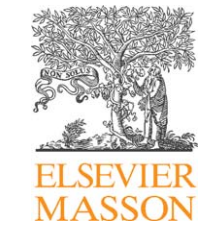
Sexologies (2011) 20, 178—187



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

ARTICLE ORIGINAL

Les facteurs étiologiques du désir sexuel hypoactif féminin☆

A. Hubin (PhD)[a,*], P. De Sutter (PhD)[a], C. Reynaert (PhD)[b]

[a] *Unité de psychologie clinique : émotion, cognition, santé, faculté de psychologie, université Catholique de Louvain, 10, place Cardinal-Mercier, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique*
[b] *Unité de psychologie médicale, cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne, 1, avenue Dr. Thérasse, 5530 Yvoir, Belgique*

Disponible sur Internet le 30 décembre 2010

MOTS CLÉS
Désir Sexual Hypoactif ;
Étiologie ;
Cognition ;
Comportement ;
Physiologie ;
Émotion ;
Environnement

Résumé
Objectif. — Cet article a pour ambition de proposer aux cliniciens un modèle permettant le repérage des éléments dysfonctionnels responsables de l'apparition ou du maintien du Désir Sexuel Hypoactif.
Méthodologie. — En nous appuyant sur une large recension des écrits cliniques et empiriques, nous suggérons une vision globale dont les fondements théoriques viennent de la sexofonctionnelle.
Résultats. — Ce modèle souligne le caractère multifactoriel du Désir Sexuel Hypoactif et nous conduit vers une structuration didactique en cinq axes.
Discussion. — De cette manière, les facteurs (1) cognitifs, (2) physiologiques, (3) comportementaux, (4) émotionnels et (5) environnementaux sont discutés.
Conclusions. — Cette étiologie en cinq axes facilitera l'évaluation de l'ensemble des éléments responsables du Désir Sexuel Hypoactif et permettra aux cliniciens une adaptation de leur traitement en fonction d'une anamnèse attentive au caractère multifactoriel du Désir Sexuel Hypoactif.
© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

Introduction

L'origine multifactorielle des dysfonctions sexuelles, et en particulier pour le Désir Sexuel Hypoactif (DSH), est largement reconnue. Cependant, la littérature à ce sujet n'apporte pas une vue globale de ces facteurs pourtant concomitants. En nous appuyant sur une large recension des écrits cliniques et empiriques, nous proposons un modèle compréhensif global dont les fondements théoriques viennent de la sexofonctionnelle. Ce modèle suggère que le fonctionnement sexuel individuel s'appuie sur cinq axes, à

DOI de l'article original : 10.1016/j.sexol.2010.12.002.
☆ This issue also includes an english version: Hubin A, De Sutter P, Reynaert C. Etiological factors in female Hypoactive Sexual Desire Disorder.
* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : alexandra.hubin@uclouvain.be (A. Hubin).

1158-1360/$ - see front matter © 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.
doi:10.1016/j.sexol.2010.12.003

savoir les facteurs cognitifs, physiologiques, comportementaux, émotionnels et environnementaux.

Facteurs cognitifs

L'impact des cognitions sur les comportements est bien connu en psychologie. En sexologie, il est tout aussi pertinent de concevoir que la manière de « penser » la sexualité influence la manière de « faire » la sexualité (Andersen et Cyranowski, 1994 ; Baker, 1993 ; Barlow, 1986 ; McCarthy, 1989, 1992 ; Nobre et Pinto-Gouveia, 2006a ; Sbrocco et Barlow, 1996).

Anticipation négative de l'acte sexuel

Deux attitudes sont observables chez la plupart des partenaires de femmes avec DSH : soit ils abandonnent toute tentative sexuelle, soit ils continuent à insister pour avoir des rapports sexuels. Dans ce cas, les femmes se sentent sous pression et plus la pression est forte, moins elles en ont envie. Faire l'amour devient alors une corvée que les femmes supportent pour éviter l'opprobre du partenaire. Dès lors, tout désir de mener ce type d'activité contraignante finit par disparaître. Notons que cette pression provient parfois des femmes elles-mêmes. Elles s'imposent une obligation de sexualité alors même que leur partenaire se montre patient et tolérant. Elles anticipent parfois plusieurs jours à l'avance l'obligation de faire l'amour et développent des cognitions extrêmement négatives sur la sexualité à venir. Dans une étude de Trudel et al. (2001), (67), 6 % de leur échantillon clinique témoignaient d'ailleurs d'une anticipation négative vis-à-vis des relations sexuelles et vis-à-vis des réactions négatives de leur partenaire.

Impact de méconnaissances et connaissances erronées sur la sexualité

Malgré une éducation sexuelle de plus en plus présente en Occident, force est de constater qu'il reste encore bon nombre de personnes ayant peu de connaissances objectives sur la sexualité (Renard et al., 2003). À cela, s'ajoutent des connaissances inappropriées comme « les femmes sont moins portées sur le sexe que les hommes ; après la ménopause les femmes n'aiment plus la sexualité ; le désir sexuel (SD) doit venir spontanément ; quand on s'aime on a du DS ». Les femmes présentant un DSH manquent fréquemment d'information sur la sexualité et entretiennent une série de préjugés sexuellement dysfonctionnels.

Influence des normes sociales

La sexualité est fortement médiatisée. Cette omniprésence, implicite ou explicite, est stimulante et augmente le DS pour certaines mais a un effet répulsif pour d'autres. L'accent est fréquemment mis sur une conception performante de la sexualité, ce qui peut indirectement bloquer la personne dans son épanouissement sexuel. Même si la plupart des gens réalisent que les images dans les médias ne sont que rarement le reflet de la réalité, cela a un impact sur leur fonctionnement sexuel (Baker, 2005). Beck (1988) démontre qu'une conception perfectionniste de la sexualité peut être à l'origine d'une anxiété de performance pouvant provoquer des comportements d'évitement de la relation sexuelle. Parallèlement à cette focalisation sur la performance sexuelle, la notion de « devoir conjugal », laisse encore des traces chez certains. Comme nous l'expose Bensussan (2009), il persiste une réelle ambigüité naissant du fait que, pendant longtemps, le « devoir conjugal » faisait partie intégrante du contrat de mariage. Dans ce sens, une recherche de Stuart et al. (1987) indique qu'une majorité des femmes présentant un DSH considèrent la sexualité comme une « obligation conjugale ». En outre, les études nous dévoilent que le nombre de relations sexuelles s'élève en moyenne à deux par semaine (Bajos et al., 2008 ; Nicolosi et al., 2006 ; Spira et Bajos, 1993). La croyance qu'il ''faut'' faire l'amour un certain nombre de fois par semaine et avec un certain niveau de performance provoque souvent l'effet paradoxal de diminuer l'envie. Toute activité humaine qui est vécue comme une contrainte devient rapidement déplaisante. Il en va de même pour la pratique sexuelle. On touche ici à la perception d'une norme sociale vécue par la femme (en l'occurrence : il est bon et bien de faire l'amour régulièrement et convenablement). Si sa perception est celle d'un devoir d'ajustement à une contrainte sociale, cela risque d'affecter négativement son DS.

Pensées parasites

Une multitude de pensées parasites peuvent venir encombrer l'esprit d'hommes et de femmes et les empêcher de fonctionner normalement. Ce type de pensées peut survenir dès avant l'activité sexuelle et se manifester sous la forme de questions intrusives telles que « Vais-je avoir envie si mon partenaire me fait des avances ? Sera-t-il fâché si je dis non ? ». Ces questionnements sabotent dès le départ la montée fonctionnelle du DS. D'autres pensées parasites, comme « je dois me lever tôt demain ; les enfants pourraient nous entendre », interfèrent avec les premiers moments du rapprochement sexuel. Ces intrusions cognitives coupent l'élan désirant pouvant décentrer une personne des stimuli sexuels et ainsi empêcher l'éveil du DS, la montée de l'excitation ou encore l'orgasme (Arnett et al., 1986). Une étude (Prause et al., 2008) a montré que le degré d'attention à captiver les stimuli sexuels est un facteur prédictif important du niveau de DS du sujet. Autrement dit, une personne distraite par des pensées parasites aura beaucoup de difficultés à se concentrer sur les stimuli sexuels favorisant le DS.

Perception négative de son image corporelle

Weaver et Byers (2006) ont montré que les problèmes sexuels des femmes sont davantage liés à l'idée qu'elles ont de leur apparence corporelle plutôt qu'à leur véritable indice de masse corporelle. On peut expliquer cela par le fait que le DS féminin est (en partie) narcissique. Beaucoup de femmes s'excitent sexuellement à se trouver désirables dans le regard de leur partenaire. Aussi, il est plus difficile pour une femme qui s'estime non-attractive de comprendre qu'une autre personne puisse la trouver désirable (Wiederman et Hurst, 1997). Trudel et al. (2001) répertorient que 44,6 % des cognitions négatives des femmes

avec DSH de son échantillon concernent l'apparence physique et l'image de soi. Dans l'étude d'Ackard et al. (2000), les femmes les plus satisfaites de leur image corporelle sont celles qui font l'amour le plus souvent. Trapnell et al. (1997) ont pu démontrer que les individus plus confiants de leur apparence physique sont plus susceptibles d'initier ou de répondre positivement aux opportunités socio-sexuelles. Enfin, dans une étude menée par Berman et al. (2003), une perception positive de son sexe chez la femme est corrélée positivement avec le niveau de DS.

Pensées dépressives

Des corrélations ont été clairement établies entre le DSH et les pensées dépressives. Dans l'échantillon de Gitlin (1995), 70 % des personnes déprimées présentent un DSH. Il est toutefois difficile de savoir si c'est toujours la dépression qui affecte le DS ou si ce n'est pas l'inverse. En l'occurrence, le manque de DS, le peu de satisfaction sexuelle souvent associé et les tensions conjugales que cela entraîne, contribueraient au développement des pensées dépressives. Il existe une corrélation positive entre enthousiasme, bonheur, bien-être et DS (De Sutter, 2009). A contrario, des pensées pessimistes, une vision de la vie négative contribuent à aggraver le DSH.

Pensées non permissives

Pour beaucoup de femmes, y compris des femmes agnostiques ou très peu religieuses, la sexualité est encore perçue comme quelque chose de mal, de négatif ou de sale. Lorsque ces femmes éprouvent malgré tout des pensées à caractère sexuel, elles les répriment systématiquement. Les pensées sexuelles sont qualifiées par la femme d' « inopportunes » et rejetées (Pasini, 2002). Cette inhibition des pensées sexuelles spontanées ou induites contribue à une diminution du DS (Trudel et al., 2003).

Perception déficiente des réactions physiologiques

Laan et al. (1995) ont montré que la majorité des femmes qui visionnaient des films pornographiques lubrifiaient, mais si on les interrogeait sur leurs cognitions durant la projection, elles estimaient généralement ne pas avoir été excitées par le film. Cela indique que bien que leur corps ait réagi physiologiquement aux images sexuellement explicites, leur cerveau n'a pas perçu (ou voulu percevoir) les réactions physiologiques d'excitation. Si les femmes ne perçoivent pas toujours les signaux de l'excitation sexuelle, elles ont encore plus de difficultés à reconnaitre les signes physiologiques plus subtils du DS. A contrario, chez les femmes qui éprouvent du DS, il semblerait que leur cerveau peut décoder plus facilement les informations physiologiques et décider s'il s'agit d'une situation sexuelle (Chatton et al., 2005).

Absence ou faible utilisation de pensées érotiques

Les fantasmes sexuels, en d'autres termes les représentations mentales à caractère sexuel, font également partie des différents facteurs cognitifs qui peuvent avoir un effet puissant sur la sexualité, tant positif que négatif (Hubin et al., 2008). Divers auteurs (Hubin et al., in press ; Nutter et Condron, 1983 ; Wilson et Lang, 1981) ont établi une corrélation positive entre la fréquence d'utilisation des fantasmes et le DS féminin. Ces études indiquent que les femmes qui recourent souvent à leurs fantasmes ont un DS plus élevé que les femmes qui y recourent rarement. Le fait de pouvoir fantasmer et de développer un imaginaire érotique élaboré peut contribuer à stimuler la sexualité et plus particulièrement les phases de DS, d'excitation et de déclenchement de l'orgasme. La création de fantasmes sexuels permet à une personne de s'auto-érotiser mentalement, évitant ainsi la lassitude qui s'installe fort souvent dans les couples au bout d'un certain temps, et de maintenir l'excitation lorsque les cycles sexuels des deux partenaires sont de rythmes différents.

Facteurs physiologiques

Les facteurs physiologiques énumérés ci-dessous ne sont pas à prendre isolément. La nature multifactorielle du DSH engendre des répercussions multiples. Même si l'origine du DSH est physiologique, des conséquences sur les cognitions, les émotions, les comportements ainsi que l'environnement s'observeront. Inversement, même si au départ la personne ne présente aucune anomalie physiologique, une absence de vie sexuelle durant une longue période pourrait entraîner des changements physiologiques qui aggraveront la situation.

Impacts neurologiques

Bien que le rôle du cerveau dans l'intégration de la sensorialité, de l'attention et de la motivation est communément admis (McKenna, 2002 ; Meston et Frohlich, 2000 ; Rowland, 2006), les schémas spécifiques d'activation du cerveau et de la réponse sexuelle, en particulier parmi les femmes, sont encore aujourd'hui mal compris (Arnow et al., 2009). Le cortex cérébral, le système limbique et le système endocrinien jouent un rôle important dans le fonctionnement du DS (Rauch et al., 1999). Le DS est modulé, d'une part, par les interactions entre un centre d'excitation sensible à la dopamine et un centre d'inhibition sensible à la sérotonine, et, d'autre part, par le cerveau (Pfaus, 2009). Dès lors, toute lésion neurologique peut avoir un impact sur le DS féminin, telle que des atteintes de la colonne vertébrale ou un traumatisme crânien. Des maladies neurologiques comme la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaques peuvent aussi affecter le DS. Enfin, des maladies chroniques affectant l'ensemble du fonctionnement physiologique telles que les affections thyroïdiennes ou le diabète peuvent également avoir un effet neurologique néfaste au DS.

Impacts hormonaux (hypotestéronémie, hyperprolactinémie, hypothyroidie)

Les hormones et neurotransmetteurs présents dans le cerveau influencent le DS. Les estrogènes rendent les tissus pelviens plus élastiques, amorcent les organes sensoriels

recevant les stimuli sexuels externes, améliorent le sens de la perception du toucher, la sensation de vibration et la sensibilité clitoridienne. Les estrogènes interagissent aussi positivement avec la dopamine qui a un impact fondamental sur le comportement sexuel et la motivation. Les androgènes, quant à eux, jouent un rôle majeur dans l'activation et le maintien du DS (Kingsberg et al., 2008). L'effet positif de la testostérone sur le DS a d'ailleurs été étudié dans de nombreuses études (e.g. Panay et al., 2010 ; Tuiten et al., 2000). Une autre hormone, la prolactine, possède un effet inverse et peut inhiber le DS si elle est présente en trop grande quantité dans l'organisme. Un dérèglement de ces différentes hormones peut survenir dans le cas de nombreuses maladies ou suite à des interventions chirurgicales. Il peut également se produire suite à des évolutions physiologiques « naturelles » vécues par la femme, comme la ménopause ou une grossesse.

Impacts chirurgicaux

Certaines interventions chirurgicales peuvent avoir un effet mécanique ou neurologique sur la fonction sexuelle en générale et le DS en particulier. L'hystérectomie a été largement étudiée, cependant la baisse éventuelle du DS ne peut être expliquée uniquement par l'ablation de l'utérus. Il est probable que le rôle que peut jouer cet organe dans le DS est lié à sa symbolique de féminité, de maternité, de santé et de jeunesse. La perte de l'utérus et du potentiel reproductif peut perturber l'activité sexuelle de certaines femmes. L'impact négatif de l'hystérectomie sur l'image corporelle et l'identité sexuelle féminine devient parfois source d'anxiété et de dépression pour certaines femmes (Yazbeck, 2004). L'hystérectomie avec ovariectomie ne constitue qu'un exemple parmi de nombreuses autres interventions chirurgicales sur les systèmes glandulaires à sécrétions hormonales. D'autres interventions chirurgicales n'ont pas d'effet physiologique direct sur le DS mais ont un impact psychologique important. Il s'agit, notamment, de toutes les opérations qui affectent l'image corporelle de la femme (mammectomie, amputation, chirurgie faciale, etc.).

Impacts d'une maladie physique ou mentale

Conceptuellement, le DS nécessite une certaine forme de vitalité. Ainsi, une maladie, quelle qu'elle soit, peut indirectement réduire la dose nécessaire d'énergie dans l'expression du DS. En outre, toutes les maladies fortement invalidantes (arthrite, sclérose en plaque, etc.), les maladies qui affectent l'image corporelle (atteintes dermatologiques, prolapsus, etc.) ou qui entraînent une forte fatigue (syndrome d'apnées du sommeil, narcolepsie, etc.) ont un impact négatif sur le DS. Les maladies mentales peuvent soit provoquer un DS hyperactif (par exemple phase maniaque de la maniaco-dépression), soit inhiber partiellement ou totalement le DS. C'est notamment le cas des troubles dépressifs et des troubles anxieux qui sont souvent associés au DSH (e.g. Johannes et al., 2009 ; Laurent et Simons, 2009). De plus, les effets directs et indirects des maladies chroniques sur la santé sexuelle sont fréquents et complexes (Basson et al., 2010). Les cancers gynécologiques influencent également la réponse sexuelle (Fobair et Spiegel, 2009 ; Karabulut et Erci, 2009). Selon Andersen et al. (1989), 90 % des patients ayant un cancer touchant les zones génitales souffrent en comorbidité d'une dysfonction sexuelle.

Impacts iatrogènes (antidépresseurs, anti-androgènes, stimulants de la prolactine)

La présence d'un DSH peut être la conséquence de prises de médicaments inhibant la Gn-Rh, inhibant les androgènes (ou les précurseurs) ou encore stimulant une hyperPRL. La baisse du DS peut aussi être liée aux effets secondaires de certains traitements. Les plus connus en cette matière sont les médicaments qui agissent sur le système nerveux, tel que des antidépresseurs, des psychotropes, des tranquillisants ou des antipsychotiques. D'autres médicaments peuvent provoquer une diminution du DS comme les chimiothérapies, ceux contre les ulcères d'estomac, les infections à champignons ou les interférons. La plupart des pilules contraceptives contenant des progestatifs peuvent également avoir un effet indésirable sur le DS.

Impacts liés à des évènements de vie

Lors de la grossesse, l'intérêt pour l'activité sexuelle diminue parfois durant les premiers mois, souvent en lien avec un état général dégradé (nausées, malaises, douleurs aux seins, etc.) ou lorsque le désir d'enfant était la motivation principale des rapports sexuels. Après trois mois, le DS augmente chez certaines femmes de façon remarquable. Le DS diminue à nouveau en fin de grossesse en lien avec les problèmes d'insomnie, la prise de poids, la modification de l'image corporelle ou les douleurs périnéales (Pauleta et al., 2010). Le post-partum est également peu favorable au DS. Les conséquences physiologiques et psychologiques de l'accouchement, combinées à la nouvelle place que prend le nourrisson, entraînent chez la femme un désintérêt plus ou moins durable pour les activités sexuelles. L'allaitement a également un effet délétère sur le DS tant sur le plan psychologique (lien intime et contact corporel sensuel avec le nourrisson) que physiologique (sécrétion de prolactine qui inhibe partiellement le DS). En outre, une agression physique ou sexuelle, un vol ou du vandalisme, la révélation d'un inceste intrafamilial, le décès ou la maladie d'un enfant entraînent régulièrement un syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Parmi les différents symptômes, on observe une forme de détachement affectif qui implique aussi une diminution du DS (Carlson, 1997 ; Lipoovsky, 1992).

Impacts liés à l'âge

L'espérance de vie augmentant régulièrement en Occident, la santé physique et mentale se prolongeant, les hommes et les femmes souhaitent maintenir aussi une relation satisfaisante et une sexualité active (Le Deun et Gentric, 2007 ; Rowe et Kahn, 1998). Par exemple, un tiers des hommes et 21 % des femmes entre 70 et 80 ans affirment avoir encore des rapports sexuels (Laumann et al., 2005 ; Nicolosi et al., 2004). Toutefois, le DS diminue avec l'âge

(Delamater et Sill, 2005). À partir de 75 ans, le niveau de DS est bas pour la majorité des hommes et pour presque toutes les femmes. Après 85 ans, aucun homme ou femme ne rapporte un DS élevé même si un intérêt pour le « sexe » subsiste (Mulligan et Katz, 1988). De plus, les difficultés sexuelles liées au vieillissement ne suppriment pas l'intérêt sexuel. Même si un tiers des sujets âgés rapportent au moins un problème sexuel, près de 60 % souhaitent conserver des activités sexuelles (Camacho et Reyes-Ortiz, 2005). Chez la femme, le vieillissement entraîne moins de dysfonctions sexuelles que chez l'homme (sauf les problèmes de sécheresse vaginale et douleurs sexuelles) (Hayes et al., 2006 ; Laumann et al., 1999). Cette situation plutôt paradoxale (déclin de l'intérêt sexuel sans augmentation des dysfonctions sexuelles) peut s'expliquer par :

- une meilleure acceptation ou adaptation aux modifications biologiques sexuelles (notamment la ménopause) ;
- une baisse relative mais plus fréquente que chez l'homme du DS (Bretschneider et Mc Coy,1988 ; Hayes et al., 2006 ; Lindau et al., 2007) qui serait liée à une diminution de l'estime de soi et à des soucis liés aux problèmes du partenaire.

En outre, les femmes seraient souvent plus sensibles dans leur DS à l'environnement (sentimental, affectif et socioculturel) que les hommes (Colson, 2005 ; Dennerstein et al., 2005).

Facteurs émotionnels

Des recherches récentes semblent appuyer un modèle où les pensées, les émotions et les réactions sexuelles s'organiseraient comme une structure systémique interagissant ensemble (Nobre et Pinto-Gouveia, 2006a, b, 2009). Effectivement, beaucoup de difficultés sexuelles sont liées à une gestion émotionnelle dysfonctionnelle. Le DSH féminin ne fait pas exception.

Sentiment amoureux et sentiment d'insécurité affective

La perception de l'amour augmente avec la durée de la relation de couple (Sprecher, 1999). En revanche, des comportements motivés par le DS sont moins fréquents dans les relations plus établies (Sprecher et Regan, 1998). Le phénomène intéressant dans les couples de longue durée n'est pas le DSH intrinsèquement, mais plutôt la disparité qui l'accompagne. Une dynamique conjugale est souvent observable avec d'un côté le partenaire sans DSH considéré comme ayant les plus grands besoins sexuels, et de l'autre le partenaire avec DSH ayant les plus grands besoins affectifs et jouant le rôle de la personne inadéquate au niveau sexuel (Clement, 2002 ; Tremblay, 1995).

Sentiment de culpabilité

Le sentiment de culpabilité peut être du à la transmission intergénérationnelle des stéréotypes sexuels (Firestone, 1990) ou encore des mythes et fausses croyances précédemment cités. Certaines femmes viennent à croire qu'elles retirent de la relation sexuelle un plaisir auquel elles n'ont pas droit. Il n'est pas rare de retrouver associées à ce sentiment des cognitions du type « Une femme bien répond aux initiatives sexuelles de son partenaire mais ne doit pas manifester ses propres envies sexuelles ». Pour d'autres, il faudra d'abord terminer toutes tâches liées au ménage, aux enfants... avant de pouvoir s'accorder du plaisir sans sentiment de culpabilité.

Sentiment de répugnance

Soit c'est le partenaire qui suscite le dégoût en lien avec une hygiène peu adéquate ou des attitudes inappropriées (blagues vulgaires, touchers invasifs, grossièreté, agressivité, etc.), soit c'est la sexualité elle-même qui dégoûte la femme. Les odeurs sexuelles, les gémissements érotiques ou les organes génitaux sont perçus comme répugnants. De plus, il existe également des aversions spécifiques, telles que des phobies du sperme par exemple.

Sentiment de crainte et d'anxiété

Les sources d'anxiété sont multiples et résultent de plusieurs facteurs. Fréquemment, on retrouve la peur d'une grossesse non désirée ou la peur de contracter une IST. Malgré une large diffusion des moyens contraceptifs, une certaine préoccupation reste observable et cela même pour les plus jeunes générations (Bajos et al., 2008). La crainte et l'anxiété peuvent également être la conséquence d'une conception trop perfectionniste de la sexualité. La femme ne se sent pas à la hauteur d'un idéal très élevé de ce qui (selon elle) devrait être une sexualité parfaite. Elle craint de ne pas jouir, de ne pas donner assez de plaisir à son partenaire, etc. Les sentiments de crainte et d'anxiété sont très fréquemment associés à un DSH (Kaplan, 1979, cité par Stuart et al., 1987). Remarquons qu'à l'inverse, Katz et Jardine (1999) ne démontrent pas ce lien dans une population non clinique d'étudiants.

Sentiment de colère

L'impact de la colère sur le fonctionnement sexuel n'a été que très faiblement étudié. Yates et al. (1984) ont cherché le lien entre le sentiment de colère et l'excitation sexuelle déviante. Leur recherche a montré que cette émotion peut faciliter l'excitation sexuelle. À l'inverse, Bozman et Beck (1991) ont rapporté que la colère diminue le désir et l'excitation. Une minorité de femmes peuvent éprouver du DS lors de conflits ou en ressentant des émotions négatives vis-à-vis du partenaire, au contraire, pour la majorité d'entre elles, le ressentiment vis-à-vis du conjoint inhibe l'envie de faire l'amour. La colère, frustration, rancœur, animosité ou l'hostilité envers les hommes en général ou le partenaire en particulier affectent négativement le souhait d'engager des relations intimes.

Facteurs comportementaux

Il ne faut pas oublier que le fonctionnement sexuel ne se limite pas qu'au cerveau. On fait aussi l'amour avec son corps. Nos mouvements, nos actions, nos faits et gestes sont autant de comportements qui influencent considérablement le succès ou l'échec de l'expérience sexuelle. Les succès augmenteront l'envie de recommencer tandis que des échecs répétitifs inhiberont le DS. Certains comportements renforceront l'envie de faire l'amour tandis que d'autre vont l'inhiber.

Stratégies d'évitement

Les stratégies d'évitement sont utilisées très fréquemment en cas de DSH. Celles-ci ont pour objectif, plus ou moins conscient, de diminuer les possibilités d'interaction sexuelle et ainsi le sentiment de malaise qui y est associé (McCarthy, 1984 ; Trudel et al., 2000). Ce comportement est observable chez les deux sexes mais, d'après Schover et LoPiccolo (1982), se manifeste davantage chez la femme. Logiquement, plus la femme évite les interactions sexuelles, plus la pression du partenaire augmente, plus l'enjeu devient important et plus l'échec est retentissant. Et cela ne fait que renforcer son envie de fuir les occasions de rapprochement sexuel. À court terme, l'évitement apporte du soulagement à la femme. À long terme, il aggrave la situation.

Acceptation de relation sexuelle sans DS

De manière surprenante, l'étude de Stuart et al. (1987) indique que 68 % des participantes avec DSH de leur échantillon étaient plus enclines que celles sans DSH à répondre positivement à une demande de leur partenaire pour éviter de les blesser. Cette attitude pleine de bonnes intentions produit l'effet inverse de celui attendu. En effet, le comportement qui consiste à accepter à répétition des relations sexuelles non désirées, entraîne souvent un rejet total de la sexualité dyadique à moyen terme.

Manque ou absence de réceptivité

La réceptivité a été conceptualisée notamment par Basson (2008). Elle peut se définir comme étant la capacité d'une femme à recevoir, accepter et érotiser le DS masculin. Il s'agit non seulement d'accueillir à la fois physiquement le sexe masculin en elle mais aussi de symboliquement interagir avec la sexualité de l'homme. Avec cette énergie érotique masculine, la femme réceptive peut choisir de la stimuler, la susciter, l'initier, la diriger, la canaliser ou la transformer par divers comportements réceptifs. La réceptivité sexuelle féminine est un processus cognitif, émotif, comportemental et physiologique qui n'est nullement inactif mais, au contraire, très interactif. Il ne s'agit donc pas de la confondre avec une simple réception mécanique de la relation sexuelle. Or, certaines femmes ont peu ou pas développé leur réceptivité sexuelle proactive et fonctionnent uniquement dans un mode passif. Elles attendent de l'homme qu'il soit toujours celui qui agisse, qui les stimule, qui les excite.

Détachement lié à la routine

Selon Trudel et al. (2003), l'effet d'habituation qui s'installe avec la durée du couple influence le DS. Leiblum et Rosen (1988) remarquent également, dans les relations de longue durée, l'impact de la routine sur la diminution du DS. Poudat et Jarousse (1989) évoquent, quant à eux, la lassitude et la banalisation pouvant apparaître à long terme. Les couples développent des rituels amoureux et sexuels qui peuvent sombrer dans des automatismes trop familiers et prévisibles. Pourtant, idéalement, la vie devrait être une imbrication de routine et de créativité. Certes, une créativité permanente serait épuisante et insupportable, mais un excès de routine supprime tout élan vital et débouche sur une sorte de momification érotique.

Focalisation sur les zones érogènes

La rencontre entre deux êtres débute très souvent par une découverte sensorielle. La sensualité permet aux corps de s'apprivoiser, de trouver un rythme harmonieux, de communiquer de la tendresse et de l'amour, de transmettre son besoin d'intimité et de rapprochement. Ces échanges sensoriels permettent aux couples de se connaître de mieux en mieux, d'être sensible à l'autre, à son grain de peau, à son odeur, à sa façon de réagir. Le risque est que, parfois, au fil du temps, la sexualité du couple s'éloigne de cette sensualité globale indispensable à l'éveil du DS pour se focaliser progressivement sur la génitalité. Dans ce cas, il y a oubli des sens et précipitation sur les zones sexuelles primaires (verge, vulve, vagin, seins, fesses). Fréquente chez l'homme, cette évolution vers la sexualité génitale convient moins à la femme qui a souvent besoin de passer par la sensualité avant de poursuivre vers la sexualité. La femme finit alors souvent par éprouver une véritable allergie érotique aux approches trop directes de l'homme vers ses zones sexuelles primaires.

Faible fréquence des relations sexuelles

Les couples ont tendance à s'aligner à la longue, dans leur comportement sexuel, sur le DS du partenaire le moins demandeur (Clement, 2002). Cependant, moins on fait l'amour, moins on éprouve l'envie de le faire. C'est vrai pour la sexualité, comme pour le sport ou d'autres comportements humains qui, sans une certaine fréquence, perdent de leur attrait.

Facteurs environnementaux

Parler du DS et de son hypoactivité dans une relation de couple impose que l'on s'attarde à l'organisation de l'intimité dans le contexte relationnel des couples, surtout ceux de longues durées.

Surinvestissement des secteurs extraconjugaux

Le DSH peut être lié à un surinvestissement des secteurs extraconjugaux. La situation peut être problématique si un ou les deux membres du couple consacre un grand

investissement de temps et d'attention pour son travail, son hobby, son sport, ses amis, etc. Par ailleurs, la société valorise énormément l'investissement dans des activités à forte valeur sociale (Lopès et Poudat, 2007) comme faire une carrière prestigieuse, posséder une belle maison, s'occuper de ses parents âgés, etc. En outre, la naissance d'un enfant chamboule la plupart des couples et il a été démontré une corrélation négative entre DS et présence d'enfants en bas âge (Mitchell et al., 2009). Ce n'est pas seulement que les parents surinvestissent leur rôle parental et négligent leur rôle d'amants, mais surtout qu'un épuisement physique et psychique accompagne la parentalité.

Relation de couple boiteuse

De multiples recherches (Donahey et O'Carroll, 1993 ; Schiavi et al., 1992 ; Stuart et al., 1987 ; Trudel et al., 1993 ; Trudel, 1992) établissent clairement le lien entre problèmes conjugaux et DSH. Il nous paraît cependant essentiel de souligner que toutes ces études ne permettent pas de conclure que ces difficultés relationnelles sont apparues comme un effet de la dysfonction sexuelle ou, au contraire, qu'elles en sont responsables. Tremblay (1995) suggère que le développement du trouble sexuel chez ces couples serait simultané à la dégradation de leur relation.

Mauvaise gestion de l'intimité

Diverses études (Girardin et al., 2005 ; Widmer et al., 2004) montrent que la manière dont les couples gèrent leur rapport à l'environnement est variable. Certains auteurs (Fish et al., 1984 ; Schwartz et Masters, 1988 ; Talmadge et Talmadge, 1986) affirment que la différence de DS est l'indice d'une faible intimité entre les deux conjoints. La sexualité dans un couple est généralement considérée comme l'expression physique d'un lien affectif. Alors, dans le cas où une certaine proximité affective ne peut être supportée pour diverses raisons par un ou les deux partenaires, un DSH apparaît comme un moyen efficace pour créer et maintenir toute la distance dont ils ont besoin. Dans une seconde perspective, des études de Desjardins et Henrichon (1983) mettent l'accent sur la tendance du DS à créer un effet de symbiose avec la personne convoitée, et cette trop grande proximité annihilerait à long terme le DS. La fusion serait alors à long terme le pire ennemi du désir et de l'amour. Ainsi, un juste équilibre entre la distance et la proximité est primordial à chaque membre du couple et c'est à eux de l'établir en tenant compte des limites et des besoins de chacun.

Mauvaise communication dans le couple

Dans l'une de leurs études, Trudel et al. (2001) rapportent que les couples identifiaient la mauvaise communication dans leur couple comme un des principaux facteurs du DSH féminin. Il semble donc essentiel de communiquer au partenaire ce qui nous plait afin de l'amener à participer activement à la réalisation de l'épanouissement sexuel et émotif des deux individus.

Stimulation non-adéquate du partenaire

L'inexpérience ou le manque de compétences du partenaire (Lopiccolo et Friedman, 1988 ; Poudat et Jarousse, 1989) peuvent avoir un effet inhibiteur du DS. En effet, le DS est en partie alimenté, selon un processus circulaire (Basson, 2008), par la satisfaction sexuelle retirée d'un rapport réussi. Des caresses maladroites, des gestes trop directs ou des préliminaires bâclés ou excessifs contribuent à une insatisfaction grandissante.

Faible attraction dans le couple

Plusieurs auteurs (McCarthy, 1992 ; Stuart et al., 1987 ; Trudel, 1991) mentionnent le peu d'attractivité du partenaire pour expliquer (en partie) un faible DS. Tous les humains possèdent des « codes d'attraction sexuelle » qui permettent de décrypter ce qui est désirable chez un(e) partenaire sexuel(le) potentiel(le). Cela permet d'identifier les partenaires idéaux et les types d'activités, de relations et de rôles sexuels qu'ils adopteront ensemble. L'excitation sexuelle provient de l'association d'une sensation et d'une cognition répertoriées dans la mémoire. Donc, si une personne est face à quelqu'un ne correspondant en aucun point à ses « codes d'attraction sexuelle », son DS et son excitation risquent d'être inexistants (Chatton et al., 2005).

Présence d'une autre dysfonction sexuelle

Une dysfonction sexuelle féminine ou masculine peut être à la base du DSH féminin. En effet, un désintérêt progressif pour les relations sexuelles peut s'installer si une ou plusieurs co-morbidités persistent (Clayton, 2007). Par exemple, l'éjaculation prématurée ou les dysfonctions érectiles du conjoint rendent les rapports sexuels moins motivants. De la dyspareunie ou l'absence d'orgasme diminuent le plaisir de la femme. Il peut en résulter une perte d'intérêt pour les activités sexuelles et une diminution de l'envie de les initier.

Influences sociales

Plusieurs auteurs (Simon et Gagnon, 1987) estiment que la sexualité humaine (et ses dysfonctions) est fortement influencée par l'environnement culturel et social. Mentionnons que dans plusieurs cultures il est socialement admis que les femmes n'ont pas de DS. Les envies sexuelles sont alors considérées comme exclusivement masculines. Aujourd'hui, en Occident, le DS réciproque et le consentement mutuels sont devenus la nouvelle norme. Il reste que la femme devrait satisfaire sexuellement son partenaire, mais a contrario, une femme qui s'intéresse trop à la sexualité est mal perçue dans son environnement (Trudel et al., 2003). Il existe donc des familles, des milieux socioculturels ou des groupes religieux où la sexualité féminine est plus ou moins valorisée et trouve un épanouissement variable. Dans un même couple, on peut retrouver des personnes qui ont été éduquées avec des valeurs et des éthiques sexuelles radicalement différentes. Cela pose alors un problème d'adaptation à l'autre. Par ailleurs, l'environnement

socioéconomique peut être défavorable au DS. Devoir vivre dans des conditions de précarité, dans un endroit insalubre ou dans une habitation surpeuplée ne favorise pas l'intimité et l'émergence du DS à long terme.

Conclusion

Cette étiologie en cinq axes permet aux cliniciens d'évaluer l'ensemble des éléments responsables du DSH. Ce modèle a pour ambition de favoriser le repérage des éléments dysfonctionnels responsables de l'apparition et du maintien d'un DSH. Ainsi, le professionnel pourra cibler son traitement en fonction d'une anamnèse attentive au caractère multifactoriel du DSH.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

Ackard DM, Kearney-Cooke A, Peterson CB. Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. Sex Behav 2000;28(4):422—9.

Andersen BL, Anderson B, et deProsse C. Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: I. Sexual functioning outcomes. J Consult Clin Psychol 1989;57(6):692—7.

Andersen BL, Cyranowski JM. Women's sexual selfschema. J Pers Soc Psychol 1994;67:1079—100.

Arnett JL, Prosen H, Toews JA. Loss of libido due to stress. Medical aspects of human sexuality 1986;15:73—83.

Arnow BA, Millheiser L, Garrett A, Lake Polan M, Glover GH, Hill KR, et al. Women with hypoactive sexual desire disorder compared to normal females: a functional magnetic resonance imaging study. Neuroscience 2009;158(2):484—502.

Bajos N, Bozon M, Beltzer N, Spira A. Enquête sur la sexualité en France : pratiques genre et santé. Paris: Broché; 2008.

Baker C. A cognitive-behavioural model for the formulation and treatment of sexual dysfunction. In: Ussher J, Baker C, editors. Psychological perspectives on sexual problems: new directions in theory and practice. London: Routledge; 1993. p. 110—128.

Baker CN. Images of women's sexuality in advertisements: a content analysis of Black- and White-oriented women's and men's magazines. Sex Roles 2005;52(1—2):13—27.

Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. J Consult Clin Psych 1986;54:140—8.

Basson R. Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. Int J Impot Res 2008;20(5):466—78.

Basson R, Rees P, Wang R, Montejo AL, Incrocci L. Sexual function in chronic illness. J Sex Med 2010;7(1):374—88.

Beck AT. Love is never enough. New York: Harpeer and Row; 1988.

Bensussan P. Marital rape according to French law: desire, need and consent. Sexol 2009;18(3):218—24.

Berman L, Berman J, Miles M, Pollets D, Powell JA. Genital self-image as a component of sexual health: relationship between genital self-image, female sexual function, and quality of life measures. J Sex Marital Ther 2003;29(1):57—67.

Bozman A, Beck J. Covariation of sexual desire and sexual arousal: The effects of anger and anxiety. Arch Sex Behav 1991;20:47—60.

Bretschneider JG, Mc Coy NL. Sexual interest and behavior in healthy 80 to 102 years old. Arch Sex Behav 1988;17:109—29.

Camacho M, Reyes-Ortiz CA. Sexual dysfunction in the elderly: age or disease? Int J Impotence Res 2005;17:52—6.

Carlson EB. Trauma assessments: a clinician guide. New York: Guilford Press; 1997.

Chatton D, Desjardins JY, Desjardins L, Tremblay M. La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. Psychother 2005;25(1):3—19.

Clayton AH. Epidemiology and neurobiology of female sexual dysfunction. J Sex Med 2007;4(Suppl4):260—8.

Clement U. Sex in long-term relationships: a systemic approach to sexual desire problems. Arch Sex Behav 2002;31(3):241—6.

Colson MH. Les femmes face à la dysfonction érectile : problèmes d'homme, regards de femme. Prog Urol 2005;15:710—6.

De Sutter P. La sexualité des gens heureux. Paris: Ed. les arènes; 2009.

Delamater JD, Sill M. Sexual desire in later life. J Sex Med Res 2005;42:138—49.

Dennerstein L, Lehert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopause transition. Fertil Steril 2005;84:174—80.

Desjardins JY, Henrichon D. Le désir sexuel. Texte du département de sexologie. Uqam; 1983.

Donahey KM, O'Carroll RA. Gender differences in factors associated with hypoactive sexual desire. J Sex Marital Ther 1993;19(1):25—40.

Firestone RW. Voices during sex: application of voice therapy to sexuality. J Sex Marital Ther 1990;16(4):258—74.

Fish LS, Fish RC, Sprenkle DH. Treating inhibited sexual desire: a marital therapy approach. Am J Fam Ther 1984;12(3):3—12.

Fobair P, Spiegel D. Concerns about sexuality after breast cancer. Cancer J 2009;15(1):19—26.

Girardin KM, Widmer E, Kellerhals J, Levy R. Styles of conjugal interaction, socialisation, conjugal network and problems of intimacy: a sociological approach to problems of conjugal intimacy. Sexologies 2005;14(51):25—40.

Gitlin MJ. Effects of depression and antidepressants on sexual functioning. Bull Menninger Clin 1995;59(2):232—48.

Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? J Sex Med 2006;3:589—95.

Hubin A, De Sutter P. Reynaert C. L'utilisation de textes érotiques dans l'éveil du désir sexuel féminin. Real Gynecol Obstet Suppl Sexol 2008;134:46—9.

Hubin A, Defeldre AC, De Sutter P, Bonhomme E, Reynaert C. (submitted). Increase the sexual desire by the reading: Links between feminine sexual desire, fantasies and specific erotic texts.

Johannes CB, Clayton AH, Odom DM, Rosen RC, Russo PA, Shifren JL, et al. Distressing sexual problems in United States women revisited: prevalence after accounting for depression. J Clin Psychiatry 2009;70(12):1698—706.

Kaplan HS. Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. New York: Brunner-Mazel; 1979, Cité dans Stuart FM, Hammond DC, Pett MA. Inhibited sexual desire in women. Arch Sex Behav1987;16:91-106.

Karabulut N, Erci B. Sexual desire and satisfaction in sexual life affecting factors in breast cancer survivors after mastectomy. J Psychosoc Oncol 2009;27(3):332—43.

Katz RC, Jardine D. The relationship between worry, sexual aversion, and low sexual desire. J Sex Marital Ther 1999;25(4): 293—6.

Kingsberg SA, Simon JA, Goldstein I. The current outlook for testosterone in the management of hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. J Sex Med 2008;2(5):182—93.

Laan E, Everaerd W, van der Velde J, Geer JH. Determinants of subjective experience of sexual arousal in women: feedback from genital arousal and erotic stimulus content. Psychophysiol 1995;32(5):444—51.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 1999;281:357—444.

Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40—80 years: prevalence and correlates identified in the Global Study of sexual attitudes and behaviours. Int J Impotence Res 2005;17:39—57.

Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. Clin Psychol Rev 2009;29(7):573—85.

Le Deun P, Gentric A. Le vieillissement réussi. Définitions, stratégies préventives et thérapeutiques. MT 2007;13:3—15.

Leiblum SR, Rosen RC. Sexual desire disorders. In: Leiblum SR, Rosen RC, editors. Sexual desire disorders. New York: Guilford Press; 1988, 446—458.

Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. N eng J med 2007;357:762—4.

Lipoovsky JA. Assessment and treatment of post-traumatic stress disorder: child survivor of several assaults. In: Foy DW, editor. Treating PTSD: cognitive-behavioral strategies. New York: Guilford Press; 1992. p. 127—164.

Lopès P, Poudat FX. Le manuel de sexologie. Paris: Masson; 2007.

Lopiccolo J, Friedman JM. Broad spectrum treatment of low sexual desire: integration of cognitive, behavioral and systemic therapy. In: Leiblum SR, Rosen RC, editors. Sexual desire disorders. New York: Guilford Press; 1988.

McCarthy B. Strategies and techniques for the treatment of inhibited sexual desire. J Sex Marital Ther 1984;10(2):97—104.

McCarthy B. A cognitive-behavioral approach to sex therapy. In: Freeman A, Simon KM, Beutler LE, Arkowitz H, editors. Comprehensive handbook of cognitive therapy. New York: Plenum; 1989. p. 435—447.

McCarthy B. Erectile dysfunction and inhibited sexual desire: cognitive-behavioral strategies. J Sex Educ Ther 1992;18:22—34.

McKenna KE. The neurophysiology of female sexual function. World J Urol 2002;20:93—100.

Meston CM, Frohlich PF. The neurobiology of sexual function. Arch Gen Psychiat 2000;57:1012—30.

Mitchell KR, Mercer CH, Wellings K, Johnson AM. Prevalence of low sexual desire among women in Britain: associated factors. J Sex Med 2009;6(9):2434—44.

Mulligan T, Katz G. Erectile failure in the aged: evaluation and treatment. J Am Geriatr Soc 1988;36:54—62.

Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, et al. Sexual behaviour and sexual dysfunctions after age 40: the Global Study of sexual attitudes and behaviours. Urology 2004;64:991—7.

Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Brock G, King R, Gingell C. Sexual activity sexual disorders and associated help-seeking behavior among mature adults in five anglophone countries from the Global Survey of sexual attitudes and behaviors (GSSAB). J Sex Marital Ther 2006;32(4):331—42.

Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction. J Sex Res 2006a;43:68—75.

Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Emotions during sexual activity: differences between sexually functional and dysfunctional men and women. Arch Sex Behav 2006b;35:8—15.

Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Questionnaire of cognitive schema activation in sexual context: a measure to assess cognitive schemas active in unsuccessful sexual situations. J Sex Res 2009;46(5):425—37.

Nutter DE, Condron MK. Sexual fantasy and activity patterns of females with inhibited sexual desire versus normal controls. J Sex Marital Ther 1983;9:276—82.

Panay N, Al-Azzawi F, Bouchard C, Davis SR, Eden J, Lodhi I, et al. Testosterone treatment of HSDD in naturally menopausal women: the ADORE study. Climacteric 2010;13(2):121—31.

Pasini W. Eloge de l'intimité. Paris: Payot; 2002.

Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. J Sex Med 2010;7(1):136—42.

Pfaus JG. Pathways of sexual desire. J Sex Med 2009;6(6):1506—33.

Poudat FX, Jarousse N. Analyse comportementale de l'inhibition du désir sexuel. Contraception, fertilité, sexualité 1989;17:925—30.

Prause N, Janssen E, Hebrick PW. Attention and emotional responses to sexual stimuli and their relationship to sexual desire. Arch Sex Behav 2008;37(6):934—49.

Rauch SL, Shin LM, Dougherty DD, Alpert NM, Orr SP, Lasko M, et al. Neural activation during sexual and competitive arousal in healthy men. Psychiat Res 1999;91(1):1—10.

Renard K, Senterre C, de Smet P, Piette D. État des lieux des activités d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire en Communauté française de Belgique : enquête quantitative auprès des jeunes. Département d'épidémiologie et de promotion de la santé, unité de promotion, éducation santé (ULB-PROMES), université Libre de Bruxelles, Bruxelles ; 2003.

Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. Aging 1998;10:142—4.

Rowland DL. Neurobiology of sexual response in men and women. CNS Spectr 2006;11:6—12.

Sbrocco T, Barlow DH. Conceptualizing the cognitive component of sexual arousal: implications for sexuality research and treatment. In: Salkovskis P, editor. Frontiers of cognitive therapy. New York: Guilford; 1996, p 419-449.

Schiavi RC, Karstaedt A, Schreiner-Engel P, Mandeli J. Psychometric characteristics of individuals with sexual dysfunction and their partners. J Sex Marital Ther 1992;18:219—30.

Schover LR, LoPiccolo J. Treatment effectiveness for dysfunctions of sexual desire. J Sex Marital Ther 1982;8(3):179—97.

Schwartz MF, Masters WH. The Masters and Johnson Institute Treatment Model. In: Leiblum SR, Rosen RC, editors. Sexual Desire Disorders,. New York: Guilford Press; 1988, 229-242.

Simon W, Gagnon JH. A sexual script approach. In: Geer JH, O'Donohue WT, editors. Theories of human sexuality behavior, 30; 1987, 177-219.

Spira A, Bajos N, le groupe ASCF. Les comportements sexuels en France. Paris: Broché; 1993.

Sprecher S. I love you more today than yesterday: romantic partners' perceptions of changes in love and related affect over time. J Pers Soc Psychol 1999;76:46—53.

Sprecher S, Regan PC. Passionate and companionate love in courting and young married couples. Sociol Inq 1998;68:163—85.

Stuart FM, Hammond DC, Pett MA. Inhibited sexual desire in women. Arch Sex Behav 1987;16:91—106.

Talmadge LD, Talmadge WC. Relational sexuality: an understanding of low sexual desire. J Sex Marital Ther 1986;12(1):3—21.

Trapnell PD, Merston CM, Gorzalka BB. Spectatoring and the relationship between body image and sexual experience: self-focus or self-valence? J Sex Res 1997;34(3):267—78.

Tremblay S. La différence du désir dans un couple ; un problème d'intimité ou de pouvoir. Rev Sexol 1995;3(1):95—112.

Trudel G. A review of psychological factors in low sexual desire. Sexual Marital Ther 1991;6:261—72.

Trudel G. Troubles du désir sexuel. In: Ladouceur R, Fontaine O, Cottraux J, editors. Thérapie comportementale et cognitive. Paris: Masson; 1992.

Trudel G, Boulos L, Matte B. Dyadic adjustement couples with hypoactive sexual desire. J Sex Educ Ther 1993;21(3): 210—6.

Trudel G, Turgeon L, Piché L. Marital sexual aspects of old age. Sexual Relationship Ther 2000;15(4):381—406.

Trudel G, Marchand A, Ravart A, Aubin S, Turgeon S. The effect of cognitive-behavioral group treatment on hypoactive sexual desire in women. Sexual Relationship Ther 2001;16(2): 145—64.

Trudel G, Aubin S, Ravart M. Utilisation de l'entraînement aux fantasmes sexuels dans le traitement de la baisse du désir sexuel. In: Trudel G, editor. La baisse du désir sexuel : méthode d'évaluation et de traitement. Paris: Masson; 2003. p. 174—184.

Tuiten A, Van Honk J, Koppeschaar H, Bernaards C, Thijssen J, Verbaten R. Time course of effects of testosterone administration on sexual arousal in women. Arch Gen Psychiatr 2000;57(2):149—53.

Weaver A, Byers SE. The relation among body image, body mass index, exercise and sexuality among heterosexual women. Psychol Women Quart 2006;30(4):333—9.

Widmer E, Kellerhals J, Levy R. Types of conjugal networks, conjugal conflict and conjugal quality. Eur Sociol Rev 2004;20(1):63—77.

Wiederman M, Hurst S. Physical attractiveness, body image and women's sexual self-shema. Psychol Women Quart 1997;21(4):567—80.

Wilson GD, Lang RJ. Sex differences in sexual fantasy patterns. Pers Indiv Differ 1981;2:343—6.

Yates E, Barbaree HE, Marshall WL. Anger and deviant sexual arousal. Behavior Ther 1984;15(3):287—94.

Yazbeck C. La fonction érotique après hytérectomie. Gynecol Obstet Fertil 2004;32(1):49—54.