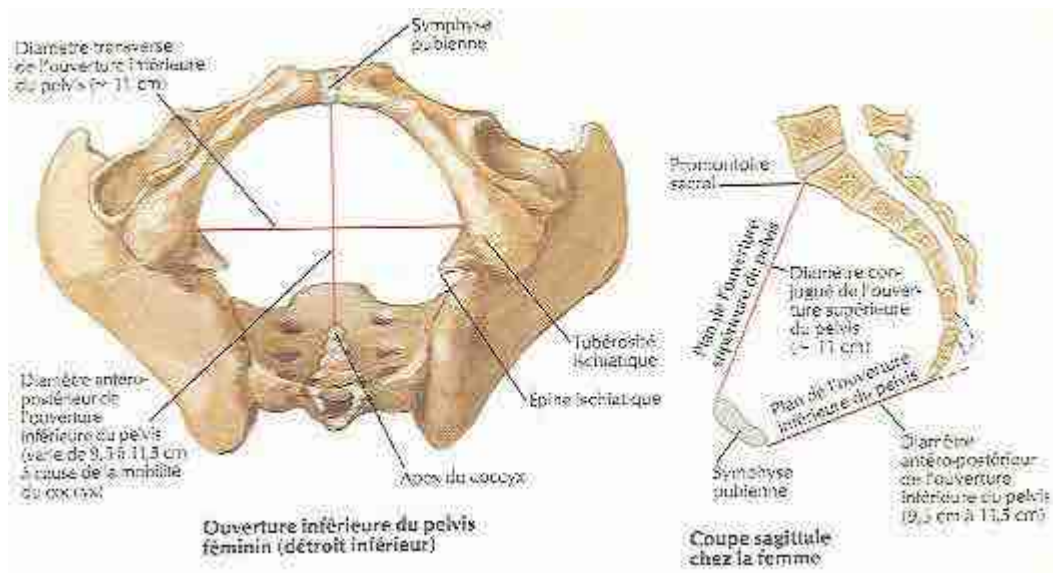


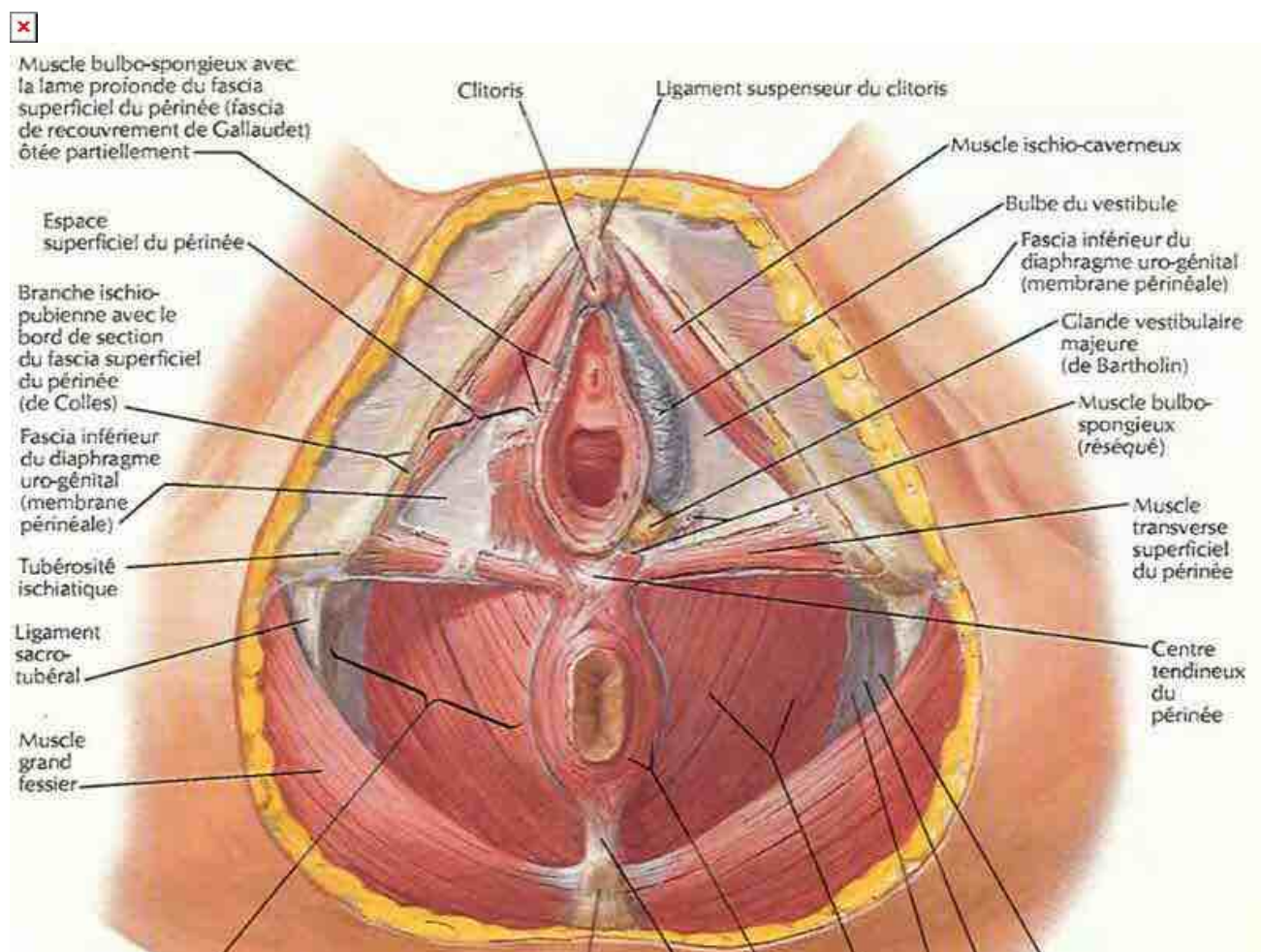
Figure 101 : Organisation générale de l'Appareil Génital Féminin (coupe sagittale).

## **A - Les os (le pelvis)**





## B - Les muscles (le plancher pelvien)



Le muscle ischio-caverneux va avoir tendance à abaisser le clitoris, favoriser son contact avec le pénis, comprime le corps caverneux

Les muscles bulbo-spongieux sont de chaque côté et vont permettre de favoriser l'érection en rétrécissant l'orifice inférieur lorsqu'ils se contractent.

Le muscle constricteur de la vulve ressert le vagin jusqu'au premier accouchement



(c'est le premier accouchement qui fait le plus de dégâts en général)

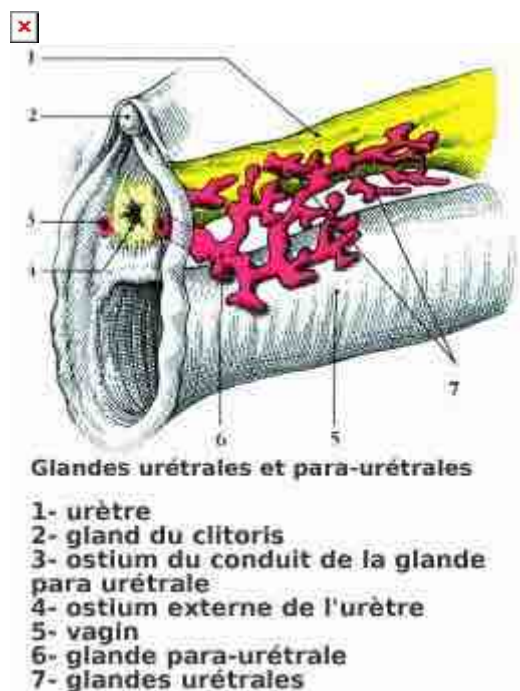
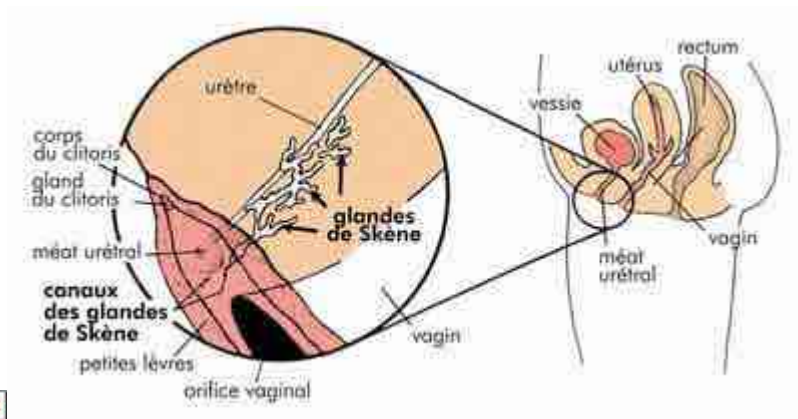
## C - La vulve

---



Elle est constituée par :

- 1. Les formations labiales : les grandes et petites lèvres, séparées par l'espace interlabial
- 2. L'urètre en haut
- 3. Les formations érectiles : le clitoris et le vestibule
- 4. Les glandes annexes : les glandes de Skene et les glandes de Bartholin, qui jouent un rôle dans la lubrification sans y être indispensable pour autant.



Les glandes de Skene ou para-urétrales

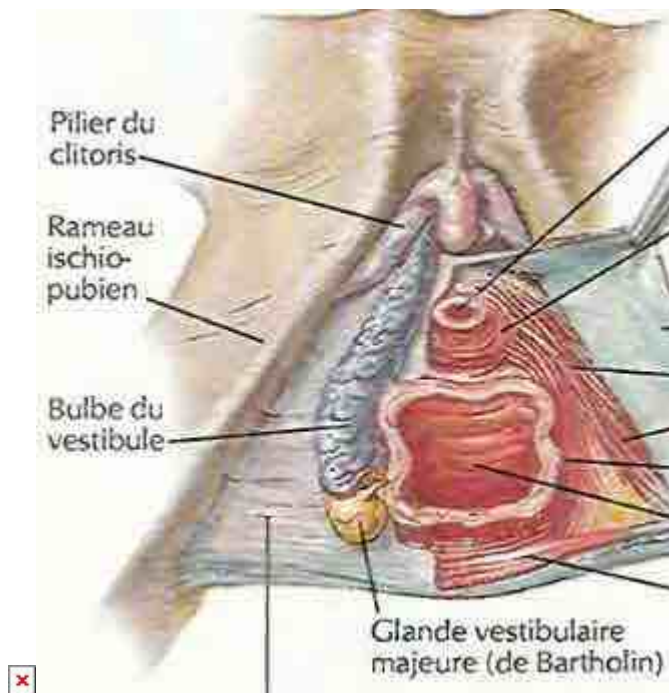
Dans les **vulvodynies** on a une inflammation de ces glandes qui sont rouges, surélevées et sensibles quand on les touche avec un coton-tige. Cela se soigne par une ablation de cette glande.

La **fossette naviculaire** (ou **fosse du vestibule**) peut être à l'origine de douleurs, surtout chez les femmes à peau claire avec des petites irritations après les rapports.

Si une femme se plaint de **douleurs post-coïtales** on peut regarder au niveau de la fossette ou de la fourchette (= **commissure postérieure**) pour voir s'il n'y a pas des éraflures.

## D - Les organes érectiles

---



1. La glande vestibulaire majeure (de Bartholin)
2. Le bulbe vestibulaire
3. Les piliers (= les racines du clitoris)

## E - Le vagin

---

Particularités anatomiques :

- Veines abondantes
- Peu de terminaisons nerveuses
- Importance des **muscles périnéaux** dans le rapport sexuel
- **L'hymen** est une fine membrane souple en forme de corolle qui se déchiré lors du premier rapport
- Le **fascia de Halban** est une cloison entre la face antérieure du vagin et la vessie qui se dissèque facilement. Si lors d'une opération chirurgicale on lacère ce fascia, on a remarqué que cela était très délétère par la suite sur le plaisir sexuel. Les chirurgiens devraient donc éviter de trop jouer avec cette zone, même si c'est plus simple pour eux de passer par là.

Le vagin est l'**organe du rapprochement sexuel**. Il va avoir comme rôle :

- **Vasodilatation. Vasocongestion.**
- **Lubrification. Transsudation.**
- Dilatation des deux tiers supérieurs : **ballonisation.**
- Formation de la **plateforme orgasmique** dans le tiers inférieur.

Beaucoup de médecins esthétique proposent d'injecter du botox dans le vagin pour faire

gonfler le point G.

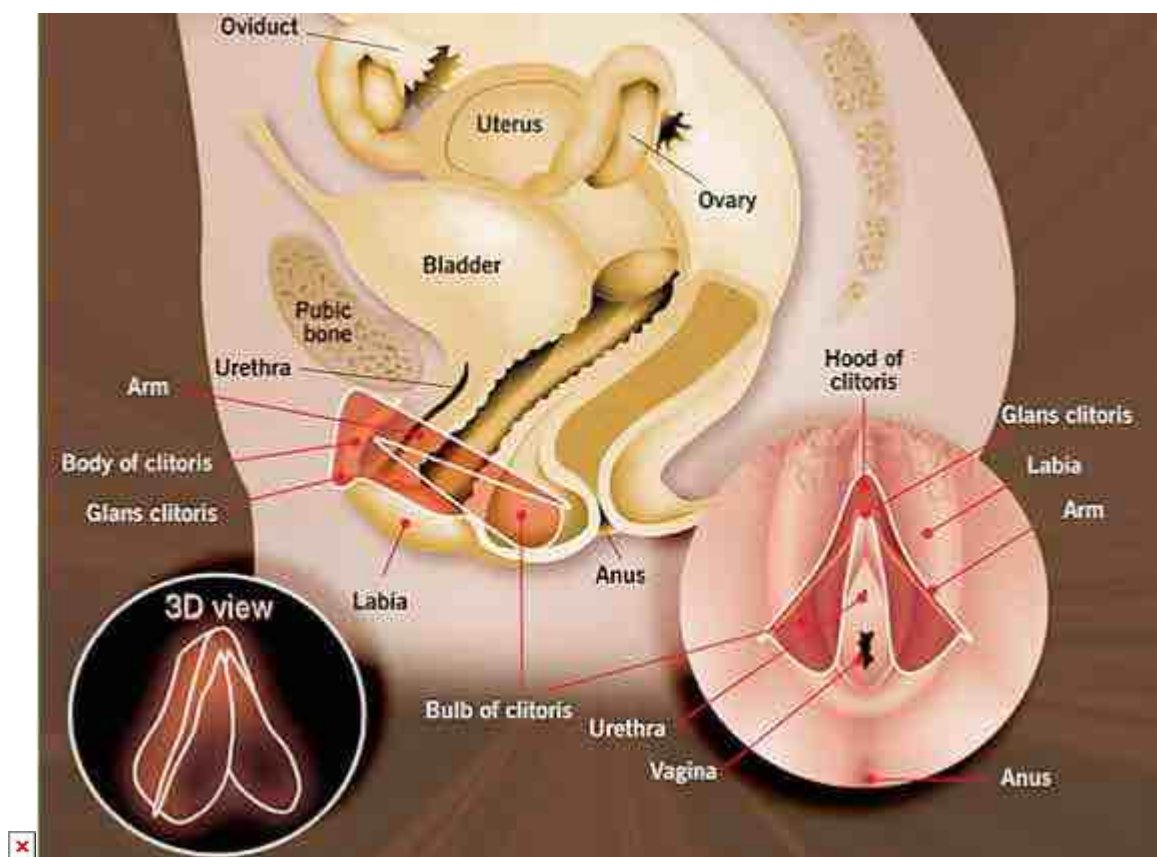
## F - Le clitoris

---

C'est un grand organe et non pas juste le petit bout que l'on voit dépasser.

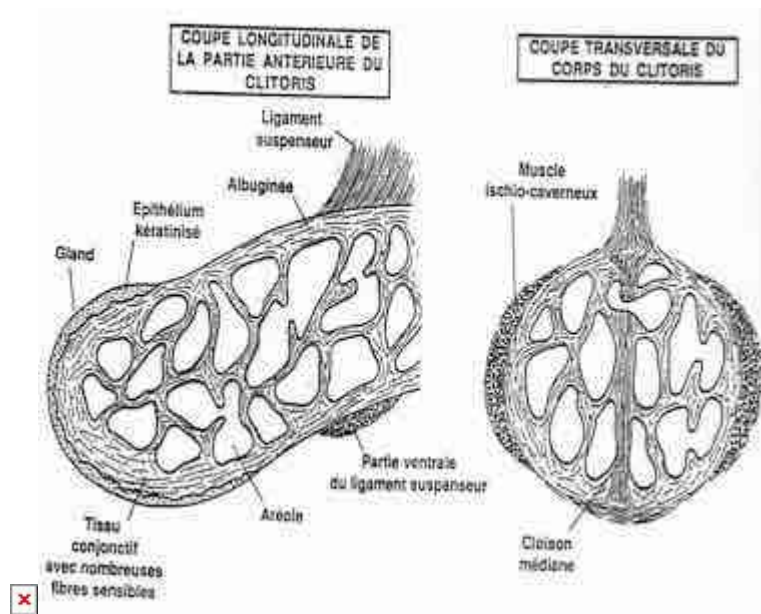


Sur ce schéma en 3D (récent car il y a 10 ans on n'imaginait pas que le clitoris puisse être ainsi) on peut voir que le clitoris a un gland, un corps caverneux et des racines (qui pourraient pour certains correspondre au point G).



L'anatomie du clitoris ressemble beaucoup aux corps caverneux du pénis avec des aréoles qui se remplissent de sang pour se gonfler.





## II - PHYSIOLOGIE DE L'APPAREIL SEXUEL FEMININ

### A - Les neurorecepteurs

- Les extérorecepteurs, situés au niveau cutané, sont composés de récepteurs qui permettent de conduire les sensations de toucher qui vont provoquer l'érection, de thermorécepteurs qui vont conduire les sensations de chaud et froid et de récepteurs sensibles à la pression et aux vibrations. Ces récepteurs sont les mêmes pour conduire la douleur ou le plaisir, et tout comme la douleur qui entraîne la création de nouveaux récepteurs, le plaisir donnera le même effet.
- Les corpuscules génitaux, situés au niveau sous-cutanés, sont constitués de mécanorécepteurs et de propriocepteurs qui permettront de valoriser les sensations

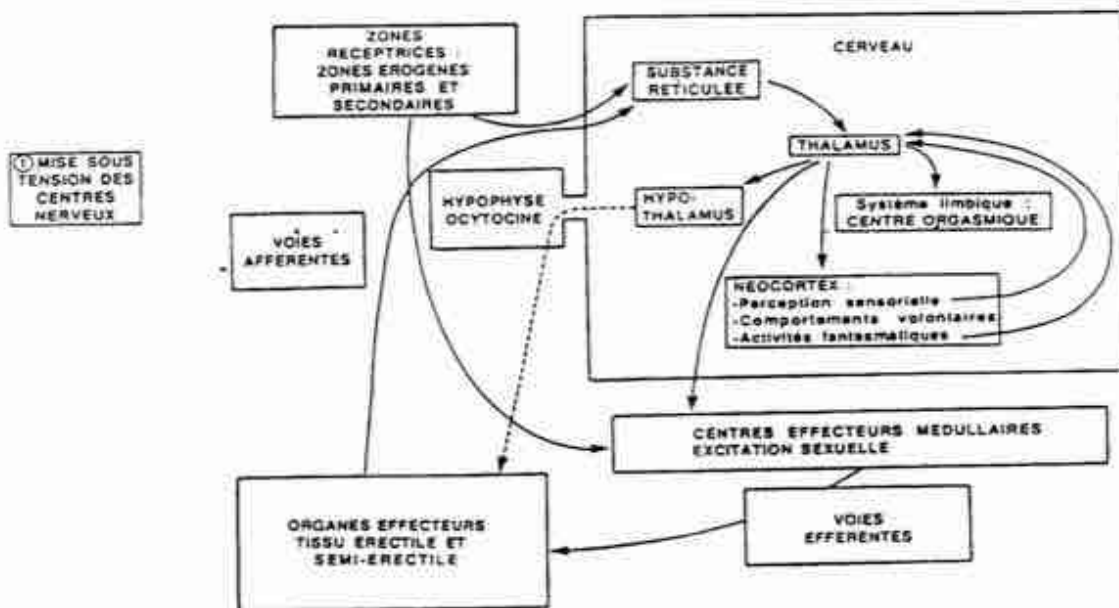
### B - Les commandes nerveuses

- Comme chez les hommes, c'est le NO qui est le médiateur de la relaxation des fibres musculaires lisses entraînant l'érection du clitoris.
- La transmission nerveuse serait vraisemblablement liée à une activation générale du système nerveux sympathique
- Chez l'animal la stimulation des racines sacrées S2,S3,S4 (plexus pudendal) entraîne la vasodilatation et la lubrification vaginale



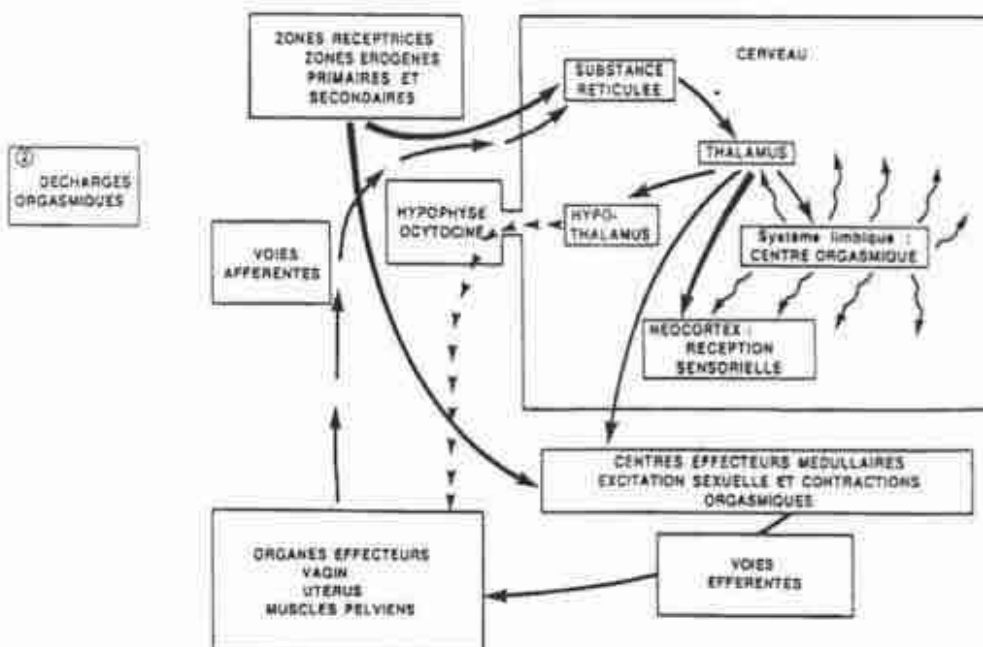
# Circuit nerveux d'excitation sexuelle

d'après JC CZYBA



# Circuit nerveux de l'orgasme

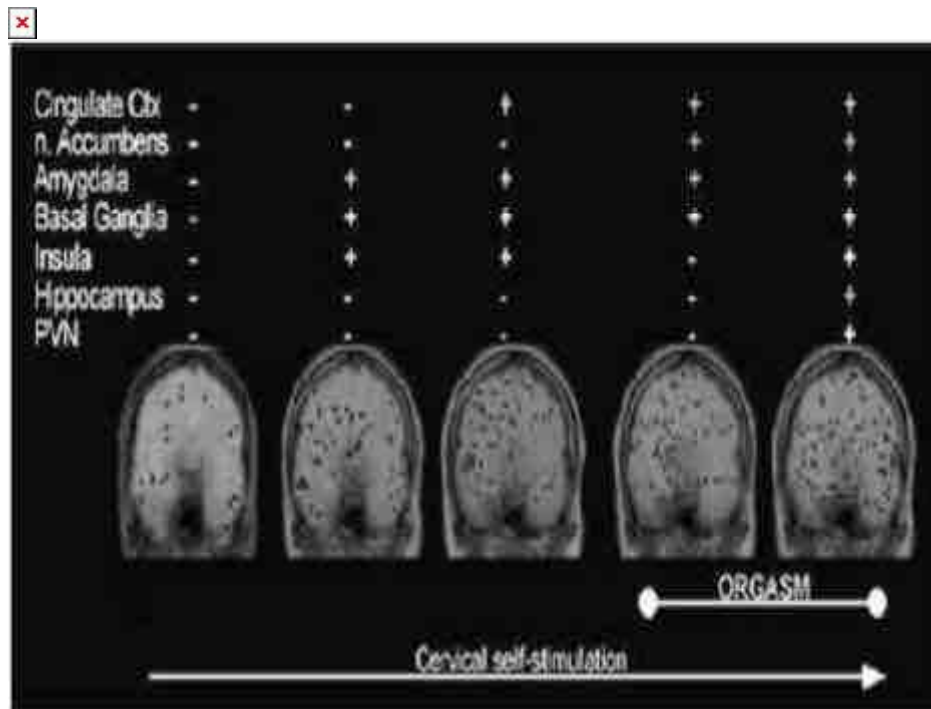
d'après JC CZYBA



## C - Les centres nerveux

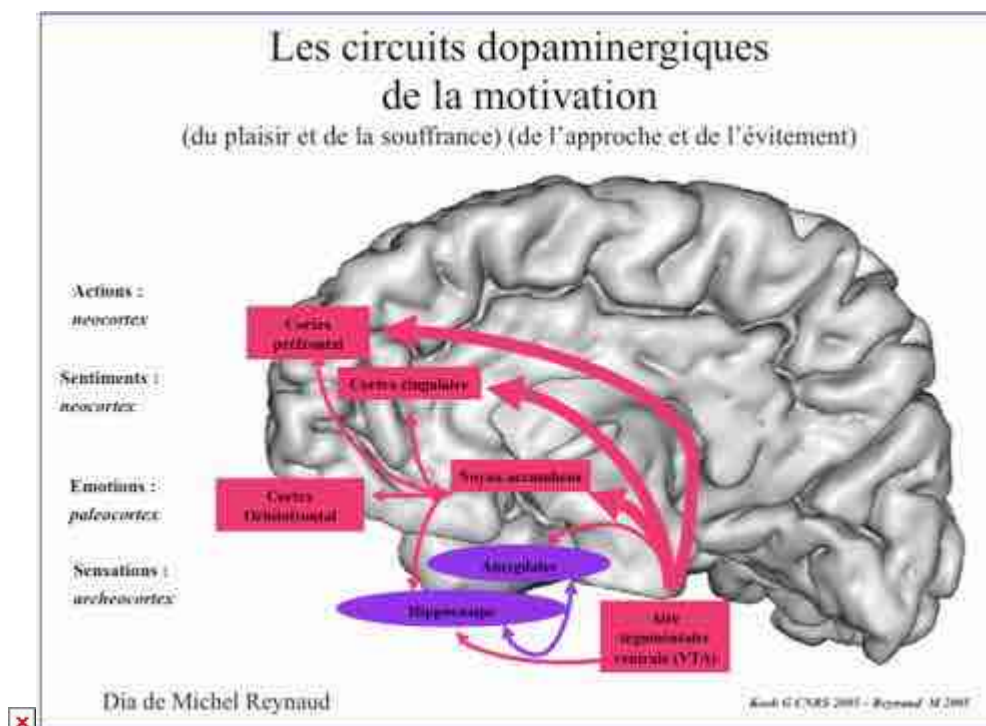
- On a fait des IRM fonctionnelles pour rechercher les zones qui s'activent lors de l'orgasme mais les résultats obtenus sont assez difficiles à interpréter car au moment de l'orgasme quasiment toutes les zones s'illuminent dans le cerveau.

- Les travaux de KARAMA et Al. montrent en IRM (20 H et 20 F) qu'il existe un dimorphisme important entre les hommes et les femmes, puisque seuls les hommes ont une activation significative du thalamus et de l'hypothalamus au moment de jouir.



Imagerie du plaisir sexuel féminin

- Ces travaux montrent également que chez les femmes il y aura des zones plus stimulées que d'autres, notamment les circuits dopaminergiques de la motivation



## **D - Les hormones**

---

### **1. Les oestrogènes**

Ils ont pour rôle :

1. Le développement des caractères sexuels féminins
2. Le maintien des caractères sexuels féminins
3. Les réactions sexuelles féminines

### **2. Les androgènes**

Ils ont pour rôle :

1. Le développement de caractères sexuels : pilosité
2. La motivation sexuelle

### **3. Perturbations hormonales et sexualité féminine**

#### **3.1 - Les cas d'hypoandrogénie**

En l'absence complète d'androgène ou d'effet androgénique on aura :

- Soit une résistance complète aux androgènes
- Soit une hypoplasie Leydigienne par mutation inactivatrice du récepteur à la LH

Chez le mâle (génotype 46XY), ce type de pathologie entraînera un phénotype féminin avec <sup>1</sup>/<sub>2</sub> :

- Une pilosité réduite ou absente
- Une absence de règles à la puberté
- une hypoplasie vaginale dans 35% des cas
- un clitoris de petite taille dans 55% des cas
- Des comportements sexuels féminins
- Des difficultés sexuelles dans 90 % des cas : Rapports peu fréquents, pénétration vaginale difficile

#### **3.2 - Les cas d'hyperandrogénie**

L'interprétation est difficile.

- Dans l'hyperplasie congénitale des surrénales (1 sujet pour 5000 naissances), on aura une virilisation anténatale, une ambiguïté sexuelle, des maladies chroniques et +/- une tendance à l'orientation sexuelle homosexuelle
- Dans les hyperandrogénies de l'adulte, on aura une augmentation de la libido (qui reste difficile d'interprétation car souvent les patientes atteintes de hirsutisme n'ont pas beaucoup de partenaires), puis une fois traitées par anti-androgènes la patiente

verra sa libido diminuer (effet secondaire du traitement).

### 3.3 - La ménopause

Le traitement hormonal substitutif de la ménopause consiste à donner de l'oestradiol ainsi qu'un progestatif afin de remplacer le déficit hormonal lié à l'arrêt de sécrétion de ces hormones par les ovaires.

L'oestradiol n'a pas d'action sur le désir, mais a un effet positif sur les symptômes locaux de la carence oestrogénique et améliore ainsi les réactions sexuelles (améliore la sécheresse vaginale, empêche l'atrophie vaginale, améliore les dyspareunies etc...).

La progestérone n'est donnée que pour éviter le risque de dysplasie de l'endomètre mais n'a aucun effet sur les symptômes climatiques.

En revanche, des études montrent qu'il existe une amélioration de la libido mais aussi de la satisfaction sexuelle, du plaisir, des fantasmes et de l'orgasme lorsque l'on rajoute un androgène en plus du THS<sup>2</sup>. En effet, après la ménopause les androgènes diminuent également, ce qui semble être la raison de la diminution du désir sexuel après la ménopause.

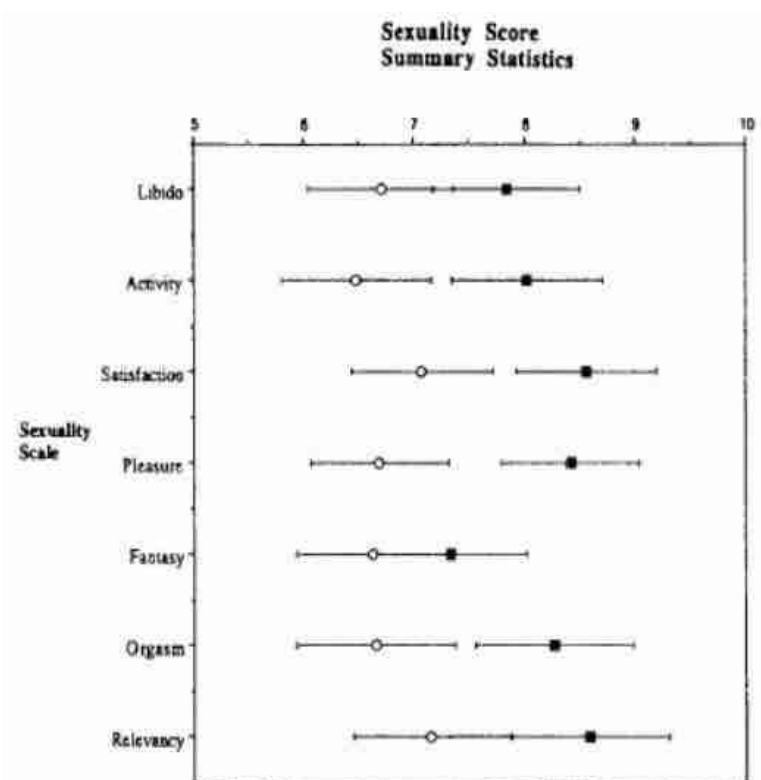


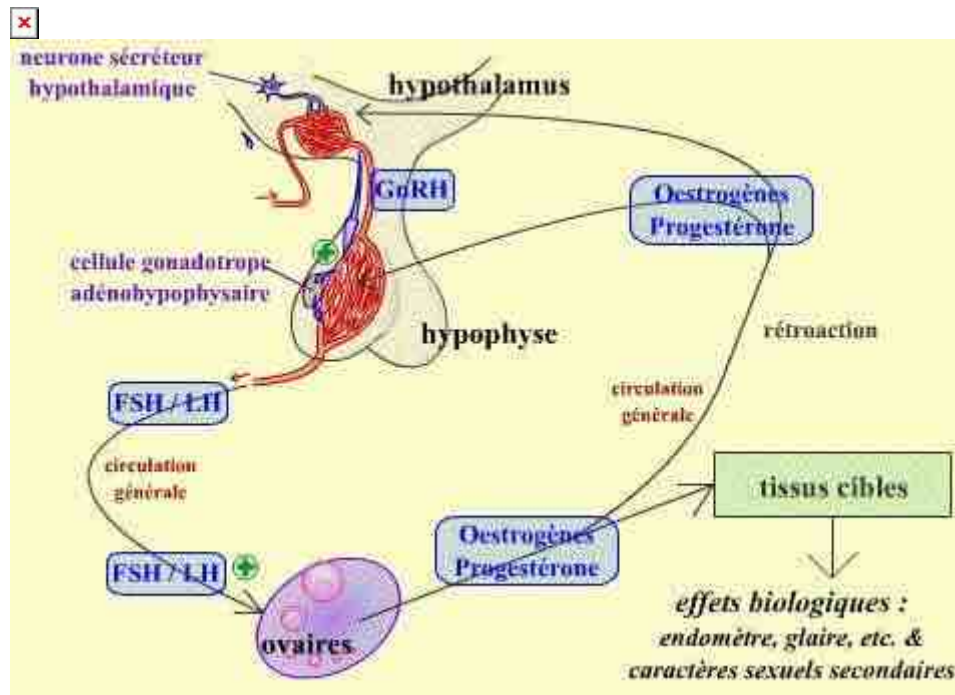
FIG. 1. Summary graph showing the grand mean (i.e. means of 6, 12, 18, and 24 months) for each sexuality parameter adjusted for baseline as a covariate. O, Estradiol implants alone; ■, estradiol plus testosterone implants. Error bars represent the SE for each mean. If the error bars do not overlap for a single parameter, the difference is significant at  $P < 0.05$  (25).

Effet sur la sexualité du traitement hormonal par oestradiol VS oestradiol + testostérone



### 3.4 Les carences endocriniennes plus complètes

- En cas de déficit complet de l'axe gonadotrope (déficit hypothalamo-hypophysaire) on aura une disparition des androgènes ovariens et surrénaliens entraînant des dysfonctions sexuelles dans 93,8% des cas et une disparition ou une nette diminution du désir dans 79,2% des cas <sup>3</sup>



Représentation fonctionnelle simplifiée de l'axe gonadotrope chez la femme

- En cas d'ovariectomie unilatérale on aura une diminution de moitié de la quantité d'oestrogènes, de progestérone et également d'androgènes produits au niveau ovarien.
- En cas d'ovariectomie bilatérale le déficit androgénique entraînera une altération de la libido plus importante encore que lors de la ménopause <sup>4</sup>

## III - LA RÉPONSE SEXUELLE FEMININE

### A - Le modèle de Masters & Johnson

Les premiers scientifiques à avoir étudié par le biais d'observations les comportements sexuels sont le Dr William Masters et la psychologue Virginia Johnson dans les années 1960.

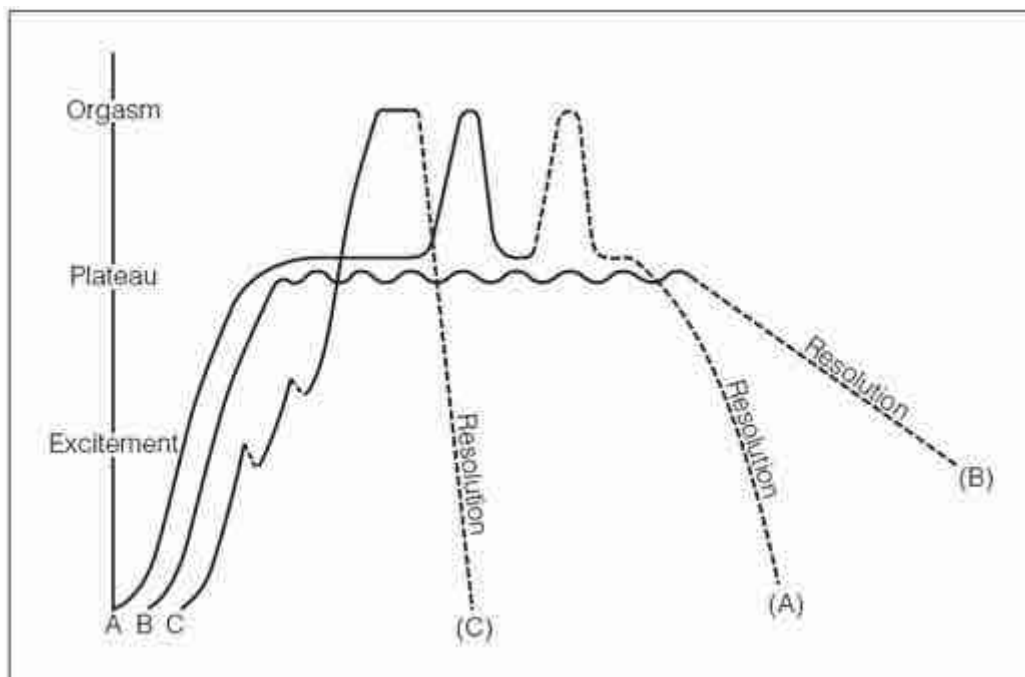




Ils ont défini quatre phases interactives lors d'un rapport sexuel chez une femme :

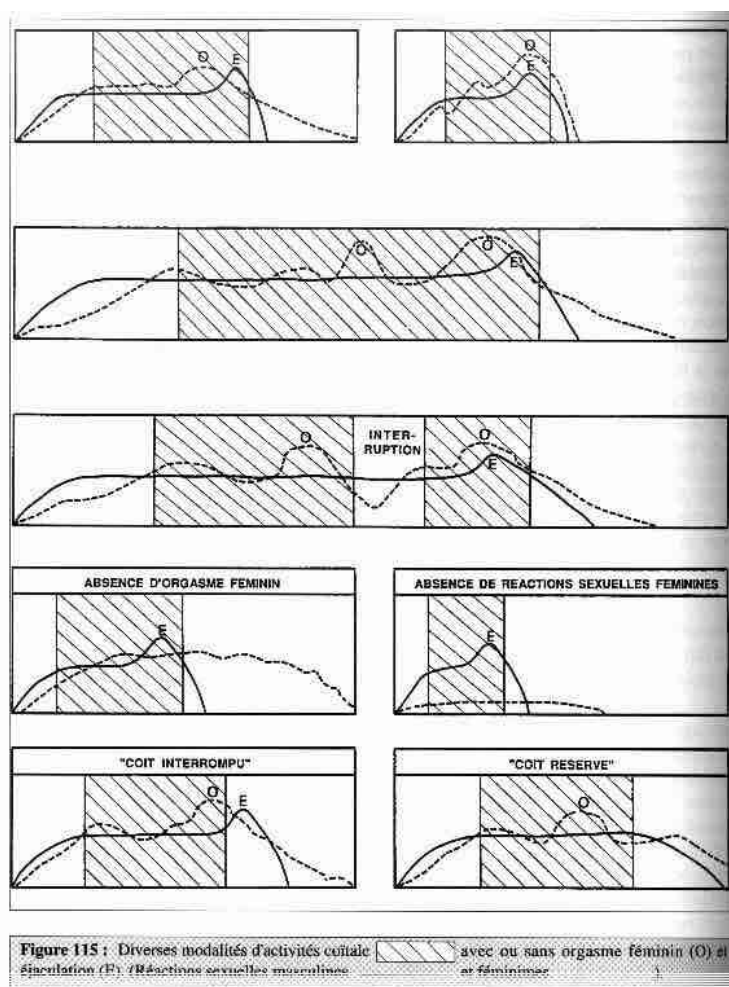
1. La phase d'excitation : Lubrification, vasocongestion des lèvres, érection clitoridienne
2. Un plateau : Vasocongestion+++ avec diminution du diamètre du vagin, augmentation de pression intra vaginale et allongement
3. Un orgasme (pas systématique) avec possibilité d'en avoir un suivant
4. La phase de résolution, qui pour les femmes est beaucoup plus lente que pour l'homme.





Réponse sexuelle féminine - Masters & Johnson, 1966

La courbe (B) peut montrer une femme anorgasmique (ce qui est rare), mais surtout une femme qui n'est pas à l'affaire ce jour là...



Selon Master & Johnson, la réaction sexuelle est faite en quatre phases mais en fait il y en a une indispensable dans le couple avant de commencer le rapport qui est le **désir**.

## B - Le modèle d'Helen KAPLAN

---

Helen Kaplan, 10 ans plus tard, se démarque des conclusions de Masters et Johnson en ajoutant une phase importante qu'est le **désir sexuel**. Cette phase est distincte des autres phases de la réponse sexuelle, précédant l'excitation sexuelle et étant à la base de toutes les autres.

- 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.

## IV - LES PRINCIPALES RÉACTIONS SEXUELLES

---

### A - Les réactions vaginales

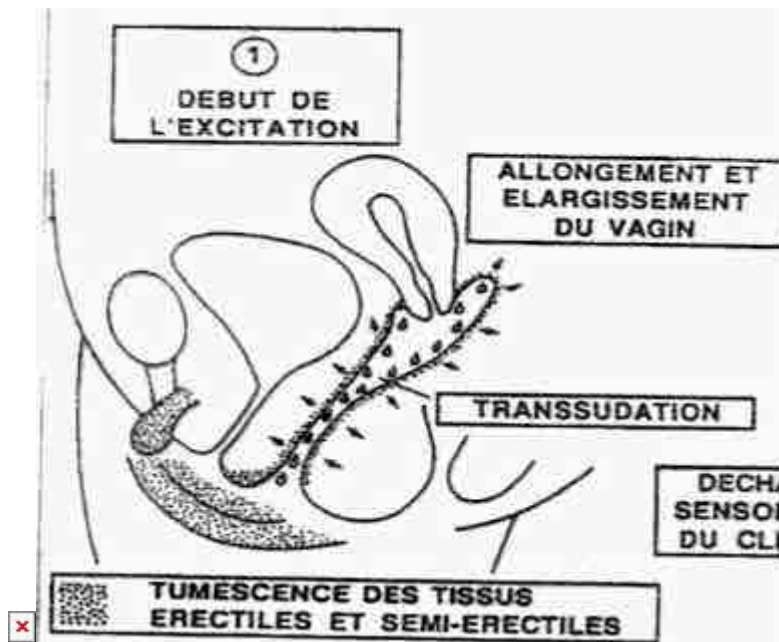
---

*par JC CZYBA (d'après Masters et Johnson)*





## 1 - Le début de l'excitation



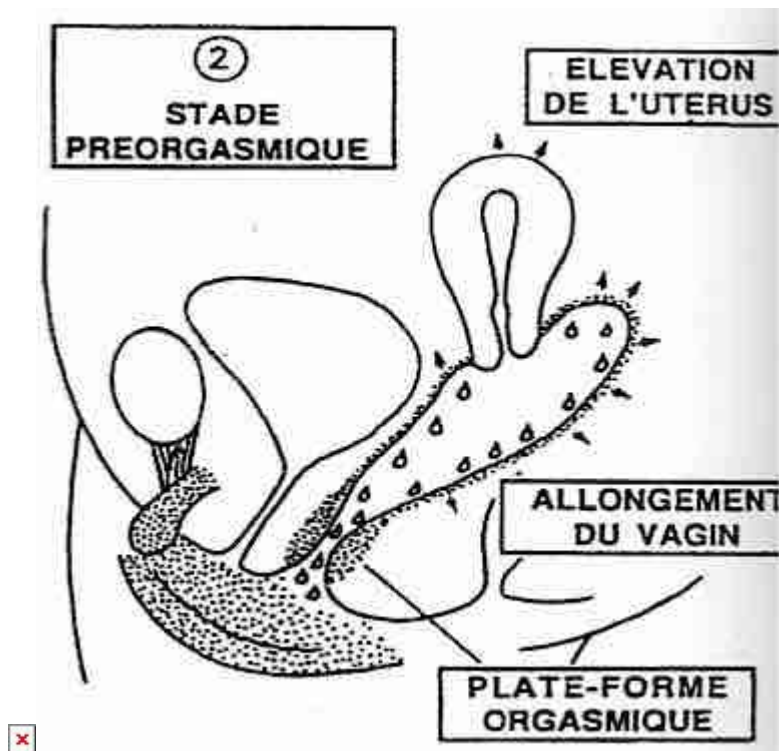
Vasodilatation. Vasocongestion. Lubrification. Transsudation.

La lubrification du vagin commence dans les 10 à 30 secondes après le début de l'excitation. Une femme de 20 ans a besoin de 15 secondes pour lubrifier complètement son vagin, ménopausée, il lui faudra 3 à 4 minutes.

Le lubrifiant est en général un liquide transparent, de la consistance du blanc d'oeuf, produit non pas par des glandes mais par une exfiltration de plasma au travers des parois grâce à l'engorgement vasculaire, à laquelle vient s'ajouter un liquide sécrété par les glandes de Bartholin situées légèrement en dessous, à gauche et à droite de l'orifice vaginal afin de participer plus spécifiquement à la pénétration (et au maintien d'une humidité naturelle en temps normal).

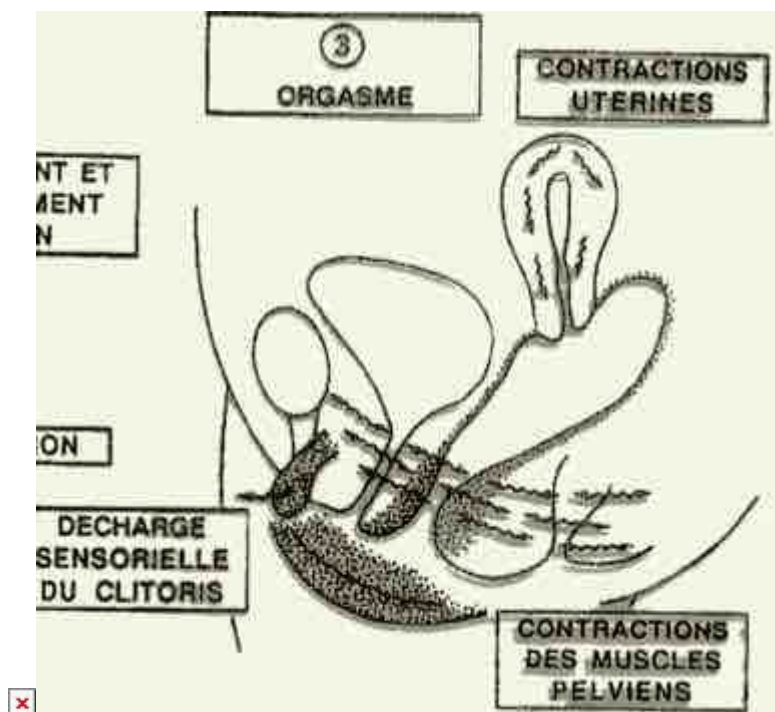
**Le désir** est parfois confondu avec **l'excitation** donc si une femme dit qu'elle a un problème de désir en fait elle parle peut-être de l'excitation (et pour l'homme c'est pareil qui confond souvent libido et érection)

## 2 - Le stade pré-orgasmique



On a une dilatation des 2/3 supérieurs du vagin (= ballonisation) avec formation de la plate forme orgasmique dans le 1/3 inférieur.

### 3 - L'orgasme



**L'orgasme** correspond anatomiquement à une décharge sensorielle du clitoris associée à des contractions périnéales à des intervalles réguliers de 0,8s et dure 2 à 4 secondes. Il n'est pas systématique lors du rapport sexuel, plus systématique lors de la masturbation.

Souvent, les couples jeunes sont orientés uniquement sur l'orgasme, sans penser au fait que les femmes puissent être satisfaites sans orgasme si elles ont eu suffisamment de plaisir (et inversement c'est-à-dire qu'elles peuvent avoir eu un orgasme mais se sentir insatisfaites)

**L'orgasme clitoridien** est dû à une stimulation sensorielle transmettrice de sensations, alors que l'orgasme vaginal sera le siège des contractions vaginales.

L'hypothèse d'une sexologue nommée O'Connell est que **l'orgasme est unique**, lié à ce grand clitoris qui fait le tour de la paroi vaginale, et qu'il n'existe, pour chaque femme, qu'une seule forme d'orgasme quelque soit le point de départ de l'excitation.

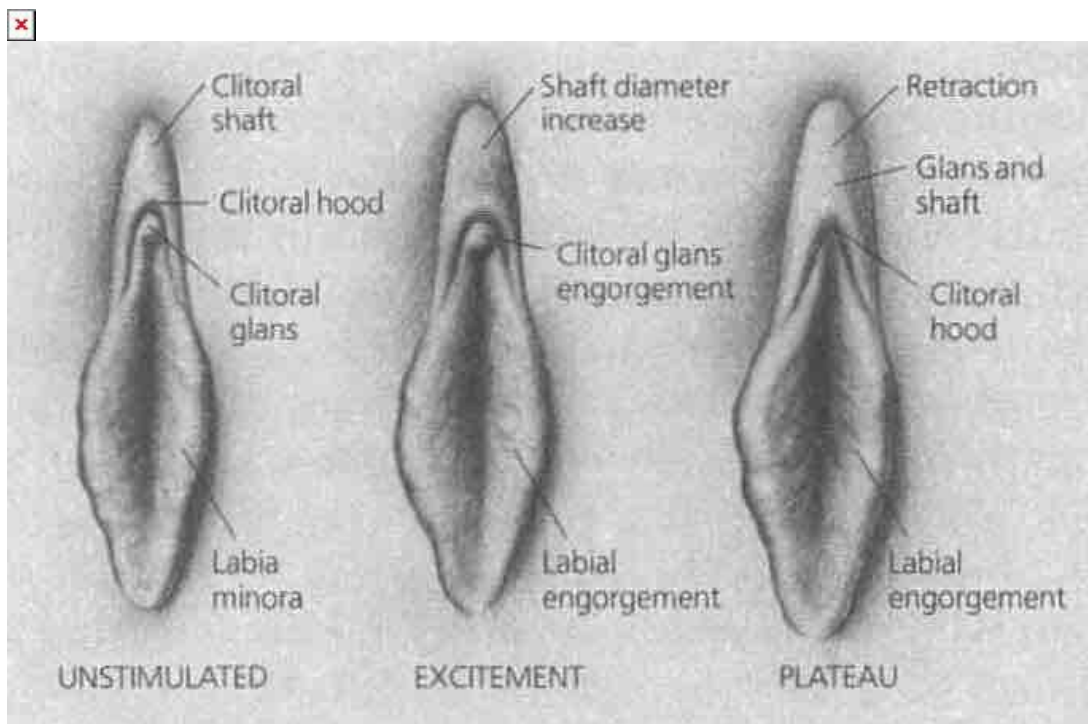
L'orgasme coïtal nécessite un apprentissage chez les femmes car pour l'homme le coït sera toujours ressenti comme plus plaisant que la masturbation manuelle (+ chaud, plus humide, plus doux...) mais pas pour la femme chez qui cela sera des sensations complètement différentes.

Certaines femmes au moment de l'orgasme peuvent avoir ce qu'on appelle une éjaculation féminine (« femmes fontaines ») mais pour l'instant on ne sait pas comment ça marche.

## **B - Les réactions sexuelles extra-vaginales**

---

- Au niveau du clitoris : Tumescence, érection du genou, dilatation des corps caverneux. Ascension du gland et rétraction sous le capuchon.
- Au niveau de la vulve : les petites lèvres augmentent de volume, se colorent. Les grandes lèvres sont écartées.



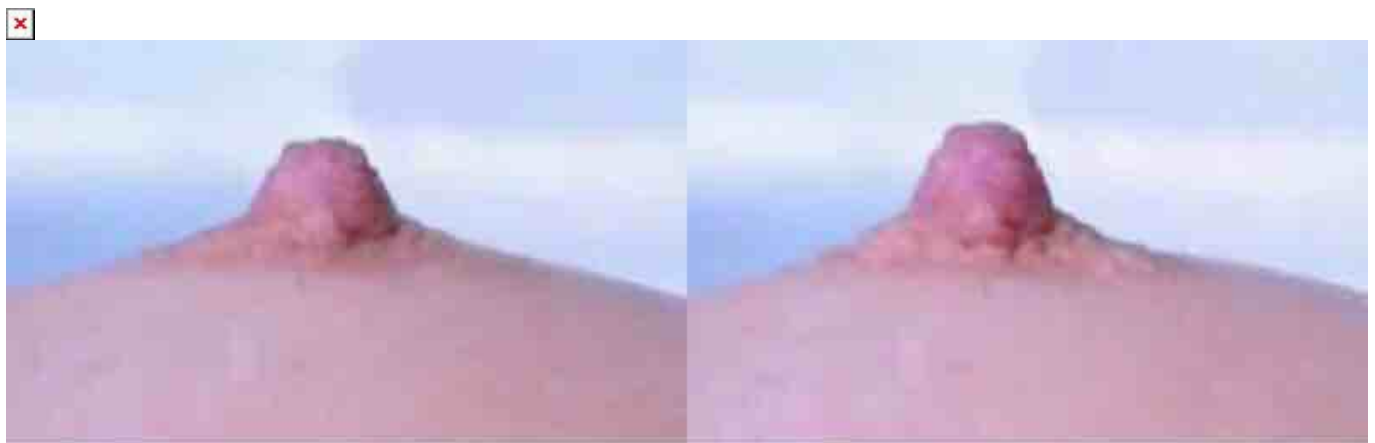
## Modifications des petites lèvres suivant l'état d'excitation



A gauche : vulve au repos

A droite : vulve en état d'excitation sexuelle. Les lèvres sont alors gonflées et lubrifiées.

- Au niveau des seins chez certaines femmes : érection des mamelons, turgescence de l'aréole, parfois congestion de la glande (il y a même certaines femmes qui ont un orgasme qu'au niveau des seins et qui perdent tout plaisir après une chirurgie, voire même des femmes qui ont des orgasmes en allaitant)



*Mamelon avant érection*

*Érection du mamelon sous l'effet de l'excitation*

- Quand aux glandes annexes de Skene et de Bartholin, on ne sait pas trop à quoi elles servent...

À une époque on a cru que le fait d'avoir un orgasme pendant le rapport faisait qu'on avait de plus beaux enfants, du coup pendant la confession les curés enseignaient la sexologie aux jeunes avec notamment le fait de caresser le clitoris pendant le rapport afin que la femme ait un orgasme et donc un plus bel enfant mais quand on s'est rendu compte que cela ne changeait pas la morphologie des enfants ça a été abandonné.



Le Viagra® a sauvé les pandas (on leur en donne pour qu'ils se reproduisent) ainsi que les tigres (on ne les tue plus pour leurs propriétés aphrodisiaques).

## C - Les réactions générales

---

- Au niveau du rythme cardiaque : 100-120/min pendant l'excitation, 160-180/min pendant l'orgasme alors qu'on est à 60-80/min au repos.
  - Les cardiologues ont publié des recommandations pour les **rapports sexuels post-infarctus** :
    1. Il vaut mieux reprendre les premiers rapports sous Viagra(R)
    2. On peut reprendre les rapports en post-IDM avec sa régulière si on arrive à monter 2 étages à pieds ou avec une partenaire occasionnelle si on peut monter 3 étages
- Au niveau de la tension artérielle : Augmentation de la TAS (tension artérielle systolique) de 3 à 10 points
- Au niveau de la fréquence respiratoire : hyperventilation, augmentation du tonus musculaire de 50%
- Au niveau cutané : rougeur, augmentation de la sensibilité. Souvent un organe oublié, la peau joue un rôle essentiel dans le plaisir et la sexualité. Sous l'effet de l'excitation, elle devient beaucoup plus sensible, notamment aux parties qui sont en contact avec le partenaire. Des caresses qui sont en temps normal sans effet deviennent efficaces et, a contrario, certaines caresses sur des parties du corps sensibilisé peuvent devenir désagréables (en fonction des personnes). La communication est primordiale afin de déterminer quelles sont les parties à caresser ou pas.
- Avant il y avait également de belles descriptions sur la *courbure des orteils* avec également des théories sur le fait que la femme était en *apnée* pendant l'orgasme (sinon c'était de la simulation) mais on s'est rendu compte que c'était des conneries.

## D - L'inné dans la capacité orgasmique des femmes

---

Une étude conduite chez des jumelles par le Dr. Kate Dunn de Keele University in the UK. a cherché à estimer la **part de la génétique dans la variation de la capacité des femmes à l'orgasme**.

- 4037 femmes jumelles du registre britannique des jumeaux ont été interrogées confidentiellement à propos de tous les problèmes sexuels qu'elles pouvaient avoir, que cela soit pendant les rapports ou la masturbation.
- L'analyse des résultats a révélé une influence génétique mesurable sur la capacité à l'orgasme aussi bien pendant les rapports sexuels que pendant la masturbation.

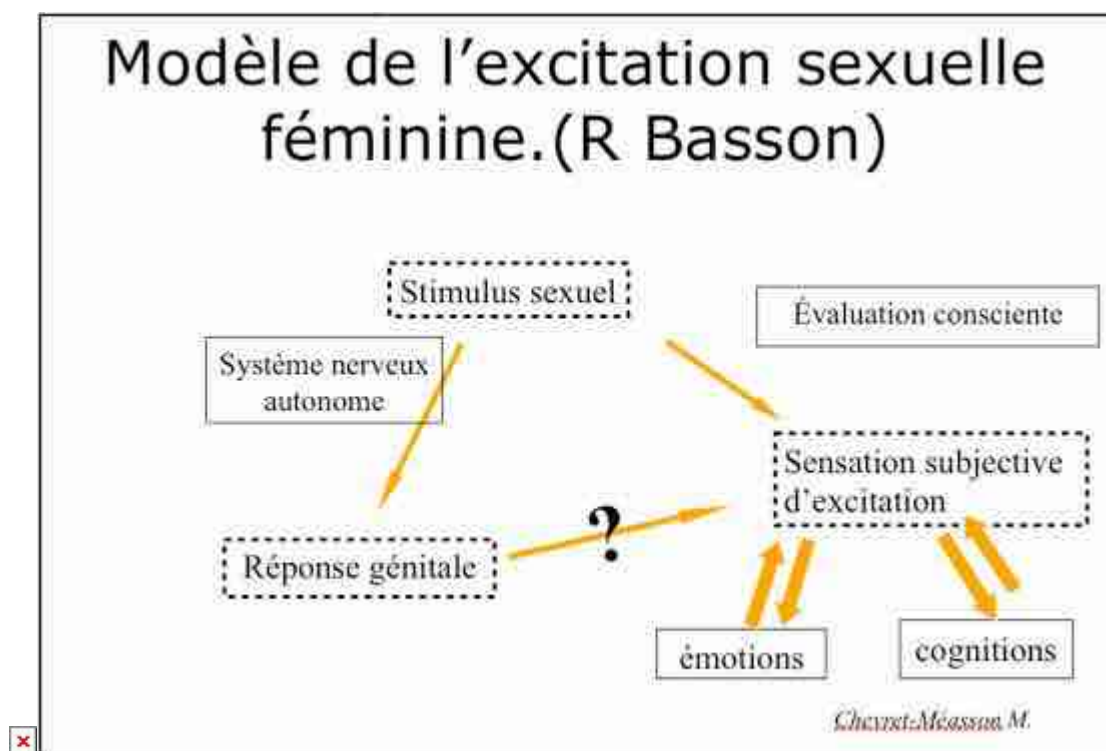
Le seul traitement validé de l'**anorgasmie totale** c'est la découverte de l'orgasme par la **masturbation** associé à des traitements psychiatriques et psychothérapiques, de la relaxation etc...

- Lorsqu'une femme n'a jamais eu d'orgasme, les essais peuvent durer 30 min ou plus avant de réussir à en avoir un et pas seulement 2 min
- Certaines techniques masturbatoires peuvent donner des **anorgasmies relationnelles** : par exemple chez les hommes qui se masturbent « sans les mains », c'est-à-dire allongé sur le ventre en se frottant contre le matelas, ou chez ceux qui vont contrôler volontairement leur orgasme en pressant leur verge pour s'arrêter juste avant, il ne pourront pas reproduire ce plaisir lorsqu'ils sont avec une femme

## V - L'EXCITATION SEXUELLE

### A - Le modèle de l'excitation sexuelle féminine (R. BASSON, Vancouver)

Le Dr. Rose Mary BASSON dirige un Hôpital qui est à la fois un hôpital psychiatrique réservé aux femmes et une clinique de gynécologie. Elle est interniste de formation et voulait comprendre la sexualité féminine. Elle a fait une grande étude avec un grand panel de femmes pour déterminer quel était le modèle de l'excitation de la femme, et il en ressort qu'au début d'une relation le modèle de l'excitation est identique chez toutes les femmes (c'est-à-dire avant que le couple ne s'installe ensemble) <sup>5</sup>.



Le **stimulus sexuel** va donner une **réponse génitale** mais en passant par le filtre de la **cognition** et de **l'émotion** afin de pouvoir accepter ou non son excitation.

Il y a des femmes qui ont une excitation mais qui ne vont pas forcément la ressentir. Par exemple si on utilise la pletismographie (qui consiste à introduire des capteurs et une caméra dans le vagin) et qu'on demande à des femmes de se masturber, les résultats

monteront que toutes ont une réponse génitale avec lubrification et signes de vasodilatation, y compris celles qui souffrent de troubles sexuels, sauf que ces dernières ne ressentiront pas le fait qu'elles ont une réponse sexuelle.

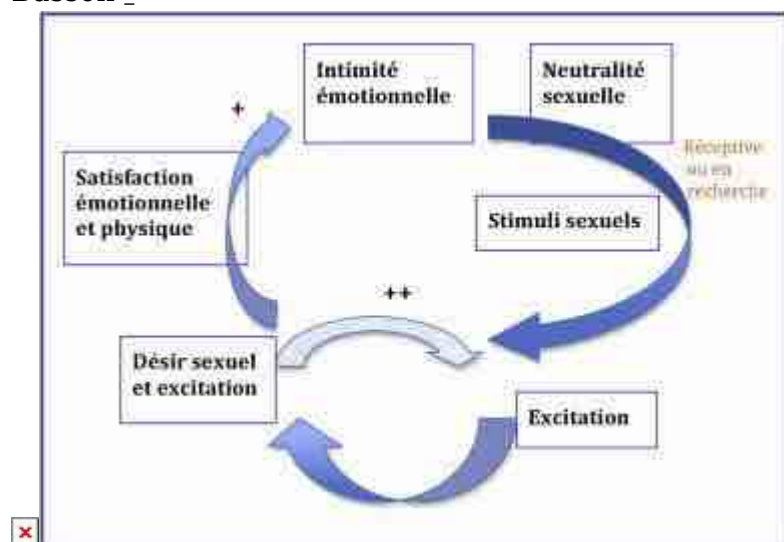
## B - La motivation basée sur l'intimité

Le désir sexuel de la femme fait partie de ce que Freud appelait « le continent noir », dont la connaissance, tant de ses déterminants que des circonstances qui peuvent l'affecter, reste toujours à approfondir. Avec la psychanalyse, le désir a pris une dimension active, cette recherche de l'accession à un « objet » de plaisir. Le désir se distingue du besoin, qui est comblé par une satisfaction immédiate, comblement que le désir ne remplit jamais complètement, l'objet à atteindre restant synonyme du plaisir recherché, fantasmé, ce qui permet de le rechercher encore.

Parmi les composantes du désir, on retrouve la « mémoire d'empreinte », mémoire individuelle construite au fur et à mesure des expériences : ce sont les scripts cognitifs.

La conceptualisation plus scientifique du désir féminin, utilisant des schémas, a permis une meilleure compréhension des troubles du désir féminins.

Le schéma le plus pertinent semble être le modèle circulaire développé par Rosemary Basson<sup>6</sup>



1. **Neutralité sexuelle** : c'est le cas où la femme n'est pas vraiment dans le truc, mais si l'homme sait s'y prendre elle va devenir réceptive
2. **Réceptive ou en recherche** : Elle sait qu'elle n'est pas encore excitée mais **cherche à le devenir** en étant par exemple réceptive aux stimulus physiques, mais pas directement sur une zone sexuelle
3. La femme est réceptive aux stimuli sexuels avec un **contexte approprié**
4. La femme se sent **excitée**
5. L'excitation entraîne **désir et excitation sexuelle** permettant d'avoir un rapport sexuel
6. Suite au rapport il y a une **satisfaction émotionnelle et physique** qui permettra de renforcer l'intimité émotionnelle mais aussi de favoriser de futurs rapports avec une

excitation plus facile

- En résumé c'est en ayant des rapports sexuels que la femme apprendra à aimer avoir des rapports et elle a besoin d'être stimulée pour ça.
- Les hommes qui attendent que la femme se jette sur eux peuvent toujours attendre car c'est bien le rôle de l'homme de mettre en place le stimuli sexuel
- Contrairement aux hommes, les femmes ne sont pas visuelles et là où les hommes peuvent être excités en 1/10e de seconde et oublier tous leurs soucis pour tirer un coup, les femmes vont avoir besoin de temps et d'un bon contexte pour mettre leurs soucis de côté.

## VI - LES DIFFÉRENTS PROFILS SEXUELS

---

En sexualité, parce qu'il y a des valeurs et des standards (aussi bien véhiculés par le porno que par les magazines féminins), les gens pensent que tout le monde doit être pareil alors qu'en fait on a tous une sexualité et des besoins différents.

Ainsi, certaines femmes seront hyposexuelles pendant que d'autres seront plutôt hypersexuelles avec des fantasmes et des rêves différents, d'autres seront multi-orgasmiques, d'autres seront capables de contrôler leur éjaculation etc...

Souvent vers 50 ans la femme se réveille après 30 ans de mariage en se demandant pourquoi elle n'a pas eu une sexualité plus épanouie...

### A - Amour, tempérament et génétique

---

L'expression de certains gènes variera chez différents individus et il y a donc des comportements vis-à-vis desquels nous ne sommes pas égaux :

- Gène des récepteurs dopaminergiques :
  - impulsivité et recherche de sensations (Kruger 2002)
  - recherche de plaisirs, vie sexuelle animée (Ben Zion 2006)
  - âge du 1er rapport (Miller 1999)
  - addictions aux produits (Xu 2004)
- Gène des récepteurs à l'ocytocine (hormone de l'attachement) :
  - fidélité et stabilité dans le couple (Walum 2008)
  - addictions aux produits (McGregor 2008)
  - empathie (Rodriguez 2010)
  - réactivité au stress (Rodriguez 2010)

### B - Les mécanismes d'attachement

---

L'ocytocine donne une sensation d'attachement et c'est pour cela qu'au moment de l'orgasme on a ce sentiment de bien-être et d'attachement envers la personne. Cependant, l'attachement hormonal lié à l'orgasme ne prendra pas le dessus sur les problèmes d'estime de soi etc.



Le comportement d'attachement crée :

- La base de sécurité interne -> estime de soi
- le système d'exploration -> relation aux autres

=> C'est ce qu'on appelle les Modèles Opérants Internes

Les modalités d'attachement :

- l'attachement sécure
- l'attachement anxieux évitant
- l'attachement anxieux ambivalent
- l'attachement désorganisé

Mère rassurante - père stimulant

## C - Le système limbique

---

Le système limbique partie du paleocortex (hypothalamus, thalamus, le gyrus antérieur, l'amygdale, l'hippocampe et autres structures du lobe temporal), joue pour le désir sexuel, les fantasmes, rêves nocturnes ou éveillés et entraîne la cascade d'événements neurovasculaires entraînant les réponses somatiques et génitales de la fonction sexuelle ainsi que les comportements appropriés.

Un problème dans le système limbique affectera particulièrement le désir, l'excitation centrale, et les comportements sexuels socialement appropriés <sup>7</sup>.

## D - Les neurotransmetteurs

---

La chimie fine à l'intérieur des cellules est identique chez les femmes et chez les hommes en ce qui concerne la réponse et les comportements sexuels :

- Monoamines : dopamine, sérotonine, norepinephrine
- Neuropeptides : peptides opioïdes
- Neurohormones : ocytocine, vasopressine et neurotrophines NGF qui augmentent quand quelqu'un tombe amoureux

Ces neurotransmetteurs diminuent automatiquement au bout de quelques mois <sup>8</sup>.

## E - Le système sympathique

---

Les chemins des systèmes sympathiques et parasympathiques sont les mêmes chez les hommes et les femmes.

L'intégrité du **nerf pudendal** est nécessaire à la sexualité de la femme : chez des femmes asymptomatiques VS d'autres qui ont un problème sexuel on a fait un questionnaire concernant les troubles urinaires. Le score urinaire sera plus mauvais

chez les femmes ayant un trouble sexuel, sauf dans les cas de trouble du désir<sup>9</sup>.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Minto et al. Fertil Steril 2003;80:157 ⇐
2. Davis J Clin Endocrinol Metab 1999; 84:1886 ⇐
3. Hulter & Lundberg. Arch Sex Behav 1994;23:171 ⇐
4. Kaplan & Owett. J Sex Marital Ther 1993;19:3 ⇐
5. Women's Sexual Desire—Disordered or Misunderstood? R. BASSON. Journal of Sex & Marital Therapy, 28(s):17-28, 2002 ⇐
6. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. CMAJ 2005;172:1327-1333. ⇐
7. Standard practice in Sexual medicine, Blackwell publishing,2006 ⇐
8. Standard practice in Sexual medicine, Blackwell publishing,2006 ⇐
9. Connell ans all, Am J Obstet Gynecol, mai 2005; 192(5):1712-7 ⇐