



VERS L'ÉTABLISSEMENT
D'UN PROTOCOLE DE TRAITEMENT
DES DYSFONCTIONS SEXUELLES FÉMININES
PAR LE DÉVELOPPEMENT D'HABILETÉS ÉROTIQUES

Prise en charge inspirée de la thérapie Sexofonctionnelle

Amandine Edard

Date de soutenance : 14 décembre 2020

Thèse présentée en vue
de l'obtention du grade
de Docteur en Psychologie

Directeur de Thèse

Pr. Stéphane Rusinek – Université de Lille

Membres du jury

Pr. Lucia Romo-Desprez – Présidente du jury – Université Paris Nanterre

Pr. Pascal de Sutter – Université Catholique de Louvain

Dr. Claire Hofer (MCF-HDR) – Université de Lille

VERS L'ÉTABLISSEMENT
D'UN PROTOCOLE DE TRAITEMENT
DES DYSFONCTIONS SEXUELLES FÉMININES
PAR LE DÉVELOPPEMENT D'HABILETÉS ÉROTIQUES

RÉSUMÉ

Dans cette Thèse de Doctorat, nous avons souhaité mettre à jour les différentes habiletés érotiques favorables à la fonctionnalité sexuelle féminine, afin de tester un protocole de traitement des dysfonctions sexuelles féminines, basé sur le développement de ces habiletés. Ces dernières sont utilisées avec succès dans certaines thérapies sexuelles, telles que la thérapie Sexofonctionnelle ou l'approche Sexocorporelle. Pour cela, nous avons dans un premier temps, identifié les habiletés érotiques auprès d'une population de femmes satisfaites sexuellement en comparaison de femmes insatisfaites. Puis dans un deuxième temps, nous avons testé les liens entre ces habiletés et la fonctionnalité sexuelle, c'est-à-dire le fonctionnement et la satisfaction sexuelle, selon différentes méthodologies. Enfin, nous avons construit, puis testé avec de bons résultats, un protocole de traitement des dysfonctions sexuelles féminines basé sur le développement de ces habiletés érotiques.

SUMMARY

This Doctoral Thesis focuses on the exploration of the different erotic abilities that promote female sexual functionality, in order to test a treatment protocol for female sexual dysfunction based on the development of these abilities. The latter are successfully used in certain sexual therapies, such as Sexofunctional therapy or the Sexocorporal approach. To do this, first we identified erotic abilities in a population of sexually satisfied women compared to dissatisfied women. Then, we tested the links between these abilities and sexual functionality, i. e. sexual functioning and satisfaction, following to different methodologies. Finally, we constructed and then tested with good results, a treatment protocol for female sexual dysfunction based on the development of these erotic abilities.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé - Summary	5
Table des matières	7
Liste des figures et tableaux	16
Remerciements	19
INTRODUCTION GÉNÉRALE	21
<i>PARTIE THÉORIQUE</i>	29
CHAPITRE 1. LA SANTÉ SEXUELLE DES FEMMES	31
1. Développement du concept de santé sexuelle	34
2. Évolution de la conception de la réponse sexuelle féminine	35
3. Physiologie et psychologie de la réponse sexuelle féminine	41
3.1. Désir sexuel féminin	41
3.2. Excitation sexuelle féminine	43
3.3. Orgasme féminin	44
3.4. Résolution et satisfaction sexuelle féminine	45
CONCLUSION	46

CHAPITRE 2. LES PRINCIPALES DYSFONCTIONS SEXUELLES FÉMININES ET LEUR ÉPIDÉMIOLOGIE	49
1. Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme	51
1.1. Diagnostic	51
1.2. Épidémiologie du trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme	53
1.3. Épidémiologie du trouble « baisse du désir sexuel » féminin	53
1.4. Épidémiologie du trouble de l'excitation sexuelle chez la femme	55
2. Trouble de l'orgasme chez la femme	57
2.1. Diagnostic	57
2.2. Épidémiologie du trouble de l'orgasme chez la femme	58
3. Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration	59
3.1. Diagnostic	59
3.2. Épidémiologie	60
4. Facteurs influençant les dysfonctions sexuelles féminines (DSF)	62
4.1. Facteurs cognitifs susceptibles d'influencer les DSF	63
4.2. Facteurs comportementaux susceptibles d'influencer les DSF	65
4.3. Facteurs émotionnels susceptibles d'influencer les DSF	66
CONCLUSION	68

CHAPITRE 3. LES THÉRAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES HABITUELLES DANS LE TRAITEMENT DES DYSFONCTIONS SEXUELLES FÉMININES	71
1. Analyse fonctionnelle – bien comprendre le trouble sexuel	74
2. Les techniques TCC générales dans le traitement des dysfonctions sexuelles	77
2.1. L'information sexologique	78
2.2. L'auto-observation	78
2.3. L'exposition progressive	79
2.4. La désensibilisation en relaxation ou désensibilisation systématique	80
2.5. La restructuration cognitive	81
2.6. Le développement des fantasmes	82
2.7. La masturbation guidée ou dirigée	84
2.8. Les exercices de la musculature pubo-coccygienne	84
2.9. La création d'un climat relationnel positif	86
3. L'apport de l'entraînement à la pleine conscience dans le traitement des troubles sexuels féminins	87
3.1. Le <i>Sensate Focus</i>	88
4. La prise en charge TCC spécifique au trouble de l'intérêt et de l'excitation sexuels	90
4.1. Devenir un couple sexuel	95
5. La prise en charge TCC spécifique du trouble de l'orgasme	100
5.1. L'alignement coïtal	101
5.2. Autre technique de stimulation clitoridienne	101

5.3. La technique du <i>bridge</i>	102
5.4. Les programmes TCC pour le traitement du trouble de l'orgasme	103
6. La prise en charge TCC spécifique des douleurs associées à la sexualité	105
6.1. Prise en charge TCC des douleurs génitales	106
6.2. Prise en charge TCC du vaginisme	108
6.3. L'exposition <i>in vivo</i>	110
7. L'efficacité des TCC sur les troubles sexuels féminins	113
7.1. L'efficacité des TCC sur les troubles de l'intérêt et de l'excitation sexuels	115
7.2. L'efficacité des TCC sur le trouble de l'orgasme	116
7.3. L'efficacité des TCC sur le trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration	117
CONCLUSION	119
CHAPITRE 4. L'APPORT DES THÉRAPIES SEXUELLES	
– L'approche Sexocorporelle et la Thérapie Sexofonctionnelle –	121
1. L'approche Sexocorporelle	125
1.1. Les principes de l'approche Sexocorporelle	125
1.2. L'évaluation de la santé sexuelle	127
1.3. Les traitements des dysfonctions sexuelles selon l'approche Sexocorporelle	134
1.3.1. Le traitement Sexocorporel des troubles du désir sexuel	134

1.3.2.	Le traitement Sexocorporel de l’anorgasmie	136
1.3.3.	Le traitement Sexocorporel des dyspareunies	138
1.3.4.	Le traitement Sexocorporel du vaginisme	139
2.	La Thérapie Sexofonctionnelle (TSF)	140
2.1.	L’historique de la TSF	141
2.2.	Les dimensions de la fonctionnalité sexuelle	144
2.2.1.	La fonctionnalité sexuelle biologique	144
2.2.2.	La fonctionnalité sexuelle personnelle	144
2.2.3.	La fonctionnalité sexuelle relationnelle	146
2.2.4.	La fonctionnalité sexuelle sociale	146
2.3.	L’évaluation sexoclinique	147
2.4.	Le traitement des dysfonctions sexuelles selon l’approche Sexofonctionnelle	148
2.4.1.	La TSF des troubles sexuels féminins – Généralités	149
2.4.2.	La TSF des troubles sexuels féminins – Spécificités	152
	CONCLUSION	154
	CONCLUSION PARTIE THÉORIQUE	157

CHAPITRE 5. ÉTUDE EXPLORATOIRE DES HABILITÉS ÉROTIQUES EN JEU DANS LA PRATIQUE SEXUELLE DES FEMMES

– Étude qualitative auprès d’une population de femmes satisfaites sexuellement versus non satisfaites –

	165
1. Introduction	170
2. Méthode	172
2.1. Recrutement et participantes	172
2.2. Procédure	173
2.3. Mesure	174
3. Résultats	175
3.1. Durant les préliminaires	175
3.2. Lors de la pénétration phallo-vaginale	177
3.3. Pendant les auto-stimulations	178
4. Discussion	179
CONCLUSION	181

CHAPITRE 6. ÉVALUATION DES HABILITÉS ÉROTIQUES DES FEMMES DURANT L'ACTIVITÉ SEXUELLE – Étude comparative entre des populations de femmes satisfaites sexuellement versus insatisfaites et considérant avoir une difficulté sexuelle versus pas de difficulté –	183
1. Introduction	188
1.1. Facteurs cognitifs et fonctionnalité sexuelle	189
1.2. Facteurs comportementaux et fonctionnalité sexuelle	190
1.3. Facteurs émotionnels et fonctionnalité sexuelle	190
2. Méthode	192
2.1. Participantes	192
2.2. Recrutement et procédure	193
2.3. Mesures	193
3. Résultats	194
3.1. Analyse descriptive	194
3.2. Analyses statistiques	195
4. Discussion	199
CONCLUSION	202

CHAPITRE 7. USE OF EROTIC ABILITIES IN SEXUALLY FUNCTIONAL AND DYFUNCTIONAL WOMEN

– Comparative study and correlation with sexual awareness and sexual assertiveness –	205
1. Introduction	211
1.1. Cognitive factors influencing women sexual functioning	213
1.2. Behavioral factors influencing women sexual functioning	214
1.3. Emotional factors influencing women sexual functioning	215
2. Method	216
2.1. Recruitment and participants	216
2.2. Measures	217
3. Results	220
3.1. Descriptive analyses	220
3.2. Statistical analyses	220
4. Discussion	224
CONCLUSION	227

CHAPITRE 8. ÉVALUATION D'UN PROTOCOLE DE TRAITEMENT DES DYSFONCTIONS SEXUELLES FÉMININES	
– Étude de cas dans une population clinique –	229
1. Introduction	231
2. Méthode	236
2.1. Participantes	236
2.2. Procédure	239
2.3. Mesures	240
2.4. Intervention	245
3. Résultats	248
4. Discussion	259
 CONCLUSION	 262
 DISCUSSION GÉNÉRALE	 265
 LISTE BIBLIOGRAPHIQUE	 277
 ANNEXES	 315

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Fig. 1	Modèle linéaire de la réponse sexuelle humaine, d'après Master et Johnson (1966)	36
Fig. 2	Modèle circulaire de la réponse sexuelle féminine, développé par Whipple et Brash-McGreer (1997)	37
Fig. 3	Modèle circulaire de la réponse sexuelle féminine, développé par Basson (2001)	38
Fig. 4	Modèle circulaire de la réponse sexuelle féminine, développé par Basson (2005)	40
Fig. 5	Analyse fonctionnelle d'une patiente avec trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle	76
Fig. 6	Représentation des muscles pubo-coccygiens	85
Fig. 7	Modèle de santé sexuelle, représenté en arbre, académie du Sexocorporel	128
Fig. 8	Les habiletés érotiques favorisant la fonctionnalité sexuelle humaine	160
Fig. 9	Evaluations avant et après traitement au FSFI, SAQ et questionnaire d'habiletés érotiques pour la patiente 1 – Jo	249
Fig. 10	Evaluations avant et après traitement au FSFI, SAQ et questionnaire d'habiletés érotiques pour la patiente 2 – Meg	252
Fig. 11	Evaluations avant et après traitement au FSFI, SAQ et questionnaire d'habiletés érotiques pour la patiente 3 – Beth	255
Fig. 12	Evaluations avant et après traitement au FSFI, SAQ et questionnaire d'habiletés érotiques pour la patiente 4 – Amy	258

Tab. 1	Protocole de traitement par PC du trouble de l'intérêt et de l'excitation sexuels, développé par Paterson, Handy et Brotto (2016)	96
Tab. 2	Typologie des Modes d'Excitation Sexuelle en Sexocorporel, développé par Sebille et Legall (2015)	132
Tab. 3	La fonctionnalité sexuelle – Evolution de la tension sexuelle et de ses corollaires, développé par de Carufel (2005)	147
Tab. 4	Plan de traitement général des dysfonctions sexuelles féminines, inspiré par de Sutter et Doyen (2015)	151
Tab. 5	Mean equivalence between female with 'no satisfaction', 'low satisfaction', 'some satisfaction' and 'great satisfaction' at erotic abilities	197
Tab. 6	Mean equivalence between erotic abilities at female sexual satisfaction	197
Tab. 7	Mean equivalence between female 'without sexual difficulties' and 'with sexual difficulties' at erotic abilities	198
Tab. 8	Mean equivalence between erotic abilities at female sexual difficulties	198
Tab. 9	Mean equivalence between female without and with sexual dysfunction	221
Tab. 10	Mean equivalence between female without and with sexual dysfunction at sexual functioning, FSFI, erotic abilities, and sexual awareness, SAQ	222
Tab. 11	Items classés du questionnaire d'habiletés érotiques	244
Tab. 12	Synthèse du protocole de traitement en huit étapes, basé sur le développement des habiletés érotiques	247

REMERCIEMENTS

Je tiens avant tout à faire part de ma gratitude à mon directeur de Thèse, le professeur Stéphane Rusinek pour la confiance et l'accompagnement qu'il a porté à mon travail, tout au long de ce processus de Thèse. Je suis évidemment très reconnaissante envers le professeur Lucia Romo-Desprez et le docteur Claire Hofer qui ont accepté de faire partie des membres du jury.

Un grand merci au professeur Pascal de Sutter pour sa disponibilité, et sans qui je ne me serai jamais lancée dans ce projet. Un grand merci également au docteur François de Carufel pour ses encouragements et les échanges passionnants, qui ont ponctué tout le parcours de ce travail.

Je souhaite également remercier le docteur Françoise Adam pour sa participation et son aide pour la rédaction de cette Thèse, et toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à ce projet. Je pense notamment à madame Nathalie Dessaux pour son soutien et la confiance qu'elle me témoigne, au professeur Céline Douilliez pour ses remarques encourageantes, et à madame Lise Desjardins pour ses conseils, ainsi qu'à toutes les femmes qui ont participé à ces recherches et toutes les autres, bien sûr !

Enfin, je souhaite remercier ma famille au sens large, qui a été une source de soutien indéfectible et d'inspiration, et plus particulièrement mon père pour ses relectures consciencieuses, et bien sûr ma mère qui m'a souvent libéré de certaines obligations pour que je puisse travailler...

Pour terminer, merci à mon conjoint, Brice, qui me permet d'être qui je suis en toutes circonstances.

« La force explosive et absorbante du vagin est en continuité avec la mouvance et l'ampleur de la respiration. [...] La mobilité stimulante du vagin est soutenue et activée par la capacité de mouvoir tout leur bassin. [...] mouvoir son bassin et apprendre à se laisser mouvoir sous l'effet de l'excitation apporte souvent à la femme cette impression comblante d'activer pour elle-même une énergie vitale presque sans limite [...]. » (Crépault & Desjardins, 1978, p. 94)

INTRODUCTION GÉNÉRALE

A mesure que l'on s'élève dans l'échelle zoologique, on s'aperçoit que la sexualité est de moins en moins liée à une fonction strictement conceptive. En effet, l'être humain, comme certaines espèces animales dites « supérieures », semble s'être en partie débarrassé de ce qu'on appelle l'instinct sexuel, au profit de la recherche de plaisir (Wunsch, 2014). Pour l'humain, cela fut probablement favorisé par plusieurs éléments historiques, tels que l'accès à l'instruction, l'émancipation des femmes, l'amélioration de la qualité de vie, la montée du féminisme, puis le vote de lois concernant le divorce ou l'avortement, l'arrivée de la pilule contraceptive... permettant progressivement aux femmes d'affirmer leurs besoins, notamment dans le domaine de la sexualité. Actuellement, l'activité sexuelle est moins perçue comme une obligation, un devoir conjugal, que comme une activité de plaisir et de cohésion dans le couple.

Dans cette recherche d'épanouissement, de nombreuses femmes sont confrontées à un moment ou l'autre de leur vie à un besoin d'accroître leur plaisir, voire même à une dysfonction sexuelle. Dans ce contexte et pour répondre à une demande toujours plus importante de soins, certaines sexothérapies ont développé des modèles de compréhension et des outils thérapeutiques spécifiques à la prise en charge des troubles sexuels. Deux approches, dont les fondements consistent en une observation clinique rigoureuse de l'individu, ont particulièrement retenu notre attention. A l'instar de la médecine ou de la psychologie modernes, l'approche Sexocorporelle et la Thérapie Sexofonctionnelle proposent une conception impliquant une prise en compte globale de l'individu, sans séparer esprit et corps. Généralement discrète dans d'autres types de prise en charge, la principale innovation de ces courants tient dans la place donnée au corps, à la fois dans l'évaluation de la problématique du patient, autant que dans

l'utilisation du corps dans le traitement du trouble sexuel visé. Selon le modèle de la Thérapie Sexofonctionnelle (TSF), la fonctionnalité sexuelle regroupe le fonctionnement et la satisfaction sexuels. Ce modèle permet de placer les individus sur un continuum allant de la fonctionnalité à la dysfonctionnalité sexuelle, au regard de ce qui fonctionne pour cette personne dans ce contexte. Ainsi, la TSF pose l'hypothèse selon laquelle les individus développent plus ou moins d'habiletés érotiques, favorisant la fonctionnalité sexuelle. En adéquation avec une vision développementale de la sexualité, les apprentissages proposés dans les prises en charge Sexofonctionnelles améliorent ou développent les habiletés érotiques nécessaires au fonctionnement et à la satisfaction sexuels.

Dans cette recherche, nous avons souhaité mettre à jour les différentes habiletés érotiques favorables à la fonctionnalité sexuelle féminine, afin de proposer et de tester un protocole de traitement des dysfonctions sexuelles féminines par le développement d'habiletés érotiques.

Au cours des cinquante dernières années, la conception de la santé sexuelle et plus particulièrement de la réponse sexuelle ont beaucoup évolué. Concernant la femme, cette conception est passée d'un modèle physiologique séquentiel, indifférencié de la réponse sexuelle de l'homme (Master et Johnson, 1966), à un modèle plus complexe tenant compte des réponses psychoaffectives (Basson, 2005). Dans la partie théorique de cette Thèse, le premier chapitre sera consacré à l'évolution du concept de santé sexuelle, puis à celle du modèle de réponse sexuelle féminine, et à la description de chaque phase de cette réponse, d'un point de vue physiologique et psychologique. Pour conclure ce chapitre, nous verrons comment le terme de fonctionnalité sexuelle offre plus de souplesse, que celui de santé sexuelle.

Le deuxième chapitre proposera un aperçu des principales dysfonctions sexuelles féminines, de leurs prévalences actuelles et des facteurs considérés comme responsables de leur maintien.

D'un point de vue étiologique, les dysfonctions sexuelles semblent d'origine multifactorielle, ce qui est un argument en faveur d'une prise en charge multimodale. Dans cette perspective, nous décrirons dans le troisième chapitre, comment les Thérapies Cognitives et Comportementales ont fait la preuve de leur efficacité dans le traitement des dysfonctions sexuelles, par l'utilisation d'outils de psychothérapie générale et par le développement d'outils spécifiques aux troubles sexuels.

Avant de conclure notre partie théorique, nous présenterons dans un dernier chapitre, l'apport de l'approche Sexocorporelle et de la thérapie Sexofonctionnelle dans la compréhension de la sexualité féminine et le traitement de ses dysfonctions. Nous y décrirons les modèles théoriques, les grilles d'évaluation et les protocoles de traitement en fonction de chaque trouble sexuel féminin.

La partie empirique de ce travail de Thèse sera ensuite abordée dans les quatre chapitres suivants, sous forme d'article scientifique.

Le premier article est une recherche exploratoire, qui vise à identifier les habiletés érotiques utilisées par les femmes qui se considèrent satisfaites sexuellement, dans différentes situations érotiques et sexuelles.

Le deuxième article présente l'étude mettant à jour les différences dans l'utilisation des habiletés érotiques précédemment identifiées, entre les femmes satisfaites et insatisfaites sexuellement, ainsi qu'entre les femmes qui considèrent avoir une difficulté sexuelle et celles qui considèrent ne pas en avoir.

Selon une mesure objective et dans cette même perspective, le troisième article permettra de comparer les femmes fonctionnelles et les femmes dysfonctionnelles sexuellement, selon l'usage des habiletés érotiques identifiées dans le premier article. Des liens avec la conscience et l'assertivité sexuelles seront également présentés.

Enfin, sur la base de la littérature, des enseignements reçus et des précédentes études, le quatrième article propose un protocole de traitement basé sur le développement des habiletés érotiques chez les femmes dysfonctionnelles. Ce dernier chapitre constitue donc l'aboutissement de notre Thèse de Doctorat. Il évalue l'efficacité de ce protocole et l'intérêt d'intégrer le travail corporel en complément des techniques cognitives et comportementales classiques.

Ce document se termine par une conclusion générale, visant à rappeler le fil conducteur du travail, mettant en lumière les liens entre les habiletés érotiques mises en place par les femmes dans l'exercice de leur sexualité, et la fonctionnalité sexuelle. Rappelons que nous regroupons sous le terme « fonctionnalité sexuelle », le fonctionnement et la satisfaction sexuels, qui seront également mis en lien. L'objectif de cette conclusion sera également de proposer les pistes de futures recherches et l'amélioration de la prise en charge des troubles sexuels féminins.

PARTIE THÉORIQUE

CHAPITRE 1

LA SANTÉ SEXUELLE DES FEMMES

Tout comme certaines espèces animales dites « supérieures », l'être humain semble s'être débarrassé en partie, de ce que l'on appelle l'instinct sexuel, au profit de la recherche de plaisir (Wunsch, 2014). Plusieurs éléments historiques ont favorisé ce changement chez l'humain : l'accès généralisé à l'instruction, l'évolution des sciences, l'amélioration de la qualité de vie, la baisse de l'emprise de certaines religions, les lois concernant le divorce, ou encore l'avortement, l'arrivée de la pilule contraceptive... Ces éléments ont notamment donné la possibilité aux femmes d'affirmer leurs besoins dans le domaine de la sexualité. C'est ainsi qu'aujourd'hui, de nombreuses femmes cherchent légitimement, à s'épanouir sexuellement. Avec l'objectif d'aider ces femmes, il est devenu nécessaire de développer des modèles de compréhension de la réponse sexuelle féminine, une description des troubles sexuels féminins et de leur traitement. Ainsi, les connaissances de la physiologie de la sexualité féminine ont fait de grands progrès ces dernières années. De plus en plus de recherches s'intéressent aux aspects psychologiques accompagnant les changements physiologiques inhérents à l'activité sexuelle des femmes.

Conjointement au développement de la recherche sur la sexualité humaine, les concepts de santé et de médecine sexuelles ont vu le jour, c'est ce que nous verrons dans le premier paragraphe. Le second paragraphe s'intéressera aux changements et évolutions des modèles de réponse sexuelle féminine. Avant de conclure, nous aborderons chaque phase de la réponse sexuelle féminine et nous en détaillerons les aspects physiologiques et psychologiques.

1. Développement du concept de santé sexuelle

Après avoir antérieurement défini le concept de santé mentale, deux commissions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) se réunirent dans les années 1974-1975, afin de définir le concept de « santé sexuelle », tel que « la santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de l'être humain sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité, de la communication et de l'amour ». En proposant cette définition, l'OMS reconnaît explicitement que santé mentale et santé sexuelle, sont deux composantes distinctes de la santé humaine, mais implicitement qu'on peut être en santé ou malade dans le domaine de la sexualité. De manière concomitante, des travaux de recherche approfondis se sont développés, recueillant dans un premier temps des informations auto-rapportées (Kinsey, 1948 ; 1953), puis des observations quantitatives en laboratoire (Master et Johnson, 1970), en élaborant dans un second temps, des tentatives de traitement (Kaplan, 1979 ; Kolodny, Master et Johnson, 1979).

C'est en 1972 que Volkmar Sigusch, sexologue allemand, définit précisément cette nouvelle spécialité médicale académique, tout en déplorant que la majorité des facultés de médecine ne l'acceptent pas comme nouvelle discipline. La dénomination « Médecine Sexuelle » apparaît à ce moment-là. A la même période, par leurs activités pédagogique, clinique et scientifique et leur ouvrage « Introduction à la sexologie clinique » (1974), les Professeurs Georges Abraham et Willy Pasini permettent le développement de la médecine sexuelle sur le plan international.

La Médecine Sexuelle est définie aujourd'hui par l'*European Academy for Sexual Medicine* comme la branche de la Médecine qui concerne la sexualité humaine et ses troubles. Elle correspond à la branche médicale de la sexologie dont elle intègre les aspects humanistes

(Bianchi-Demicheli, 2016). La médecine sexuelle s'intéresse à la santé sexuelle, fondamentale pour l'équilibre physique et émotionnel des individus, des couples et des familles. Récemment, la santé sexuelle a été définie de manière globale, comme un « état de bien-être physique, mental et social en relation avec la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables, en toute sécurité, sans coercition, discrimination ou violence » (WHO, 2010 ; p.3). Ainsi, la médecine sexuelle se caractérise par une prise en charge médicalisée des troubles sexuels, dans une perspective pluridisciplinaire. Cette démarche nécessite une compréhension du fonctionnement de la réponse sexuelle.

2. Évolution de la conception de la réponse sexuelle féminine

La recherche sur la sexualité de la femme suscite encore de nombreuses questions tant sur le plan de la conceptualisation de la santé sexuelle féminine, que sur la classification des dysfonctions sexuelles ou encore, leur prise en charge. Ceci est soutenu par des différences importantes dans le vécu et la physiologie de la réponse sexuelle inter et intra-genre.

Pour les femmes, les études physiologiques ont été peu nombreuses avant les années 2000. L'essentiel de la recherche était représenté par des études épidémiologiques descriptives. Les premières publications marquantes ont été celles de Kinsey, en 1948 et 1953, avec des résultats épidémiologiques sur le comportement sexuel féminin et masculin, mais aussi une description des réactions sexuelles physiques et psychologiques. En 1966, Masters, gynécologue, et Johnson, psychologue, ont publié une étude anatomophysiologique des réactions sexuelles humaines, après observation clinique des comportements et enregistrement des variations anatomiques et physiologiques lors du coït et de l'auto-stimulation. Ils proposent un modèle

linéaire de réponse sexuelle féminine et masculine débutant par l'excitation sexuelle, suivie d'une phase de plateau de cette excitation aboutissant ou non à un orgasme, avant une phase de résolution durant laquelle les modifications physiologiques reviennent à la normale (Figure 1). Plus tard, Kaplan (1979), insiste sur l'acteur principal de la réponse sexuelle féminine : le désir, qu'elle placera comme phase initiale de ce modèle, encore aujourd'hui couramment utilisé en médecine sexuelle.

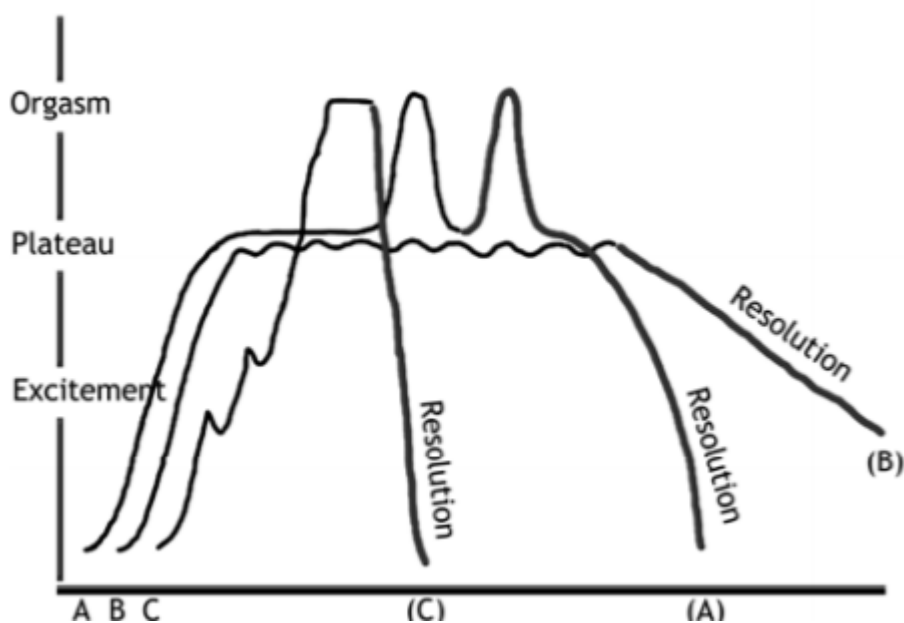


Figure 1. Modèle linéaire de la réponse sexuelle humaine, d'après Masters et Johnson (1966)

Ce modèle a montré un certain nombre de limites. Premièrement, il ne permet pas de mettre en lumière les différences entre les hommes et les femmes. Deuxièmement, il suffit d'interroger les femmes sur les raisons pour lesquelles elles ont une activité sexuelle, pour se rendre compte que ce n'est pas systématiquement, pour répondre à un désir sexuel (Mark et al., 2014 ; Meston et Buss, 2007 ; Patrick et Lee, 2010 ; Regan et Berscheid, 1996). Troisièmement, la pratique clinique a montré que rares sont les femmes qui vivent de manière séquentielle les différentes phases de cette conceptualisation (Whipple, 2002). À titre d'exemple, une femme peut se sentir

excitée, voire arriver à l'orgasme sans avoir ressenti de désir sexuel ou inversement éprouver ce dernier sans atteindre la phase d'excitation ou l'orgasme.

Tenant compte des limites du modèle linéaire, Whipple et Brash-McGreer ont proposé en 1997, un modèle circulaire de la réponse sexuelle féminine, afin de mettre notamment en lumière, l'effet de renforcement positif des expériences sexuelles satisfaisantes sur les phases ultérieures de séduction et de désir. De nouveaux concepts font leur apparition, puisque le désir s'accompagne d'une phase de séduction, l'excitation et le plateau sont associés aux sensations, l'orgasme à l'abandon, et la résolution assortie d'une étape de réflexion sur l'expérience qui vient d'être vécue, qui influencera la venue d'une nouvelle phase de désir et de séduction (Figure 2).

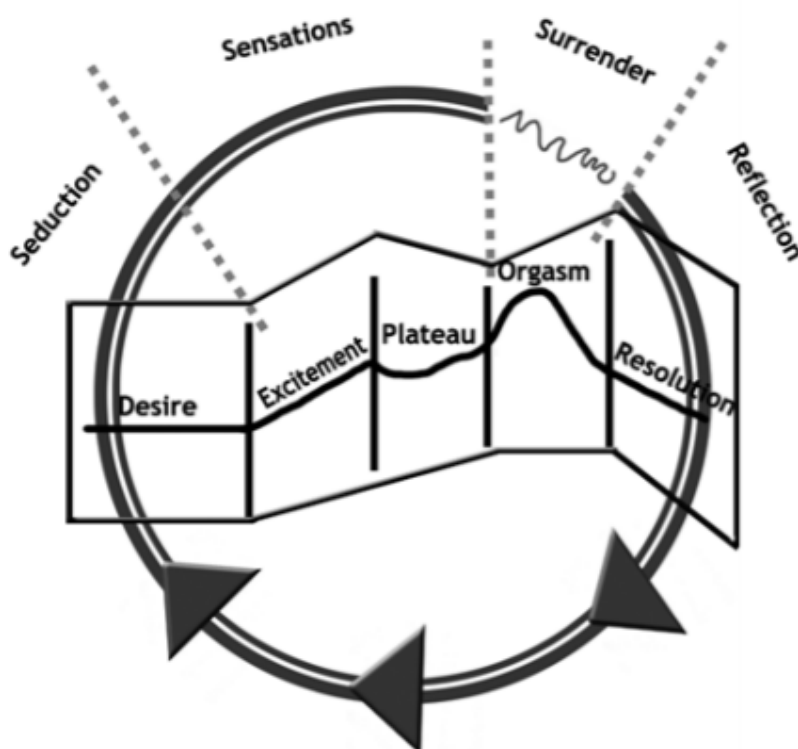


Figure 2. Modèle circulaire de la réponse sexuelle féminine, développé par Whipple et Brash-McGreer (1997).

Des recherches plus récentes sur la sexualité de la femme ont permis de mettre à jour d'importantes variables, absentes du modèle de Whipple et Brash-McGreer (1997) présenté ci-dessus. En effet, le fonctionnement sexuel féminin est influencé par des facteurs psychosociaux tels que l'image de soi, la satisfaction vis-à-vis de la relation de couple ou encore les expériences sexuelles antérieures négatives... Un nouveau modèle (Figure 3), plus complexe, développé par Basson au cours de ses recherches (Basson, 2001a ; 2001b ; 2004 ; Basson et al., 2003 ; 2004), propose deux changements majeurs :

- D'une part, le fait de ressentir du désir sexuel n'explique qu'une petite partie de la motivation à engager des activités sexuelles. Les femmes ont de nombreuses autres raisons d'avoir une activité sexuelle, telles que la recherche d'une plus grande proximité émotionnelle avec le partenaire, la réponse au désir sexuel du partenaire, ou encore pour se sentir bien, valorisée, pour avoir un enfant... (Hill et Preston, 1996 ; Meston et Buss, 2007)
- D'autre part, la finalité de l'activité sexuelle pour la femme, n'est pas nécessairement l'obtention d'un orgasme.

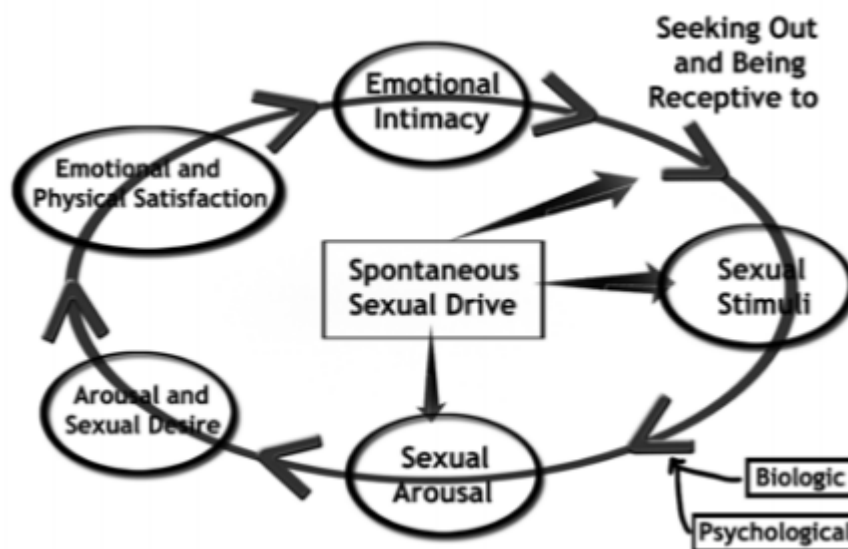


Figure 3. Modèle circulaire de la réponse sexuelle féminine, développé par Basson (2001).

Dans cette proposition, Basson intègre la satisfaction émotionnelle et physique comme préalable à l'intimité émotionnelle qui crée les conditions favorables à la recherche ou la réceptivité aux stimuli sexuels. Les facteurs biologiques et psychologiques jouent ici un rôle de médiateur, venant faciliter ou compliquer le pouvoir des stimuli sexuels sur l'excitation proprement dite. Les motivations sexuelles spontanées trouvent leur place au centre de ce cercle vertueux, agissant sur la recherche et la réceptivité aux stimuli sexuels, sur la perception de ces derniers ou encore directement sur l'excitation sexuelle.

Bien que plus précis, il semble que ce dernier modèle ne rende pas vraiment compte du fonctionnement sexuel féminin. En effet, les femmes rapportent dans leur vécu sexuel un chevauchement de phases provenant de réponses corporelles et psychologiques, dans des séquences variées (Basson, 2005 ; Damjanovic, Duisin et Barisic, 2015 ; Fugl-Meyer et Sjögren Fugl-Meyer, 1999 ; Whipple, 2002). Ainsi, Basson en 2005, présente un nouveau modèle de réponse sexuelle féminine, dont la phase initiale est la neutralité sexuelle (Figure 4).

D'autres auteurs (Loulan, 1987 ; Trudel, 2000) ont proposé une phase initiale autre que la neutralité sexuelle ou bien la jouxtant, qui serait « une phase d'ouverture à la sexualité [...], sans que le désir ne soit encore clairement manifeste » (Trudel, 2003, p. 5). La personne constaterait alors, qu'elle se sent ouverte à la possibilité d'avoir des activités sexuelles.

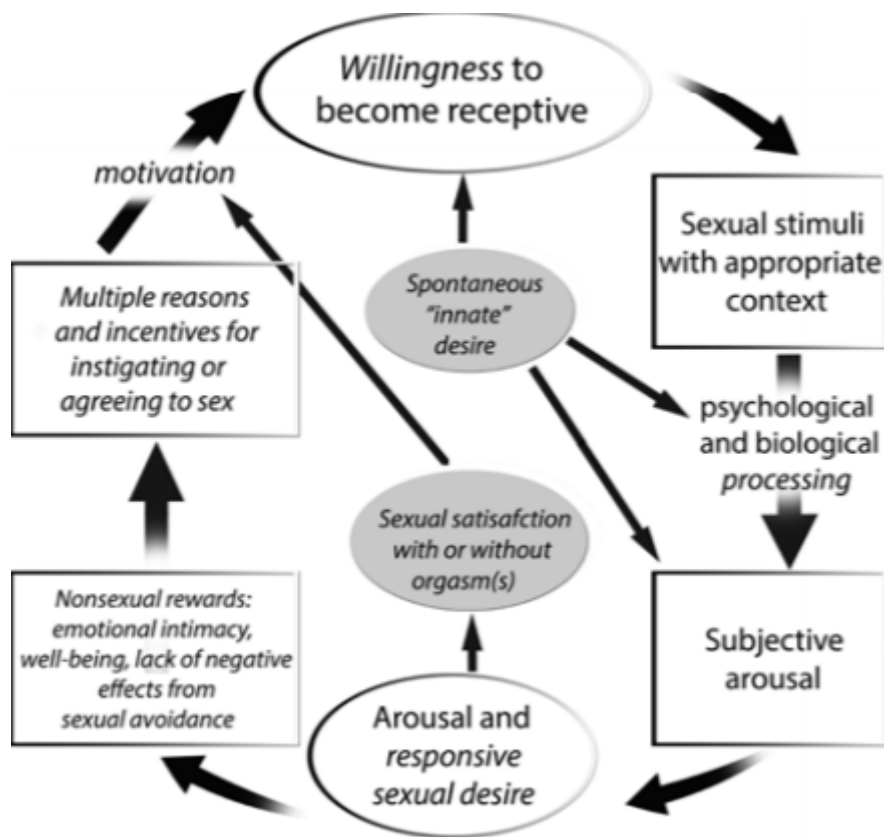


Figure 4. Modèle circulaire de la réponse sexuelle féminine, développé par Basson (2005).

Voyons maintenant plus en détail, chaque phase de la réponse sexuelle féminine.

3. Physiologie et psychologie de la réponse sexuelle féminine

Comme nous venons de le voir, la représentation de la réponse sexuelle féminine a évolué vers un modèle plutôt circulaire, à séquences variées. Pour autant, quand il s'agit de décrire avec précision ses différentes phases de manière neuro-psycho-physiologique, ou encore les différents troubles répertoriés, c'est un modèle en 3 ou 4 phases, qui prédomine. Afin, de mieux comprendre le fonctionnement de la réponse sexuelle féminine, nous avons repris cette structuration, pour présenter ce qu'il se passe en détail, dans chaque phase de la réponse sexuelle féminine.

3.1. Désir sexuel féminin

Dans la plupart des conceptions, le désir sexuel est une phase qui précède toutes les autres, mais également qui les transcende, motivant l'individu à poursuivre l'activité sexuelle. Le désir comporte une dimension biologique, neuroendocrinienne et psychoaffective subjective, qui rend sa définition et sa description difficile. La définition la plus complète est proposée par Trudel (2003 ; p. 12) : « le désir sexuel est une étape de l'activité sexuelle, précédant et accompagnant l'excitation. Il concerne l'ensemble des facteurs généralement associés, au développement de l'intérêt d'une personne, d'avoir une activité sexuelle individuelle ou dyadique. État subjectif, relié à un état biologique, il représente la perception d'un besoin, favorisé par un ou plusieurs des facteurs suivants : la perception de fantasmes, d'idées et d'affects positifs à propos de l'activité sexuelle, et dans le cas du désir dyadique, de variables relationnelles positives et/ou de sentiment amoureux, qui peuvent conduire à des comportements moteurs ou verbaux ayant pour objectif de poursuivre l'activité sexuelle. »

Certains sexologues différencient la libido, processus physiologique en lien notamment avec le cycle hormonal, et le désir sexuel, processus psychologique, cognitif, qui pourrait être influencé par la volonté de la personne (de Sutter, 2013). Suite aux travaux de Basson (Basson, 2001a; 2001b ; 2004 ; 2005 ; Basson et al., 2003 ; 2004), on distingue également, le désir « basal, spontané », en relation avec des stimuli intrinsèques, biologiques, affectifs, fantasmatiques et cognitifs, et un désir « réactif », venant en réponse à une stimulation sexuelle. En effet, « l'intérêt sensuel féminin vient de stimulations adéquates à ses attentes et à sa réceptivité personnelle » (Bonierbale, 2018).

Le désir sexuel féminin est plus souvent considéré comme « indirect, secondaire, se nourrissant de la relation et de la tendresse, dans un réseau émotionnel complexe, en miroir : c'est un peu le désir du désir de l'autre » (Cour et al., 2013). La composante psychoaffective du désir sexuel, vient moduler la composante biologique, neuroendocrinienne de manière stimulante ou inhibitrice. Tout comme l'activité mentale inhérente au désir sexuel est influencée par le biologique et notamment les hormones, qui agissent sur les différents stimuli, en augmentant leur action ou en les inhibant.

Par ailleurs, il est difficile de distinguer très clairement la phase de désir sexuel de la phase d'excitation sexuelle, elles se chevauchent et s'entremêlent. Bancroft (1989) propose de différencier la tendance à la recherche de stimuli sexuels (désir), et la réponse psychophysologique reliée à de tels stimuli (excitation). Certains spécialistes marquent une différence dans l'origine des processus. Ainsi, le désir sexuel est un processus cognitif, et la libido et l'excitation sexuelle sont des processus physiologiques.

3.2. Excitation sexuelle féminine

La phase d'excitation correspond à l'augmentation des éléments psycho-physiologiques mis en œuvre lors de l'activation sexuelle. Plusieurs auteurs distinguent la dimension subjective et la dimension physiologique dans cette phase. L'excitation débute dans le cerveau, par l'arrivée de multiples informations et une diminution de l'état de vigilance. L'hypothalamus va alors, commander les organes de manière à préparer le corps à l'activité sexuelle. Ensuite, les lobes frontaux vont décider de la possibilité d'avoir une activité sexuelle, ici et maintenant, en lien avec notre morale influencée par notre éducation, nos expériences antérieures, notre imaginaire érotique... Des modifications corporelles vont accompagner cette phase d'excitation, perçues ou non, développées ou non, en fonction de la codification érotique (De Carufel, 2003), que l'individu porte à telle ou telle sensation, tel ou tel stimulus... Cette codification est en perpétuel développement, via le jugement moral, les expériences antérieures et la capacité à lâcher-prise.

À la base des modifications corporelles, il y a une augmentation de l'activité du système nerveux autonome, impliquant la dilatation des vaisseaux sanguins au niveau général. Ceci se traduit par une sensation de chaleur, ainsi qu'une transpiration accrue. Le rythme du cœur s'accélère, la salivation augmente et les pupilles se dilatent. Au niveau des seins, il se produit généralement une contraction des mamelons et des aréoles, pas toujours spontanée, mais très fréquentes après stimulation. Et plus spécifiquement, au niveau du petit bassin et du sexe, on assiste à un gonflement et une coloration des lèvres externes et internes, une augmentation du diamètre du gland du clitoris d'environ 30%, un gonflement des bulbes du clitoris dont le capuchon devient plus marqué. Le flux sanguin dans le clitoris augmente considérablement provoquant une tension sur toute sa longueur, soit une dizaine de centimètres. L'engorgement des parties génitales, va permettre l'apparition de la lubrification correspondant à

l'augmentation du transudat, issu de la vasodilatation des capillaires des parois du vagin. Ce phénomène est facilité en particulier par l'imprégnation du milieu local en estradiol.

La sensibilité génitale est principalement véhiculée par le nerf pudendal, jusqu'au système limbique, qui module la perception du désir et de l'excitation sexuelle.

Durant la phase en plateau, il y a un changement de forme du vagin, qui prend un aspect en poire : rétrécissement du tiers inférieur sous l'effet de la contraction du diaphragme périnéal et élargissement du fond vaginal lié au relâchement de la paroi vaginale et au recul de l'utérus, réalisant la ballonnisation.

3.3. Orgasme féminin

L'orgasme est un processus neuropsychophysiologique complexe, marquant habituellement le paroxysme de la réponse sexuelle. Il commence quelques secondes avant les huit à dix contractions musculaires rythmiques et involontaires du vagin et des muscles de la région génitale et anale. La stimulation doit être maintenue jusqu'à l'orgasme car, contrairement à l'homme, la femme n'a pas de point de non-retour, et un arrêt de la stimulation, entraîne une retombée de l'excitation. L'orgasme se traduit par une forte activation de certaines aires cérébrales, accompagnée d'un ensemble de réponses physiologiques périphériques. La sensation de plaisir intense inhérente à l'orgasme, en partie subjective, est générée dans les zones cérébrales activées. Au niveau périphérique, l'orgasme se caractérise par des contractions rythmiques des muscles pelvipérinéaux (incluant le sphincter urétral externe et le sphincter anal, la musculature circumvaginale, ainsi que les muscles lisses du vagin et de l'utérus), une activation plus ou moins prononcée du système nerveux autonome et une tension musculaire généralisée. Des modifications physiologiques systémiques témoignent d'une activation du

système nerveux sympathique : augmentation de la pression artérielle, des fréquences cardiaque et respiratoire. Des rougeurs cutanées, des réactions sudatoires et une érection des mamelons sont parfois notées. Sur le plan hormonal, l'orgasme s'accompagne d'une augmentation aiguë des taux sanguins des neurohormones, ocytocine et prolactine.

En 1988, Rosen et Beck soulignaient que les aspects physiologiques ne suffisaient pas pour parler de l'orgasme. Mah et Binik (2001) expliquent que les contractions pelviennes doivent être perçues, comme érotiquement agréables et désirables pour être identifiées comme une partie intégrante de l'orgasme. Ainsi, la définition la plus couramment utilisée dans la littérature est celle de Meston et ses collaborateurs (2004) : « un pic variable et bref d'intense plaisir, qui crée un changement de l'état de conscience, habituellement suivi d'un soulagement de la tension sexuelle, de contractions rythmiques des muscles du périnée, des organes reproducteurs, des parois postérieures du vagin et du sphincter » (p. 174).

3.4. Résolution et satisfaction sexuelles de la femme

Cette phase combine à la fois une résolution physiologique, et une analyse cognitive. La résolution physiologique se caractérise par un retour progressif à la normale des modifications opérées pendant l'activité sexuelle : une relaxation musculaire et une diminution de la vasodilatation périnéale notamment. L'analyse cognitive va évaluer le ratio entre ce qui a été souhaité au cours de la phase de désir, et ce qui s'est réellement produit (Loulan, 1987). C'est l'appréciation psychologique (Trudel, 2003), qui va poser un jugement de satisfaction ou non, sur ce qui vient de se dérouler, tant au niveau physiologique qu'au niveau psychologique, c'est-à-dire émotionnel, cognitif et comportemental. Si l'évaluation est positive, la femme a une sensation de satisfaction, voire d'euphorie.

Bien que la réponse sexuelle physiologique de la femme soit assez bien connue et décrite, ne portant pas à de grands débats entre auteurs, la question de la satisfaction sexuelle, reste polémique. En partie, parce que les recherches sur la sexualité humaine s'intéressent depuis peu au plaisir et à la satisfaction (Komisaruk, Whipple et Beyer, 2010). Lawrence et Byers (1995) l'ont définie comme la « réponse affective provenant de l'évaluation subjective des dimensions positives et négatives associées à l'activité sexuelle ». Dans la plupart des recherches, la satisfaction sexuelle est associée à un meilleur fonctionnement sexuel (Baumeister, Catanese et Vohs, 2001 ; Byers, 2011 ; Franck, Anderson et Rubinstein, 1978 ; Heiman et al., 2011 ; McNulty et Fisher, 2008 ; Smith et al., 2011).

CONCLUSION

La santé sexuelle de la femme, d'un point de vue physiologique, est plutôt claire et bien décrite. Malgré cela, il semble évident que la dimension psychoaffective de la sexualité, vient accompagner chaque phase du déroulement de la réponse sexuelle féminine, en augmentant ou en inhibant les changements physiologiques inhérents à cette activité. Ceci permet d'expliquer la grande variabilité des vécus féminins, dans le domaine de la sexualité.

Ainsi, le terme de fonctionnalité sexuelle offre plus de souplesse que celui de santé sexuelle, laquelle introduit indéniablement une dichotomie : sain versus malade. La fonctionnalité sexuelle pose la question de ce qui fonctionne pour l'individu dans ce contexte-ci ; et implique une prise en compte du fonctionnement sexuel et de la satisfaction sexuelle qui en découle. Elle est caractérisée alors, par les objectifs fixés par l'individu pour sa sexualité (de Carufel, communication personnelle, 7 février 2020). Par exemple, la fonctionnalité sexuelle à but reproductif, nécessite une fonctionnalité des organes reproducteurs d'un homme et d'une

femme, ainsi que comportementale, c'est-à-dire l'utilisation de comportements permettant l'intromission du pénis à l'intérieur du vagin, et l'éjaculation. Mais dans ce contexte, il n'est pas indispensable par exemple, que la femme ait du désir sexuel ou encore un orgasme... Si par contre, l'objectif de la personne est de ressentir du plaisir sexuel, la fonctionnalité du système reproducteur n'aura pas d'utilité. En revanche, le développement d'habiletés comportementales (les mouvements de bassin, par exemple), cognitives (porter attention à la situation sexuelle, par exemple), et émotionnelles (ressentir des émotions positives vis-à-vis de la situation, par exemple) sera indispensable à l'atteinte de l'objectif. C'est dans cette perspective, que nous avons souhaité construire notre réflexion autour des dysfonctions sexuelles et de leur traitement.

CHAPITRE 2

LES PRINCIPALES DYSFONCTIONS SEXUELLES

FÉMININES ET LEUR ÉPIDEMIOLOGIE

LES PRINCIPALES DYSFONCTIONS SEXUELLES FÉMININES

ET LEUR ÉPIDÉMIOLOGIE

Les dysfonctions sexuelles sont caractérisées par une perturbation des processus et des modifications psychophysiologiques qui caractérisent le déroulement de la réponse sexuelle, et sont à l'origine d'une souffrance subjective et de difficultés interpersonnelles (APA, 1994). La classification la plus couramment utilisée, s'est inspirée du modèle linéaire en quatre phases de Master et Johnson (1966), basé sur l'observation des réactions physiologiques lors du coït et sur la biologie humaine. Au fur et à mesure des révisions, le manuel diagnostique a vu sa nomenclature s'épurer. Ainsi, le DSM-V s'intéresse-t-il au diagnostic des troubles du désir et de l'excitation sexuelle, aux troubles de l'orgasme et enfin, aux douleurs associées à la sexualité.

Nous présentons ici les dysfonctions sexuelles féminines, qui ne sont pas induites par une substance, un médicament ou une affection médicale, telles que présentées dans le DSM-V (APA, 2016), leur épidémiologie et leur étiologie.

1. Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme

1.1. Diagnostic

Dans la nouvelle nomenclature du DSM-V, un seul diagnostic réunit maintenant des dysfonctions sexuelles précédemment distinctes. Le trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle

ou de l'excitation sexuelle est ainsi composé des troubles du désir sexuel et des troubles de l'excitation sexuelle. Il est caractérisé par une déficience ou réduction significative de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle se manifestant par au moins trois des symptômes suivants :

- (1) Absence/diminution de l'intérêt pour l'activité sexuelle ;
- (2) Absence/diminution des pensées érotiques ou sexuelles, ou des fantasmes imaginatives ;
- (3) Peu ou pas d'initiation de l'activité sexuelle et, typiquement, absence de réceptivité aux tentatives du partenaire pour initier l'activité sexuelle ;
- (4) Absence/diminution de l'excitation ou du plaisir sexuel dans presque toutes ou toutes les situations de rencontres sexuelles ;
- (5) Absence/diminution de l'intérêt sexuel ou de l'excitation sexuelle en réponse aux signaux sexuels/érotiques, internes ou externes (par exemple, écrits, verbaux, visuels.) ;
- (6) Absence/diminution des sensations génitales ou non génitales pendant l'activité sexuelle dans presque toutes ou toutes les rencontres sexuelles.

Ces symptômes persistent depuis 6 mois minimum, et provoquent une détresse cliniquement significative chez la personne. Cette dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel ou par d'autres facteurs de stress significatifs, et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale (APA, 2016).

Au niveau clinique, il est très courant de recevoir des demandes de prise en charge pour un faible ou une absence de désir sexuel. Les plaintes concernant les troubles de l'excitation

sexuelle sont généralement amenées par des femmes s'inquiétant de leur manque de désir sexuel ou de leur absence d'orgasme. Le fait de regrouper trouble de l'excitation et trouble du désir sexuel est donc en lien avec la réalité clinique.

1.2. Épidémiologie du trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme

A notre connaissance, l'épidémiologie du trouble de l'intérêt pour les activités sexuelles ou de l'excitation sexuelle chez la femme est inconnue, puisque ce trouble est apparu dans la dernière version du DSM, le DSM-V (Brotto et Luria, 2014). Jusqu'en 2016, le trouble « baisse du désir sexuel » et le trouble de « l'excitation sexuelle » chez la femme étaient séparés.

Dans le DSM-IV, le trouble « baisse du désir sexuel » est considéré comme une déficience (ou absence) persistante ou répétée de fantasmes imaginatives d'ordre sexuel et de désir d'activité sexuelle, entraînant une souffrance marquée ou des difficultés interpersonnelles. Quant au trouble de « l'excitation sexuelle » chez la femme, il est défini comme une incapacité persistante ou répétée à atteindre, ou à maintenir jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel, une activité sexuelle adéquate (lubrification, intumescence), entraînant une souffrance marquée ou des difficultés interpersonnelles (APA, 1994). Les études de prévalence se sont donc centrées soit sur l'une, soit sur l'autre dysfonction.

1.3. Épidémiologie du trouble « baisse du désir sexuel » féminin

Bien qu'une grande hétérogénéité existe dans sa prévalence, le manque de désir sexuel apparaît comme le trouble sexuel le plus commun chez les femmes dans toutes les recherches s'intéressant à l'épidémiologie des dysfonctions sexuelles. Cette hétérogénéité peut être expliquée par différents éléments, tels que l'utilisation de techniques méthodologiques

différentes (entretiens, appels téléphoniques ou mesures auto-rapportées par questionnaires...), des définitions opérationnelles dissemblables du « faible désir », une durée de présence du trouble variable (1 mois versus 6 mois), ou encore une disparité dans le choix de la population étudiée (le désir sexuel est sensible à la culture ; Laumann, et al., 2005). Une des enquêtes les plus citées concernant la prévalence des troubles sexuels, (*The National Health and Social Life Survey – NHSLS*), rapporte qu'entre 27 et 32% des femmes âgées de 18 à 59 ans, actives sexuellement au cours de l'année écoulée, répondent « oui » à la question : « Au cours de l'année écoulée, y a-t-il eu des périodes de plusieurs mois avec un manque de désir sexuel ? » (Laumann, Paik et Rosen, 1999). Plus spécifiquement, dans une étude menée auprès de 11 161 femmes britanniques âgées de 16 à 44 ans, via des auto-entretiens assistés par ordinateur (*British National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles - NATSAL*), la prévalence de « faible désir sexuel d'une durée d'au moins un mois » est de 40,6%. Elle n'est plus que de 10,2% si l'on considère « une durée d'au moins six mois » (Mercer et al., 2003). En effet, il a été montré que 28% des problèmes sexuels présents durant un mois, ne persistent pas au-delà de six mois (Hayes, et al., 2006). Dans une étude suédoise portant sur 1 335 femmes âgées de 18 à 74 ans, 34% d'entre elles rapportent avoir déjà vécu une baisse de désir sexuel, assez souvent ou la plupart du temps. Et 43% de ces dernières considèrent la baisse de désir sexuel comme un problème (Fugl-Meyer et Fugl-Meyer, 1999). Bancroft, Loftus et Long (2003) ont interrogé 987 femmes américaines âgées de 20 à 65 ans via un entretien téléphonique : 7,2 % des répondantes rapportaient une absence d'intérêt sexuel durant le mois passé. Ils ont aussi mis en évidence que la détresse perçue était plus forte chez les femmes entre 20 et 35 ans que chez les femmes de 36 ans et plus. En 2006, deux groupes de recherches ont trouvé des résultats similaires : d'une part, 24 et 36 % des 952 américaines ayant répondu au *Profile of Female Sexual Function (PFSF)* et au *Personal Distress Scale (PDS)* rapportent un faible désir sexuel

associé à de la détresse (Leiblum, et al., 2006) ; d'autre part, entre 16 et 46% des 2 467 femmes européennes âgées de 20 à 70 ans, ont fait part d'un désir sexuel de faible intensité générant de la détresse (Dennerstein, et al., 2006). La variabilité dans ces deux études est fonction de l'âge et du statut ménopausal des femmes interrogées. West et ses collaborateurs (2008) ont répliqué les résultats de l'équipe de Leiblum (Leiblum, et al., 2006), en faisant passer les mêmes échelles à 2 207 américaines âgées de 30 à 70 ans et engagées dans une relation depuis au moins 3 mois. En utilisant le *cut-off* de la *PFSF*, la prévalence de faible désir sexuel était de 36,2%, mais seulement 8,3% en utilisant conjointement le *cut-off* de la *PDS*. Récemment, 31 581 américaines d'un âge moyen de 49 ans, ont répondu à la question « Combien de fois désirez-vous avoir une activité sexuelle ? » et au *Female Sexual Distress Scale (FSDS)*. Un faible désir sexuel, défini par « jamais ou rarement désirant des activités sexuelles », était rapporté par 38,7% des femmes ; 22,8% d'entre elles en éprouvaient de la détresse (*Prevalence of Female Sexual Problems Associated with Distress and Determinants of Treatment – PRESIDE* ; Shifren, et al., 2008).

Pour conclure, le trouble du désir sexuel est un trouble extrêmement courant chez la femme, mais sa prévalence nécessite la prise en compte de la durée du symptôme et de la détresse associée à cette dysfonction.

1.4. Épidémiologie du trouble de l'excitation sexuelle chez la femme

La prévalence de ce trouble est peu connue (Brotto et Luria, 2014), car plusieurs problèmes méthodologiques ont été rapportés. Par exemple, une partie des recherches n'a pas pris en compte les souffrances personnelle et/ou interpersonnelle (Simons et Carey, 2001). Certaines études n'ont utilisé que la lubrification comme mesure de l'excitation. Enfin, malgré qu'il ne

fasse pas partie des critères, le DSM-IV stipule que ce diagnostic est inapproprié si « les problèmes d'excitation sont dus à une stimulation sexuelle inadéquate en intensité, en durée ou quant à son orientation » (APA, 1994), ce qui est difficile à mesurer (Graham et Bancroft, 2006). Une recherche de Dunn, Croft et Hackett (1998) s'est intéressée aux problèmes de lubrification, et aux « problèmes d'excitation sexuelle » chez 979 femmes britanniques de 18 à 75 ans, au cours des trois derniers mois. 28% des répondantes faisaient part de sécheresse vaginale et 17% de problèmes d'excitation sexuelle. Lors d'un entretien téléphonique assisté par ordinateur, 987 femmes américaines ont répondu à des questions concernant leur lubrification d'une part, et à des items regroupés sous la variable « altérations de la réponse physique » d'autre part, portant sur le manque d'excitation subjective, le manque de sensation génitale agréable et le manque de plaisir au toucher des parties génitales, au cours du dernier mois écoulé. 31,2% des femmes rapportaient des problèmes de lubrification, et 12,2% une altération de la réponse physique, c'est-à-dire de l'excitation sexuelle (Bancroft, Lotus et Long., 2003). Comme pour les troubles du désir sexuel, il semble important de prendre en compte la durée du trouble. En effet, dans une recherche de 2003, Mercer et ses collaborateurs ont demandé à 4 826 femmes anglaises âgées de 16 à 44 ans de répondre à une interview par ordinateur. Au cours du dernier mois écoulé, 9,2% d'entre elles considéraient avoir des troubles de la lubrification. Ce chiffre baissait à 2,6% des femmes répondantes en prenant en compte les six derniers mois. Plus récemment, 5 463 finlandaises entre 18 et 49 ans ont rempli la *Femal Sexual Function Index* (FSFI) et la *Femal Sexual Distress Scale* (FSDS) prenant ainsi une mesure du fonctionnement sexuel et de la détresse associée au cours du mois écoulé. 10,9% rapportent des troubles de la lubrification en utilisant le *cut-off* de la FSFI et 7% des répondantes font part de ce trouble, associé à de la détresse sexuelle (Witting, et al., 2008).

En outre, dans la pratique clinique, le désir sexuel et la capacité à être excitée sexuellement sont très souvent associés. D'ailleurs, plusieurs études ont montré un fort degré de comorbidité entre le trouble baisse du désir sexuel et celui d'excitation sexuelle (voir Brotto, et al., 2011, pour une revue).

2. Trouble de l'orgasme chez la femme

2.1. Diagnostic

Le diagnostic de trouble de l'orgasme peut être posé, s'il y a présence de l'un ou des deux symptômes suivants, devant être éprouvés dans presque toutes ou toutes les occasions d'activité sexuelle :

- (1) Retard marqué pour parvenir à l'obtention de l'orgasme ou diminution marquée de la fréquence ou absence d'orgasmes ;
- (2) Diminution marquée de l'intensité des sensations orgasmiques.

Ces symptômes persistent depuis 6 mois minimum et provoquent une détresse cliniquement significative chez la personne. Cette dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel ou par d'autres facteurs de stress significatifs, et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale (APA, 2016).

Il semble intéressant de noter que la réalité clinique est qu'une partie importante des demandes de prise en charge pour trouble de l'orgasme chez la femme, concerne une incapacité à atteindre l'orgasme lors des relations dyadiques, et plus précisément dans le cas où il n'y a pas de stimulation de la partie externe du clitoris.

2.2. Épidémiologie du trouble de l'orgasme chez la femme

Comme pour les précédents troubles, déterminer précisément la prévalence du trouble de l'orgasme féminin est difficile. Ceci, d'une part, parce que les méthodes d'évaluation ainsi que la durée de prise en compte des symptômes varient grandement d'une étude à l'autre (Graham, 2010), et d'autre part parce que les recherches ne prennent pas nécessairement en compte la variable détresse associée. En effet, seule une certaine proportion de femmes éprouvant des difficultés à atteindre l'orgasme, signalent une souffrance concomitante (King, et al., 2007 ; Shifren, et al., 2008 ; Witting, et al., 2008). Cela dépend probablement de l'importance donnée à l'orgasme dans la relation sexuelle (Bancroft, 2009). Par exemple, Oberg et ses collaborateurs (2004) ont mis en évidence que seulement 44% des femmes suédoises interrogées, rapportant une problématique orgasmique « manifeste », se percevaient en souffrance dans leur sexualité. De la même manière, une étude finlandaise indique que si 31% des femmes interrogées rapportent des troubles de l'orgasme, seulement 16% associent cette dysfonction à de la détresse (Witting, et al., 2008). Dans une étude récente portant sur 31 581 britanniques, 21,8% des répondantes font état d'une faible fréquence orgasmique ; et entre 3,4% et 5,8% (selon l'âge) de problèmes d'orgasme associés à de la souffrance (Shifren, et al., 2008).

Après les troubles du désir sexuel, les troubles de l'orgasme sont généralement cités comme la deuxième plainte la plus fréquente concernant la sexualité féminine (Catalan, Hawton, et Day, 1990 ; Hirst, Baggaley, et Watson, 1996 ; Roy, 2004 ; Warner, et al., 1987).

3. Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration

3.1. Diagnostic

Dans le DSM-IV, deux dysfonctions étaient regroupées sous le terme « troubles sexuels avec douleurs » : la dyspareunie et le vaginisme. Dans sa dernière version, le DSM-V rassemble ces deux dysfonctions sous le diagnostic de « trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration ». Il est défini comme des difficultés persistantes ou répétées dans un ou plusieurs des cas suivants :

- (1) Pénétration vaginale pendant la relation sexuelle ;
- (2) Douleur vulvo-vaginale ou pelvienne marquée pendant la relation sexuelle ou lors des tentatives de pénétration ;
- (3) Peur ou anxiété marquée d'une douleur vulvo-vaginale ou pelvienne par anticipation, pendant ou résultant de la pénétration vaginale ;
- (4) Tension ou crispation marquée de la musculature du plancher pelvien au cours des tentatives de pénétration vaginale.

Ces symptômes persistent depuis 6 mois minimum, et provoquent une détresse cliniquement significative chez la personne. Cette dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel ou par d'autres facteurs de stress significatifs, et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale (APA, 2016).

La classification de la douleur liée à la sphère sexuelle proposée par la Société Internationale pour l'Etude des Maladies Vulvovaginales (*International Society for the Study of Vulvovaginal*

Disease – ISSVD ; Moyal-Barracco et Lynch, 2004) permet de rendre compte de la réalité clinique. Elle identifie trois types de trouble :

- La vulvodynie est un inconfort vulvaire, le plus souvent décrit comme une brûlure, survenant en l'absence de signe physique visible ou de trouble neurologique cliniquement identifiable (Moyal-Barracco et Lynch, 2004). Elle peut être localisée ou généralisée à l'ensemble de l'appareil génital, provoquée (liée à une pression, un contact), non-provoquée (douleur constante sans besoin de contact) ou mixte.
- La dyspareunie est considérée comme une douleur qui interfère avec le fonctionnement sexuel, plutôt qu'un trouble sexuel en tant que tel. Ce positionnement permet la centration sur la recherche des causes de la douleur, le traitement de la douleur et non sur les aspects de vie sexuelle des patientes. Ce trouble est communément rapporté par des femmes ménopausées (Goldfinger et Pukall, 2011).
- Enfin, le vaginisme est considéré comme « des difficultés persistantes pour permettre l'introduction vaginale du pénis, d'un doigt ou de tout autre objet, malgré le désir exprimé par la femme de le faire. C'est une contraction variable et involontaire des muscles pelviens, un évitement (phobique) et une anticipation/peur de la douleur. Les anomalies structurelles ou autres anomalies physiques doivent être exclues. » (Basson et al., 2003). Le vaginisme secondaire peut être le résultat d'une douleur non traitée de type vulvodynie.

3.2. Épidémiologie

Les estimations de prévalence de la douleur associée à la sexualité chez les femmes varient grandement. Elles vont de 6,5% à 45% chez les femmes âgées, et de 14% à 34% chez les femmes jeunes (Brauer et al., 2007 ; Brauer et al., 2009 ; Burrows et al., 2008 ; Granot, et

Lavee, 2005 ; Payne, et al., 2007 ; Sutton, Pukall et Chamberlain, 2009 ; Wouda et al., 1998). Ces estimations varient en fonction de facteurs culturels (Bergeron et al., 2009 ; Brauer et al., 2007 ; Meana et al., 1997 ; ter Kuile et al., 2007 ; Weijmar Schultz et al., 1996 ; Wouda et al., 1998), de la population étudiée, population générale ou population clinique (Payne et al., 2007 ; Wouda et al., 2003), de la prise en compte de la durée du trouble (Johnson, 2009), de la présence d'une autre maladie ou encore de la capacité du médecin à aborder le sujet (Schover, Youngs et Cannata, 1992). Aux USA, une recherche sur près de 5 000 femmes âgées de 18 à 64 ans ethniquement diversifiées, a relevé un taux de prévalence de 15,6% pour la douleur vulvaire chronique au cours de la vie. 12,4% des répondantes correspondaient au profil de vulvodynie provoquée (Harlow et Stewart, 2003). De plus, pendant la pénétration, 20% des adolescentes âgées de 12 à 19 ans et actives sexuellement, rapportent des douleurs vulvo-vaginales d'une durée de plus de 6 mois (Landry et Bergeron, 2009). Concernant la dyspareunie postménopausique, Kao et ses collaborateurs (2008) ont trouvé des taux de prévalence allant de 2 à 29% dans la population générale et une prévalence plus élevée, allant de 11 à 45% dans les échantillons cliniques. Enfin, un certain nombre d'auteurs ont rapporté des taux de vaginisme en population générale, variant entre 1 et 6% (Bauer et al., 2009 ; Schmidt et al., 2001 ; Nunns et Mandal, 1997). En milieu clinique, une prévalence allant de 12 à 17% de vaginisme a été trouvée (Hirst, Baggaley et Watson, 1996 ; Spector et Carey, 1990).

De manière générale, nous avons pu voir qu'il existe, d'une part, un écart entre les critères diagnostics et la réalité clinique ; et d'autre part, des obstacles méthodologiques qui rendent imprécise la prévalence des dysfonctions sexuels féminins. Voyons maintenant ce qu'il en est des facteurs exerçant une influence sur ces mêmes troubles.

4. Facteurs influençant les dysfonctions sexuelles féminines

L'étiologie des dysfonctions sexuelles féminines est peu claire. De multiples facteurs sont généralement proposés, pour expliquer l'arrivée et le maintien d'un trouble sexuel féminin. Probablement parce que la compréhension des mécanismes qui sous-tendent le fonctionnement sexuel des femmes, est encore limitée (Bancroft, 2009). Concernant le trouble de l'intérêt et de l'excitation sexuels, plusieurs types de facteurs étiologiques ont été testés avec succès. En premier lieu, les influences socio-culturelles sont très souvent citées dans la littérature, telles que les messages sociaux négatifs concernant la sexualité des femmes, une éducation sexuelle inadéquate, la croyance de ne pas répondre aux attentes culturelles d'attractivité sexuelle ou de réponse sexuelle, la fatigue (Tiefer, Hall et Tavis, 2002) ou encore l'ethnicité (Cain et al., 2003 ; Laumann et al., 2005). En deuxième lieu, des facteurs étiologiques relationnels, tels qu'une faible intimité émotionnelle, un manque de confiance ou de respect, sont liés au faible désir sexuel. De plus, de manière directe ou indirecte, un certain nombre d'hormones et de neurotransmetteurs (dopamine, norépinéphrine, mélanocortine ou ocytocine), mais aussi d'affections médicales (problèmes circulatoires, endocriniens, troubles musculo-squelettiques ou affectant le système nerveux central) ont été mis en rapport avec le désir ou l'excitation sexuels. Les facteurs relationnels et biologiques ont l'inconvénient d'être peu exploitables en sexothérapie individuelle. Enfin, l'intérêt sexuel peut être affaibli par des facteurs psychologiques individuels, tels qu'une humeur dépressive ou instable, une faible estime de soi ou une personnalité introvertie. Bien que plusieurs facteurs aient été proposés comme causant une anorgasmie, l'anxiété (Andersen et Cyranowski, 1994 ; Beaber et Werner, 2009 ; Gerrior et al., 2015 ; Laan et al., 1993 ; Purdon et Holdaway, 2006 ; Purdon et Watson, 2011), et la distraction cognitive (Cuntim et Nobre, 2011 ; Dove et Wiederman, 2000) sont les plus

fréquemment citées. Certaines études évoquent également les problèmes de communication dans le couple (Kelly, Strassberg et Turner, 2004) et la peur de perdre le contrôle (Graham, 2014). Enfin, à propos des douleurs génitales, la vulvodynie serait liée à une sensibilisation centrale ; et la dyspareunie concernerait principalement les femmes périménopausées ou des femmes ayant subi une période de stress marqué (cancer, divorce, chômage... ; Jarousse, 2011), ou encore un abus sexuel (Landry et Bergeron, 2011). Ces différents facteurs étiologiques permettent d'expliquer l'arrivée, et parfois le maintien d'une dysfonction sexuelle. Voyons maintenant ce que dit la littérature concernant les facteurs susceptibles d'améliorer ou d'aggraver les troubles sexuels féminins.

4.1. Facteurs cognitifs susceptibles d'influencer les dysfonctions sexuelles féminines

De nombreux auteurs se sont intéressés à l'impact des cognitions sur le fonctionnement sexuel féminin. En 1971, Master et Johnson ont proposé le terme de « spectating », pour cibler le fait d'observer sa propre activité sexuelle et ses réactions sexuelles, au lieu d'être immergé dans les aspects sensoriels de la sexualité, de savourer les sensations sexuelles générées par l'activité sexuelle. Ainsi, plusieurs auteurs ont mis en évidence un lien entre le manque de conscience intéroceptive, la capacité à ressentir des sensations internes de manière précise, et la présence de dysfonctions sexuelles (Baumeister, Catenese et Vohs, 2001 ; Brody, 2007 ; Chivers et al., 2010 ; Laan et al., 1993). Et ceci jusqu'à relever une altération significative des perceptions génitales chez les femmes dysfonctionnelles par rapport aux fonctionnelles (Callens et ses collaborateurs, 2016). À ce sujet, Snell, Fisher, et Miller (1991) ont proposé le terme de conscience sexuelle. Puis en 1986, Barlow introduit le concept « d'interférence cognitive » expliquant le fait que les personnes présentant des difficultés sexuelles ont tendance à focaliser leur attention sur des stimuli non-érotiques et non-sexuels. Abondant dans le même

sens, Beck et Baldwin (1994) ont observé comment les femmes ne souffrant d'aucune difficulté sexuelle, augmentent ou diminuent leur excitation sexuelle quand elles visionnent un film érotique. Elles utilisent des stratégies cognitives focalisant leur attention sur des pensées sexuelles ou des fantasmes, pour augmenter leur excitation sexuelle, ou sur des pensées négatives et non-sexuelles pour la diminuer.

Nobre et Pinto-Gouveia (2006a ; 2008a ; 2008b) se sont intéressés aux contenus cognitifs lors des activités sexuelles. D'après ces auteurs, les pensées négatives – notamment les pensées d'échec, non-érotiques et d'abus sexuel –, sont significativement corrélées avec un niveau d'excitation sexuelle plus faible. Les croyances à propos des performances sexuelles jouent un rôle étiologique dans les dysfonctions sexuelles (Dove et Wiederman, 2000 ; Trudel, 2003), tout comme certaines pensées négatives à propos de la sexualité, et les cognitions auto-évaluatives (Géonet, De Sutter, Zech, 2013). Ces dernières s'expriment essentiellement au sujet de l'apparence physique et l'image de soi (Ackard, Kearney-Cooke et Peterson, 2000 ; Berman et al., 2003 ; Faith et Schare, 1993 ; Hubin, de Sutter et Reynaert, 2011 ; Trapnell, Meston et Gorzalka, 1997 ; Wiederman et Hurst, 1997).

L'interférence cognitive a un impact négatif sur l'estime de soi sexuelle, la satisfaction sexuelle, l'excitation subjective et physiologique, et par voie de conséquence, les orgasmes (Anderson et al., 2016 ; Beck et al., 1987 ; Dove et Wiederman, 2000 ; Prause, Janssen et Hetrick, 2008 ; Pujols, Meston et Seal, 2009). Les pensées non-érotiques sont plus fréquentes chez les femmes porteuses de dysfonction sexuelle (Cuntilm et Nobre, 2011 ; Purdon et Holdaway, 2006 ; Purdon et Watson, 2011). Plusieurs études rapportent en effet, que les femmes fonctionnelles sexuellement dirigeant leur attention vers le contexte érotique, augmentent le désir et la réponse sexuels (Géonet, de Sutter, Zech, 2013 ; Nutter et Codron, 1983 ; Wilson et Lang, 1981).

D'après l'étude de De Sutter, Day et Adam (2014), lors des activités sexuelles dyadiques, les femmes orgasmiques utilisent significativement plus leurs pensées érotiques, que les femmes anorgasmiques. De plus, le fait de penser à leurs sensations corporelles est rapporté comme la manière la plus favorable pour atteindre l'orgasme pour les femmes orgasmiques.

Au vu de la littérature, il est évident que plusieurs facteurs cognitifs jouent un rôle important dans la fonctionnalité sexuelle. Afin de favoriser cette dernière, il est souhaitable que les femmes développent leur capacité à se centrer sur des pensées érotiques par des techniques de focalisation attentionnelle par exemple, dans l'objectif de mettre à distance le reste des cognitions et de profiter des aspects sensoriels de la situation nourrissant ainsi leur excitation sexuelle.

4.2. Facteurs comportementaux susceptibles d'influencer les dysfonctions sexuelles féminines

En 1997, Haavio-Mannila et Kontula réalisent une étude auprès de 2250 femmes et hommes âgés de 18 à 74 ans, mettant en évidence que la satisfaction sexuelle est significativement corrélée à des attitudes sexuelles dites « plus libérales », telles que l'utilisation de plusieurs positions et la stimulation manuelle des parties génitales pendant le coït, ainsi que la pratique du sexe oral et anal. Une autre enquête auprès de 556 étudiants montre que la satisfaction sexuelle est corrélée à une masturbation régulière (Davidson et Moor, 1994 ; Hogarth et Ingham, 2009). Il semblerait également, que les femmes les plus satisfaites sexuellement ont des comportements affectueux et sexuels significativement plus fréquents envers leur partenaire (Renaud, Byers et Pan, 1997). De plus, les femmes qui atteignent l'orgasme, utilisent des comportements érotologiques plus variés que les femmes anorgasmiques, tels que l'association

de différentes stimulations lors des activités sexuelles, (de Sutter, Day et Adam, 2014). Par ailleurs, l'assertivité sexuelle ou la tendance à s'affirmer dans les aspects sexuels de sa vie (Snell, Fisher et Miller, 1991), est un prédicteur important de la satisfaction sexuelle (Carrobbles et Gamez-Guadix, 2011 ; Hurlbert, Apt et Rabehl, 1993 ; MacNeil et Byers, 1997), et du fonctionnement sexuel (Leclerc et al., 2015 ; Meston et Trapnell, 2005). Autrement dit, plus les femmes sont assertives dans leur sexualité et plus elles sont satisfaites et fonctionnelles sexuellement.

Enfin, il est important de noter que les individus présentant des dysfonctions sexuelles, évitent davantage les relations sexuelles (Trudel, Turgeon, et Piché, 2000), sont plus passifs lors des activités sexuelles et ont souvent peu de désir sexuel (Kaplan, 1977 ; Schover et LoPiccolo, 1982).

Il est intéressant de constater qu'aucune étude n'évalue la manière dont les femmes utilisent leur corps pendant les activités sexuelles. Nous parlons ici de la mobilité corporelle, de l'utilisation du tonus musculaire et de la respiration, comme proposé dans certaines thérapies sexuelles, telles que la Thérapie Sexofonctionnelle.

4.3. Facteurs émotionnels susceptibles d'influencer les dysfonctions sexuelles féminines

Enfin, au niveau émotionnel, les individus dysfonctionnels rapportent significativement plus d'affects négatifs au cours d'une exposition à l'érotisme (Beck et Barlow, 1987 ; Heiman et Rowland, 1983), et l'induction d'affects négatifs chez les sujets sexuellement fonctionnels, retarde l'arrivée de l'excitation sexuelle subjective (Meister et Carey, 1991). Nobre et Pinto-Gouveia (2006b ; 2008b) ont pu mettre en évidence que la tristesse, la culpabilité et la colère

sont significativement associées aux dysfonctions sexuelles féminines, et négativement corrélées au plaisir et à la satisfaction sexuelle. Par ailleurs, de nombreuses études se sont intéressées à l'impact de l'anxiété sur la sexualité des femmes, et ont mis en évidence que les femmes avec un niveau élevé d'anxiété, présentent davantage de détresse sexuelle, d'altérations dans le fonctionnement sexuel (telles que de la douleur, des difficultés à être excitée ou l'évitement des activités sexuelles) et moins de satisfaction sexuelle (Andersen et Cyranowski, 1994 ; Beaber et Werner, 2009 ; Gerrior et al., 2015 ; Laan et al., 1993 ; Purdon et Holdaway, 2006 ; Purdon et Watson, 2011). L'anxiété est généralement en lien avec des exigences de performance et/ou d'évaluation négative de son apparence physique (Calogero et Thompson, 2009 ; Faith et Schare, 1993 ; Steer et Tiggeman, 2008 ; Vencil, Tebbe et Garos, 2015), ou encore en lien avec la honte ressentie au sujet de leurs propres désirs sexuels (Fine, 1988 ; Tolman, 2002). La culpabilité est elle aussi fortement et négativement associée à la satisfaction sexuelle (Higgins et al., 2010 ; Higgins et al., 2011) et au fonctionnement sexuel (Higgins et al., 2010 ; Laumann et al., 1995 ; Moore et Davidson, 1997 ; Nobre et Pinto-Gouveia, 2006b). Enfin, pour certains auteurs la colère diminue le désir et l'excitation sexuels (Bozman et Beck, 1991), et est négativement corrélée au fonctionnement sexuel général (Nobre et Pinto-Gouveia, 2003). Cependant, elle pourrait également dans un certain contexte, faciliter la montée de l'excitation sexuelle (Yates, Barbaree et Marshall, 1984).

De manière générale, il semble clair que les émotions à valence négatives ont plutôt une influence délétère sur la fonctionnalité sexuelle féminine.

CONCLUSION

Pour conclure, les dysfonctions sexuelles touchent un nombre important de femmes et sont à l'origine d'une souffrance individuelle, voire relationnelle marquée. En France, 55% d'entre elles, disent avoir été confrontées à un trouble sexuel (Colson et al., 2006) et 31% se considèrent insatisfaites sexuellement (Ifop, 2018). Nous venons de voir à quel point il est difficile d'évaluer de manière précise l'épidémiologie de ces dysfonctions pour plusieurs raisons. La principale et non la moindre, est celle de la prise en compte de la détresse sexuelle ressentie. Cette question renvoie à l'évaluation de la subjectivité de l'individu. En effet, dans la pratique, il n'est pas rare de rencontrer des femmes qui par exemple, n'obtiennent pas d'orgasme pendant les relations sexuelles, mais ne rapporte pas de détresse sexuelle. Faut-il alors considérer qu'elles ont un trouble de l'orgasme ou non ? Ou encore des femmes qui semblent avoir du désir sexuel, ressentir de l'excitation sexuelle, qui obtiennent des orgasmes, tout cela sans douleur, mais rapportent de l'insatisfaction sexuelle. Pouvons-nous considérer ces dernières comme ayant un trouble sexuel ou non ? Ainsi, la clinique est parfois éloignée des critères diagnostics et des études épidémiologiques. En tant que clinicienne, il nous semble essentiel de ne pas faire l'impasse sur les ressentis subjectifs des individus. Cette considération est en lien avec un message important que le sexothérapeute devrait véhiculer : l'importance donnée à l'écoute du corps et des ressentis de la patiente.

Comme dans le domaine de la santé mentale, les critiques émises au sujet de la classification catégorielle des difficultés psychologiques (Borsboom et Cramer, 2013 ; Haslam, Holland et Kuppens, 2012 ; Kendler, Zachar et Craver, 2011) pourraient parfaitement, s'appliquer aux dysfonctions sexuelles. Au-delà d'une vision catégorielle qui implique une dichotomie sain-malade, il serait plus réaliste de considérer les troubles sexuels sur un continuum allant de la

fonctionnalité à la dysfonctionnalité sexuelles. Comme nous l'avons proposé, cette fonctionnalité sexuelle englobe le fonctionnement et la satisfaction sexuels de l'individu, plaçant l'objectif sexuel individuel du patient au centre de la problématique : « est-ce fonctionnel ou non pour cette personne ? », et sortant ainsi de la question du normal et du pathologique. Par ailleurs, comme nous venons de le détailler, la fonctionnalité sexuelle serait favorisée par un certain nombre d'habiletés érotiques, pouvant faire l'objet d'un apprentissage au cours d'une sexothérapie.

CHAPITRE 3

LES THÉRAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES HABITUELLES DANS LE TRAITEMENT DES DYSFONCTIONS SEXUELLES FÉMININES

LES THÉRAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES HABITUELLES DANS LE TRAITEMENT DES DYSFONCTIONS SEXUELLES FÉMININES

L'étude de la fonction sexuelle, de sa clinique et de sa prise en charge a d'abord intéressé les théories psychodynamiques avec notamment, la théorie psychanalytique de Freud (1905). Elle a ensuite été l'objet d'attention des sciences psycho-sociales avec les rapports Kinsey (1948 ; 1953) par exemple, avant de devenir la préoccupation des sciences médicales. Rapidement, les chercheurs ont mis en évidence l'importance de l'anxiété associée à la performance sexuelle dans le développement et le maintien des dysfonctions sexuelles (Master et Johnson, 1970). Ainsi, les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC), explorant cette question de l'anxiété, inhibitrice du comportement fonctionnel, ont pu développer des modèles de compréhension et de traitement des dysfonctions sexuelles. Encore aujourd'hui, la conception et la prise en charge de ces dysfonctions sont façonnées par de nouvelles dimensions stratégiques, qui associent autant la dimension émotionnelle, interactionnelle que cognitive et comportementale (Poudat, 2011).

Au vu de l'origine multifactorielle des dysfonctions sexuelles, le traitement proposé par les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) est multimodal. Il inclut différentes stratégies thérapeutiques en fonction des facteurs étiologiques (Donahy, 2010). Ainsi, il est indispensable de bien comprendre les facteurs déclencheurs et de maintien du trouble avant de s'engager dans un traitement. L'analyse fonctionnelle est un outil de base des thérapies cognitivo-comportementales, qui permet de lire le symptôme sur le plan émotionnel, cognitif et comportemental. Nous en développerons l'essentiel dans le premier point de ce chapitre. Selon l'approche TCC, plusieurs auteurs ont élaboré des programmes multimodaux et développé des techniques de traitement adaptées de la psychothérapie générale vers la

sexothérapie. Ainsi, dans un second temps, nous nous emploierons à les présenter pour chacune des trois dysfonctions étudiées : le « trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme », le « trouble de l'orgasme » et le « trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration ». Nous verrons les techniques cognitivo-comportementales « traditionnelles » visant la réduction des pensées dysfonctionnelles et des émotions négatives ou l'apprentissage de nouveaux comportements. Etant donné le caractère également multimodal des programmes de *Mindfulness-based cognitive therapy* (Teasdale, Segal et Williams, 1995), nous évoquerons les techniques de pleine conscience qui sont l'objet d'un intérêt grandissant dans le traitement des dysfonctions sexuelles (Strub, 2013). Pour chaque trouble, nous verrons enfin, les principales recherches ayant permis de valider scientifiquement l'action des TCC sur l'amélioration de la sexualité des femmes.

1. Analyse fonctionnelle – bien comprendre le trouble sexuel

Le repérage des facteurs à l'origine de la dysfonction et de son maintien permet au clinicien d'apporter un traitement ciblé et personnalisé à la patiente. Pour cela, une analyse rigoureuse est indispensable. Le trouble sexuel sera observé, interrogé, évalué dans son fonctionnement présent, ainsi que dans l'histoire de la patiente.

Selon l'axe synchronique, le sexothérapeute interroge ce qu'il se passe quand le trouble sexuel fait son apparition dans la vie de la patiente. Il s'agit ici, de mettre en évidence les boucles auto-renforçatrices. Quatre composantes sont principalement évaluées :

- Les cognitions, c'est-à-dire tout ce que la patiente se dit de la situation et dans la situation : les auto-jugements, les pensées parasites, les ruminations anxieuses, les anticipations négatives ou encore l'imaginaire érotique s'il y en a un ;

- Les comportements, plus précisément ce qui se voit du problème et les comportements de la patiente face à son trouble. Par exemple : la répétition de l'acte sexuel dans les mêmes conditions, ou encore l'évitement des situations sexuelles ;
- Les émotions et les sensations, c'est-à-dire ce que la patiente ressent à la fois émotionnellement et dans son corps de positif comme de négatif, mais aussi la manière dont le corps réagit (respiration, lubrification, sudation...) ;
- L'environnement est également à évaluer. Il s'agit d'interroger l'attitude du partenaire, son rôle et son impact, la structure conjugale et familiale, ainsi que la structure sociale.

Selon l'axe diachronique, le sexothérapeute s'intéresse à comment le symptôme s'inscrit dans l'histoire de la patiente. Cette évaluation se penche sur deux principaux éléments. D'une part les facteurs de fragilisation, c'est-à-dire le contexte éducatif, familial, social, personnel, affectif, traumatique... facilitant la survenue de problèmes sexuels. Comme nous l'avons déjà évoqué, le trouble sexuel a une étiologie multifactorielle. Il n'y a donc pas de lien systématique de cause à effet, entre un vécu traumatique ou un facteur de fragilisation et une dysfonction sexuelle (Poudat, 2011). Et d'autre part, les facteurs déclenchants que sont les situations, les émotions, les cognitions et/ou les comportements dont le résultat est le symptôme sexuel.

Pour exemple, nous avons choisi de présenter l'analyse fonctionnelle de Madeleine, âgée de 28 ans, consultant pour des troubles de l'intérêt pour l'activité sexuelle (Figure 5). Elle est en couple depuis 6 ans avec un homme avec lequel elle dit ne pas avoir de problème autre que sexuel.

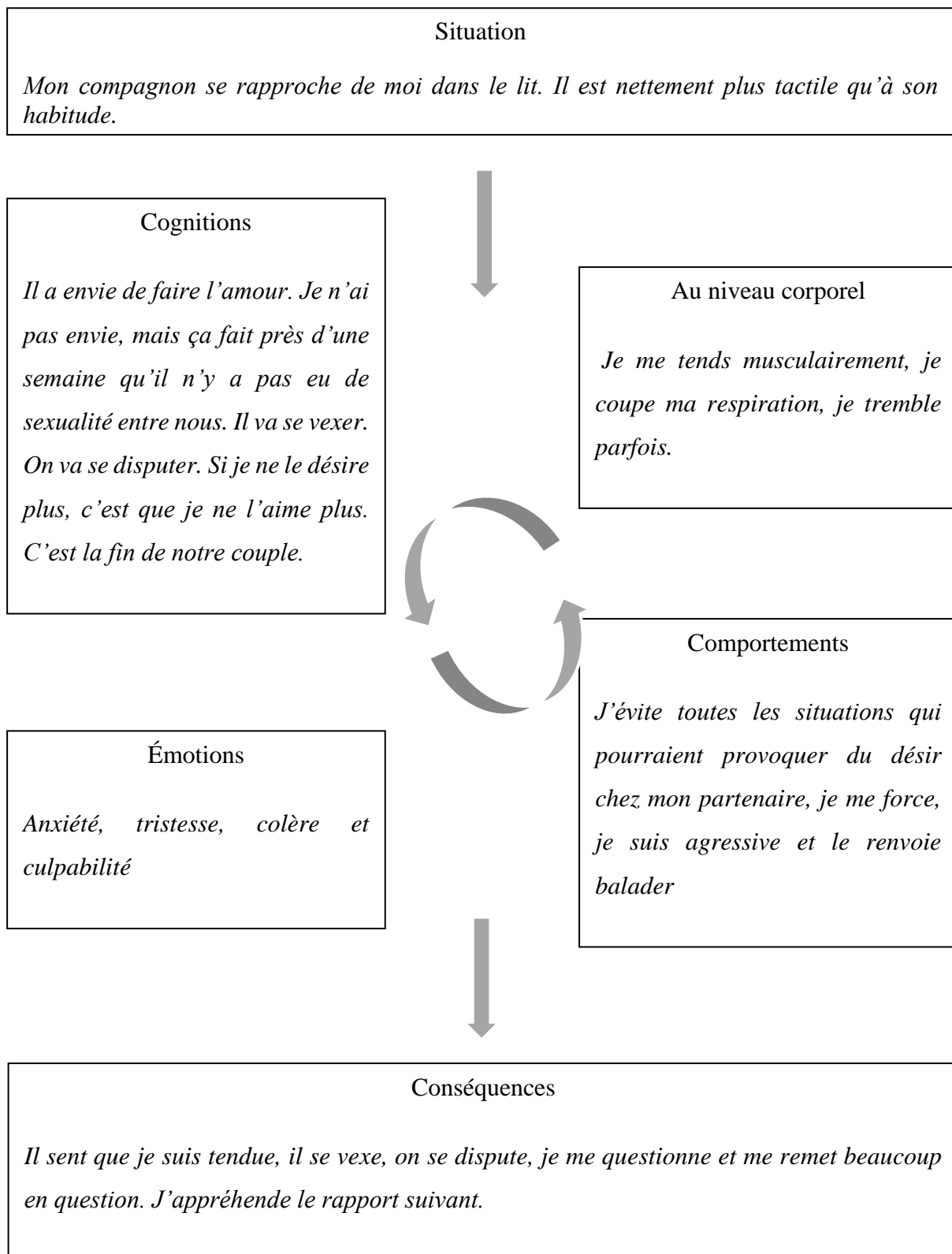


Figure 5. Analyse fonctionnelle d'une patiente avec trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle

Pour Madeleine, les principaux facteurs de fragilisation relevés sont le modèle parental (très pudique et peu démonstratif d'un point de vue affectif et amoureux), et le manque d'éducation concernant ses propres organes sexuels et le fonctionnement sexuel féminin. Les facteurs déclenchants se résument à plusieurs situations récentes générant beaucoup de stress (professionnel et personnel), et potentiellement un changement de contraceptif. Enfin, certaines réactions du partenaire, l'anxiété de performance, les auto-jugements et le questionnement sur la « validité » du couple sont des facteurs renforçateurs, autant que la distance affective qui s'installe entre elle et son partenaire.

L'analyse fonctionnelle est un outil très utile, car il permet à la patiente comme au sexothérapeute d'avoir une grille de lecture du trouble sexuel claire et simple. C'est à partir de ce travail que va se décider la démarche sexothérapeutique, donc le choix des techniques spécifiques. Les TCC des troubles sexuels associent des exercices pratiques et des techniques comportementales à des techniques cognitives et émotionnelles en fonction du trouble et des éléments relevés au cours de l'analyse fonctionnelle.

2. Les techniques TCC générales dans le traitement des dysfonctions sexuelles

Un certain nombre de techniques issues de Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) « traditionnelles » sont utilisées dans le traitement de plusieurs dysfonctions sexuelles. Dans un souci de clarté, nous les présentons ensemble dans un premier temps. Nous verrons ensuite, les techniques TCC spécifiques à chacun des trois troubles étudiés ici.

2.1. L'information sexologique

L'information est un des éléments essentiels des TCC, puisqu'il s'agit d'informer la patiente sur son trouble, ce qui le déclenche, ce qui le maintient. L'objectif principal est d'amener une compréhension sur le fonctionnement du symptôme et ainsi, de remettre la patiente dans un rôle d'actrice de ce qui lui arrive. Cela permet également, d'expliquer les raisons du choix de la démarche sexothérapeutique. La patiente devient alors co-thérapeute, experte de son vécu, générant ainsi de la motivation et un sentiment de pouvoir sur la situation. Les séances d'information en sexothérapie TCC proposent de développer des connaissances sur la sexualité, le fonctionnement sexuel féminin et masculin, permettant de travailler la connaissance de soi, de l'autre, et donc de réduire le poids des croyances irrationnelles au sujet de la sexualité.

2.2. L'auto-observation

Cette technique absolument indispensable commence dès la première séance avec l'aide du sexothérapeute qui va questionner et recueillir au fur et à mesure de l'échange, les observations déjà réalisées par la patiente. Ces questions vont permettre de construire l'analyse fonctionnelle et finalement, aider le thérapeute et la patiente à comprendre le fonctionnement du symptôme dans toutes ses dimensions.

Dans un deuxième temps, l'auto-observation va être expliquée, puis exercée par la patiente tout au long de la prise en charge. Pour cela, il peut être utile de donner un tableau à remplir, inspiré des colonnes de Beck (2005) :

- (1) décrire la situation, (on parlera ici des faits uniquement) ;
- (2) décrire les émotions ressenties face à cette situation ;

(3) écrire tout ce qui est venu à l'esprit pendant la situation et sur la situation ;

(4) décrire les comportements résultant de la situation.

L'information et l'auto-observation sont utiles, voire nécessaire quelque soit la dysfonction sexuelle présente. Il est essentiel que la patiente et le sexothérapeute aient une base de compréhension commune, un vocabulaire similaire au sujet de la sexualité en générale et du vécu de la patiente en particulier.

2.3. L'exposition progressive

L'un des mécanismes comportementaux les plus importants dans le maintien du trouble du désir sexuel, est l'évitement de toutes situations supposées ou réelles, pouvant être à l'origine de comportements sexuels. Concrètement, les patientes se privent la plupart du temps, des comportements affectifs et érotiques venant de leur partenaire, voire des élans affectifs et érotiques qu'elles pourraient ressentir, de peur de déclencher une envie sexuelle chez le partenaire, mais aussi de peur de ne rien ressentir du tout chez elles. Ce mécanisme se rapporte à un fonctionnement anxieux bien connu dans la clinique de l'anxiété. Une des manières de faire face à cette boucle auto-renforçatrice (j'ai peur > j'évite > plus j'évite > plus j'ai peur...) est d'exposer la patiente de manière progressive à l'agent anxiogène. Dans le cadre des sexothérapies d'inspiration cognitivo-comportementaliste, plusieurs axes sont proposés. Seule, la femme pourra utiliser des textes, BD ou vidéos susceptibles de développer les fantasmes. Elle sera également invitée à explorer son corps seule, en association avec ses fantasmes, et découvrir le fonctionnement des muscles périnéaux qui interviennent dans l'ouverture et la fermeture du vagin, puis dans l'augmentation des sensations, et finalement, dans la participation active de la femme au rapport sexuel. Pour cela, elle pourra s'entraîner chez elle à introduire

progressivement un doigt ou un objet à l'intérieur de son vagin avec l'appui d'un miroir, puis à s'exercer à des autostimulations manuelles ou avec un objet sexuel. Dans un deuxième temps, le partenaire sera associé à ces découvertes ou redécouvertes, dans un entraînement à deux aux caresses non sexuelles, puis sexuelles, sans aller jusqu'à l'orgasme. La patiente sera invitée à se caresser seule avec son partenaire qui expérimente, participe ou accompagne. Le couple sera également invité à créer des scénarios érotiques communs, à expérimenter des caresses sexuelles, suivies d'une pénétration en position supérieure associée à une stimulation digitale du clitoris et des mouvements ondulatoires du bassin (Poudat, 2004).

2.4. La désensibilisation en relaxation ou désensibilisation systématique

Si le niveau d'angoisse est trop important chez la patiente, il est nécessaire de passer dans un premier temps, par la relaxation et l'exposition en imagination, avant de la confronter à l'exposition progressive présentée ci-dessus. L'objectif principal est donc la réduction de l'anxiété sexuelle et de performance. Une liste des situations générant de l'anxiété ou du malaise est établie et une hiérarchisation de ces situations, de la moins à la plus anxiogène (Husted, 1975 ; Wolpe et Lazarus, 1966), est faite, en collaboration avec la patiente. Puis, en séance, après une période de relaxation, une désensibilisation systématique jusqu'à extinction de la réponse anxieuse est pratiquée pour chaque situation. Cela va permettre à la patiente, une exploration des différentes parties de son corps, un apprentissage de la gestion de la respiration, et une expérimentation du laisser-aller. Le sexothérapeute pourra travailler à associer des sensations ou certaines parties du corps, avec une image ou quelque chose qui est codifié positivement, ou encore développer un imaginaire érotique par le biais de scénarii créés pendant ces séances (Jones, Faceg, et Park, 1972 ; Obler, 1973 ; Sotile et Kilmann, 1978).

Cette technique est particulièrement pertinente dans la prise en charge des douleurs associées à la sexualité. Ces dernières étant généralement perçues comme insupportables, l'utilisation de la désensibilisation systématique en imagination est un premier palier permettant une diminution de l'anxiété associée à la situation sexuelle et une meilleure compréhension des mécanismes qui sous-tendent cette anxiété et donc la douleur, par la patiente.

2.5. La restructuration cognitive

Cette technique est un exercice cognitif couramment utilisé en psychothérapie générale, dont l'objectif est la modification des croyances irrationnelles et pensées dysfonctionnelles, ici liées à la sexualité, ainsi qu'une prise de distance avec les normes socialement perçues (le nombre de rapports sexuels attendus par semaine, le temps de pénétration ou encore l'orgasme simultané des deux partenaires ; Ellis et Dryden, 1997 ; Leiblum et Ersner-Hershfield, 1977). La restructuration cognitive commence avec la sexoéducation ou l'information sexologique, comme nous l'avons vu plus haut. Trudel (2003) propose dans son protocole, d'informer les couples sur les différentes étapes de l'activité sexuelle, ses mécanismes et le rôle des fausses croyances (par exemple : « tout contact physique intime doit aboutir absolument à un acte sexuel » ; « la sexualité est synonyme de pénétration »...). Dans cette technique, il s'agit dans un premier temps, de recueillir toutes les pensées dysfonctionnelles associées à la pratique sexuelle, au corps ou aux sensations sexuelles. Par exemple, le thérapeute peut proposer à la patiente d'écrire tout ce qui lui vient à l'esprit quand elle est face à son problème sexuel, ou quand elle pense à une situation où son problème se manifeste (exemple : les pensées parasites, automatiques, les ruminations anxieuses, les idées fixes...). Puis, un questionnement sur ces cognitions est instauré avec l'aide du sexothérapeute, permettant dans le meilleur des cas une modification des manières de penser le problème, le corps ou la sexualité, ou tout au moins,

l'instauration d'un doute possible concernant ces pensées. Le tableau vu dans l'auto-observation pourrait alors être complété par les nouvelles informations recueillies :

(5) pensées alternatives ;

(6) ré-évaluation de l'émotion.

La restructuration cognitive peut être utile dans le traitement de toutes les dysfonctions sexuelles. Il est intéressant de mesurer les effets bénéfiques de cette technique en fonction du fonctionnement de la patiente plus que de la dysfonction qu'elle présente. Nous avons par exemple pu constater que certaines patientes rencontrant des difficultés à lâcher-prise, appréciaient particulièrement les activités cognitives en séance, mais ces dernières avaient moins d'impact que les activités corporelles sur la dysfonction sexuelle présente.

2.6. Le développement des fantasmes

Il est fréquent d'observer chez les femmes présentant une dysfonction sexuelle un usage limité de fantasmes sexuels (Nutter et Codron, 1983 ; Rosen et Leiblum, 1987). De plus, une attitude positive à l'égard de ces derniers, est notamment associée à une plus grande compatibilité entre les partenaires et un plus haut niveau de désir sexuel (Hurlbert, Hurlbert et Pierce, 2000 ; Hurlbert, Apt et Hurlbert, 1995). Le fantasme sexuel est une « pensée accompagnée d'une image plus ou moins vive souvent provoquée volontairement, susceptible d'entraîner un certain degré de désir et d'excitation sexuels, pouvant parfois aller jusqu'au déclenchement d'un orgasme » (Trudel, 2003). Etant donné le pouvoir important de l'imaginaire érotique sur le désir et l'excitation sexuels, développer les fantasmes est un aspect important des sexothérapies actuelles, quelle que soit la dysfonction présentée par la patiente. L'objectif de l'entraînement aux fantasmes est de rétablir un imaginaire érotique, de promouvoir l'utilisation de cet

imaginaire de façon à stimuler le désir et l'excitation (Cochros et Fischer, 1980). Une première étape consiste à rechercher les fantasmes chez la personne. Pour cela, le sexothérapeute peut donner des indications au patient telles que les catégories de fantasmes :

(1) les situations, scénarios ou idées érotiques, la sexualité avec plusieurs personnes, par exemple ;

(2) les endroits érotiques, tels qu'une plage, un hôtel... ;

(3) les moments érotiques : quand il neige, tôt le matin... ;

(4) les sensations érotiques faisant appel aux cinq sens telles qu'une odeur particulière, le toucher d'une peau... ;

(5) les personnes érotiques ou les caractéristiques spécifiques des personnes désirées : quelqu'un de doux, de fougueux, un médecin, ouvrier... (Trudel, Aubin et Ravart 2003).

Il sera intéressant pour la personne de trouver des fantasmes dans chaque catégorie, puis de les développer. Si cela semble trop difficile, la patiente peut s'aider de documents érotiques : littérature, vidéos... La deuxième étape consiste à consolider et personnaliser les fantasmes par le biais notamment, de la visualisation en séance. Il sera essentiel que le sexothérapeute centre l'attention de la patiente sur les sensations physiques associées au fantasme pour en consolider l'aspect excitant. Enfin, le thérapeute engagera une discussion sur l'utilisation des fantasmes dans le quotidien de la patiente.

Puisqu'il joue un rôle important dans la venue et le maintien du désir et de l'excitation sexuels, le travail sur le développement des fantasmes apparaît forcément à un moment de la

sexothérapie quelle que soit la dysfonction sexuelle. Il est particulièrement pertinent, lorsque l'objectif sexothérapeutique est le retour et l'augmentation du désir ou du plaisir sexuel.

2.7. La masturbation guidée ou dirigée

Formellement décrit par LoPiccolo et Lobitz (1972), la masturbation dirigée peut intervenir dans le traitement des troubles du désir, de l'excitation, de l'orgasme et des douleurs sexuelles (Coleman, 2002). En effet il s'agit dans cet exercice, d'apprendre à se connaître physiologiquement et du point de vue des sensations sexuelles. Une première étape consiste à explorer visuellement ses parties génitales à l'aide d'un miroir. Ensuite, une exploration tactile du corps et des parties génitales est proposée, associée à des exercices de concentration sur les sensations et de contraction-décontraction des muscles du plancher pelvien, type exercice de Kegel (1952) décrits ci-dessous. L'étape suivante demande une exploration tactile des parties génitales et du corps avec l'utilisation d'un lubrifiant, dans le but de s'intéresser aux différentes textures et sensations provoquées, puis de se concentrer sur les sources de sensations agréables. Par la suite, il est proposé d'ajouter à la stimulation précédente des mouvements de bassin et l'utilisation de la fantasmagie sexuelle ou de littérature érotique pour augmenter l'excitation sexuelle. Enfin, il est possible d'ajouter la simulation orgasmique grâce à l'utilisation de la tension musculaire et l'expression du plaisir, ou l'utilisation d'un vibreur, si besoin, pour augmenter les sensations. Ultérieurement, le sexothérapeute aide la patiente à transférer ses apprentissages dans la relation sexuelle dyadique.

2.8. Les exercices de la musculature pubo-coccygienne

La musculature pubo-coccygienne est très importante dans la sexualité. En effet, les femmes ayant une « bonne » fonction musculaire du plancher pelvien, c'est-à-dire capable de maintenir

la contraction sous la pression physique exercée par un examinateur, ont des indices de désir sexuel, d'excitation, de lubrification et d'orgasme significativement plus important que les femmes ayant une « faible » fonction musculaire (Lowenstein et al., 2009 ; Martinez et al., 2014 ; Sacomori et al., 2015). Cette musculature peut être en partie responsable de certaine dysfonction sexuelle, masculine ou féminine.

Ces muscles forment une sorte d'assiette creuse en bas du ventre (Figure 6) et sont principalement abordés lors des séances de préparation à l'accouchement et/ou lors de la rééducation du périnée proposée après une grossesse et un accouchement.

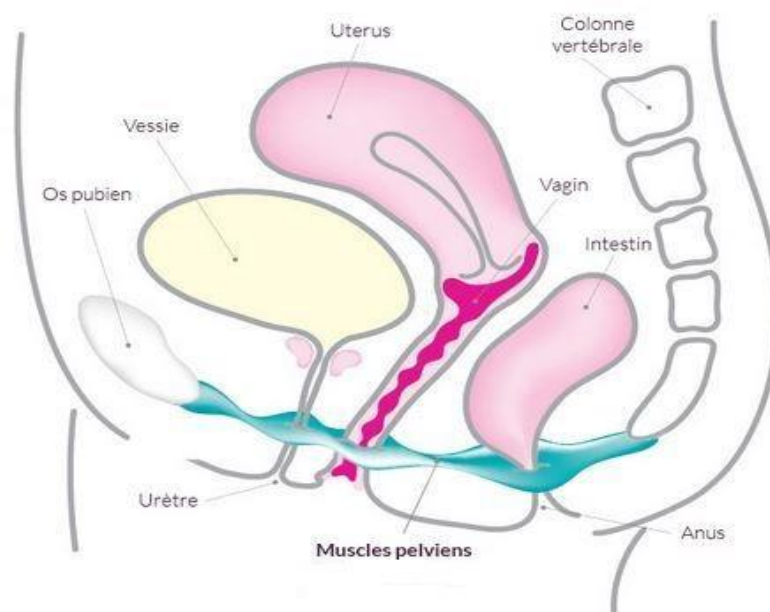


Figure 6. Représentation des muscles pubo-coccygiens

Les exercices consistent principalement à contracter et relâcher ces muscles. Il s'agit pour la patiente d'avoir conscience de cette musculature et de pouvoir progressivement apprendre à l'utiliser dans la sexualité en fonction de ses besoins (par exemple, elle peut les contracter pour augmenter ses sensations et les relâcher pour permettre l'intromission du pénis à l'intérieur du

vagin). Ce travail est utile dans toutes les dysfonctions sexuelles féminines et tout à fait indispensable dans la prise en charge du vaginisme et autres douleurs liées à la sexualité.

Kegel (1952) a proposé des exercices des contractions et relâchements des muscles du plancher pelvien qui sont toujours utilisés à l'heure actuelle. Par exemple, il est demandé à la patiente de contracter fortement pendant trois secondes le sphincter anal et de prendre conscience de la sensation qui accompagne cette contraction. L'objectif est d'obtenir un meilleur contrôle de ces muscles, une prise de conscience corporelle et des ressentis, et donc de promouvoir l'utilisation de la contraction ou du relâchement de ces muscles en fonction des besoins, au cours de l'activité sexuelle.

2.9. La création d'un climat relationnel positif

A plusieurs reprises, l'importance du lien entre le fonctionnement sexuel et la satisfaction relationnelle a été prouvée (Heiman et al., 2011 ; Rubin et Campbell, 2012 ; Sprecher, Christopher et Cate, 2006). Il est donc du devoir du sexothérapeute de regarder de plus près l'entente conjugale, et de proposer des tâches pour développer un climat relationnel positif. Plusieurs travaux peuvent être entrepris, tel que l'entraînement à la communication. En effet, dans le domaine de la sexualité, créer une communication adéquate entre les partenaires, afin de pouvoir et de s'autoriser à exprimer ses attentes, ses besoins, ou simplement son fonctionnement à l'autre, est essentiel. Ainsi, des techniques d'affirmation de soi ou de réunion empathique (Christensen et Jacobson, 2012) ont toutes leurs places dans la prise en charge en sexothérapie. Parallèlement à cela, il est essentiel de développer des activités conjugales : il s'agit de « moments-clés » où le couple est à deux, et peut partager un espace-temps agréable l'un avec l'autre. Un couple qui souhaite entretenir le désir sexuel a tout avantage à entretenir

les points communs, à développer autant que possible la complicité, l'intimité affective permettant une vie sexuelle épanouie (Poudat, 2011).

Même si les techniques présentées ci-dessus sont utiles dans le traitement de toutes les dysfonctions sexuelles, il incombera au sexothérapeute de les adapter à la problématique amenée par la patiente, dans leur contenu, mais également dans leur ordre de présentation. Ceci renforcera la pertinence de la démarche thérapeutique et l'alliance avec la patiente, essentielle pour le fonctionnement d'une thérapie.

3. L'apport de l'entraînement à la pleine conscience dans le traitement des troubles sexuels féminins

Une place de plus en plus importante est donnée à la méditation de pleine conscience (PC) dans les psycho et sexothérapies actuelles. La PC constitue la pratique de base des méditations bouddhistes, qui considèrent l'état d'attention d'une personne comme limité et difficilement maîtrisable (Adam, 2015). Faisant partie de la troisième vague des TCC, elle se dégage de toute orientation ésotérique ou religieuse, malgré ses origines. Kabat-Zinn, André et Maskens (2009) expliquent que ces pratiques permettent de sortir d'une manière de penser automatique, afin de nous rendre plus conscients de l'expérience présente. La PC est définie comme « un état de conscience qui émerge du fait de porter son attention, de manière intentionnelle, au moment présent, sans se juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment » (Kabat-Zinn, 2003). Maintenir son attention sur l'expérience présente implique une observation curieuse et bienveillante des pensées, émotions et sensations corporelles qui surgissent spontanément dans l'ici et maintenant. Ceci s'accompagne d'une attitude de non-jugement de l'expérience, qu'elle soit vécue de manière agréable ou désagréable (Hayes, Strosahl et Wilson, 1999). La PC est

une compétence métacognitive se composant de l'autorégulation de l'attention d'une part, et de l'orientation attentionnelle vers l'expérience d'autre part. L'autorégulation de l'attention ou « flexibilité attentionnelle », est une capacité permettant de prendre conscience de notre distraction, puis de désengager notre attention de ce distracteur pour la réorienter vers un stimulus choisi (Posner, 1980). L'orientation attentionnelle vers l'expérience, quant à elle, se caractérise par la conscience de la capture automatique de notre attention par des pensées, émotions ou sensations corporelles, associée à une attitude d'observation de l'expérience sans volonté de la changer ou de l'éviter. Cette « acceptation active de l'instant présent » (Roemer et Orsillo, 2003) permet un réengagement volontaire de l'attention sur les aspects expérientiels et spécifiques de la situation présente (Bishop et al., 2004). De nombreux chercheurs et cliniciens considèrent la PC comme une compétence psychologique qui peut être entraînée (Kabat-Zinn, 2003 ; Shapiro et al., 2006). Les interventions basées sur la PC proposant ainsi, de cultiver une conscience active du corps, des émotions et des pensées associées à la situation présente, en acceptant ce qui est présent sans jugement et avec bienveillance, semblent être idéales dans les prises en charge des dysfonctions sexuelles. Des programmes validés en psychothérapie, tel que le *Mindfulness-Based Cognitive Therapy – MBCT* et le *Mindfulness-Based Stress Reduction – MBSR* concernant les symptômes dépressifs, douloureux ou anxieux, mais aussi ceux proposés en sexothérapie (nous les verrons plus bas), recommandent des expérimentations guidées par un instructeur en séance, ainsi que des méditations quotidiennes en autonomie, d'au moins trente minutes (Astin, 1997).

3.1. Le *Sensate Focus*

L'exercice du *Sensate Focus*, proposé par Master et Johnson (1970 ; 1971), toujours très utilisé actuellement en sexothérapie, est très proche des principes de la PC. Il vise à augmenter le

plaisir sensuel et sexuel et à diminuer l'anxiété de performance, parfois associée à l'activité sexuelle. Chacun des deux partenaires sera à tour de rôle donneur et receveur. Les consignes principales sont :

(1) le fait de porter son attention sur les sensations corporelles via les cinq sens, autant pour le receveur que pour le donneur ;

(2) chaque nouvelle étape doit commencer par la reprise de l'étape précédente ;

(3) les communications verbales se feront après la séance où chacun a été une fois receveur et une fois donneur ;

(4) l'orgasme n'est pas un but recherché.

Cette expérimentation de couple se fait progressivement selon quatre étapes. La première d'entre elles est une exploration par des caresses corporelles excluant les organes génitaux. La suivante reprend cette exploration sans les parties génitales, mais avec des indications non-verbales de la part du receveur, des caresses et des endroits préférés. L'étape trois permet d'explorer les caresses génitales, et la quatrième étape d'explorer la pénétration (voir Trudel, 2003 ; pour une description détaillée).

Nous allons maintenant présenter les outils et programmes plus spécifiques à la prise en charge de chaque dysfonction sexuelle féminine nous intéressant. Pour chacune d'entre elles, nous verrons les programmes existants, comportant des techniques spécifiques, puis nous présenterons les études d'efficacité, permettant leur validation scientifique.

4. La prise en charge TCC spécifique au trouble de l'intérêt et de l'excitation sexuels

Le trouble « baisse du désir sexuel » est considéré comme la problématique sexuelle féminine la plus courante actuellement. Sa prévalence peut aller jusqu'à plus de 40% des femmes interrogées selon les auteurs et les méthodologies (Bancroft, Lotus et Long 2003 ; Dennerstein, et al., 2006 ; Leiblum, et al., 2006 ; Mercer et al., 2003 ; Shifren, et al., 2008 ; West et al., 2008). Dans le DSM-V (APA, 2016), il est maintenant associé au trouble de l'excitation sexuelle, dont la prévalence est peu connue à cause de problèmes méthodologiques (Brotto et Luria, 2014). Il semble actuellement évident que ce trouble est causé par de multiples facteurs : à la fois biologiques, psychologiques et contextuels. Ainsi à ce jour, les traitements multimodaux sexologiques et psychologiques sont les plus souvent recommandés dans la baisse du désir et de l'excitation sexuels. Différents programmes et techniques ont été développés sur le modèle des TCC et leur efficacité validée scientifiquement. Les protocoles de traitement des troubles du désir et de l'excitation sexuels combinent généralement des séances d'information et des techniques visant l'amélioration du fonctionnement cognitif, émotionnel, sexuel et conjugal.

LoPiccolo (1980) suggère plusieurs interventions dont :

- le traitement des comorbidités, principalement d'une autre dysfonction sexuelle et de la dépression ; la réduction de l'anxiété et des peurs associées à la sexualité par la désensibilisation systématique par exemple ;
- l'augmentation de la perception des sensations corporelles par le *Sensate Focus* ;
- l'amélioration de la relation de couple par une thérapie de couple ;

- l'augmentation et la diversification des expériences sexuelles et sensuelles par la communication sexuelle, l'utilisation de fantasmes sexuels ou encore l'aménagement d'un environnement plus propice ;
- et enfin la facilitation des réponses érotiques en utilisant la masturbation avec fantasmes, ou en augmentant la communication verbale et non-verbale pendant la relation sexuelle.

Plus tard, McCarthy (1984) a développé un programme pour les couples, accordant la priorité à l'amélioration de la qualité et de la satisfaction, plutôt que la fréquence ou la performance sexuelles. Dans cette optique, il propose huit exercices dont voici un bref exposé :

- (1) Un premier point vise à établir des attentes plus réalistes concernant le déroulement des relations sexuelles, principalement en donnant de l'information au couple.
- (2) Ceci rejoint alors un autre exercice proposant de réfléchir à des suggestions réalistes et constructives visant à améliorer l'attraction dans le couple.
- (3) La troisième méthode consiste à utiliser le *Sensate Focus*, afin de favoriser l'émergence et la perception de réactions sexuelles, tout en limitant les réactions négatives des patients face à la sexualité, notamment l'anxiété de performance.
- (4) Un quatrième exercice ambitionne l'amélioration de la qualité de vie sexuelle, en diversifiant les vécus sexuels ou en s'intéressant aux préférences sexuelles de son partenaire.
- (5) Une cinquième stratégie vise à provoquer volontairement un état d'inconfort sur le plan sexuel, dans le but de comprendre et de résoudre cette situation désagréable.

(6) Un autre exercice propose de rechercher et de discuter au sein du couple, des scénarii érotiques réalistes et inédits, pouvant par la suite être réalisés, si un accord est trouvé.

(7) Une septième méthode consiste en une discussion sur les conséquences néfastes de la perte de désir sexuel sur la relation de couple et notamment sur le degré de confiance en soi.

(8) Enfin, le dernier exercice met l'accent sur le rétablissement de cette confiance par la pratique des activités sexuelles.

Zilbergeld et Ellison (1980) quant à eux, recommandent une intervention personnalisée et donc moins structurée que les précédentes. Les principales cibles de leur traitement sont les résistances du patient, qu'ils proposent de minimiser avec un accompagnement peu directif et exigeant, favorisant la réceptivité du patient. Ultérieurement, LoPiccolo et Friedman (1988) suggèrent un traitement durant 15 à 20 semaines, en quatre phases :

(1) Une étape consiste à développer la conscience des sensations. Le sexothérapeute aide les patients à reconnaître ce qu'il se passe en eux quand ils font l'expérience de l'anxiété, du plaisir ou du dégoût... L'exercice du *Sensate Focus* peut également être proposé.

(2) La deuxième phase est l'occasion pour le thérapeute d'exposer aux patients son hypothèse quant à l'apparition et au maintien du trouble.

(3) Une autre étape correspond à une restructuration cognitive. Les pensées irrationnelles concernant la sexualité vont être discutées et altérées par les échanges avec le sexothérapeute. Les patients apprendront alors à faire face aux peurs qu'ils ont vis-à-vis de la sexualité, de la perte de contrôle ou encore des sentiments de culpabilité.

(4) Dans la quatrième phase, l'accent est mis sur des aspects plus comportementaux, c'est-à-dire l'entraînement à l'affirmation de soi, à la communication, des interventions de réduction du stress et de « *drive induction* ». Dans ces dernières, les patients sont encouragés à visionner des supports érotiques et/ou pornographiques, ou encore à exprimer physiquement leur affection (Agmo, 2011).

Dans une série d'écrits, Trudel (Trudel, 1991a ; 1991b ; 1992 ; 1993 ; 1995 ; Drouin, Trinque et Trudel, 1996 ; Trudel, Ravart et Aubin, 1996 ; Trudel, 2000) fait une synthèse des méthodes utilisées dans le traitement des troubles du désir sexuel. Il est fondamental d'améliorer le fonctionnement conjugal, de suggérer des habitudes sexuelles allant dans le sens d'une plus grande érotisation et d'une appréciation subjective plus positive, d'éliminer les cognitions nuisibles à la sexualité et de favoriser des fantasmes sexuels excitants (Trudel, 2003). Plus concrètement, il propose les étapes suivantes, à adapter et développer selon les besoins de la problématique du couple.

(1) Informer sur les diverses étapes de l'activité sexuelle incluant la phase de désir sexuel. Cette étape est essentielle dans la plupart des programmes. Elle permet au patient ou au couple de mieux comprendre le fonctionnement sexuel, les mécanismes propres à sa sexualité, et de revoir de manière réaliste les attentes, les croyances et les pensées dysfonctionnelles vis-à-vis de sa/leur propre sexualité.

(2) Augmenter la qualité et le caractère stimulant des activités sexuelles à l'intérieur du couple. La plupart des programmes sont en accord avec le fait qu'il est indispensable de développer la qualité de la relation sexuelle au sein du couple. L'exercice de *Sensate Focus* est proposé dans

la quasi-totalité des cas. Il permettra d'apprendre à focaliser son attention sur les sensations physiques, sur la manière de faire l'amour, plutôt que sur les performances sexuelles.

(3) Vérifier la présence et l'impact d'autres dysfonctions sexuelles sur le désir. Le manque d'intérêt pour les activités sexuelles peut être déclenché et/ou maintenu par une autre dysfonction sexuelle. Il est généralement possible de faire un traitement conjoint des différents troubles sexuels présents dans le couple.

(4) Améliorer la qualité de vie du couple. Il est notoire que des problèmes de désir sexuel résultent ou soient maintenus par des difficultés conjugales. Il s'agira ici de proposer de l'entraînement à la communication et à la résolution de problèmes (Wright, 1985 ; Beaudry et Boisvert, 1988).

(5) Modifier certaines idées négatives qui peuvent influencer le désir sexuel à la baisse. Cette étape de restructuration cognitive vise à agir sur les cognitions négatives qui précèdent (« je ne ressens pas de désir sexuel, ce n'est pas normal ! Si je l'aimais, je devrais... »), qui parasitent (« je ne suis pas assez désirable », « je ne bouge pas comme il faut », « il ne me touche jamais de la bonne manière »), ou qui suivent l'activité sexuelle (« il n'a pas eu suffisamment de plaisir », « je suis incapable de... »). Ces pensées sont généralement accompagnées de culpabilité (la personne ne se trouvant pas suffisamment performante, le rapport sexuel est considéré comme raté), ou de ressentiment envers le partenaire (considéré alors comme responsable de la non réussite du rapport). Il peut être particulièrement intéressant de travailler sur l'image corporelle. Dans une étude portant sur 199 jeunes femmes, il a été montré que plus une femme s'investit dans son apparence physique, sans que cela ne devienne obsessionnel,

plus elle aura le sentiment d'accroître son attractivité physique et se sentira désirable (Wiederman et Hurst, 1997).

(6) Favoriser l'émergence d'idées sexuelles positives et de fantasmes. Plusieurs méthodes peuvent se combiner : lecture ou visionnage de supports érotiques et/ou pornographiques, augmenter la fréquence des fantasmes sexuels, rédiger des scénarios érotiques.

(7) Identifier d'autres facteurs qui peuvent interférer avec le désir sexuel : il est généralement nécessaire de faire le point avec le patient sur l'anxiété, la dépression, le stress ou encore le temps et l'énergie accordés aux autres activités au détriment parfois du couple, telles que le travail, le social, les activités sportives ou les enfants.

4.1. Devenir un couple sexuel

Puis en 2003, dans son livre traitant de la baisse du désir sexuel, Trudel décrit une stratégie en quatre exercices qu'il nomme : *devenir un couple sexuel* (Trudel, 2003). Cette méthode d'intervention vise à améliorer la sensualité et la qualité de vie sexuelle au sein du couple, afin de rétablir ou d'intensifier le désir sexuel. Il n'est pas rare d'observer un malaise chez les couples ayant des difficultés sur le plan sexuel. La plupart du temps, une restriction en matière d'espace utilisé dans la maison (généralement circonscrit à la chambre parentale) et de temps accordé à l'activité ou à la communication sexuelles, en résulte.

(1) L'objectif de la première étape est donc d'établir du confort et « de sortir la sexualité de la chambre à coucher » (McCarthy, 1993). Le couple est invité à choisir un moment pour expérimenter le plaisir non-génital dans la chambre (par exemple première étape du *Sensate Focus*), et un moment privilégié pour communiquer au sujet de la sexualité dans un autre lieu que la chambre, en débutant par exemple par un bon souvenir sexuel commun.

(2) L'étape suivante concerne l'attraction dans le couple. Il s'agit alors de se présenter de façon attrayante à son/sa partenaire pour une discussion autour de ce sujet. Il est recommandé de commencer par dire tout ce qui nous plaît chez l'autre, puis de choisir deux ou trois choses que nous aimerions voir s'améliorer et de les communiquer de manière empathique.

(3) Pour la phase trois, c'est le thème de la confiance et de l'intimité sexuelle qui est abordé dans le couple. En effet, la confiance en soi et en l'autre sont des éléments qui influencent le niveau d'intimité au sein du couple. Il sera intéressant d'initier une discussion à ce sujet et de voir comment améliorer ensemble ces éléments. Cela est également valable dans la sexualité : le couple est invité à discuter des « positions de confiance » (McCarthy, 1993), positions intimes, sexuelles dans lesquelles les deux partenaires se sentent bien, confortables, en confiance. Une fois définies, ces positions pourront être utilisées si l'un ou l'autre des partenaires sent de la tension ou de l'anxiété au cours du rapport sexuel.

(4) Dans une dernière étape, il est proposé de créer et d'initier des scénarii originaux d'activités sexuelles, car il est connu que la monotonie sexuelle est souvent responsable d'une diminution de la satisfaction et du désir sexuels.

En 2011, Trudel, de Sutter et Hubin proposent une prise en charge cognitivo-comportementale du désir sexuel hypoactif. Outre les stratégies déjà vues, telles que la restructuration cognitive, l'entraînement à la perception des réactions physiologiques du désir sexuel et à l'amélioration du fonctionnement sexuel, ainsi que l'entraînement à la communication et aux fantasmes sexuels, ce programme propose le repérage des stratégies d'évitement. Il comporte l'arrêt de toute forme de sexualité pendant un certain temps, le non-évitement des contacts affectifs et des situations favorables à un rapprochement sexuel, et le développement de la partie érotique des

comportements de couple. Une réflexion sera également menée avec la patiente sur les aspects périsexologiques inhibant le désir et l'excitation sexuels, tels que la fatigue, généralement sous-tendue par un surinvestissement des secteurs extra-sexuels (avoir une maison impeccable, regarder des séries télévisées, être un parent parfait, être un employé irréprochable...).

Dans plusieurs études, des auteurs ont établi des programmes basés sur des exercices de pleine conscience intégrés à des interventions cognitivo-comportementales, sur des populations de femmes souffrant de trouble du désir et/ou de l'excitation sexuels, suite à des cancers gynécologiques (Brotto et Heiman, 2007 ; Brotto et al., 2008 ; Brotto et al., 2012) ou ayant été abusées sexuellement (Brotto, Seal et Rellini, 2012). Ces programmes ont significativement amélioré les troubles du désir sexuel. Généralement, les *settings* thérapeutiques sont construits ainsi : dans un premier temps, l'entraînement à la PC est expliqué et pratiqué en séance. Il est ensuite proposé aux patientes de poursuivre la pratique d'exercices variés de PC à la maison de manière régulière : méditation en mangeant, balayage corporel (body-scan), pleine conscience de la respiration, ou encore pleine conscience des pensées. Une fois les femmes habituées à cette pratique dans leur vie quotidienne, des exercices de PC faisant le lien avec la sexualité sont introduits. Aucune étude ne témoigne de contre-indications réelles pour l'entraînement à la PC (Heeren et Philippot, 2009). Un entraînement quotidien de trente minutes minimums, semble indispensable (Astin, 1997). Récemment, Paterson, Handy et Brotto (2016) ont proposé un programme inspiré du *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (Tableau 1), qui a montré de bons résultats, puisque les femmes ont signalé des améliorations significatives du désir sexuel, du fonctionnement sexuel global et de la détresse liée à la sexualité par rapport aux mesures pré-traitement (Paterson, Handy et Brotto, 2016).

Session	Méditation en séance	Education sexuelle, fiche de travail en séance et présentation des exercices à faire à la maison	Pratique à la maison (temps/jours)
1	Exercice du raisin	Info. – prévalence des difficultés sexuelles Fiche de travail – importance accordée à la sexualité et évolution Analogie de la boule de neige	PC en mangeant (10 min/j)
2	Body Scan	Info. – utilité PC contre les difficultés sexuelles, anatomie et physiologie de la réponse sexuelle Fiche de travail - analyse des facteurs protégeant des dysfonctions sexuelles Présentation exercice du miroir	Observation structurelle des parties génitales Body scan (40 min/j)
3	Etirement et respiration	Info. – impact des croyances sexuelles et de l’image corporelle sur la sexualité Fiche de travail - les croyances sexuelles et sur l’image du corps pour elles Exercice de focalisation	Observation du corps sans porter de jugement après une douche en PC centrée sur les sensations corporelles Etirement et respiration (40 min/j)
4	Respiration, du corps, des sons et des pensées	Info. - le modèle cognitif et sur les biais cognitifs Fiche de travail – leurs pensées, émotions, sensations physiques et comportements en lien dans une situation réelle ou anticipée Exercice de focalisation	Observation du corps sans porter de jugement après une douche en PC centrée sur les sensations corporelles Méditation assise (40min/j)
5	PC de la respiration	Info. - le modèle circulaire de la réponse sexuelle (Basson, 2005) ; les motivations sexuelles (Meston et Buss, 2007) Fiche de travail – leur cycle de réponse sexuelle Exercice d’auto-observation ; exercice de focalisation	Observation des parties génitales sans porter de jugement après une douche en PC centrée sur les sensations corporelles Méditation assise (40min/j)

6	Travailler avec difficulté	Info. – les aides sexuelles (fantasmes, érotisme, vibrateurs...) Exercice d'exploration de soi par le toucher	Exploration par le toucher du corps, parties génitales et seins Travailler avec difficulté (25min/j)
7	Travailler avec les sensations corporelles	Info. – les autres traitements Fiche de travail sur les intentions à long terme Présentation des exercices de conscience des sensations sexuelles et des exercices de plaisir par le toucher	Ecoute des sensations suite à l'utilisation d'une aide sexuelle suscitant de l'excitation, puis toucher des parties génitales pour induire des sensations de plaisir Méditation de leur choix
8	Body Scan	Explication du Sensate Focus ; présentation des autres traitements concernant les difficultés sexuelles	N/A

Tableau 1. Protocole de traitement par PC du trouble de l'intérêt et de l'excitation sexuels, Paterson, Handy et Brotto (2016).

À notre connaissance, il n'y a pas de programme spécifique au trouble de l'excitation sexuelle. Il est généralement associé au trouble du désir sexuel, mais parfois au trouble de l'orgasme. C'est pourquoi, il est traité grâce à des exercices similaires à ceux des autres dysfonctions sexuelles, notamment le *Sensate Focus*, l'entraînement à l'affirmation de soi et enfin des exercices de masturbation guidée (Both et Laan, 2003) décrits plus haut.

Selon l'étiologie de la dysfonction sexuelle rencontrée, certains traitements pharmacologiques par hormones peuvent être proposés avec succès, tels que la prise d'œstrogènes, de testostérone et/ou de DHEA.

5. La prise en charge TCC spécifiques du trouble de l'orgasme

L'anorgasmie est considérée comme le deuxième problème sexuel pour lequel les femmes consultent un spécialiste. Les résultats des études de prévalence montrent qu'un nombre très restreint de femmes n'aurait jamais atteint l'orgasme, et que l'incapacité à atteindre l'orgasme serait davantage rapportée lors des activités sexuelles dyadiques que lors des activités sexuelles solitaires (Heiman, 2000 ; Heiman et LoPiccolo, 1988). Bien que plusieurs facteurs aient été proposés comme causant une anorgasmie, l'étiologie de ce trouble est peu claire. Une explication possible est que la compréhension des mécanismes qui sous-tendent l'orgasme féminin est encore aujourd'hui limitée (Bancroft, 2009). L'anxiété (Andersen et Cyranowski, 1994 ; Beaber et Werner, 2009 ; Gerrior et al., 2015 ; Laan et al., 1993 ; Purdon et Holdaway, 2006 ; Purdon et Watson, 2011) et la distraction cognitive (Cuntim et Nobre, 2011 ; Dove et Wiederman, 2000) sont les plus fréquemment citées, ou encore les problèmes de communication dans le couple (Kelly, Strassberg et Turner, 2004) et la peur de perdre le contrôle (Graham, 2014). Il semble ainsi pertinent de proposer une prise en charge TCC pour ces patientes. Comme pour les autres dysfonctions sexuelles, le traitement TCC de la dysfonction orgasmique est multimodal, et intègre un ensemble de stratégies thérapeutiques choisies en fonction des variables étiologiques et diagnostiques saillantes (Donahey, 2010). Les méthodes généralement utilisées sont l'éducation et l'information sexuelles qui influencent directement les perceptions et les croyances sexuelles (Jankovich et Miller, 1978), la masturbation dirigée, l'entraînement à la communication, les exercices de *Sensate Focus* et de Kegel, et la désensibilisation systématique.

Nous allons maintenant présenter certaines techniques TCC spécifiques à la prise en charge du trouble de l'orgasme chez la femme.

5.1. L’alignement coïtal

Proposée par Eichel, Eichel et Kule (1988), la technique de l’alignement coïtal (CAT) peut être proposée aux couples à la recherche d’un orgasme féminin pendant la pénétration. Cette technique est une position coïtale qui augmente la stimulation clitoridienne pendant la pénétration vaginale (Hurlbert et Apt, 1995). Elle permet d’utiliser une position de pénétration connue et souvent appréciée des couples (le missionnaire : l’homme en position supérieure entre les jambes de la femme allongée sur le dos ; ou l’amazone : la femme à califourchon sur l’homme allongé sur le dos) tout en augmentant les pressions-contrepressions sur la vulve et le clitoris par les mouvements de bascule inhérents à la pénétration du pénis dans le vagin. Le CAT est particulièrement utile pour les patientes réfractaires, généralement par pudeur, aux caresses vulvaires ou clitoridiennes pendant la pénétration, sensées majorer leur excitation.

5.2. Autre technique de stimulation clitoridienne

D’autres techniques de stimulation clitoridienne peuvent être proposées, comme l’utilisation de l’appareil EROS Clitoral Therapy Device (CTD ; Billups et al, 2001 ; Wilson, Delk et Billups, 2001). Cet appareil permet une stimulation clitoridienne par un système de vacuum – aspiration rythmique du clitoris – favorisant l’engorgement clitoridien. L’afflux plus important de sang dans la région clitoridienne entraîne une augmentation de l’excitation, et donc des sensations de plaisir chez la femme. Des sex-toy’s sont commercialisés actuellement, reprenant les principes de cette technique (par exemple *Womanizer*). Il est nécessaire de préciser qu’il est préférable de ne pas utiliser cet outil seul, et qu’il est à intégrer dans un apprentissage de développement sensuel solitaire et de couple, en alternance avec des caresses sensuelles et sexuelles.

Cette technique ne répond généralement pas aux attentes premières de nombreuses femmes et couples consultant dans le but d'obtenir des orgasmes féminins pendant la pénétration phallogynale. Des séances de sexo-éducation sont alors susceptibles de faire évoluer la demande de la patiente ou du couple.

S'inspirant du programme du *Sensate Focus* de Master et Johnson (1970) et de celui de la masturbation dirigée de LoPiccolo et Lobitz (1972), Kaplan (1974) propose un traitement de l'anorgasmie généralisée et de l'anorgasmie situationnelle. Dans le premier cas, des exercices d'auto-stimulation seule et avec l'aide d'un vibreur, et de développement des fantasmes sexuels sont préconisés, avant de communiquer ses préférences et de s'exercer au *Sensate Focus* avec son partenaire. Dans le cas de l'anorgasmie situationnelle, il est recommandé de débiter avec la masturbation dirigée tout en développant la proprioception génitale, puis après avoir communiqué sur les caresses favorables à la venue de l'orgasme et s'être exercé au *Sensate Focus*, le couple est invité à utiliser la technique du *bridge*.

5.3. La technique du *bridge*

Cette technique développée par Kaplan (1974), propose au couple d'utiliser les stimulations clitoridiennes pendant le coït jusqu'à l'imminence de l'orgasme, puis de les stopper afin que ce soit la poussée coïtale qui déclenche le réflexe orgasmique. Au fur et à mesure des pratiques, le recours à la stimulation clitoridienne diminue pour laisser une place de plus en plus importante à la poussée coïtale dans le déclenchement de l'orgasme.

D'un point de vue clinique, cette technique assez simple à mettre en place et à comprendre, a été bénéfique à un grand nombre de nos patientes confortable avec le fait de se masturber seule et en couple.

5.4. Les programmes TCC pour le traitement du trouble de l'orgasme

En 1976, Heiman, LoPiccolo et LoPiccolo ont développé le premier auto-traitement pour « devenir orgasmique ». Ce programme multimodal selon un ensemble de stratégies cognitivo-comportementales, vise à améliorer les capacités sexuelles de la femme et de son partenaire. La première édition propose douze étapes (Heiman, LoPiccolo et LoPiccolo, 1976), la deuxième, quatorze (Heiman et LoPiccolo, 1979), chacune ponctuée d'informations sur ce qui est attendu, comment y arriver, ce qui peut poser problème et comment résoudre le problème. En voici un bref aperçu :

(1) Dans le premier chapitre, il est question de donner de l'information à la lectrice avec l'objectif de dédramatiser le problème et de comprendre quelles peuvent être les causes personnelles et relationnelles de l'anorgasmie.

(2) Les étapes 2 à 5 sont similaires aux différents points de la masturbation dirigée. La femme est invitée, dans un premier temps, à explorer visuellement avec un miroir son corps, ses seins et ses organes génitaux, puis à les explorer par le toucher dans l'objectif de découvrir, puis de se focaliser sur les sources de plaisir, en utilisant la fantasmagorie sexuelle ou la littérature érotique. Les exercices de Kegel (1952) sont introduits à la fin de ces étapes.

(3) La sixième étape consiste à se rapprocher du but, en s'exerçant à simuler les comportements associés à l'orgasme (tension musculaire, expression du plaisir, mouvements accentués du bassin...).

(4) Dans la septième étape, il est recommandé d'utiliser un vibreur, en alternance avec les caresses manuelles, pendant les exercices d'exploration et d'autostimulation.

(5) Le chapitre huit comprend de l'information sur la sexualité de la femme tout au long de la vie et la santé sexuelle.

(6) Les étapes neuf et dix proposent de partager ces découvertes avec son partenaire et d'apprendre à faire plaisir à l'autre, par les exercices de *Sensate Focus*, par l'entraînement à la communication, par l'utilisation du sex-toy's et la fantasmagie sexuelle en couple.

(7) Le point onze présente la pénétration comme une autre manière de se donner du plaisir mutuellement et permet d'aborder les croyances associées à cette pratique.

(8) Les chapitres douze à quatorze consistent en un don d'informations ouvertes sur la sexualité. Les objectifs sont de replacer la sexualité dans le contexte socio-culturel actuel avec les différentes pressions qui pèsent sur chacun des partenaires ; découvrir de nouvelles pistes d'amélioration, comme ouvrir la discussion sur le sexe oral et anal ; et enfin proposer une suite si la patiente reste insatisfaite de sa sexualité en présentant par exemple, les différentes approches sexothérapeutiques.

Les programmes de *mindfulness*, pour le traitement des troubles de l'orgasme, semblent prometteuses. En effet, plusieurs études mentionnent que les femmes anorgasmiques ont une plus grande tendance à la distraction cognitive (Cutim et Nobre, 2001 ; Dove et Wiederman, 2000) et au manque de pensées érotiques (Cuntim et Nobre, 2011 ; Nobre et Pinto-Gouveia, 2008b), ce qui génère des émotions à valence négative telles que l'anxiété, la culpabilité, la honte... (Birnbaum, 2003). Ainsi, l'attention de la femme anorgasmique est happée par ses pensées et émotions dysfonctionnelles et ne peut se centrer sur l'instant présent : la situation sexuelle, les pensées érotiques et surtout la perception des sensations sexuelles. Plusieurs études ont montré que la PC améliore les capacités attentionnelles (Chambers, Lo et Allen, 2008 ; Jha,

Krompinger et Baime, 2007 ; Valentine et Sweet, 1999), la gestion des pensées intrusives (Heeren et Philippot, 2011) et diminue l'anxiété (Kabat-Zinn et al., 1992 ; Miller, Fletcher et Kabat-Zinn, 1995). Le programme et les objectifs pourraient être les mêmes que pour le traitement des troubles du désir et de l'excitation sexuels. Dans une recherche de 2011, Silverstein et ses collaborateurs ont montré que la pratique de la PC améliore la conscience intéroceptive, et lève les trois barrières psychologiques entravant le plus souvent le fonctionnement sexuel, c'est-à-dire l'attention, le jugement de soi et les symptômes anxiodépressifs. Leur programme sur douze semaines, était constitué de 2h30 hebdomadaires d'enseignement de la religion Bouddhiste et de pratique de PC. Les participantes se réunissaient également trois heures par semaine pour méditer ensemble.

Il n'existe aujourd'hui aucun médicament ayant fait ses preuves dans le traitement de l'anorgasmie, qu'elle soit primaire ou secondaire, généralisée ou situationnelle. Les TCC ont élaboré diverses techniques dont l'objectif est de développer une meilleure communication de couple, un contexte sensuel, ainsi que des habiletés personnelles comportementales et cognitives. L'apport de la PC dans ces prises en charge semble approprié, tout comme dans le traitement du trouble de l'intérêt et de l'excitation sexuels.

6. La prise en charge TCC spécifique des douleurs associées à la sexualité

Comme nous l'avons vu dans le chapitre s'intéressant aux dysfonctions sexuelles et leur prévalence, les douleurs associées à la sexualité peuvent prendre plusieurs formes. Dès lors leur prévalence est très variable selon la population étudiée, l'âge, la durée du trouble, etc. Dans la prise en charge des douleurs génitales, des interventions pluridisciplinaires sont généralement nécessaires, de manière à faire les liens entre les aspects physiologiques et psychologiques de

la sexualité. Ce modèle pluridisciplinaire est mis en avant dans un guide pour s'aider soi-même, s'adressant aux femmes ayant expérimenté la douleur sexuelle (Goldstein, Pukall et Goldstein, 2011).

Dans la plupart des enseignements et des livres sur le sujet, deux entités sont distinguées : les douleurs génitales d'un côté, et le vaginisme de l'autre (Binik et Hall, 2014). Pour des raisons de clarté, nous avons décidé de reprendre cette distinction.

6.1. Prise en charge TCC spécifique des douleurs génitales

De 20% à 25% des femmes consultant en cabinet souffrent de douleurs intenses et souvent inexplicables, perturbant la qualité de vie, et s'inscrivant dans des problèmes conjugaux si la dysfonction se prolonge dans le temps. Plusieurs réalités cliniques se rencontrent. La vulvodynie, syndrome douloureux chronique muco-cutané, n'est pas liée à l'organe, mais à une sensibilisation centrale. La dyspareunie, caractérisée par une douleur intense lors de la pénétration, concerne souvent des femmes périménopausées, parfois dans un contexte anxio-dépressif, mais aussi des femmes ayant subi un cancer (sein, ovaire, utérus), un divorce non-désiré, une période de chômage... (Jarrousse, 2011). Une étude récente a trouvé que les adolescentes souffrant de douleur génitale rapportent plus d'abus sexuels que celles n'ayant pas de douleur génitale, ainsi qu'une plus grande peur d'un abus physique (Landry et Bergeron, 2011).

Les principaux objectifs de ces prises en charge sont de réduire la douleur, de restaurer la fonction sexuelle et d'améliorer la relation amoureuse en ciblant les pensées, les émotions, les comportements et les interactions de couple associés à l'expérience de la douleur sexuelle (Bergeron, Rosen et Pukall, 2014). Il est essentiel, comme dans les autres types de traitement

de donner de l'information à la patiente et à son compagnon. La psychoéducation au sujet de la douleur, de sa multi-dimensionnalité et de son impact négatif sur la sexualité sont à aborder, tout autant que l'impact des facteurs psychologiques dans son maintien et son exacerbation, ayant pour résultat les problèmes sexuels. Il s'agit donc d'avoir au préalable, développé une alliance thérapeutique solide par un questionnement bienveillant sur le problème. La sexoéducation, quant à elle, vise les croyances et pensées irrationnelles concernant la sexualité et son fonctionnement : connaître son vagin, sa vulve et son clitoris, la manière dont ils fonctionnent, découvrir que le vagin n'est pas une cavité passive, que c'est un organe actif qui se contracte et se relâche, et que cette fonction est en partie contrôlable.

L'auto-observation de la douleur avec la sensation, la localisation et une cotation précise sont des outils indispensables. Dans cet ordre d'idée, un journal de la douleur peut même être proposé avec l'utilisation de colonnes : émotions, cognitions, comportements et environnement (pour l'attitude du conjoint par exemple). Ensuite, il peut être intéressant d'ajouter une colonne « pensées alternatives », à travailler avec le thérapeute.

A partir de ces éléments, la seconde étape vise à faire prendre conscience à la patiente des stratégies de coping inadaptées et de les réduire, telles que le catastrophisme (exemple de cognitions catastrophistes : « je n'y arriverai jamais, il va me quitter »), l'hypervigilance à la douleur, l'évitement de tout ce qui touche au contact physique...

En fonction de l'étiologie et de l'auto-observation faites, des exercices comportementaux précis sont utilisés. Par exemple, face à une crispation permanente du périnée, des exercices de Kegel, seule puis avec le partenaire sont proposés ; face à une irritation de la fourchette vulvaire, la patiente est invitée à se faire des massages sur cette zone avec une crème hydratante spécifique,

par la suite le partenaire peut prendre le relais. Une phase de désensibilisation systématique en imagination peut être nécessaire selon le degré d'anxiété associé à la zone sexuelle.

Quelle que soit l'étiologie, une exposition progressive va être mise en place concernant la peur de la douleur et/ou de la pénétration. L'exploration corporelle visuelle, puis tactile seule est indispensable, par exemple : regarder la zone sexuelle, explorer la vulve, puis l'entrée du vagin, mettre un doigt dans le vagin, y ajouter des exercices de Kegel. Dans un deuxième temps, le partenaire est invité à participer dans des exercices de type *Sensate Focus*. Par ailleurs, il est généralement important de développer l'assertivité de la patiente, la connexion avec le partenaire via l'intimité physique non sexuelle et émotionnelle, mais aussi de développer le répertoire des activités sexuelles pour diriger l'attention loin de la pénétration et vers le désir, l'excitation et l'intimité sexuelle des deux partenaires (Bergeron, Rosen et Pukall, 2014).

Enfin, la PC a montré des résultats intéressants concernant la gestion de la douleur comme dans la fibromyalgie (Goldenberg, Kaplan, Nadeau, Brodeur, Smith et Schmid, 1994 ; Kaplan, Goldenberg et Galvin, 1993). Ainsi en 2015, dans l'objectif de tester l'impact de la méditation sur les douleurs vulvaires, Brotto et Basson ont développé un programme (*Improved* ; Brotto et al., 2015) en quatre sessions, se déroulant à raison d'une session toutes les deux semaines.

(1) La session 1 propose de faire le point sur l'état actuel de la recherche concernant le trouble, et d'amener une discussion sur la sensibilisation centrale et sur le rôle du stress dans l'exacerbation de la douleur. Un entraînement à la PC est introduit (méditation sur l'alimentation) et le modèle TCC présenté, illustrant comment les pensées, les émotions, les comportements et la douleur s'auto-renforcent. Des exercices à la maison sont prescrits : il s'agit ici, de pratiquer quotidiennement des exercices de PC sur des activités de la vie de tous

les jours et d'encourager les femmes à réfléchir à la chronologie et aux conséquences de leur dysfonction sexuelle.

(2) La session 2 aborde l'impact des cognitions et du stress chronique sur la douleur et introduit l'auto-enregistrement des pensées. L'évitement comportemental est abordé, et la pratique en séance d'une relaxation musculaire progressive propose d'envisager la pénétration comme indolore. Les mêmes exercices à la maison sont conseillés.

(3) La session 3 est introduite par un balayage corporel (*Body Scan*) et des informations sont fournies sur l'impact de la pleine conscience sur la douleur chronique et sur le modèle circulaire de la réponse sexuelle, adapté aux femmes souffrant de vulvodynie provoquée (Basson, 2015).

Entre les deux sessions, les femmes sont invitées à pratiquer quotidiennement un body scan, ainsi que des exercices de PC dans les activités de la vie de tous les jours. Il leur est également demandé de compléter le cycle de réponse sexuelle avec leur expérience personnelle et de prendre note de leurs pensées.

(4) Enfin, la session 4 est introduite par une PC des pensées, puis une discussion autour de la gestion des pensées pendant la méditation. L'impact de ces dernières sur la douleur est abordé à partir du modèle TCC. Pour finir, il est proposé aux femmes de réfléchir à l'utilisation future de la PC lors d'un bref toucher de l'entrée du vagin.

Pour la suite, les femmes sont encouragées à mettre en pratique les compétences acquises quotidiennement, et une prise en charge individuelle permettant le maintien et la généralisation des apprentissages est proposée.

D'autres options thérapeutiques sont possibles, telles que l'application d'un anesthésique local (Danielson et al., 2006 ; Zolnoun, Hartmann et Steege, 2003), la prise d'antidépresseurs (Foster et al., 2010 ; Reed, 2006) et une vestibulectomie (Bergeron et al., 2001 ; Bergeron et al., 2008 ; Landry et al., 2008). Malgré le manque d'études de validation, la rééducation du périnée semble une option très prometteuse (Bergeron et al., 2002 ; 2008 ; Danielson et al., 2006 ; Gentilcor-Saulnier et al., 2010 ; Glazer et al., 1995 ; Goldfinger et al., 2009). Elle est généralement assortie de sexo-éducation.

6.2. Prise en charge TCC spécifique du vaginisme

Le vaginisme, défini comme la difficulté persistante à introduire vaginalement un pénis, un doigt et/ou un objet, concerne entre 0,4 et 6% de la population générale (Christensen et al., 2011), et entre 20 et 30% des femmes consultant en sexologie, avec une réelle impossibilité de pénétration tant la douleur et la peur sont importantes (Grafeille, 2009). Les attitudes conservatrices et religieuses, le manque d'éducation sexuelle, les abus sexuels et certains facteurs relationnels ont été rapportés comme des causes possibles, mais jamais confirmées empiriquement (van Lankveld et al., 2010).

L'abord du symptôme doit se faire de manière progressive, minimaliste, pour éviter le renforcement de la peur, les résistances au changement et l'hyperinvestissement d'un corps déssexualisé (Jarrousse, 2011). D'autre part, tout comme il n'y a pas de hasard dans le choix d'un partenaire (Jarrousse et Poudat, 1992), il semblerait qu'il y ait un profil d'homme-partenaire de la femme souffrant de vaginisme : peu entreprenant, doux et très gentil, ne bousculant rien dans la relation (Grafeille, 1994). Ainsi, il peut être un facteur fréquent de résistance au traitement et devient une composante indispensable de la guérison. Ceci sera

expliqué à la patiente qui, compte-tenu de ces informations, fera le choix de l'intégrer ou non, à la prise en charge. De plus, il n'est pas rare que le trouble de la femme cache une dysfonction sexuelle chez son partenaire, sur laquelle il sera essentiel d'intervenir en parallèle.

De manière générale, les techniques de réduction de l'anxiété avec notamment l'exposition progressive à la pénétration constituent le noyau central de l'intervention cognitivo-comportementale, incluant la restructuration cognitive basée sur l'auto-observation faite par la patiente, la sexoéducation et les techniques de développement sensuel et sexuel (Melnick, Hawton et McGuire, 2012), de type *Sensate Focus*, exercices de Kegel, mais aussi l'apprentissage des techniques permettant l'atteinte de l'orgasme. En effet, un abord purement mécanique de l'activité sexuelle permettant une pénétration phallo-vaginale, passerait à côté de l'essence même de la sexualité humaine, notamment des sensations de plaisir et de l'épanouissement de l'individu et du couple. Dans ce même esprit, il sera intéressant de noter et d'interroger les éléments se rapportant à l'inscription identitaire de la patiente en tant qu'être sexué, et l'évolution de cette dernière au fil de la thérapie.

Une étape de désensibilisation systématique est généralement proposée de manière à réduire le niveau d'anxiété associé à la mise en place de l'exposition *in vivo*. Les différentes mises en situation sont imaginées par la patiente avec l'aide du sexothérapeute, et seront hiérarchisées en fonction du niveau d'anxiété associé à chaque situation. Dans une étude de cas, Jarrousse (p. 66 ; 2011) en donne un exemple : « imaginer des caresses à deux habillés > imaginer des caresses à deux déshabillés > imaginer des caresses en osant lui dire que j'aime > imaginer des caresses à deux en lui demandant ce qu'il aime > imaginer que l'on mélange nos échanges de caresses > imaginer que je le caresse sexuellement > imaginer qu'il me caresse sexuellement > imaginer qu'il puisse faire un massage de mon périnée avec son doigt > imaginer que son gland

puisse arriver à l'entrée de mon vagin > imaginer le pénis en moi sans douleur, puis avec plaisir > imaginer la pénétration, sans peur, en changeant de position... ». La fréquence des expositions sera un facteur important de la réussite de la technique de désensibilisation systématique. Quand toutes les situations ont été traitées, l'exposition *in vivo* est envisagée.

6.3. L'exposition *in vivo*

Particulièrement efficace pour les phobies spécifiques (Barlow, 2002), l'exposition *in vivo* est une technique tout à fait appropriée au traitement du vaginisme primaire. Pouvant être assistée par un professionnel ou pratiquée à la maison, cette technique a l'avantage de pouvoir être utilisée chaque jour et dans des situations différentes, en incluant ou non le partenaire. En effet, nous savons que la fréquence d'exposition et la variété des stimuli et des situations proposées à l'exposition, sont des variables qui améliorent nettement les résultats de cette technique (Barlow, 2002). L'exposition initiale est cruciale : il s'agit pour le sexothérapeute de prendre le temps de donner une explication détaillée concernant la mise en œuvre de la technique, et de donner des pistes pour la gestion des émotions à valence négative (peur, anxiété, honte...), des pensées irrationnelles intrusives et des comportements d'évitement. Les recommandations de Ter Kuile et Reissing (2014) sont les suivantes :

- La pratique de l'exposition *in vivo* est suffisamment longue pour ne pas confirmer les attentes catastrophistes de la patiente ;
- Elle est pratiquée avec des stimuli variés : doigt(s) de la patiente, doigt(s) du partenaire, dilateurs ou autres objets sexuels, tampon, pénis...
- Dans des situations variées : différentes positions, avec et sans le partenaire, avec et sans excitation sexuelle...

- Le partenaire doit être si possible, inclus dans le traitement. Son rôle est d'aider la patiente à réduire les comportements d'évitement et de l'encourager à maintenir l'exposition pour une durée suffisante ;
- Si une exposition initiale est proposée avec un professionnel, c'est la femme qui réalise l'introduction ;
- Le rôle du sexothérapeute est d'aider la femme et son partenaire à gérer la peur, l'évitement et à préparer les exercices à la maison.

En conclusion, comme pour les autres dysfonctions sexuelles, et particulièrement les autres troubles associant douleur et sexualité, la méditation semble être une technique prometteuse dans le traitement du vaginisme, notamment par sa proposition de non-jugement et d'expérimentation de ce qui est présent. Malgré la forte expansion de cette technique dans tout ce qui touche à la sexothérapie, il n'existe pas à l'heure actuelle de programme décrit et testé, intégrant la méditation de pleine conscience pour traiter spécifiquement les femmes souffrant de vaginisme.

Il est indispensable de garder à l'esprit que pour les troubles associant douleur et sexualité, comme pour d'autres dysfonctions, il est essentiel de personnaliser la prise en charge, malgré des trames communes ; puisqu'il s'agit de désapprendre des comportements, des réactions émotionnelles et cognitives qui perdurent depuis de nombreuses années, pour en apprendre de nouveaux, plus fonctionnels et épanouissants.

Comme nous venons de le voir, les Thérapies Émotionnelles, Cognitives et Comportementales ont adapté un certain nombre de techniques et proposé des programmes s'inspirant de la psychopathologie et des thérapies sexuelles, permettant de cibler des processus

dysfonctionnels, de les modifier et/ou de proposer de nouveaux apprentissages. Voyons maintenant les études permettant de valider l'impact de ces pratiques sur les différentes dysfonctions sexuelles féminines.

7. L'efficacité des TCC sur les troubles sexuels féminins

Les traitements sexothérapeutiques proposés par les TCC visent à changer les cognitions vis-à-vis de la sexualité (sexoéducation, informations à propos de la sexualité, travail sur les fausses croyances et attentes irrationnelles, développement de l'imaginaire érotique...), à diminuer l'apparition d'émotions à valence négative (anxiété, peur, honte, culpabilité...), et à renforcer l'utilisation de comportements sexuellement fonctionnels (masturbation, développement des aspects sensuels et érotiques de la sexualité, utilisation de positions sexuelles favorables...). La plupart des études montrent que ce type de prise en charge est une option thérapeutique très intéressante, car elle est non invasive et globalement validée empiriquement (Bergeron, Rosen et Pukall, 2014). Par exemple, les techniques de *Sensate Focus* se sont avérées efficaces pour la perception des stimuli sexuels et donc pour la prise en charge de la majorité des dysfonctions sexuelles (Aubin, 2011). Néanmoins, quasiment aucune recherche ne s'est focalisée sur l'étude d'une seule composante d'un programme multimodal (Ter Kuile, Both et van Lankveld, 2012). Silverstein et ses collaborateurs (2011) se sont intéressés à l'influence de la PC sur des facteurs améliorant ou altérant le fonctionnement sexuel. Dans cette étude, un groupe contrôle recevant des cours sur la religion Bouddhiste et un groupe expérimental recevant ces mêmes cours assortis d'un entraînement à la PC sont comparés. Les individus du groupe expérimental ont amélioré de manière significative leur conscience interoceptive (essentielle à la perception des sensations corporelles et donc à la sexualité), leurs capacités d'attention, de non-jugement et leurs symptômes dépressifs et anxieux. D'autre part, le programme proposé par Brotto et ses

collaborateurs (2008), incluant la pleine conscience à une prise en charge de type TCC dans le traitement des dysfonctions sexuelles, a amélioré considérablement plusieurs aspects de la sexualité. Dans cet essai non contrôlé, 22 femmes ont participé au programme en 3 séances, rempli un questionnaire et pris une mesure physiologique de leur excitation génitale avant, et après le programme. Un effet positif significatif a été rapporté sur le désir sexuel, l'excitation sexuelle, la survenue de l'orgasme, la satisfaction sexuelle et enfin, la détresse sexuelle. Durant une quatrième séance les femmes ont indiqué lors d'un entretien semi-directif, que ce sont les exercices de pleine conscience qui ont été les plus utiles pour elles. Regardons de manière plus spécifique l'efficacité de ces techniques et programmes pour chaque dysfonction étudiée.

7.1. L'efficacité des TCC sur les troubles de l'intérêt et de l'excitation sexuels

Puisque les troubles de l'intérêt et de l'excitation sexuels sont associés notamment à la distraction cognitive, aux pensées et aux affects négatifs pendant l'activité sexuelle (Peixoto et Nobre, 2015), les TCC se sont révélées être un traitement de choix sur le plan clinique. Malheureusement, assez peu d'études contrôlées se sont intéressées de manière spécifique à l'impact des techniques émotionnelles, cognitives et comportementales sur ces dysfonctions. Dans l'une d'entre elles, comportant des relances à court et long terme, Trudel et ses collaborateurs (2001) ont montré que les TCC de groupe améliorent le désir sexuel chez 74% des femmes et que cet effet est maintenu à 1 an pour 64% des couples. Par ailleurs, une sexothérapie inspirée des travaux de Master et Johnson améliore la fonction sexuelle chez 57% des femmes atteintes de trouble du désir sexuel (Hawton, Catalan et Fagg, 1991). Récemment, une méta-analyse se rapportant à 20 recherches avec un groupe témoin sur liste d'attente et à 8 études comparant une prise en charge TCC avec un autre traitement, a révélé un large effet significatif sur le faible désir sexuel, et un effet modéré sur la satisfaction sexuelle (Frühauf et

al., 2013). De plus, l'intégration du partenaire au traitement donne de meilleurs résultats (Günzler et Berner, 2012).

Récemment, de nouveaux traitements cognitivo-comportementaux intégrant la méditation de pleine conscience se sont révélés très prometteurs concernant notamment le trouble du désir et de l'excitation sexuels. Par exemple, dans le programme en huit sessions de Paterson et ses collaborateurs (2016) décrit plus haut, le désir sexuel a augmenté de 60%, les autres aspects du fonctionnement sexuel de 26% et la détresse sexuelle diminué de 20%. Ces interventions attendent une confirmation par des études contrôlées et randomisées sur une large population (Brotto et al., 2010).

7.2. L'efficacité des TCC sur le trouble de l'orgasme

Plusieurs facteurs étiologiques sont pertinents concernant le trouble de l'orgasme féminin. Son origine est généralement multifactorielle et résulte de l'interaction complexe entre des facteurs biologiques, environnementaux et psychologiques (APA, 2013). Dans cette optique, une prise en charge multimodale d'inspiration TCC est à propos, permettant de viser les facteurs émotionnels et cognitifs, mais aussi comportementaux pouvant suggérer un défaut d'apprentissage. Ainsi, en 2001, le programme de McCabe ciblant essentiellement l'amélioration de la communication du couple, l'augmentation des compétences sexuelles et la réduction de l'anxiété sexuelle et de performance, a amélioré 80% des 36 femmes anorgasmiques intégrées dans sa recherche. Le programme de masturbation dirigée proposé par LoPiccolo et Lobitz (1972) en 15 séances, visant à renforcer les connaissances et les habiletés qui favorisent l'atteinte de l'orgasme seule puis en couple, s'est avéré efficace pour 80 à 90% des femmes souffrant d'anorgasmie primaire (LoPiccolo et Stock, 1986). Plus tard, Ter Kuile,

Both et Van Lankveld (2012) ont passé en revue 9 études contrôlées et randomisées, et ils concluent que grâce notamment à la masturbation dirigée (seule ou en couple), entre 60 et 90% des femmes souffrant d'une anorgasmie primaire, deviennent capable d'obtenir un orgasme pendant la masturbation solitaire, et 33 à 85%, un orgasme pendant l'activité sexuelle avec partenaire. Généralement, c'est la combinaison de la masturbation dirigée et des exercices de *Sensate Focus* qui semble efficace (Heiman, 2002). Très peu d'études ont évalué l'impact des exercices de *Sensate Focus* seuls : ils sont quasiment toujours intégrés à des programmes multimodaux (Ter Kuile, Both et Van Lankveld, 2012) ; comme d'ailleurs les autres techniques TCC : l'entraînement à la communication ou les exercices de Kegel, utilisés seuls. La technique de l'alignement coïtale semble elle aussi efficace (Eichel, Eichel, et Kule, 1988 ; Hulbert et Apt, 1995 ; Pierce, 2000), en combinaison avec d'autres techniques comme la masturbation dirigée. Dans une étude de 2001, Wilson et ses collaborateurs ont démontré que l'EROS CTD augmente la capacité orgasmique, la perception des sensations, la lubrification vaginale et la satisfaction sexuelle des femmes l'utilisant. Par ailleurs, les études rapportent que la désensibilisation systématique augmente la fréquence des orgasmes et la satisfaction conjugale (Munjack, Cristol, Goldstein, Phillips, Goldberg, Whipple et al., 1976 ; Sotile et Kilman, 1978). Enfin, plusieurs essais non contrôlés suggèrent des bénéfices de l'entraînement à la PC, associée à des techniques TCC classiques (Adam, 2015 ; Brotto et Heiman, 2007 ; Brotto et al, 2008 ; Brotto et al., 2012 ; Brotto, Seal et Rellini, 2012 ; Laan, Rellini, et Barnes, 2013).

7.3. L'efficacité des TCC sur le trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration

Bien que les recherches manquent concernant l'étiologie de ce trouble, l'utilisation d'une stratégie cognitivo-comportementale permet de cibler et de réduire les éléments sexuellement

dysfonctionnels, et de restaurer la fonction sexuelle. En effet, les interventions TCC ont tendance à diminuer l'intensité de la douleur (Bergeron et al., 2016 ; Ter Kuile et al., 2013). Par exemple, dans une population de femmes souffrant de vulvodynie provoquée, Bergeron et ses collaborateurs (2008) ont conduit une étude randomisée comparant les résultats chez les femmes ayant reçu une TCC, versus une vestibulectomie. Dans les deux cas, les patientes ont rapporté une amélioration significative de la douleur pendant la pénétration, à 6 mois et à 2,5 ans. Dans une autre recherche randomisée, les femmes ayant suivi une TCC de 13 semaines, étaient significativement plus satisfaites du traitement, rapportaient significativement moins de pensées catastrophistes, une diminution significative de la douleur et une amélioration significative du fonctionnement sexuel global, par rapport à celles ayant reçu le traitement par application de crème corticoïde (Bergeron, Khalifé et Dupuis, 2008). Plus récemment, un essai clinique randomisé concernant 20 femmes souffrant de vulvodynie, a permis de comparer les résultats obtenus sur la douleur et le fonctionnement sexuel, par un traitement cognitif et comportemental contre un traitement physique du plancher pelvien. Entre 70 et 80% des patientes, quel que soit le traitement, ont expérimenté une diminution significative de la douleur (environ 30%) après le traitement. Seules les femmes dans la condition TCC ont montré une amélioration du fonctionnement sexuel. Ces améliorations étaient maintenues à 6 mois post-traitement (Bergeron et al., 2016). Enfin, dans un essai clinique concernant 50 femmes souffrant du vulvodynie, réparties de manière aléatoire entre un traitement par TCC ou par thérapie de soutien, le groupe TCC a montré une amélioration du fonctionnement sexuel général, significativement plus importante, ainsi qu'une diminution significative de la douleur (test du coton-tige), que le groupe ayant reçu une thérapie de soutien (Masheb et al., 2009).

Nous venons de voir qu'il existe des preuves scientifiques de l'efficacité des prises en charge cognitivo-comportementales, ainsi que des interventions de pleine conscience. En outre, certaines recommandations méritent d'être soulevées, afin d'améliorer les résultats de la prise en charge :

(1) le travail avec une équipe pluridisciplinaire est nécessaire ;

(2) une seule technique semble ne pas être suffisante ;

(3) il est souhaitable de faire participer le partenaire à la prise en charge de la patiente.

Les futures recherches devraient néanmoins, se centrer sur une évaluation de grands échantillons de femmes, porteuses de dysfonction sexuelle, en comparaison d'un groupe contrôle (Brotto et Luria, 2014).

CONCLUSION

Etant donné l'origine multifactorielle des dysfonctions sexuelles, il semble qu'un traitement multimodal soit particulièrement adapté. En cela, les TCC sont un traitement de choix non invasif, qui a montré son efficacité (Heiman, 2007). En effet, elles proposent, après plusieurs évolutions (nommées vagues), une prise en charge de trois des principales dimensions, régissant toute activité humaine : les émotions, les cognitions et les comportements. Plusieurs techniques spécifiques aux dysfonctions sexuelles ou non, sont également utilisées dans les thérapies sexuelles que nous allons présenter dans le prochain point : l'approche Sexocorporelle et la thérapie Sexofonctionnelle.

CHAPITRE 4

L'APPORT DES THÉRAPIES SEXUELLES

– L'approche Sexocorporelle

et la Thérapie Sexofonctionnelle –

L'APPORT DES THÉRAPIES SEXUELLES

– L'approche Sexocorporelle et la Thérapie Sexofonctionnelle –

L'officialisation du concept de « sexologie » et de « sexothérapeute » dans le cadre universitaire, a permis d'en faire une spécialité médicale, et en même temps d'accélérer la recherche sur la fonction sexuelle, au risque de l'enfermer dans une psychiatrisation excessive (Poudat, 2011). De plus, comme nous l'avons évoqué dans le chapitre 1, les notions de médecine et de santé sexuelles renforcent la conception dichotomique d'être, soit en bonne santé sexuelle, soit malade sexuellement. Dans cette optique, il devient nécessaire de se soigner. Or, sur le plan clinique, cette conception est peu probante. Une représentation plus juste des troubles sexuels, placerait les individus sur des continuums allant de la fonctionnalité – ce qui fonctionne – à la dysfonctionnalité – ce qui ne fonctionne pas.

Par ailleurs, une part importante des dysfonctions sexuelles trouvent leur origine dans des aspects généralement traités par la psychologie clinique : les émotions, les cognitions et les comportements. Ainsi, nous avons présenté dans le chapitre précédent, à quel point il est pertinent d'utiliser les Thérapies Emotionnelles, Cognitives et Comportementales dans le traitement des dysfonctions sexuelles. D'autres approches non spécifiques ont vu le jour et sont pertinentes dans ce type de prise en charge. Mais quelle que soit l'approche envisagée, l'économie du corps ne peut être faite dans le traitement des dysfonctions sexuelles. Ces approches sont nombreuses et visent une meilleure intégration des aspects physiques et psychiques, utilisant le corps comme médiateur. Ainsi, on parle des thérapies à médiation corporelle. Les plus connues sont les relaxations, la sophrologie, les massages, la bioénergie...

Enfin, des courants ont pris le parti de développer une approche spécifique de la sexualité humaine, tout en intégrant pleinement les aspects émotionnels, cognitifs et comportementaux dans la conceptualisation, autant que dans le traitement des troubles sexuels.

Avec l'objectif de s'intéresser à la qualité de la fonction sexuelle, l'approche Sexocorporelle a vu le jour au Canada sous l'impulsion de Jean-Yves Desjardins (Desjardins, 1996), avec la collaboration active de François de Carufel, qui développera quelques années après, la Thérapie Sexofonctionnelle. Ces courants s'appuient sur une observation clinique rigoureuse de l'individu, dans l'exercice de sa sexualité. L'aspect principal et innovant est la place donnée au corps, d'une part dans l'évaluation de la sexualité : utilisation du corps, du mouvement et prise en compte de la sensation corporelle ; d'autre part, comme outil sexothérapeutique. Cette conception implique l'observation de l'humain dans sa globalité, sans séparer le corps de l'esprit.

Formée aux Thérapies Cognitives et Comportementales, nous avons pu nous apercevoir de la pertinence de ces deux approches d'un point de vue clinique. Il nous semble que leur compréhension des dysfonctions sexuelles et les traitements qui en découlent, sont des compléments indispensables à la prise en charge des difficultés sexuelles d'orientation TCC.

Nous présenterons dans un premier paragraphe l'approche Sexocorporelle : son modèle et les principes à partir desquels l'évaluation clinique est faite, et enfin les traitements proposés pour chaque dysfonction. Dans la deuxième partie de ce chapitre, nous exposerons l'historique de la Thérapie Sexofonctionnelle, les dimensions sexofonctionnelles de la sexualité humaine, avant de poursuivre par l'évaluation sexoclinique et le traitement des dysfonctions sexuelles féminines.

1. L'approche Sexocorporelle

Afin de bien comprendre cette approche, nous allons développer trois points qui nous semblent essentiels. Une partie sera dédiée aux principes fondateurs et à l'explication des principaux concepts spécifiques à cette approche. Nous verrons ensuite un outil majeur pour la compréhension et l'évaluation des différentes sphères de la sexualité. Pour finir, nous présenterons les éléments de prise en charge qui diffèrent et peuvent enrichir les sexothérapies d'inspiration émotionnelle, cognitive et comportementale. Les informations contenues dans ces différents points sont essentiellement issues d'un recueil inédit lors du suivi de la formation au Sexocorporel (Desjardins et Tremblay, 2015a ; 2017), des fascicules proposés lors de ces formations (Desjardins et Tremblay, 2015b) et des échanges qui y ont fait suite.

1.1. Les principes de l'approche Sexocorporelle

Comme son nom l'indique, cette approche de la sexualité humaine met l'accent sur le corps, et en distingue deux aspects : le corps explicite, c'est-à-dire les réactions physiologiques et les manifestations corporelles observables ; et le corps implicite, se composant de ce qui ne se voit pas de manière directe, c'est-à-dire les émotions, les pensées, les perceptions, mais qui ont la plupart du temps une répercussion sur le corps explicite. C'est deux entités sont indissociables et constituent une unité fondamentale entre le corps et l'esprit, précédemment décrite par Reich (1952). Ainsi une émotion, une pensée vont entraîner des modifications corporelles en matière de mouvement, de tension musculaire, de respiration... de même qu'un évènement corporel, tel qu'une modification du tonus musculaire, de la manière de respirer... va influencer grandement les cognitions, perceptions et émotions du moment. C'est également le postulat des thérapies par le rire. Une récente revue de la littérature à ce sujet a montré qu'en comparaison

d'un groupe contrôle, les sujets recevant la thérapie par le rire, rapportaient une amélioration significative de leurs symptômes dépressifs et du stress perçu (Van der Wal et Kok, 2019). Cette manière de lire l'humain amène à trois des cinq axiomes fondateurs de l'approche Sexocorporelle :

(1) l'unité fondamentale corps-cerveau cerveau-corps ;

(2) le corps-miroir, c'est-à-dire tout évènement interne, implicite, suscite une réaction du corps observable, et toute modification du corps explicite change ce qu'il se passe en interne ;

(3) tout chez l'humain est interactif : les cognitions affectent les émotions, qui affectent à leur tour les comportements, et ainsi de suite. En cela, cette approche a été reconnue comme une approche cognitivo-comportementale.

Deux postulats supplémentaires viennent s'ajouter :

(4) le corps explicite est régi par des lois qu'il nous est possible de modifier volontairement, et ainsi d'agir sur le corps explicite autant qu'implicite. Ces lois sont au nombre de trois : le tonus musculaire, les rythmes et les espaces (externes avec les mouvements du corps et leurs amplitudes ; et internes avec la respiration). Ces lois s'influencent mutuellement et ont des conséquences sur le corps implicite. Par exemple, imaginons que l'on diminue volontairement le tonus musculaire, une respiration abdominale sera alors plus facile à réaliser, et les mouvements externes vont avoir tendance à être plus amples et les rythmes plus lents. Il suffit d'observer ce qu'il se passe dans le corps lors d'une activité de marche : si nous changeons un des paramètres des lois du corps, d'autres paramètres vont aussi être modifiés (par exemple, en augmentant le rythme des pas).

(5) Du réflexe à la conscience et de la conscience à la compétence par le biais des apprentissages : la sexualisation est un processus développemental qui commence *in utero*. En effet, il a été observé la vasocongestion génitale chez un fœtus (Meizner, 1987). Tout en se développant et en utilisant de plus en plus volontairement les lois du corps, l'enfant va prendre conscience des sensations et de comment les faire croître ou décroître grâce aux lois du corps. Les apprentissages vont lui permettre d'acquérir des habiletés et de les améliorer. L'approche Sexocorporelle définit la santé sexuelle comme étant le développement, l'intégration et l'harmonisation des différentes composantes qui interagissent dans la sexualité (Chatton et al., 2005).

A partir de ces principes fondamentaux, de cette lecture nouvelle de la sexualité, des observations cliniques et tirant enseignement d'autres courants, l'approche Sexocorporelle a développé une grille très complète de compréhension et d'évaluation de la sexualité humaine.

1.2. L'évaluation de la santé sexuelle

Selon nous, le modèle de santé sexuelle du Sexocoporel est un des éléments-clés de cette approche. Cette grille de compréhension, pouvant servir de grille d'évaluation, reprend tous les domaines et facteurs qui interagissent avec l'activité sexuelle. En voici une représentation (Figure 7.).

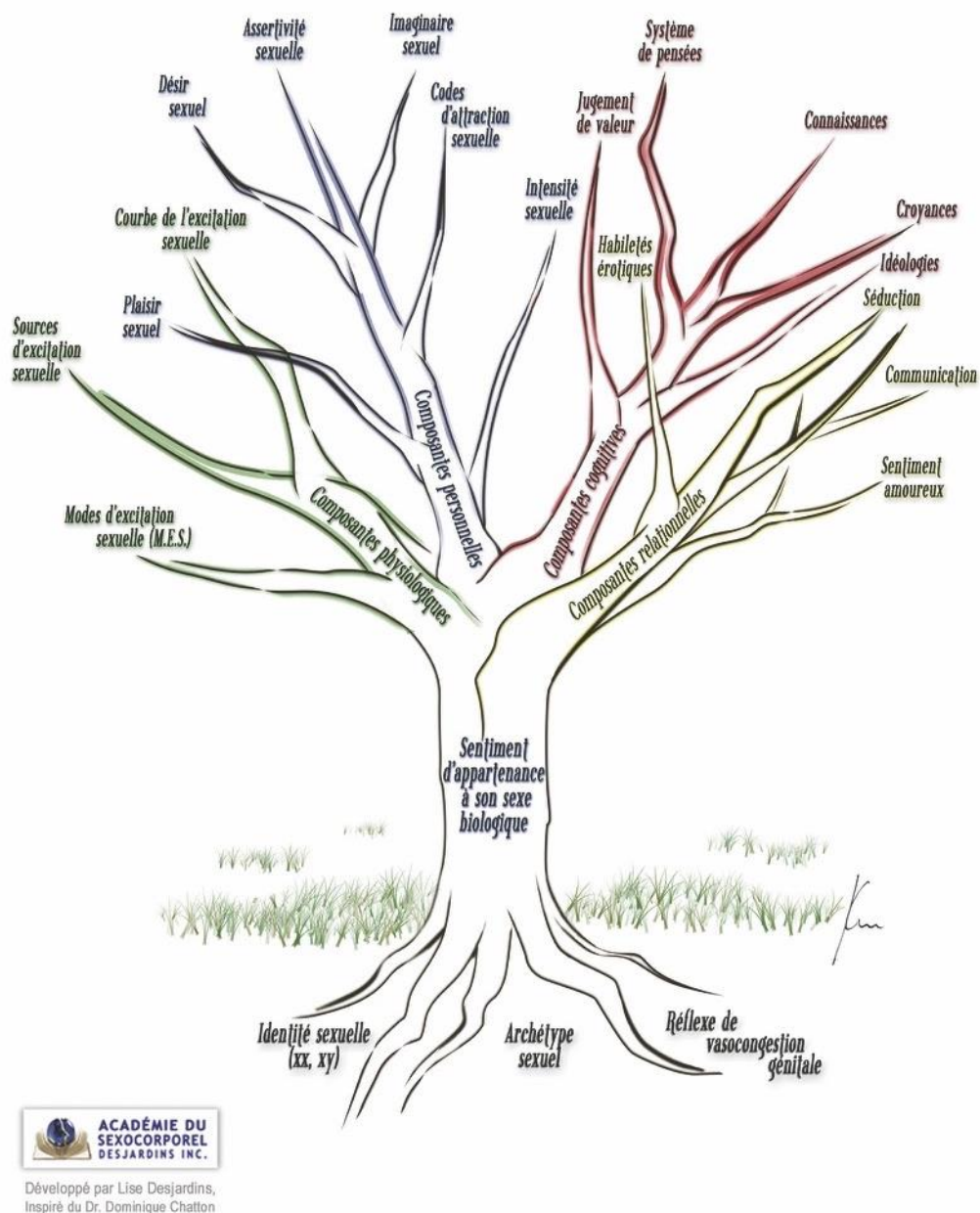


Figure 7. Modèle de santé sexuelle, représenté en arbre, académie du Sexocorporel

Les composantes fondamentales dans ce modèle, sont pré-inscrites. Pour cela, elles sont représentées dans les racines de l'arbre. Le réflexe de vasocongestion des parties génitales, présent *in utero*, dépend du système neurovégétatif. Il survient donc de manière involontaire, sans que l'on puisse l'influencer directement (Chatton et al., 2005). L'identité sexuelle est

employée ici comme le sexe génétique : mâle/femelle ; XX/XY. Celui-ci est défini par le caryotype de l'individu dès sa conception. Enfin, l'archétype sexuel (éloigné de sa définition Jungienne), quant à lui, représente ici, la fonction de l'organe sexuel. Il est en lien étroit avec la biologie et la forme de l'organe génital. Celui de la femme est modelé pour qu'il y ait frottement au niveau vulvaire et intromission au niveau vaginal, pour recevoir contre et à l'intérieur d'elle ; on parlera de « réceptivité sexuelle ». Loin d'être une fonction passive, la femme ayant « érotisé son archétype sexuel », va chercher à être pénétrée, aller à la rencontre de la langue, de la main, du doigt ou du pénis, en faciliter la réception en s'ajustant corporellement, puis utiliser les lois du corps pour capter, entourer, masser le pénis afin d'augmenter ses propres sensations, son propre plaisir (de Carufel, communication personnelle, 7 mai 2019). Dans les cas de santé sexuelle, cette recherche active et cette manière de se comporter apporteront également des sensations agréables au partenaire.

La forme de l'organe génital masculin est façonnée pour être introduit et recevoir un frottement au niveau de la verge, on parlera de « propulsivité sexuelle ». L'homme ayant « érotisé son archétype sexuel » va chercher à froter et à pénétrer, à aller à la rencontre d'un creux pouvant le recevoir, à faciliter l'intromission en s'ajustant corporellement, puis à utiliser les lois du corps pour masser l'intérieur du vagin et obtenir des frottements sur sa verge, pour son plaisir. Comme précédemment, pour des individus en santé sexuelle, cette recherche active et cette manière de se comporter apporteront des sensations agréables à la partenaire. On parlera de complémentarité érotique (Crépault et Desjardins, 1978) pour un couple où chacun des partenaires a érotisé son archétype sexuel.

Le Sentiment d'Appartenance à son Sexe Biologique (SASB) est complexe et central dans la compréhension de l'individu et son inscription identitaire en tant qu'homme ou femme. Il se

définit comme étant la perception qu'ont les hommes et les femmes de leur appartenance au groupe ayant la même génétique, XX ou XY. Le SASB est évolutif et développemental, indépendant de l'orientation sexuelle, mais pouvant l'influencer.

Les quatre autres grandes familles de composantes de la sexualité humaine sont sexodynamiques, c'est-à-dire qu'elles évoluent et interagissent entre elles tout au long de la vie. Il s'agit des composantes physiologiques, personnelles, cognitives et relationnelles.

Dans les composantes physiologiques le concept de Mode d'Excitation Sexuelle (MES) est une spécificité de l'approche Sexocorporelle. Il s'agit d'une typologie clinique concernant des manières d'augmenter et de moduler l'excitation sexuelle. Les MES sont définis par une préférence dans l'utilisation des récepteurs sensoriels (superficiels ou profonds), et une utilisation caractéristique des lois du corps, ayant pour résultats l'utilisation d'une certaine pression, la stimulation préférentielle des récepteurs sensoriels plutôt profonds ou superficiels et la capacité de perception élargie ou diminuée. Pour en simplifier la lecture, nous proposons ci-dessous un tableau récapitulatif créé par Sebille et Legall en 2015 pour la formation Sexocorporelle (Tableau 2). Nous avons généralement un MES que nous utilisons préférentiellement, mais il est possible de changer de MES en fonction des envies et des contextes. Par exemple, un individu peut tout à fait utiliser un MES mécanique seul en masturbation : il aura alors des mouvements plutôt réduits, rapides et un tonus musculaire qui va aller en augmentant, une respiration haute et une stimulation superficielle avec peu de pression. La perception des sensations et de l'environnement sera plutôt diminuée. En clinique, on voit généralement une hyperfocalisation nécessaire pour l'atteinte de la décharge sur les parties génitales et donc une perte des autres sources d'excitation potentielles. Cette même personne pourra utiliser un MES « ondulatoire » ou « en vague » avec son/sa partenaire sexuel.

La pénétration phallo-vaginale l'obligeant de toute façon à être plus dans le mouvement et donc avec moins de tonus musculaire et plus ou moins d'amplitude dans l'utilisation des espaces interne et externe. Une description détaillée est disponible dans l'article de Chatton et ses collaborateurs (2005).

L'évaluation attentive du mode d'excitation sexuelle est capitale, car elle conditionne fortement la qualité de l'excitation et du plaisir sexuels. Elle permet la plupart du temps de comprendre la source d'une difficulté sexuelle et de savoir par des apprentissages appropriés, comment modifier la façon dont les patients gèrent leur excitation sexuelle (Chatton et al., 2005).

Dans les composantes physiologiques, on trouve également la courbe d'excitation sexuelle ; c'est une courbe qui reprend la variation de l'excitation sexuelle dans le temps. Elle est en rapport avec le MES. Enfin, les sources d'excitation sexuelle sont évaluées en interrogeant l'individu sur ce qui déclenche le réflexe d'excitation génitale via les 5 sens et l'imaginaire sexuel.

Modes d'Excitation Sexuelle	Archaïque	Mécanique	Archaïco-mécanique	Courant continu Utilisation d'objets vibrants ou jets d'eau	Ondulatoire	En vague
Rythme	Cadencé	Augmentation jusqu'à rapide et mécanique	Augmentation jusqu'à rapide et mécanique	Ultra rapide	Variable	Variable
Tonus Musculaire	Jusqu'à l'hypertonie	Augmentation jusqu'à hypertonie	Augmentation pouvant aller jusqu'à hypertonie	Variable pouvant aller jusqu'à hypertonie	Variable, sans hypo ou hyper. Fluidité. Tonicité et souplesse	Variable, sans hypo ou hyper. Fluidité. Tonicité et souplesse
Espace externe	Réduit	Diminution jusqu'à réduit	Diminution jusqu'à réduit	Réduit	Variable	Variable
Espace interne	Réduit – Respiration haute. Thoracique +/- bloquée et /ou saccadée	Réduit – Respiration haute. Thoracique +/- bloquée et /ou saccadée	Réduit – Respiration haute. Thoracique +/- bloquée et /ou saccadée	Réduit – Respiration haute. Thoracique +/- bloquée et /ou saccadée	Variable – Respiration basse et abdominale possible	Variable – Respiration basse et abdominale possible
Pressions	Forte - pouvant aller jusqu'à l'hyperpression	Faible – Frottement	Plutôt forte	Variable	Variable	Variable
Récepteurs	Profonds	Superficiels	Profonds et superficiels	Profonds et/ou superficiels	Profonds et/ou superficiels	Profonds et/ou superficiels
Perceptions	Diminuées	Diminuées	Diminuées	Diminuées	Elargies	Elargies

Tableau 2. Typologie des Modes d'Excitation Sexuelle en Sexocorporel, développé par Sebille et Legall (2015)

Dans la famille des composantes personnelles, il y a le SASB, dont nous avons parlé plus haut.

Voici les autres composantes personnelles définies par ce courant :

- Le plaisir sexuel : perception positive de jouissance associée à l'excitation génitale ;
- L'assertivité sexuelle : la fierté de se poser et de se montrer dans sa féminité pour une femme et dans sa masculinité pour un homme ;
- Le désir sexuel (DS) : mentalisation, anticipation positive d'un contact sexuel qui a pour effet de déclencher le réflexe d'excitation génitale. Il est à différencier du désir amoureux. Selon le Sexocorporel, il existe plusieurs types de DS, tel que le DS fusionnel, DS d'enfant, DS de décharge ou encore de DS coïtal.
- Les codes d'attraction sexuelle (CAS) : codification de gestes, d'éléments corporels, de mots et/ou de rituels déclenchant le réflexe d'excitation génitale (par exemple, mordillement dans le cou, poitrine généreuse, mains puissantes ou verge en érection...). Le champ des CAS est plus ou moins limitatif, pour chaque individu.
- L'imaginaire sexuel : l'ensemble des mentalisations et des représentations qui déclenche le réflexe d'excitation génitale. Dans son imaginaire érotique, l'individu peut être plutôt acteur ou témoin, génitalement stimulé ou non, actif ou passif.
- L'intensité sexuelle : c'est l'intensité des émotions impliquées dans l'exercice de la sexualité. En augmentant son intensité sexuelle, un individu peut augmenter son plaisir sexuel.

Dans les composantes cognitives, il s'agit d'interroger la personne sur ses connaissances (fondées sur la réalité), sur ses croyances (non vérifiables scientifiquement), sur ses idéologies (reflet d'un idéal rêvé et/ou objectifs idéalisés à atteindre), ses jugements de valeur (toutes les

permissions et les interdits de la personne) et le système de pensée qui se réfère à l'organisation des connaissances, croyances, idéologies et jugements de valeur de la personne. Les composantes cognitives jouent un rôle déterminant sur le vécu sexuel, car elles facilitent ou inhibent les apprentissages sexuels.

Enfin, les dernières composantes se rapportent à la relation. Le sentiment amoureux implique de porter un regard positif sur l'autre, de partager une réalité positive, de se montrer « rêvable » pour l'autre, de savoir jouer avec la distance et d'utiliser des stratégies de séduction. Ces communications verbale et non verbale permettent de partager des idées, des besoins, d'exprimer des désirs et des émotions... Elles sont aussi un atout important de la séduction, un art qui s'apprend. Et pour finir avec les composantes relationnelles, les habiletés érotiques par les touchers et par l'implication émotionnelle que l'on met dans le toucher du partenaire (Desjardins et Tremblay, 2015a).

Nous allons maintenant expliciter comment cette approche de la sexualité humaine envisage les troubles sexuels féminins qui nous intéressent, et comment sont agencés les traitements pour chacun d'entre eux.

1.3. Les traitements des dysfonctions sexuelles selon l'approche Sexocorporelle

1.3.1. Le traitement Sexocorporel des troubles du désir sexuel

Après l'évaluation des différentes composantes de la sexualité de la patiente, il s'agira de préciser plusieurs éléments :

(1) Quels sont les points de repère à son excitation génitale, c'est-à-dire ce qu'elle ressent quand elle est excitée, ce qui lui fait dire qu'elle est excitée sexuellement. En effet, pour qu'une femme

puisse ressentir du désir sexuel, elle doit pouvoir repérer dans son bas-ventre et ses organes génitaux, des signaux d'excitation sexuelle permettant par la suite de ressentir un désir de contact sexuel.

(2) Évaluer à quel point elle a érotisé son archétype sexuel, c'est-à-dire à quel point elle a le goût d'être pénétrée.

(3) Explorer avec elle le concept d'attractivité sexuelle, ce qui lui plaît chez ce partenaire et de manière plus générale, chez les autres. Il s'agit de faire la lumière sur le fait que le partenaire correspond ou non aux codes d'attraction sexuelle de la patiente.

(4) Et enfin, évaluer sa capacité à érotiser l'intimité et la distance. Ceci fait appel à la capacité de vivre confortablement une distance avec l'autre et de pouvoir ainsi érotiser son retour. Pour cela, il est pertinent d'utiliser un continuum allant de la fusion avec l'autre à l'individuation, l'équilibre entre ces deux pôles permettant la naissance et le développement du désir sexuel (Chatton et al., 2005).

Il existe plusieurs objectifs sexocliniques dans le traitement du faible désir sexuel. Comme pour la prise en charge TCC, des recadrages cognitifs et l'acquisition de connaissances sur la sexualité sont nécessaires, au même titre que le développement de l'imaginaire érotique et la communication dans le couple. Les spécificités du Sexocorporel sont :

(1) Le travail sur l'élargissement du mode d'excitation sexuelle. Il s'agit de faire varier les paramètres des lois du corps, pour que la femme puisse utiliser d'autres modes d'excitation sexuelle que son mode privilégié. Cet objectif, couplé avec le développement de l'imaginaire érotique, va permettre de renforcer l'érotisation de l'archétype sexuel.

(2) Le désir naît de la distance avec l'autre et non de la proximité. Le sexothérapeute devra donc, aider la patiente à trouver un équilibre confortable entre fusion et individuation.

(3) Ayant été évalués en préalable, les codes d'attraction sexuelle (la perception d'attraits déclenchant le réflexe d'excitation génitale) peuvent être diversifiés s'ils sont trop limitatifs, ou précisés s'ils sont trop indéfinis.

(4) Enfin, des habiletés de séduction et d'assertivité sexuelle vont être développées avec l'objectif essentiel de trouver du confort dans l'expression du désir sexuel.

A partir des points de repère corporels de l'excitation sexuelle, l'individu peut investir érotiquement son archétype en élargissant son mode d'excitation sexuelle et en développant son imaginaire sexuel dans ce sens. Par la suite, la capacité à érotiser la distance permet à cet individu de prendre suffisamment d'espace, réel ou symbolique, pour objectiver l'autre ou le rêver en son absence. Enfin, si l'autre correspond en partie aux codes d'attraction sexuelle, rêver l'autre érotiquement, débouche habituellement sur un désir de rapprochement sexuel (Chatton et al. 2005).

1.3.2. Le traitement Sexocorporel de l'anorgasmie

Une distinction intéressante sur le plan clinique, a été développée par le courant Sexocorporel entre l'orgaste et l'orgasme. L'orgaste correspond à la capacité à canaliser, à faire monter son excitation génitale jusqu'au point de non-retour, et arriver ainsi au déclenchement des réactions physiologiques spasmodiques. L'orgasme quant à lui, est la capacité à faire monter à la fois l'excitation génitale et le plaisir sexuel jusqu'au point de non-retour, et ainsi accéder à un lâcher-prise dans la décharge orgastique (physiologique, génitale) accompagnée d'une décharge émotionnelle (plaisir sexuel). La femme peut développer de grands plaisirs dans la pénétration,

mais elle doit se donner un espace-temps pour diminuer ses charges émotionnelles anxieuses, développer ses capacités de lâcher-prise, afin de permettre le déclenchement du réflexe. Ainsi, cliniquement, quatre troubles de l'orgasme sont distincts dans le courant Sexocorporel et vont correspondre à une prise en charge différente.

➤ L'anorgastie primaire

N'ayant jamais ressenti la décharge orgastique, il sera essentiel avec cette patiente de donner de l'information sur la sexualité en général, de conscientiser des points de repère à son excitation génitale et des habiletés permettant le lâcher-prise et l'abandon pour l'inciter à développer un mode d'excitation sexuelle « en vague ».

➤ L'anorgastie avec partenaire

Outre les connaissances, l'élargissement du mode d'excitation sexuelle et le développement des sources d'excitation sexuelle, l'objectif original de cette prise en charge sera d'évaluer et d'accompagner le développement de l'auto-centration dans l'activité sexuelle.

➤ L'anorgastie dans la pénétration

Les femmes souffrant d'anorgastie pendant la pénétration font fréquemment l'objet d'une demande de prise en charge. Le traitement sera centré dans ce cas, sur les sensations vaginales : développer un mode d'excitation sexuelle impliquant des récepteurs profonds, repérer et amplifier les sensations vaginales par des apprentissages personnels, qui pourront être ensuite transposés dans la relation à deux.

➤ L'anorgasmie

Enfin, l'anorgasmie, c'est-à-dire l'incapacité d'accompagner la décharge orgastique (génitale) d'une décharge émotionnelle de plaisir sexuel, peut se solutionner par l'apprentissage de deux types d'habiletés :

(1) celles permettant l'expression des charges émotionnelles de plaisir sexuel (respiration abdominale, fluidité et mobilité du haut du corps, bascule des épaules et lâcher arrière de la tête) ;

(2) et celles permettant la canalisation des sensations sexuelles (double bascule du corps).

Ces deux types de mouvements corporels doivent s'harmoniser dans un lâcher-prise génital et émotionnel permettant l'atteinte de l'orgasme.

1.3.3. Le traitement Sexocorporel des dyspareunies

A notre connaissance et contrairement aux autres dysfonctions sexuelles, le Sexocorporel n'a pas élaboré de traitement précis de la dyspareunie. Dans le fascicule remis aux étudiants, seule la dyspareunie coïtale est abordée et définie comme des sensations douloureuses accompagnant la pénétration. Son traitement dépend de la causalité directe de ces douleurs, qui peut être d'ordre physiologique (prise en charge plutôt médicale conseillée), liée au système de pensée (le développement des connaissances sur la sexualité et des recadrages cognitifs seront proposés), ou encore liée aux habiletés érotiques et sexuelles qu'il s'agira de développer.

1.3.4. Le traitement Sexocorporel du vaginisme

A l'inverse, la définition du vaginisme correspond à deux profils de patiente avec chacun une prise en charge spécifique. Ce trouble se caractérise par l'impossibilité de pénétration dans le vagin, provoquée par la contraction involontaire des muscles pelviens. L'état émotionnel de peur et d'anticipation négative a son miroir dans le corps et entraîne une hypertonie généralisée.

- Le vaginisme « phobique » renvoie à une peur accompagnée d'une anxiété, d'une tension corporelle et de symptômes physiques précis en lien avec la pénétration. On retrouve chez ces patientes, une distorsion perceptive des organes génitaux. La peur d'avoir mal s'accompagne d'une appréhension négative de la génitalité, pouvant aller jusqu'au dégoût ou à l'aversion sexuelle. Dans un corps le plus souvent très tendu, rigide lors de l'entrevue, la patiente pourra décrire de manière très précise ses symptômes. Bien que l'examen gynécologique, la pénétration des doigts ou l'utilisation d'un tampon soient impossibles, les patientes souffrant de vaginisme phobique ont généralement envie d'avoir un enfant.

Ainsi, le traitement proposé par l'approche Sexocorporelle, est centré sur l'établissement de la fonctionnalité vaginale. Il s'agira pour la patiente d'acquérir des connaissances sur la génitalité féminine et masculine, de se désensibiliser vis-à-vis de la peur du coït, de repérer les tensions musculaires dans le corps et au niveau du périnée, de s'approprier les sensations venant de ses organes génitaux externes et internes, et de développer l'érotisation de l'archétype sexuel féminin. Le sexothérapeute pourra « utiliser » le partenaire pour désensibiliser la peur du sexe masculin et développer au sein du couple des habiletés érotiques (touchers, positions, préliminaires, jeux sexuels...).

- Le vaginisme d'angoisse, quant à lui, se différencie par l'absence de distorsion perceptive majeure des organes génitaux, par l'anticipation positive d'un contact affectueux, voire érotique avec le partenaire et parfois par une pénétration possible à l'occasion d'un examen gynécologique ou par l'utilisation de tampons. Il y a généralement, une relation fusionnelle, voire « confusionnelle » avec la mère, ce qui génère une difficulté à se voir enceinte ou mère d'un enfant.

Outre l'établissement de la fonctionnalité vaginale que nous avons détaillée ci-dessus, les objectifs sexocliniques individuels vont se centrer sur l'individualisation de la personne et le renforcement ou le développement de son assertivité sexuelle, de sa féminité et de l'érotisation de son archétype sexuel. Le développement des habiletés érotiques au sein du couple, sera un point important du travail sexothérapeutique.

Par une approche très différenciée des conceptions habituelles de la sexualité et de ses troubles, le courant Sexocorporel apporte un point de vue novateur et très pertinent au niveau clinique. Malgré un développement important de la formation et de la pratique clinique de l'approche Sexocorporelle en Europe occidentale et au Canada (<https://www.sexocorporel.com/fr/>), il n'existe à ce jour, pour ainsi dire, aucun écrit scientifique permettant la validation du courant, des postulats, et des pratiques thérapeutiques Sexocorporels.

2. La Thérapie Sexofonctionnelle

La Thérapie Sexofonctionnelle (TSF), plus rigoureuse dans sa terminologie, est une thérapie sexuelle développée à partir de l'approche Sexocorporelle. Il existe de grandes similitudes entre les deux courants, puisque François de Carufel a collaboré de manière importante au développement de l'approche Sexocorporelle. Le Professeur de Carufel a ensuite travaillé avec

le Professeur de Sutter dans le développement et la diffusion de la Thérapie Sexofonctionnelle. Afin d'appréhender les aspects les plus importants de ce courant, nous avons choisi de présenter quatre points : l'historique, les dimensions de la fonctionnalité sexuelle, l'évaluation clinique et enfin le traitement des dysfonctions sexuelles féminines. Les deux premiers points nous apporteront un éclairage sur les principes fondateurs. Les deux derniers sur l'application de la TSF au niveau clinique.

2.1. L'historique de la Thérapie Sexofonctionnelle

La Thérapie Sexofonctionnelle (TSF) issue du Sexocorporel, est au croisement d'un certain nombre de courants. Elle s'est notamment beaucoup inspirée du cognitivisme : le fonctionnement cognitif d'une personne influence grandement la manière dont il vit les événements, c'est-à-dire la manière dont il les interprète, dont il réagit à ces événements et ce qu'il ressent face à ces événements. Il a été prouvé par exemple, que la distraction cognitive pendant l'activité sexuelle diminue la satisfaction sexuelle et la consistance de l'orgasme (Dove et Wiederman, 2000 ; Pujols, Meston, et Seal, 2009 ; Purdon et Watson, 2011) ; ou encore, que le fait de porter attention au contexte sexuel favorisait le fonctionnement et la satisfaction sexuels (Cuntim et Nobre, 2011 ; de Sutter, Day et Adam, 2014 ; Nobre et Pinto-Gouveia, 2006 ; 2008). Dans cette approche, l'accent cognitif est mis sur l'action de percevoir, de codifier et d'apprécier érotiquement les stimuli sexuels provenant du contexte, du partenaire, et de la personne elle-même (sensations et/ou imagerie mentale). Les spécialistes de la TSF partent du postulat que la sensation corporelle est là, présente lors d'une interaction sexuelle (par exemple, les sensations issues du frottement du pénis à l'intérieur du vagin). La personne doit donc percevoir, puis codifier érotiquement cette sensation, puis l'apprécier, la savourer, afin qu'elle puisse venir nourrir le désir et/ou l'excitation sexuels et ainsi, favoriser le fonctionnement

sexuel. D'un point de vue cognitif, on observe différents types de fonctionnements défavorables à l'origine d'une dysfonction sexuelle :

- (1) l'individu, distrait par des pensées parasites, ne peut percevoir les stimuli ; ou bien
- (2) l'individu perçoit les stimuli, mais ne les codifie pas de manière érotique ; ou encore
- (3), bien qu'il perçoive et codifie érotiquement les stimuli, l'individu se livre à d'autres préoccupations – comme par exemple, procurer du plaisir à son partenaire – plutôt que d'apprécier les stimuli érotiques (de Carufel, communication personnelle, 14 décembre 2019).

Comme le comportementalisme, la TSF s'intéresse aux apprentissages fonctionnels ou dysfonctionnels en lien avec la sexualité, leur mise à jour et leur modification. L'aspect novateur de cette sexothérapie est, comme pour l'approche Sexocorporelle, son focus sur les aspects corporels de la sexualité humaine. Les précurseurs dans ce domaine (Reich, 1952 ; et son disciple, Lowen, 1965) ont mis en évidence un lien « aller-retour » entre le corps et l'esprit : les cognitions induisent une mouvance corporelle, une utilisation particulière du tonus musculaire et de la respiration, tandis que les postures, la gestuelle, les mouvements induisent des cognitions et des émotions (de Carufel, 2013). On retrouve, par exemple dans la pratique clinique, une utilisation quasi inexistante de la double bascule corporelle chez les femmes souffrant d'anorgasmie ou de douleurs pendant l'activité sexuelle. Malheureusement, il existe un vrai manque de recherches scientifiques sur le sujet. L'importance de cette dimension a été appuyée par le développement des connaissances concernant la physiologie sexuelle (Master et Johnson, 1970). Ce qui a principalement attiré l'attention des concepteurs de la TSF, c'est l'impact de la myotonie dans la réponse sexuelle, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'excitation sexuelle sans un certain niveau de tonus musculaire (de Carufel, 2013). Là aussi, au niveau

clinique, il est intéressant de constater une réelle différence dans l'utilisation du tonus musculaire, selon la patiente et son trouble : une hypertonie pour les douleurs pelviennes par exemple, une hypotonie chez certaines femmes souffrant de trouble du désir sexuel, de l'excitation sexuelle ou d'anorgasmie... D'un point de vue comportemental-corporel, on observe deux types de fonctionnements défavorables à l'origine de dysfonction sexuelle :

(1) une mouvance corporelle de faible amplitude, rapide et intense (respiration coupée ou saccadée et tonus musculaire important) ; ou bien

(2) une mouvance corporelle lente, de grande amplitude et peu intense ou une absence de mouvement et de tension musculaire.

La chaîne des processus cognitifs, accompagnée de cognitions sexuelles positives diverses, et l'emploi d'une mouvance corporelle d'amplitude, de vitesse et d'intensité appropriées constituent le fonctionnement sexuel favorable, c'est-à-dire causant l'émergence du plaisir et de l'excitation sexuels, puis de leur modulation au cours de l'activité sexuelle, de leur intensification et de leur culmination en orgasme (de Carufel, communication personnelle, 14 décembre 2019).

L'ensemble de ces influences a permis aux auteurs de la TSF de construire une théorie de la fonctionnalité sexuelle, c'est-à-dire de répondre à la question comment fonctionnent les hommes et les femmes dans l'exercice de leur sexualité et de créer à partir de cela, une prise en charge spécifique, ce que nous allons voir dans les points suivants.

2.2. Les dimensions de la fonctionnalité sexuelle

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, l'utilisation du terme fonctionnalité n'est pas anodin. La TSF s'intéresse avant tout au fonctionnement des patients, de manière à mettre en place une prise en charge adéquate en cas de dysfonction sexuelle. Ainsi, l'évaluation de la fonctionnalité sexuelle se fait selon quatre dimensions : biologique, personnelle, relationnelle et sociale.

2.2.1. La fonctionnalité sexuelle biologique

La fonctionnalité sexuelle biologique fait référence à l'intégrité des structures anatomiques sexuelles et au déroulement adéquat des processus neuro-endocrino-physiologiques sexuels.

2.2.2. La fonctionnalité sexuelle personnelle

La fonctionnalité sexuelle personnelle, quant à elle, comprend trois composantes, à savoir le positionnement sexuel, les préférences sexuelles et la gestion de la tension sexuelle.

✓ Le positionnement sexuel

Le positionnement sexuel a trait à la manière dont une personne se situe face à l'identité, l'orientation et la directivité sexuelle. Il y a fonctionnalité lorsqu'une personne développe un sentiment d'appartenance à son sexe biologique, érotise l'autre sexe et démontre une directivité sexuelle en lien avec son sexe anatomique, c'est-à-dire à se sentir propulsif pour l'homme et réceptive pour la femme. La directivité sexuelle de la TSF se rapproche fortement de l'archétype sexuel du courant Sexocorporel. Elle correspond symboliquement à un chemin à double sens, qui mène la femme vers l'homme et l'homme vers la femme, et qui assure, outre la reproduction de l'espèce, la complémentarité érotique (Crépault et Desjardins, 1978). La directivité sexuelle est composée de tous les éléments comportementaux, cognitifs et

émotionnels qui amènent l'individu à désirer être pénétrée ou à désirer pénétrer. Pour la femme fonctionnelle, cela va de l'accueil à la captation du pénis, par des mouvements de bassin permettant la progression du pénis à l'intérieur du vagin par exemple, ou par l'utilisation du tonus musculaire pelvien permettant l'entrée, puis l'enveloppement du pénis, servant ainsi à l'augmentation des sensations de la femme. Le positionnement sexuel et ses dimensions sont au service de la reproduction, mais aussi de la fonction d'excitation et de plaisir.

✓ Les préférences sexuelles

La deuxième composante de la fonctionnalité sexuelle personnelle porte sur les préférences sexuelles. Il est préférable que celles-ci soient variées et souples, afin de permettre l'harmonisation sexuelle entre les partenaires.

✓ La gestion de la tension sexuelle

La dernière composante est la gestion de la tension sexuelle. Une gestion fonctionnelle de la tension sexuelle est représentée par la capacité à faire évoluer cette tension tout au long de l'activité sexuelle, de son émergence à sa dissolution. La tension sexuelle comprend une *activation physiologique* (l'excitation sexuelle qui engendre une suite de réactions telles que la libération de neuromédiateurs, l'accélération des rythmes cardiaque et respiratoire, la vasocongestion des parties génitales...) et une *activation émotionnelle* (le plaisir et le désir sexuels). Ces activations sont involontaires et dépendent de l'activité comportementale-corporelle (bouger son bassin, utiliser sa respiration, contracter les muscles du plancher pelvien...) et de l'activité cognitive (percevoir les stimuli, codifier et apprécier érotiquement ces stimuli ; de Carufel, 2005 ; Tableau 3). L'activité comportementale-corporelle et l'activité cognitive sont sous le contrôle de la volonté et présentent de ce fait un intérêt tout particulier en sexothérapie, pouvant être sujet à l'apprentissage et à modifications.

2.2.3. La fonctionnalité sexuelle relationnelle

La fonctionnalité sexuelle relationnelle correspond à la capacité de favoriser l'expression sexuelle du partenaire. L'idéal sexofonctionnel consiste pour un individu à mettre en avant la fonctionnalité sexuelle personnelle de son partenaire tout en assurant sa propre fonctionnalité sexuelle personnelle.

2.2.4. La fonctionnalité sexuelle sociale

La fonctionnalité sexuelle sociale s'exprime dans le respect de soi en présence de l'autre, de l'autre en présence de soi et selon les règles socio-culturelles.

Les interventions qui découlent de la TSF portent sur les comportements et les processus cognitifs modifiables volontairement, et ayant un impact sur l'activation physiologique et émotionnelle, pour faire évoluer les patients de la dysfonctionnalité vers la fonctionnalité sexuelle. Par exemple, grâce à la perception des sensations sexuelles, leur codification et leur appréciation érotiques, l'individu va pouvoir ressentir du plaisir, du désir et de l'excitation sexuels. Et cela n'est possible qu'avec une certaine tonicité générale. Nous allons voir dans le point suivant, comment cela est intégré dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles féminines, qui nous intéressent ici.

Dissolution	Résolution	Unisson	Consonance	Satisfaction
Orgasme	Décharge	Disponibilité	Jouissance	Extase
		Bascule	Abandon	
		Concertation	Focalisation	
Modulation	Modulation	Fluidité	Volupté	Modulation
			Appréciation	
			Codification	
Emergence	Excitation	Tonicité	Perception	Désir/plaisir
Tension sexuelle	Activation physiologique	Comportements Corporels	Processus Cognitifs	Activation émotionnelle
Stimuli				

Tableau 3. La fonctionnalité sexuelle - Evolution de la tension sexuelle et de ses corollaires, développé par Carufel (2005)

2.3. L'évaluation sexoclinique

Nous avons exposé dans le point précédent, les différentes dimensions de la sexualité humaine. Outre les éléments d'évaluation systématique tels que les santés physique et psychique, la motivation de la patiente, et le cas échéant celle de son partenaire, complétés d'une anamnèse générale et sexologique (éducation sexuelle, expériences sexuelles passées), le sexothérapeute pratiquera une évaluation sexofonctionnelle des composantes suivantes :

(1) La composante bio-médicale : il s'agit de faire l'évaluation de l'intégrité des structures anatomiques sexuelles et de la fonctionnalité des processus neuro-physiologiques sexuels. Des examens sont nécessaires auprès de médecins spécialistes, ainsi que le récit des accouchements ou tout autre évènement pouvant avoir eu un impact sur la physiologie génitale. Au cours de

cette recherche, le professionnel interrogera les différentes phases de la réponse sexuelle (cf, Basson, 2005 ; Master et Johnson, 1966).

(2) La composante environnementale se penche sur le contexte dans lequel les activités sexuelles se jouent : lieu, circonstances, individu(s) et/ou objet(s)...

(3) Les composantes émotionnelle, cognitive et comportementale s'intéressent aux émotions, cognitions et comportements face à la sexualité dyadique et onanique en général, face à la sexualité de la patiente, ainsi qu'aux émotions, cognitions et comportements à l'égard du partenaire mais aussi ceux présents avant, pendant et après la rencontre sexuelle.

(4) Enfin, la composante relationnelle interroge le couple dans sa globalité, dans sa sexualité et plus particulièrement, les réactions du partenaire face au problème rencontré.

Selon la dysfonction dont souffre la patiente, il sera important de cibler certaines questions spécifiques que nous aborderons dans le traitement de chacune d'entre elles.

2.4. Le traitement des dysfonctions sexuelles selon l'approche Sexofonctionnelle

La Thérapie Sexofonctionnelle propose des traitements multimodaux brefs (une douzaine de séances en général), mettant l'accent sur l'apprentissage d'habiletés érotiques et sexuelles indispensables à la fonctionnalité et à la satisfaction sexuelles. Comme pour les thérapies émotionnelles, cognitives et comportementales, le thérapeute sexofonctionnel entretient un rapport de collaboration directe avec la patiente, à partir duquel un objectif sexothérapeutique est défini. Les séances sont structurées selon le modèle suivant :

(1) analyse sexofonctionnelle et sexoinformation sur un aspect de la sexualité,

(2) apprentissages en séance d'une habileté érotique sans excitation sexuelle,

(3) puis prescription d'exercices à mettre en place à la maison.

L'objectif de l'apprentissage de ces habiletés est clairement expliqué par le sexothérapeute et pratiqué en séance sans excitation sexuelle, ce qui permet une première intégration. Par exemple, il est nécessaire d'expliquer l'impact de la respiration abdominale sur l'augmentation des sensations internes chez la femme, autant qu'il est indispensable que le sexothérapeute montre et fasse pratiquer à la patiente ce type de respiration, afin qu'elle puisse s'entraîner à la maison, avant de le mettre en place dans l'exercice de sa sexualité. Par ailleurs, la patiente s'engage à mettre en pratique les apprentissages proposés par le thérapeute entre les séances. Les traitements se font généralement en prise en charge individuelle, aussi bien pour des patients célibataires qu'en couple, mais peuvent s'adapter dans une certaine mesure à la prise en charge de couple.

2.4.1. La Thérapie Sexofonctionnelle des troubles sexuels féminins – Généralités

Après avoir assisté à plusieurs formations de Thérapie Sexofonctionnelle, nous basant sur ce recueil et sur la pratique clinique qui en a découlée, il nous a semblé plus pertinent de présenter un plan de traitement général des dysfonctions sexuelles féminines en douze séances (pouvant être prolongé en fonction des besoins de la patiente ; Tableau 4). Nous aborderons dans le point suivant, les quelques spécificités liées à chaque dysfonction.

Les exercices corporels abordés lors de la séance 1. : la perception du corps et la respiration abdominale vont être le fil rouge corporel pour toute la prise en charge. C'est sur ces habiletés que vont venir se greffer les autres apprentissages et notamment, l'utilisation de la tension musculaire et la double bascule du corps. Selon la patiente et son évolution, les exercices à la

maison sont généralement ceux vus en séance, le sexothérapeute jugera de la nécessité ou non de s'exercer dans un premier temps sans excitation sexuelle, puis lors d'une activité auto-érotique, et enfin lors d'une rencontre sexuelle avec partenaire. Nous attirons également l'attention du lecteur sur le fait qu'il est nécessaire d'analyser toutes les dimensions proposées et de mentionner toutes les informations répertoriées dans cette proposition de traitement, quelles que soient les connaissances supposées de la patiente. Enfin, comme nous l'avons évoqué plus haut, il est indispensable que le sexothérapeute collabore avec sa patiente pour moduler ce plan de traitement en fonction des besoins de cette dernière, et du couple s'il y a lieu. Nous proposons dans le point suivant les spécificités de l'évaluation et du traitement selon les dysfonctions sexuelles féminines.

Séances	Analyse sexofonctionnelle et sexoinformation	Exercices pratiqués en séance	Exercices proposés à la maison
1.	L'anatomie génitale de la femme	Perception du corps + Respiration abdo*	Vus en séance
2.	La physiologie de la réponse sexuelle féminine	* en mouvement	Vus en séance
3.	Les processus cognitifs en jeu dans la sexualité	* + Recentration sur les sensations	Vus en séance
4.	Les émotions et la sexualité	Gestion émotionnelle	Vus en séance
5.	Les comportements : Mouvements – Bassin	* + Bascule du bassin	Vus en séance
6.	Les comportements : Tonus musculaire – Plancher pelvien	* + Tension musc. du plancher pelvien	Vus en séance
7.	La réceptivité sexuelle et la complémentarité érotique	* + Bascule de la tête et respi. par la bouche	Vus en séance
8.	Les conditions environnementales : Contexte – Préliminaires – Communication	* + Double bascule	Vus en séance + Affirmation de soi + planification érotique
9.	Les sources d'excitation sexuelle	* + Double bascule + Plancher pelvien	Vus en séance + Réalisation d'un fantasme
10.	La volupté et la fluidité	* + Arc réflexe	Volupté + Auto-érotisme + Exploration intra-vaginale
11.	La concertation et la focalisation	* + Arc réflexe + variation de l'intensité et du rythme	Vus en séance + focalisation
12.	L'identité de femme	* + Arc réflexe + savourer + visualisa°	

Tableau 4. Plan de traitement général des dysfonctions sexuelles féminines, inspiré par de Sutter et Doyen, 2015

2.4.2 La Thérapie Sexonfonctionnelle des troubles sexuels féminins - Spécificités

En reprenant les informations des enseignements de Thérapie Sexofonctionnelle, il est intéressant de voir que deux familles de troubles se dessinent dans l'évaluation et la prise en charge. D'un côté, les troubles associés à un manque (manque de désir, d'excitation ou d'orgasme) et de l'autre, les troubles associés à la douleur. C'est ainsi que nous avons souhaité les présenter.

➤ Les troubles du désir, de l'excitation et de l'orgasme

Lors des premières séances, il sera particulièrement intéressant d'interroger la patiente sur sa capacité à percevoir ses sensations corporelles, ainsi que la place du corps et la notion de contrôle dans les autres aspects de sa vie. Par ailleurs, il sera pertinent de faire la lumière sur la provenance de la demande : est-ce un réel problème pour elle, pour le partenaire ou encore une demande sociétale. Cela donnera des informations essentielles sur les motivations de la patiente et nécessitera probablement un recadrage cognitif.

Concernant le traitement des troubles du désir, il est indispensable de mettre un terme à la pression exercée par les attentes du partenaire, généralement relayées par la femme elle-même. La plupart du temps, sans en avoir réellement conscience, cette pression introduit le couple dans un cercle vicieux qui empêche l'émergence du désir sexuel.

Au sujet des troubles de l'excitation et de l'orgasme, la principale cible du traitement est le lâcher-prise, ou l'abandon. Certains exercices permettent de viser tout particulièrement ces points : les exercices de centration sur les sensations, mais aussi les exercices corporels tels que la respiration abdominale pratiquée bouche ouverte ou le lâcher de la tête en arrière.

➤ Les dyspareunies et le vaginisme

Les troubles sexuels générés par la douleur nécessitent une évaluation précise de cette dernière. Le sexothérapeute doit donc interroger la localisation, le type, la durée, l'intensité et les circonstances de l'apparition de la douleur. Par ailleurs, il semble évident de recueillir les informations concernant l'histoire de la pénétration vaginale : l'utilisation de tampons, les examens gynécologiques, la pénétration phallo-vaginale...

A propos du traitement, plusieurs spécificités sont à noter, tout d'abord le temps de la prise en charge doit souvent être plus long, les étapes plus nombreuses, la progression plus lente. Il est intéressant d'associer l'apprentissage de chaque habileté à un toucher génital, afin que la patiente conscientise les modifications physiologiques volontaires dues à la respiration abdominale, aux mouvements de bassin ou encore au tonus musculaire du plancher pelvien. De plus, il est vivement conseillé d'analyser de manière sexofonctionnelle le partenaire et d'évaluer sa capacité à inviter sa partenaire à partager des activités sexuelles. Enfin, lors de ces dernières, il est recommandé que ce soit la patiente qui soit maître du jeu. Garder un certain contrôle sur le déroulé de la situation peut permettre d'éviter certains écueils. Quand la fonctionnalité sexuelle individuelle sera rétablie, il sera alors temps de proposer à la patiente de progressivement « laisser la main » à son partenaire, dans le but d'aller vers une fonctionnalité sexuelle relationnelle.

La TSF est une approche de la sexualité humaine globale et novatrice, fondée sur l'observation clinique. Les habiletés érotiques qui découlent de cette observation sont considérées comme indispensables pour le fonctionnement et la satisfaction sexuels. Avec une conception générale des troubles sexuels et de la manière d'aborder leur traitement proche des Thérapies Emotionnelles, Cognitives et Comportementales, la TSF est une approche de choix, alliant le

fonctionnement thérapeutique des TCC et la richesse d'une double lecture, double compréhension et double apprentissage : corporels et cognitifs.

CONCLUSION

Bien que ces deux approches se rejoignent sur certains points, elles restent distinctes par une terminologie et des prises en charge différentes, qui ne ciblent pas exactement les mêmes habiletés. Toutes deux proposent une prise en charge multimodale des dysfonctions sexuelles, basée sur l'observation précise de la sexualité de l'individu et sur un questionnement de la fonctionnalité sexuelle individuelle, c'est-à-dire en quoi cela fonctionne ou dysfonctionne pour ce patient, dans ce contexte ? Proches de la pratique des TCC dans leur rapport au patient, autant que dans la prise en charge des troubles, elles ciblent les habiletés spécifiquement sexologiques, en matière de cognitions, de comportements et d'émotions. Etant donné leur richesse clinique, il est tout à fait étonnant, de ne trouver pratiquement aucun écrit scientifique sur ces courants, et sur une validation des concepts et des traitements, qu'ils proposent.

Après plusieurs années de pratique clinique, il est évident que ces thérapies sont utiles à un grand nombre de patients. C'est avec l'objectif de mettre une des premières pierres à l'édifice de la validation et de la reconnaissance de ces thérapies d'un point de vue scientifique, que nous avons imaginé et réalisé ce travail de Thèse.

CONCLUSION – PARTIE THÉORIQUE

CONCLUSION - PARTIE THÉORIQUE

Au regard de la littérature actuelle, des enseignements de l'approche Sexocorporelle et de la Thérapie Sexofonctionnelle, nous proposons une représentation des habiletés érotiques favorisant la fonctionnalité sexuelle féminine individuelle (Tableau 5). Comme pour d'autres comportements humains, ces habiletés s'articulent autour de trois grandes composantes : la composante cognitive, le composante comportementale et la composante de ressentis positifs. Pour chacune d'entre elles, il est possible de répertorier un certain nombre d'habiletés érotiques favorisant la fonctionnalité sexuelle. De manière non-exhaustive, nous avons trouvé dans la littérature, que le fonctionnement et la satisfaction sexuels sont liés à une attention dirigée vers les pensées érotiques, à la conscience sexuelle, à l'utilisation de l'imaginaire érotique, à l'assertivité sexuelle, ou encore à la présence d'émotions à valence positive. Pour autant, aucune recherche, à notre connaissance, ne s'est intéressée aux comportements effectifs, tels que l'entend la thérapie Sexofonctionnelle ou l'approche Sexocorporelle. Nous parlons ici de l'utilisation du mouvement du corps en général, et particulièrement de celui du bassin ; de l'utilisation de la respiration abdominale ; de l'utilisation d'un tonus musculaire général, et particulièrement celui du plancher pelvien. Ainsi, dans la partie empirique nous avons souhaité, tester ce modèle, puis, dans un second temps, tester une proposition de traitement, basé sur le développement de ces habiletés.

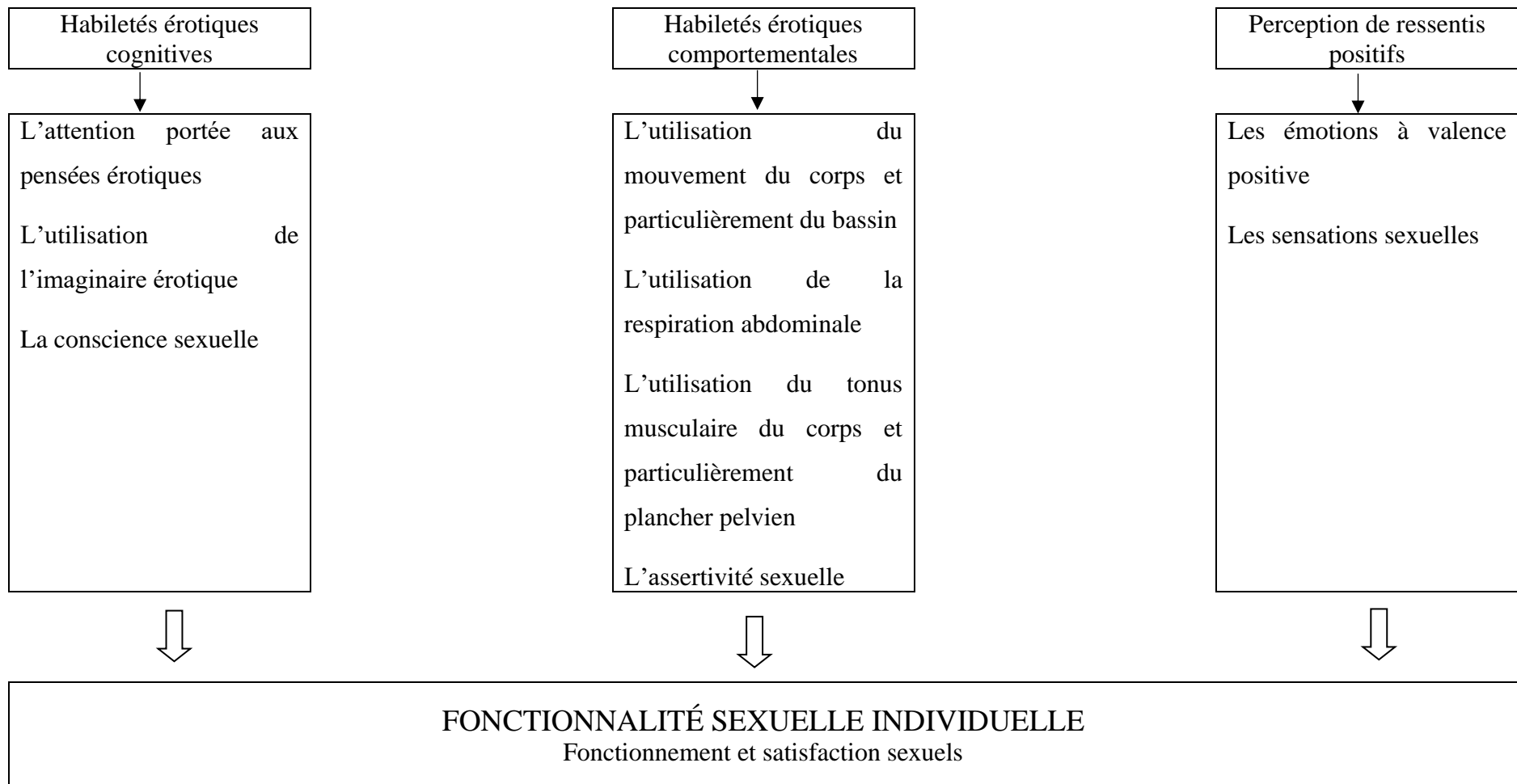


Figure 8. Les habiletés érotiques favorisant la fonctionnalité sexuelle féminine.

PARTIE EMPIRIQUE

CHAPITRE 5

ÉTUDE EXPLORATOIRE DES HABILITÉS ÉROTIQUES EN JEU DANS LA PRATIQUE SEXUELLE DES FEMMES

Étude qualitative auprès d'une population
de femmes satisfaites sexuellement versus insatisfaites

Référence : Edard, A., & Rusinek, S. (2020). Étude exploratoire des habiletés érotiques en jeu dans la pratique sexuelle des femmes. Étude qualitative auprès d'une population de femmes satisfaites sexuellement versus insatisfaites. *Sexologies*, 29(4), 166-172.

ÉTUDE EXPLORATOIRE DES HABILITÉS ÉROTIQUES EN JEU DANS LA PRATIQUE SEXUELLE DES FEMMES

Étude qualitative auprès d'une population
de femmes satisfaites sexuellement versus insatisfaites

EXPLORATORY STUDY OF WOMEN'S EROTIC ABILITIES IN THEIR SEXUAL PRACTICE

Qualitative study with a population of
sexually satisfied versus unsatisfied women

RÉSUMÉ

En sexothérapie, l'insatisfaction sexuelle des femmes est souvent le moteur de la demande de soins. Certaines thérapies sexuelles, telles que la thérapie Sexofonctionnelle, font l'hypothèse, que chaque individu développe, plus ou moins d'habiletés érotiques favorisant la satisfaction sexuelle, qui peuvent être classées selon trois composantes : les habiletés érotiques cognitives, les habiletés érotiques comportementales et les ressentis (émotions et sensations corporelles). Ces hypothèses restent à ce jour, sans validation scientifique.

Objectifs

Cette étude exploratoire a pour objectifs d'identifier les habiletés érotiques émotionnelles, cognitives et comportementales des femmes satisfaites sexuellement, en comparaison de celles qui ne le sont pas.

Méthode et matériel

Lors d'un entretien semi-directif, vingt-trois femmes (dont onze se déclarant satisfaites sexuellement) ont été invitées à répondre à des questions, construites à partir de la théorie Sexofonctionnelle. Les réponses des femmes satisfaites sexuellement ont été comparées à celles des femmes insatisfaites au moyen d'une analyse de contenu par une méthode des juges experts.

Résultats

Les résultats montrent que dans l'exercice de leur sexualité, les femmes se déclarant satisfaites pratiquent plus l'auto-stimulation, rapportent des comportements sexuels plus diversifiés, et sont actives, au sens où elles utilisent leur bassin et les muscles de leur plancher pelvien. Elles ne font état d'aucune émotion ou sensation désagréable, mais perçoivent plus de sensations sexuelles. Enfin, au niveau cognitif, les femmes satisfaites rapportent nettement plus de cognitions positives en lien avec les stimuli sexuels.

MOTS-CLÉS

Satisfaction sexuelle ; Sexualité féminine ; Fonctionnalité sexuelle ; Santé sexuelle ; Sexofonctionnelle ; Sexocorporel

SUMMARY

In sex therapy, women's sexual dissatisfaction is often the motivation for seeking care. Some sexual therapies, such as Sexofunctional Therapy, hypothesize that each individual develops more or less erotic abilities, that enhance sexual satisfaction, which can be classified into three

components: cognitive erotic abilities, behavioral erotic abilities, and emotional and sensation-based feelings. These hypotheses are not currently validated scientifically.

Objectives

The objectives of this exploratory study are to identify the emotional, cognitive and behavioral erotic abilities of sexually satisfied women.

Method and materials

In a semi-directive interview, twenty-three women (eleven auto-declared sexually satisfied) were asked to answer questions, constructed from the Sexofunctional Theory. The responses of the sexually satisfied women were compared to those of the dissatisfied women through content analysis using a method of expert judges.

Results

The results show that in the sexuality practice, women who declare themselves satisfied practice more masturbation, report more diverse sexual behaviors, and are active (they use their pelvis and pelvic floor muscles. They don't report any unpleasant emotions or sensations, but perceive more sexual sensations. Finally, at the cognitive level, satisfied women report significantly more positive cognitions related to the sexual stimuli.

KEYWORDS

Sexual satisfaction; Women sexuality; Sexual functioning; Sexual functionality; Sexual health; Sexofunctional Therapy; Sexocorporal Approach

1. Introduction

L'insatisfaction sexuelle est souvent le moteur de la demande de soins en sexothérapie et touche un nombre important de femmes. En France, 31% des femmes se considèrent insatisfaites sexuellement (Ifop, 2018). Si l'on sait dire que la satisfaction est la dernière étape du cycle de réponse sexuelle (Basson, 2001a ; Sierra et Buéla-Casal, 2004), elle n'est pas clairement définie et les auteurs ont fait maintes propositions, telle que celle de Lawrence et Byers (1995) : « une réponse affective provenant de l'évaluation subjective des dimensions positives et négatives associées à l'activité sexuelle » (as cited in Sanchez-Fuentes, Santos-Iglesias et Sierra, 2013). Toutefois, il existe un réel manque de consensus concernant les modèles théoriques explicatifs et le choix des indicateurs de satisfaction sexuelle (McClelland, 2010). L'obtention d'un orgasme, sa fréquence et/ou sa qualité sont souvent évoquées (Darling, Davidson, et Cox, 1991 ; Perlman et Abramson, 1982), tout comme la fréquence des activités sexuelles (Simms, et Byers, 2009 ; Smith et al., 2011 ; Young et al., 2000), ou encore le plaisir ressenti (Stephenson, Ahrold, et Meston, 2011), mais sont insuffisants, puisque certaines femmes atteignent bien une décharge physiologique, rapportent une fréquence élevée de rapprochements sexuels ou déclarent ressentir du plaisir, tout en manifestant de l'insatisfaction sexuelle. Pour autant, satisfaction et fonctionnement sexuels sont étroitement liés (Heiman et al., 2011 ; Meston et Trapnell, 2005 ; Smith et al., 2011).

Nous connaissons plusieurs facteurs susceptibles d'influencer la satisfaction sexuelle. Il s'agit de facteurs sociaux tels que le genre (Carpenter, Nathanson, et Kim, 2009 ; Stulhofer, Busko, et Brouillard, 2010), l'âge (Carpenter, Nathanson, et Kim, 2009 ; Trompeter, Bettencourt, et Barrett-Connor, 2012 ; Young et al., 2000), le statut marital et le niveau de revenus (Christopher et Sprecher, 2000 ; Hamilton et Julian, 2014 ; Ji et Norling, 2004), ou la religiosité (Davidson,

Darling, et Norton, 1995 ; Higgins et al., 2010 ; Young et al., 2000). Des facteurs psychologiques ont également été rapportés, tels que l'estime de soi (Larson et al., 1998 ; Stephenson, Ahrold, et Meston, 2011), l'image corporelle (Higgins et al., 2011 ; Pujols, Meston, et Seal, 2010), et la culpabilité sexuelle (Abbott, Harris et Mollen, 2016 ; Higgins et al., 2010). Enfin, certaines études font mention de facteurs relationnels non sexuels, tels que la satisfaction conjugale, le niveau de proximité émotionnelle, une relation de couple de qualité (Bancroft, Lotus et Long, 2003 ; Darling, Davidson et Cox, 1991 ; Hurlbert, Apt et Rabehl, 1993 ; Lawrance et Byers, 1995 ; Oggins, Veroff, et Leber, 1993 ; Rosenzweig et Dailey, 1989 ; Stephenson, Ahrold, et Meston, 2011) et notamment un contexte d'amour et d'engagement (Stephenson, Ahrold, et Meston, 2011), ou encore une communication efficace permettant d'informer le partenaire sur ses désirs, préférences et aversions (Simms et Byers, 2009 ; Stephenson, Ahrold, et Meston, 2011). Malgré la richesse et la diversité des variables testées et scientifiquement validées, reconnues comme ayant une influence significative sur la satisfaction sexuelle, peu sont d'ordre sexuel. Dans cette étude, nous cherchons à savoir si une femme sexuellement satisfaite pense, se comporte et ressent des émotions et sensations corporelles différentes d'une femme insatisfaite sexuellement.

Certaines thérapies sexuelles se sont déjà intéressées à cette question, et ont développé des protocoles de traitement basés sur le développement d'habiletés érotiques individuelles, favorisant un meilleur fonctionnement sexuel et une satisfaction sexuelle plus importante. Deux courants ont particulièrement retenu notre attention. Avec l'objectif de s'intéresser à la qualité de la fonction sexuelle, l'approche Sexocorporelle a vu le jour au Canada sous l'impulsion de Jean-Yves Desjardins (Desjardins, 1996) en collaboration avec François de Carufel, qui développera quelques années après, la Thérapie Sexofonctionnelle avec la participation active

de Pascal de Sutter. Ces courants puisent leurs fondements dans une observation clinique rigoureuse de l'individu et un questionnement précis concernant sa sexualité. Vis-à-vis des autres thérapies sexuelles, la principale innovation est la place donnée au corps, d'une part dans l'évaluation de la sexualité : utilisation du corps, du mouvement et prise en compte de la sensation corporelle ; d'autre part, comme un véritable outil sexothérapeutique. La thérapie Sexofonctionnelle fait l'hypothèse que chaque individu développe plus ou moins d'habiletés érotiques favorisant la fonctionnalité sexuelle, qui peuvent être classées selon trois composantes : les habiletés érotiques cognitives, les habiletés érotiques comportementales et les ressentis, comprenant les émotions et les sensations corporelles. Ainsi, nous avons souhaité explorer le fonctionnement des femmes satisfaites sexuellement et le comparer à celui des femmes insatisfaites, dans le but d'identifier les habiletés érotiques favorisant la satisfaction sexuelle féminine.

2. Méthode

2.1. Recrutement et participantes

Le recrutement des participantes a eu lieu entre le 15 juillet et le 9 décembre 2015. Chaque nouvelle patiente reçue pour une demande de prise en charge sexothérapeutique et répondant aux critères de sélection : (1) avoir 18 ans minimum, (2) être dans une relation de couple de plus de trois mois et, (3) avoir une activité sexuelle récente, a reçu de l'information sur le déroulement de cette étude. Pour celles manifestant leur intérêt, un rendez-vous individuel gratuit en cabinet a été programmé, avant toute intervention sexothérapeutique, afin de mener l'entretien semi-directif. Par ailleurs, les femmes du groupe « satisfaites sexuellement » ont été recrutées dans la population générale, sur la base du volontariat. Après s'être assuré par

téléphone qu'elles correspondaient aux critères de sélection, un rendez-vous était fixé au cabinet ou à leur domicile, afin de participer à l'entretien semi-directif. Au début de l'entretien, chaque participante a signé une feuille de consentement.

Vingt-trois femmes, âgées de 21 à 56 ans ($M = 35,17$ ans, $SD = 8,28$), ont participé à l'entretien semi-directif. Toutes les participantes sont hétérosexuelles, en couple depuis plus de trois mois. Les catégories socioprofessionnelles se répartissent ainsi : 5 femmes artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; 7 femmes cadres et professions intellectuelles supérieures ; 3 femmes professions intermédiaires ; 8 femmes employées. Notre échantillon contrôle ($n = 11$) est constitué de femmes se considérant satisfaites sexuellement et sans dysfonction sexuelle connue. Notre échantillon clinique ($n = 12$) est constitué de femmes consultant en cabinet de sexothérapie et se déclarant insatisfaites.

2.2. Procédure

En nous basant sur la *Grounded theory* développée par Glaser et Strauss (1967), nous avons privilégié la méthode de l'entretien individuel de type semi-directif avec des femmes se déclarant satisfaites et des femmes se déclarant insatisfaites sexuellement. Les entretiens se sont déroulés soit au bureau de consultation, soit au domicile des participantes. La durée des entretiens a varié de 30 à 60 minutes. Au préalable, les participantes ont été informées (1) des thèmes qui allaient être abordés, (2) qu'elles pouvaient à tout moment et sans justification arrêter l'entrevue, puis (3) elles ont donné leur accord pour que l'entretien soit enregistré à l'aide d'un dictaphone avec la garantie d'un total anonymat.

A la fin de l'entretien, les femmes devaient évaluer subjectivement leur satisfaction sexuelle. L'entretien semi-directif étant long, nous avons choisi d'utiliser une seule question pour évaluer

la satisfaction sexuelle subjective, grâce à une échelle de Likert en 6 points. Les femmes ayant répondu : « je ne suis pas satisfaite du tout/insatisfaite », « je suis très peu/rarement satisfaite » ou « je suis peu satisfaite/faiblement », constituaient le groupe « femmes insatisfaites », et celles ayant répondu : « je suis plutôt/souvent satisfaite », « je suis généralement/ la plupart du temps satisfaite » ou, « je suis très/tout le temps satisfaite » étaient placées dans le groupe « femmes satisfaites ».

2.3. Mesure

Pour structurer notre entretien, nous avons proposé aux femmes d'interroger leur fonctionnement dans trois situations d'activité sexuelle relativement courantes : (1) Pendant les préliminaires (tout ce qu'il se passe d'érotique et de sexuel avant la pénétration du pénis dans le vagin) ; (2) Lors de la pénétration (phallo-vaginale, ou autre précisez) ; (3) Durant l'auto-érotisme (Quand vous vous donnez du plaisir seule, quand vous vous masturbez, si cela arrive...). Les questions posées suivaient l'hypothèse de la thérapie Sexofonctionnelle, selon laquelle chaque individu développe plus ou moins d'habiletés érotiques favorisant la fonctionnalité sexuelle. Dans le but de questionner les comportements utilisés dans les différentes situations sexuelles, nous avons posé les questions suivantes : « *pouvez-vous décrire ce que vous faites ? Comment vous comportez-vous ? Veuillez décrire comment vous bougez ? Comment utilisez-vous votre corps ?* ». Afin d'identifier les cognitions présentes durant l'activité sexuelle : « *A quoi pensez-vous ? Qu'est-ce que vous vous dites dans votre tête ? Y a-t-il des pensées érotiques (qui produisent de l'excitation sexuelle) dans votre tête ? Pouvez-vous les décrire ?* ». Enfin, voici les questions relatives aux émotions et sensations corporelles : « *Quelles émotions ressentez-vous ? Que ressentez-vous dans votre corps ? Décrivez vos sensations corporelles.* » (Annexe 1.)

3. Résultats

Pour traiter les résultats, nous avons fait une analyse de contenu selon des critères définis au préalable, par une méthode des juges experts. Deux psychologues professeurs d'université et spécialistes du domaine, ainsi que deux psychologues sexologues ont classé, repéré et vérifié la répétition des thèmes en comparant les entretiens semi-directifs des femmes satisfaites sexuellement à ceux des femmes sexuellement insatisfaites. Les critères, définis à l'avance étaient de repérer les items pouvant être discriminants entre les deux groupes, c'est-à-dire après classement, les items cités le même nombre de fois et dans le même sens par les deux groupes ont été retirés, ainsi que ceux cités par moins de 15% de l'échantillon.

D'une manière générale, les entretiens avec les participantes se déclarant satisfaites sexuellement ont duré plus longtemps et sont plus détaillés, que ceux avec les femmes se déclarant insatisfaites. Ces dernières ont des réponses plus courtes, moins développées et plus disparates que les femmes se déclarant satisfaites (Annexe 2).

3.1. Durant les préliminaires

Un certain nombre de femmes satisfaites ont donné des informations sur les pratiques sexuelles qu'elles aimaient : « *fellation* », baisers et caresses sur leur sexe, « *pénétration vaginale avec les doigts du partenaire* », auto-stimulation du clitoris... D'autre part, on retrouve un comportement entreprenant et une manière de bouger plutôt ondulante chez la plupart d'entre elles : « *Je domine assez facilement* », « *j'aime être entreprenante* », « *je suis mobile (...), c'est plutôt assez félin dans ma manière de bouger* », « *mon bassin ondule* », « *je me cambre* »... Concernant les émotions et sensations agréables, toutes les femmes satisfaites reconnaissent ressentir des contractions et/ou décontractions vaginales, leur donnant l'impression « *d'un vide*

à combler » ou d'un « besoin de pénétration ». 64% d'entre elles perçoivent de la « chaleur dans le bas du ventre », et 82% des femmes satisfaites ressentent une sensibilité plus importante de la peau. Par ailleurs, les femmes satisfaites sont plus nombreuses à relever des pensées positives centrées sur elle et leur plaisir (55%) : « je me fais du bien », « c'est bon », « je profite du moment ». 36% d'entre elles relèvent également des pensées sur le partenaire : « je me dis qu'il est viril », « je le sens puissant », « j'ai envie qu'il me possède », « j'aime qu'il prenne sa place d'homme »... Enfin, les pensées érotiques sont plus souvent rapportées par les femmes satisfaites (82%) : « je pense que j'ai envie d'être pénétrée », « je veux qu'il me prenne », « je pense à des pénétrations vaginales, anales, multiples », « je pense à faire l'amour sauvagement »...

Les femmes insatisfaites sexuellement, quant à elles, donnent peu d'éléments sur les pratiques sexuelles qu'elles apprécient durant les préliminaires, 58% d'entre elles ont tendance à se laisser faire par leur partenaire et à être hétérocentrées : « je me laisse faire », « J'essaie de me détendre », « je préfère suivre les envies de mon partenaire », « je suis généralement passive », « je m'adapte à l'autre », quand on retrouve seulement 9% des femmes satisfaites rapportant spontanément être guidées par les manifestations de leur partenaire. Au sujet des ressentis, les femmes insatisfaites percevant de la « chaleur dans le bas du ventre » sont seulement 8%. Et 42% d'entre elles, ressentent une sensibilité plus importante de la peau. En outre, 25% des femmes insatisfaites parlent d'anxiété et de stress. D'autre part, on retrouve des cognitions anxieuses chez 75% des femmes insatisfaites, absolument absentes des discours des femmes satisfaites : « j'ai tendance à trop réfléchir », « je n'ai pas les bonnes sensations », « je ne suis pas normale », « je ne suis pas à la hauteur », « j'ai peur de mal faire »... Enfin, les pensées érotiques ne sont rapportées que par 33% des femmes insatisfaites sexuellement.

3.2. Lors de la pénétration phallo-vaginale

Les femmes satisfaites se sentent « *déterminées* » (73%) dans leurs comportements, et rapportent des mouvements corporels, qui commencent lentement et s'accélèrent (83%). Pour 36% d'entre elles, leur bassin suit un mouvement de bascule « *avant-arrière* », et leur musculature interne est active : « *aspire avec mon vagin* », « *je contracte et décontracte mon vagin* »... Tout comme les muscles péri-génitaux : « *je contracte mes fesses pour accélérer la venue de l'orgasme* », « *mon ventre se serre pour jouir* » (36%). 36% des femmes satisfaites mentionnent spontanément le fait d'être « *à l'écoute de leur partenaire* ». Les émotions et sensations corporelles agréables sont plus mentionnées chez les femmes satisfaites : la « *chaleur* » (45%), « *l'humidité* » ou la « *moiteur* » (27%), « *les contractions vaginales* » (27%), « *la sensation d'être remplie* » (45%) et « *la détente* », « *le soulagement* », « *la plénitude* » (64% d'entre elles). Si l'on questionne les cognitions, les femmes satisfaites cherchent à « *s'abandonner* », « *à profiter du moment présent* » (45%). Elles rapportent également, une volonté de faire jouir le partenaire et font référence à des pensées érotiques pendant la pénétration (45%) : « *j'imagine que d'autres hommes s'occupent de moi* », « *j'imagine une sodomie* », « *je pense à des mots crus qu'il pourrait me dire* ». Enfin dans certaines conditions (s'il y a de l'amour ou s'il y a un orgasme), 73% des femmes satisfaites disent se sentir « *en fusion* », « *osmose* », « *harmonie* » ou « *communion* » avec leur partenaire.

Du côté femmes insatisfaites sexuellement, on retrouve l'utilisation de positions où elles peuvent « *maitriser la progression du pénis* » (50%) avec une forme de prudence : « *je guide avec prudence le pénis jusqu'à l'intérieur* », ainsi que des mouvements généraux « *rapides* », « *saccadés* » (25%) et pour 17% d'entre elles des « *mouvements circulaires du bassin* ». Par ailleurs, 17% « *s'adaptent à l'autre* », 50% sont « *à l'écoute de leur partenaire* », et 25% se

disent « *statiques* » ou « *immobiles* ». Les femmes insatisfaites relèvent des sensations désagréables liées à la pénétration du pénis pour 50% d'entre elles : « *je perçois son sexe comme quelque chose de gros à apprivoiser* », « *je ressens généralement de petites douleurs* », « *ça peut me brûler* », « *ce n'est pas agréable* ». Et 25% d'entre elles disent ressentir de « *la fatigue* ». D'un point de vue cognitif, 58% des femmes insatisfaites rapportent des cognitions négatives : « *ras le bol et attente* », « *je ne suis pas normale* », « *je n'ai pas d'avenir* », « *je me pose des questions sur mon fonctionnement* ». Et 33% d'entre elles disent « *faire un exercice physique* » ou « *faire plaisir à l'autre* ».

3.3. Pendant les auto-stimulations

On peut d'ores et déjà noter que 27% des femmes satisfaites ne pratiquent pas les auto-stimulations. En revanche, il semble y avoir plus de variété dans les comportements masturbatoires des femmes satisfaites : utilisation de sex toy's pour 36% d'entre elles, de supports visuels pour 45% d'entre elles, et de différents types de stimulations (clitoris, vagin, poitrine et anus). Par ailleurs, elles utilisent des mouvements de bassin (45%), et ressentent de la chaleur (45%) et de la tension (36%). Enfin, la totalité d'entre elles utilisent des pensées érotiques pendant les masturbations, avec l'envie de se faire plaisir, de se faire du bien (18%).

Chez les femmes insatisfaites, 58% disent ne pas avoir besoin ou envie de s'auto-stimuler. Celles qui pratiquent, se disent immobiles (42%) et peu d'entre elles font état de sensation de chaleur (17%). Pour finir, 17% des femmes insatisfaites sexuellement, utilisent des pensées érotiques pendant la masturbation. Ces dernières rapportent le regret de ne pas ressentir les mêmes choses avec leur partenaire.

4. Discussion

Issue de la thérapie Sexofonctionnelle, la principale hypothèse de cet article repose sur la proposition selon laquelle, les femmes satisfaites utilisent des habiletés érotiques cognitives, comportementales et ont des émotions et sensations corporelles différentes des femmes insatisfaites sexuellement. Grâce aux entretiens semi-directifs et malgré la taille de nos échantillons, nous avons pu mettre à jour un certain nombre de différences dans les trois domaines évalués, quelle que soit la situation sexuelle proposée. Autrement dit, dans l'exercice de leur sexualité, les femmes satisfaites sexuellement semblent avoir des comportements et une mouvance corporelle, des émotions et sensations corporelles, ainsi que des cognitions et pensées érotiques différents de ceux des femmes insatisfaites.

De manière générale, au sujet des comportements, les femmes sexuellement satisfaites rapportent des comportements plus diversifiés, notamment pendant les préliminaires et les auto-stimulations. Cela va dans le sens de l'enquête menée par Haavio-Mannila et Kontula (1997), qui rapportent un lien significatif entre la satisfaction sexuelle et des attitudes sexuelles plus « libérales », telles que l'utilisation de plusieurs positions, la stimulation manuelle des parties génitales pendant la pénétration, ou encore les pratiques du sexe oral et anal. Dans notre échantillon, les femmes satisfaites semblent pratiquer davantage l'auto-stimulation. Ce constat va dans le même sens que d'autres recherches (Davidson et Moor, 1994 ; Hogarth et Ingham, 2009). Par ailleurs, elles se disent plus entreprenantes, déterminées, ce qui corrobore les résultats de précédentes enquêtes (Kaplan, 1977 ; Schover et LoPiccolo, 1982), utilisant la bascule du bassin et les muscles du plancher pelvien et péri-génitaux pour augmenter leurs sensations, leur plaisir et celui de leur partenaire. Ces éléments sont en adéquation avec la théorie de la thérapie Sexofonctionnelle (de Carufel, 1990 ; 2012).

Concernant les ressentis, il existe une différence assez nette entre les femmes satisfaites et insatisfaites sexuellement. En effet, les femmes satisfaites ne font spontanément état d'aucune émotion ou sensation désagréable. Ceci est cohérent avec plusieurs études, qui ont mis en lien les émotions négatives et l'insatisfaction sexuelle (Andersen et Cyranowski, 1994 ; Gerrior et al., 2015 ; Nobre et Pinto-Gouveia, 2006 ; 2008). Dans notre étude, c'est une émotion de plénitude ou de complétude, qui ressort le plus pour les femmes satisfaites. En outre, elles perçoivent la chaleur dans le bas de leur ventre, les tensions musculaires et l'humidité intravaginales, ainsi que la sensibilité accrue de leur peau.

Enfin, au niveau cognitif, les femmes satisfaites rapportent nettement plus de cognitions positives en lien avec les stimuli sexuels, tels que la situation sexuelle, leurs sensations corporelles, ou encore leur imaginaire érotique. Leur permettant l'ancrage dans le présent, ces cognitions viennent nourrir la satisfaction sexuelle, grâce notamment à la conscience des sensations sexuelles. De plus, la femme satisfaite, évite ainsi, d'être parasitée par une « interférence cognitive » (Barlow, 1986). Car, pendant l'activité sexuelle, les pensées parasites diminuent la satisfaction sexuelle (Anderson et al., 2016 ; Dove et Wiederman, 2000 ; Pujols, Meston et Seal, 2009).

Cet ensemble d'éléments, que nous avons regroupés sous le terme d'habiletés érotiques (en référence à la thérapie Sexofonctionnelle), révélées par les femmes satisfaites et insatisfaites sexuellement, et qui mériteraient d'être confirmés à plus grande échelle, va dans le sens du modèle de fonctionnalité sexuelle, proposé par la thérapie Sexofonctionnelle ou du modèle de santé sexuelle du Sexocorporel. Les femmes satisfaites sexuellement diffèrent dans l'utilisation des habiletés érotiques, par rapport aux femmes insatisfaites. Nous l'avons dit, la principale innovation de ces thérapies sexuelles, est la place donnée au corps et à la manière dont l'humain,

et plus particulièrement la femme s'en saisit dans ses activités sexuelles. Ainsi, les habiletés comportementales rapportées par les femmes se réfèrent principalement au caractère entreprenant, à la pratique des auto-stimulations, et corporellement, aux mouvements de bassin (bascule avant-arrière) et à l'utilisation de la musculature interne périnéale. Au niveau clinique il est intéressant de noter, que ces comportements sont quasiment absents chez les femmes présentant des troubles sexuels. Dans la catégorie des ressentis favorisant la satisfaction sexuelle, nous retrouvons des émotions à valence positive, ainsi que la perception de sensations sexuelles agréables. Enfin, les habiletés cognitives, comme attendu suite à la revue de la littérature, font référence au fait de porter attention aux stimuli sexuels, ou à l'usage des pensées érotiques.

CONCLUSION

L'apport principal de cette recherche réside dans le fait de s'intéresser de près à ce que font, ressentent et pensent les femmes qui se disent satisfaites sexuellement, dans l'exercice de leur sexualité. Bien que l'échantillon interrogé soit restreint, les interviews menées nous ont permis de poser les prémices d'un modèle de satisfaction sexuelle féminine. Une future recherche pourrait utiliser les différents éléments mis à jour ici, pour créer un questionnaire, et tester la validité de ce modèle. Il semblerait alors pertinent de prendre une mesure plus précise de la satisfaction sexuelle et une mesure du fonctionnement sexuel.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

CHAPITRE 6

ÉVALUATION DES HABILITÉS ÉROTIQUES DES FEMMES DURANT L'ACTIVITÉ SEXUELLE

Étude comparative entre des populations de femmes :
satisfaites sexuellement versus insatisfaites et considérant avoir
une difficulté sexuelle versus pas de difficulté

Référence : Edard, A., & Rusinek, S. (soumis). Évaluation des habiletés érotiques des femmes durant l'activité sexuelle. Étude comparative entre des populations de femmes : satisfaites sexuellement versus insatisfaites et considérant avoir une difficulté sexuelle versus pas de difficulté. Article soumis pour publication auprès de Sexologies.

ÉVALUATION DES HABILITÉS ÉROTIQUES DES FEMMES DURANT L'ACTIVITÉ SEXUELLE

Etude comparative entre des populations de femmes :
satisfaites sexuellement versus insatisfaites et considérant avoir
une difficulté sexuelle versus pas de difficulté

ASSESSMENT OF WOMEN'S EROTIC ABILITIES DURING SEXUAL ACTIVITY

Comparative study between women's populations: sexually satisfied versus dissatisfied
and considering having a sexual difficulties versus no difficulties

RÉSUMÉ

Objectifs

En clinique, il est intéressant de voir à quel point les comportements, les cognitions et les émotions des femmes insatisfaites ou porteuses de dysfonction sexuelle sont différents de ceux des femmes qui se disent satisfaites et n'ont pas de dysfonction. La présente étude a pour but de montrer que cette hypothèse clinique est soutenue par une réalité scientifique : les femmes n'utilisent pas de la même manière ces composantes qu'elles soient satisfaites ou non, ou qu'elles considèrent avoir des difficultés sur le plan sexuel ou non.

Matériel et méthode

217 femmes tout venant ont été invitées à répondre à un questionnaire de 61 items concernant (1) leur manière de se comporter et de se mouvoir ; (2) leurs cognitions et pensées érotiques ; (3) leurs émotions et sensations corporelles perçues pendant la sexualité.

Résultats

Les résultats montrent que les femmes en général, ont tendance à être plus attentives à leurs émotions et leurs sensations corporelles dans un premier temps, puis à leurs cognitions, et en dernier à leurs comportements. D'autre part, les femmes déclarant ne pas avoir de difficulté sexuelle, comme celles se considérant satisfaites ont des ressentis émotionnels et corporels, des cognitions et des comportements plus fonctionnels que celles se déclarant non satisfaites ou porteuses de dysfonctions. De futurs axes de recherche sont discutés.

MOTS-CLÉS

Satisfaction sexuelle ; Sexualité de la femme ; Fonctionnalité sexuelle ; Santé sexuelle ; Sexofonctionnelle

SUMMARY

Aims

In sex therapy consultations, it's interesting to see how the behaviors, cognitions and emotions of women who are dissatisfied or have sexual dysfunction are different from those who report being satisfied and do not have dysfunction. The purpose of this study is to show that this clinical hypothesis is supported by scientific reality: women don't use these components in the same way whether they are satisfied or not, or depending on they consider themselves to have sexual difficulties or not.

Material and method

217 women were asked to answer a 61 items questionnaire concerning (1) their behavior and movement; (2) their erotic cognitions and thoughts; (3) their emotions and body sensations perceived during sexuality.

Results

The results show that women in general tend to be more attentive to their emotions and body sensations first, then to their cognitions and last to their behaviors. On the other hand, women who report no sexual difficulty, such as those who consider themselves satisfied, have more functional emotional and physical feelings, cognitions and behaviors than those who report dissatisfaction or dysfunction. Future areas of research are discussed.

KEYWORDS

Sexual satisfaction; Women sexuality; Sexual functioning; Sexual functionality; Sexual health; Sexofunctional Therapy

1. Introduction

La santé sexuelle, fondamentale pour l'équilibre physique et émotionnel des individus, des couples et des familles, est définie de manière globale par la World Health Organisation, comme un « état de bien-être physique, mental et social en relation avec la sexualité » (WHO, 2010). La satisfaction sexuelle en est une des composantes essentielles (Meston et Trapnell, 2005). Dernière étape du cycle de réponse sexuelle (Basson, 2001a ; Sierra et Buela-Casal, 2004), elle peut être définie comme « une réponse affective provenant de l'évaluation subjective des dimensions positives et négatives associées à l'activité sexuelle » (Lawrence et Byers, 1995). Ainsi, fonctionnement et satisfaction sexuels sont étroitement liés (Heiman et al., 2011 ; Meston et Trapnell, 2005 ; Smith et al., 2011), et intégrés ensemble au modèle de fonctionnalité sexuelle de la thérapie Sexofonctionnelle (TSF). Ce courant sexothérapeutique basé sur l'expérience clinique et la recherche scientifique, fait ainsi référence à ce qui fonctionne sexuellement pour un individu dans un contexte. Ce modèle, utilisé dans le traitement des dysfonctions sexuelles, propose l'hypothèse selon laquelle, les individus développent plus ou moins d'habiletés érotiques favorisant la fonctionnalité sexuelle. Cette dernière pouvant être définie par l'absence de dysfonction sexuelle, couplée à la satisfaction sexuelle. Dans une recherche précédente (Edard et Rusinek, 2020), nous avons identifié ces habiletés au moyen d'un entretien semi-directif, selon trois composantes principales, propres à la plupart des comportements humains : les habiletés érotiques cognitives, les habiletés érotiques comportementales et les ressentis, comprenant les émotions et les sensations corporelles. L'hypothèse de la présente étude est que les femmes n'utilisent pas de la même manière ces habiletés, qu'elles soient fonctionnelles, c'est-à-dire n'ayant pas de dysfonction sexuelle et se déclarant satisfaites sexuellement, ou non fonctionnelles. Autrement dit, les femmes considérant ne pas avoir de difficulté sexuelle,

comme les femmes satisfaites sexuellement utilisent de manière plus importante ces habiletés érotiques, que les autres.

Plusieurs recherches se sont intéressées à la mise en évidence de facteurs cognitifs, comportementaux et émotionnels influençant le fonctionnement et/ou la satisfaction sexuels.

1.1. Facteurs cognitifs et fonctionnalité sexuelle

La plupart des études s'intéressant au rôle des cognitions pendant l'activité sexuelle, ont montré que plus les individus ont des cognitions positives durant la sexualité, plus ils sont satisfaits ($p < .01$) et meilleur est leur fonctionnement sexuel ($p < .05$; Anderson et al., 2016 ; Prause, Janssen, et Hetrick, 2008). Par exemple, pendant l'activité sexuelle, une faible fréquence de pensées négatives concernant l'apparence physique, est associée à une plus grande satisfaction sexuelle ($p < .001$; Pujols, Meston, et Seal, 2009). De manière générale, l'attention tournée vers le contexte érotique, augmente la réponse sexuelle (Beck et Baldwin, 1994 ; Géonet, de Sutter, et Zech, 2013 ; Nutter et Codron, 1983 ; Wilson et Lang, 1981). Et plus spécifiquement, le fait d'être attentif aux sensations corporelles est rapporté comme la manière de penser la plus favorable à l'atteinte de l'orgasme (de Sutter, Day et Adam, 2014).

De plus, il a été montré que la distraction cognitive pendant l'activité sexuelle, diminue la satisfaction sexuelle ($p < .05$) et la capacité à obtenir des orgasmes, quel que soit le type de stimulation ($p < .05$; Dove et Wiederman, 2000). Dans le même ordre d'idées, 84 étudiantes répondant à une batterie de questionnaires, ont permis d'appuyer le fait que les pensées non-érotiques sont plus fréquentes chez les femmes présentant une dysfonction sexuelle ($p < .05$; Purdon et Watson, 2011). Ceci a également été confirmé, dans les études de Cuntim et Nobre (2011), de Sutter, Day et Adam (2014), et Nobre et Pinto-Gouveia (2006 ; 2008).

1.2. Facteurs comportementaux et fonctionnalité sexuelle

D'un point de vue comportemental, Davidson et Moor (1994) ont mis en évidence la corrélation entre la satisfaction sexuelle et des masturbations régulières, ce qui fut confirmé par l'analyse thématique d'entrevues menées par Hogarth et Ingham (2009). De plus, on retrouve des comportements plus diversifiés chez les femmes satisfaites (Edard et Rusinek, 2020) et orgasmiques (de Sutter, Day, Adam, 2014), tels que l'association de différents types de stimulations lors des activités sexuelles, ainsi que des attitudes sexuelles plus « libérales » ($p < .001$), comme l'utilisation de plusieurs positions, la stimulation manuelle des parties génitales pendant la pénétration, ou encore la pratique du sexe oral et anal (Haavio-Mannila et Kontula, 1997). Plusieurs études ont également montré que l'assertivité sexuelle, c'est-à-dire la tendance à s'affirmer dans les aspects sexuels de sa vie (Snell, Fisher et Miller, 1991), est un important prédicteur de la satisfaction sexuelle (Carrobbles et Gamez-Guadix, 2011 ; Henderson, Lehavot et Simoni, 2009 ; Hurlbert, Apt et Rabehl, 1993 ; MacNeil et Byers, 1997), et du fonctionnement sexuel (Leclerc et al., 2015 ; Meston et Trapnell, 2005).

À l'inverse, les personnes insatisfaites ou porteuses d'une dysfonction sexuelle rapportent plus de passivité lors des activités sexuelles (Kaplan, 1977 ; Schover et LoPiccolo, 1982).

1.3. Facteurs émotionnels et fonctionnalité sexuelle

Bien qu'en 2008, Prause, Janssen et Hetrick aient montré que le degré d'attention porté aux stimuli sexuels est un prédicteur plus fort du niveau de désir sexuel, que la valence des réponses émotionnelles suscitées par ces stimuli ($p < .05$), plusieurs recherches ont mis en évidence un impact important des émotions sur la réponse sexuelle, et la satisfaction qui en découle. Par

exemple, Beaber et Wermer (2009) ont montré une corrélation négative entre l'anxiété et le fonctionnement sexuel.

De la même manière, une plus grande sensibilité à l'anxiété a également été associée à plus d'altérations du fonctionnement sexuel (comme la douleur ; $p < .002$), et plus d'évitement de l'activité sexuelle ($p < .004$). Concernant la tristesse ($p < .01$), la culpabilité ($p < .001$) et la colère ($p < .05$), elles sont associées aux dysfonctions sexuelles et négativement corrélées à la satisfaction sexuelle (Nobre et Pinto-Gouveia, 2006 ; 2008). En effet, au cours d'une exposition à des enregistrements érotiques, les individus porteurs de dysfonction sexuelle ont rapporté plus d'affects négatifs (Beck et Barlow, 1987). L'influence de l'anxiété reste malgré tout polémique, et des résultats contradictoires ont été trouvés (Bancroft et al., 2003). A ce sujet, Kempeneers et Barbier (2008) ont proposé une explication : en situation sexuelle, l'attention des sujets « érotophobes » tend à se porter sur des schémas de danger provoquant ainsi, l'irruption de pensées à caractère non érotique. Pour les autres individus, l'anxiété tend à renforcer l'excitation, soit en accroissant l'attention portée aux stimuli érotiques, soit en interprétant les modifications physiologiques qui l'accompagnent, comme ayant une origine sexuelle.

Les propositions de traitement de certaines thérapies sexuelles vont depuis longtemps dans le sens de ces recherches. Ainsi, la thérapie Sexofonctionnelle propose le développement d'habiletés érotiques favorables à la fonctionnalité sexuelle, aux patients consultant pour une dysfonction ou une insatisfaction sexuelles. Par exemple, au niveau cognitif, il est proposé aux femmes d'apprendre à focaliser leur attention sur le contexte érotique et sexuel au travers notamment, de la conscience des sensations sexuelles, ou de développer leur imaginaire érotique, dans l'objectif de laisser moins de place aux cognitions non-érotiques. Certains comportements favorisant la perception de sensations sexuelles, et ainsi la fonctionnalité

sexuelle, sont enseignés aux patients, tels que la bascule avant-arrière du bassin, l'utilisation des muscles du plancher pelvien et de la respiration abdominale (de Carufel, 1990 ; 2012). Enfin, par le biais d'un travail cognitif et attentionnel, le thérapeute sexofonctionnel cherche à développer une activation émotionnelle évaluée comme positive.

Dans l'esprit de la thérapie Sexofonctionnelle et des recherches scientifiques précédemment citées, cette étude a pour objectif de montrer l'importance de l'utilisation de ces habiletés érotiques dans l'exercice de la sexualité des femmes, en comparant des femmes se considérant comme satisfaites versus insatisfaites sexuellement ; ainsi que des femmes considérant avoir une difficulté sexuelle versus pas de difficulté. Ainsi, plus une femme est fonctionnelle sexuellement, plus elle utilise d'habiletés érotiques. Notre première hypothèse est donc, que plus une femme est satisfaite sexuellement et plus elle utilise les habiletés érotiques cognitives, comportementales et de ressentis positifs. De la même manière, notre deuxième hypothèse propose que les femmes n'ayant pas de difficulté sexuelle, ont plus recours à ces habiletés érotiques, comparées aux femmes considérant avoir une difficulté sexuelle.

2. Méthode

2.1. Participantes

Au total, 217 femmes tout-venant ont répondu à un questionnaire en ligne. Les critères d'inclusion étaient : (1) être une femme ; (2) être âgée de plus de 18 ans ; (3) être dans une relation de couple de plus de 3 mois.

2.2. Recrutement et procédure

Le recrutement de la présente étude s'est fait par Internet, le recueil des données, entre juin et novembre 2016.

Après avoir vérifié les critères d'inclusion, nous avons donné aux participantes, des informations sur le déroulement et les objectifs de l'étude. Elles ont ensuite reçu un lien permettant l'accès à un formulaire de consentement et aux questions sur la manière dont elles utilisent les cognitions, les comportements et les ressentis dans leur sexualité.

2.3. Mesure

Nous avons construit un questionnaire de 63 affirmations. Dans un premier temps, les participantes devaient se positionner sur une échelle de Likert en 4 points (0, « Je ne suis pas satisfaite » ; 1, « Je suis peu satisfaite » ; 2, « Je suis plutôt satisfaite » ; 3, « Je suis très satisfaite ») concernant leur niveau de satisfaction sexuelle générale. Puis, elles devaient répondre par « oui » ou par « non » à la question suivante : « Pensez-vous avoir actuellement des difficultés sur le plan de la sexualité ? ».

Dans un second temps, elles étaient invitées à coter 61 affirmations sur leurs manières de se comporter et de se mouvoir, sur leurs cognitions et pensées érotiques, ainsi que sur leurs émotions et sensations corporelles perçues pendant la sexualité, via une échelle de Likert en quatre points (0, « Jamais/très rarement » ; 1, « Parfois » ; 2, « Souvent » ; 3, « Toujours/très souvent »). L'analyse de contenu d'entretiens semi-directifs a permis d'obtenir ces items lors d'une précédente recherche (Edard et Rusinek, 2020).

Les affirmations sont de trois ordres : 17 d'entre elles portent sur les habiletés cognitives, désignant l'ensemble des activités mentales porté à la conscience du sujet (ex : *dans les situations de séduction, je pense au fait que mon partenaire soit attirant ; j'imagine faire l'amour sauvagement*) ; 31 affirmations portent sur les habiletés comportementales c'est-à-dire les actions engagées par le sujet (ex : *lors des pénétrations, je fais des mouvements avant-arrière de bassin ; dans les phases de préliminaires, il m'arrive de caresser moi-même mon sexe*) ; enfin, 13 énoncés portent sur les émotions et les sensations corporelles, c'est-à-dire l'ensemble des états psychologique, affectif et des impressions perçues par les organes des sens, porté à l'attention de l'individu (ex : *je perçois une tension au niveau de mes seins ; je ressens une émotion de plénitude ; Annexe 3.*).

3. Résultats

3.1. Analyse descriptive

Une grande partie des femmes interrogées se considèrent plutôt satisfaites (N = 117, soit 53,92%) ou très satisfaites (N = 49, soit 22,58%). Au total, seulement 23,5% des femmes rapportent être peu satisfaites (N = 39, soit 17,97%) ou pas satisfaites (N = 12, soit 5,53%). Par ailleurs, une majorité de femmes considère ne pas avoir de difficulté sexuelle actuelle (N = 151, soit 69,59% de l'échantillon).

Au niveau des calculs, les deux variables indépendantes (Satisfaction sexuelle et Difficulté sexuelle) n'ont pas été croisées pour des raisons d'effectifs de groupe. En effet, seulement deux femmes se considèrent « très satisfaites » tout en ayant des « difficultés sur le plan de la sexualité » ; et cinq femmes se considèrent comme « pas satisfaites » sans avoir de « difficulté sur le plan de la sexualité ». Ainsi, ces deux variables semblent fortement liées. Ceci est

cohérent avec certaines études montrant qu'un bon fonctionnement sexuel prédit une haute satisfaction (Heiman et al., 2011 ; Smith et al., 2011).

3.2. Analyses statistiques

Nous avons utilisé le logiciel SPSS statistics version 22, afin de comparer les scores obtenus aux sous-échelles d'habiletés érotiques d'une part, par les femmes se considérant très satisfaites, plutôt satisfaites, peu satisfaites et insatisfaites sexuellement ; et d'autre part, les femmes considérant ne pas avoir de difficulté sexuelle avec celles considérant en avoir une. Nous avons ensuite, réalisé des ANOVA à mesures répétées avec les variables d'habiletés érotiques comme facteur intrasujet.

H1 : Plus une femme se considère sexuellement satisfaite, plus elle utilise d'habiletés érotiques cognitives, comportementales et de ressentis positifs

Au vu des résultats obtenus, nous pouvons affirmer que plus les participantes se considèrent sexuellement satisfaites, meilleurs sont leurs scores en habiletés érotiques cognitives ($p < .05$), en habiletés érotiques comportementales ($p < .01$), ainsi qu'en ressentis positifs ($p < .001$). Ainsi, de manière générale, les différences entre les femmes insatisfaites, peu satisfaites, plutôt satisfaites et très satisfaites suivent toujours le même modèle : plus elles se considèrent satisfaites sexuellement, meilleurs sont leurs scores dans les habiletés érotiques. Sauf pour les femmes se déclarant peu satisfaites, qui ont une moyenne aux ressentis positifs moins élevée que les insatisfaites (Tableau 5).

Si l'on compare en mesure répétée les trois variables, alors un schéma se dégage pour les femmes insatisfaites, plutôt satisfaites et très satisfaites : elles répondent plus positivement sur la variable de ressentis positifs, que sur la variable cognitive ; et plus positivement sur la

variable cognitive que sur la variable comportementale ($p < .001$). En outre, les femmes peu satisfaites répondent plus positivement sur la variable cognitive que sur celle correspondant aux ressentis positifs ; et plus positivement sur cette dernière que sur la variable comportementale ($p < .001$; Tableau 6).

H2 : Les femmes déclarant ne pas avoir de difficulté sur le plan sexuel utilisent plus d'habiletés érotiques que les femmes considérant avoir une difficulté sexuelle

De la même manière, notre deuxième hypothèse est validée, puisque les moyennes obtenues aux sous-échelles d'habiletés érotiques sont significativement plus élevées chez les femmes déclarant ne pas avoir de difficultés sexuelles que chez les femmes considérant en avoir ($p < .0001$). Autrement dit, les femmes sans difficulté sexuelle répondent plus positivement sur les trois variables d'habiletés érotiques, que les femmes avec difficultés sexuelles (Tableau 7).

Si l'on compare en mesure répétée les moyennes obtenues aux variables cognitive, comportementale et de ressentis positifs, les femmes sans difficulté sexuelle répondent de manière plus positive à la variable de ressentis positifs qu'à la variable cognitive, et plus positivement à cette dernière qu'à la variable comportementale ($p < .0001$). Tandis que les femmes considérant avoir une difficulté sexuelle répondent plus positivement à la variable cognitive qu'à la variable de ressentis positifs, et plus positivement à cette dernière qu'à la variable comportementale. Dans les deux cas, qu'elles se considèrent avec ou sans difficulté sexuelle, les femmes utilisent moins la variable comportementale que les autres variables (Tableau 8).

	« pas satisfaite » (n = 12)	« peu satisfaite » (n = 39)	« plutôt satisfaite » (n = 117)	« très satisfaite » (n = 49)		
Variable	M	M	M	M	F (ddl = 3)	p
Habilités érotiques cognitives	2,676	2,751	2,869	2,933	3,137	0,026*
Habilités érotiques comportementales	2,414	2,480	2,616	2,656	4,020	0,0083**
Perception de ressentis positifs	2,821	2,684	2,916	3,185	9,585	<.001***

Note. M = Mean. p-value*** $p < .001$ = very strong presumption; ** $p < .01$ = strong presumption; * $p < .05$ = low presumption.

Tableau 5. Mean equivalence between female with “no satisfaction”, “low satisfaction”, “some satisfaction” and “great satisfaction” at erotic abilities

		Habilités érotiques cognitives	Habilités érotiques comportementales	Perception de ressentis positifs		
Variable	n	M	M	M	F (ddl = 2)	p
« pas satisfaite »	12	2,676	2,414	2,821	14,834	<.001***
« peu satisfaite »	39	2,751	2,480	2,684	14,971	<.001***
« plutôt satisfaite »	117	2,869	2,616	2,916	63,469	<.001***
« très satisfaite »	49	2,933	2,656	3,185	68,157	<.001***

Note. M = Mean. p-value*** $p < .001$ = very strong presumption; ** $p < .01$ = strong presumption; * $p < .05$ = low presumption.

Tableau 6. Mean equivalence between erotic abilities at female sexual satisfaction

Variable	« sans difficulté sexuelle » (n = 151)	« avec difficultés sexuelles » (n = 66)	F (ddl = 1)	p
	M	M		
Habilités érotiques cognitives	2,929	2,674	27,475	<.0001***
Habilités érotiques comportementales	2,650	2,451	20,097	<.0001***
Perception de ressentis positifs	3,060	2,632	45,775	<.0001***

Note. M = Mean. p-value*** $p < .001$ = very strong presumption; ** $p < .01$ = strong presumption; * $p < .05$ = low presumption.

Tableau 7. Mean equivalence between female “without sexual dysfunction” and “with sexual dysfunction” at erotic abilities

Variable	n	Habilités érotiques cognitives	Habilités érotiques comportementales	Perception de ressentis positifs	F (ddl =2)	p
		M	M	M		
« sans difficulté sexuelle »	151	2,929	2,650	3,060	132,351	<.0001***
« avec difficulté sexuelle »	66	2,674	2,451	2,632	19,795	<.0001***

Note. M = Mean. p-value*** $p < .001$ = very strong presumption; ** $p < .01$ = strong presumption; * $p < .05$ = low presumption.

Tableau 8. Mean equivalence between erotic abilities at female sexual difficulties

4. Discussion

Malgré le nombre restreint de femmes interrogées, les réponses données au questionnaire d'habiletés érotiques de cette recherche, ont tout d'abord permis de mettre à jour des différences significatives dans l'utilisation des habiletés érotiques en fonction du degré de satisfaction sexuelle des femmes. Autrement dit, plus une femme est satisfaite sexuellement et plus elle utilise d'habiletés érotiques. Nous avons également montré que les femmes déclarant ne pas avoir de dysfonction sexuelle utilisent plus d'habiletés érotiques que les femmes avec difficulté sexuelle. Nous proposons deux manières d'interpréter ces résultats.

En premier lieu, le fait d'avoir des ressentis émotionnels et corporels positifs, d'avoir des cognitions centrées sur l'activité en cours ou des pensées érotiques alimentant l'excitation, ainsi que le fait d'adopter des comportements fonctionnels sexuellement, pourrait garantir l'accès à la satisfaction sexuelle et protégerait des dysfonctions sexuelles. Dans l'activité amoureuse, érotique ou sexuelle, les femmes qui apprécient ce qui est en train de se dérouler, qui conscientisent les sensations sexuelles et les émotions positives en lien avec l'activité, qui alimentent cela de cognitions érotiques ou sexuelles, et qui adoptent une mouvance corporelle accentuant les sensations sexuelles, accèdent ainsi à plus de satisfaction sexuelle générale et évitent le développement de symptômes liés à des troubles sexuels, tels que le manque de désir, d'excitation, de lubrification, l'absence d'orgasme et la présence de douleur.

En deuxième lieu, le fait d'être satisfaite comme celui de ne pas avoir de dysfonction sexuelle permet un meilleur accès aux ressentis, cognitions et comportements favorables à la fonctionnalité sexuelle. Les femmes insatisfaites ou ayant des symptômes sexuels tels que cités plus haut, peuvent éprouver des difficultés à ressentir et conscientiser les sensations sexuelles et les émotions positives. Plusieurs auteurs ont mis en évidence un lien entre le manque de conscience intéroceptive, autrement dit la capacité à ressentir des sensations internes de manière

précise, et la présence de dysfonctions sexuelles (Baumeister, Catenese et Vohs, 2001 ; Brody, 2007 ; Chivers et al., 2010 ; Laan et al., 1993). Snell, Fisher, et Miller (1991) ont également proposé le terme de conscience sexuelle et développé un questionnaire pour mesurer cette variable. Par ailleurs, les femmes insatisfaites ou ayant une difficulté sexuelle peuvent aussi rencontrer des difficultés à être centrées sur l'instant présent ou sur des pensées érotiques ou sexuelles. Ce phénomène rappelle le processus d'évitement dans les situations considérées comme négatives. Dans ce sens, les études montrent que, d'une part la distraction cognitive est le principal facteur cognitif, perturbant le fonctionnement sexuel (Anderson et al., 2016 ; Beck et al., 1987 ; Cuntim et Nobre, 2011 ; Dove et Wiederman, 2000 ; Prause, Janssen et Hetrick, 2008 ; Pujols, Meston et Seal, 2009) ; et que d'autre part, le recours à l'imaginaire érotique est associé à la fonctionnalité sexuelle (De Sutter, Day et Adam, 2014 ; Géonet, de Sutter, Zech, 2013 ; Nutter et Codron, 1983 ; Wilson et Lang, 1981). Enfin, il paraît difficile de développer ou d'adopter des comportements fonctionnels (tel que bouger son bassin) dans une activité qui n'est pas satisfaisante ou qui provoque de la douleur.

Enfin, les mesures répétées font ressortir deux schémas différents. Le groupe de femmes peu satisfaites sexuellement ($N = 39$), comme celui avec difficulté sexuelle ($N = 66$) a tendance à plus utiliser les habiletés cognitives, puis les ressentis positifs et en dernier, les habiletés comportementales. En revanche, une plus grande proportion de femmes s'accorde sur un schéma quelque peu différent. En effet, les groupes de femmes insatisfaites, plutôt satisfaites, très satisfaites ($N \text{ cumulé} = 178$), comme le groupe de femmes sans difficulté sexuelle ($N = 155$) utilise de manière plus importante les ressentis positifs, puis les habiletés cognitives et en dernier, les habiletés comportementales. Finalement, que les femmes soient satisfaites ou non,

qu'elles aient une difficulté sexuelle ou non, les habiletés érotiques les moins utilisées semblent être les habiletés comportementales.

Cette hiérarchie paraît assez logique intuitivement : les femmes se centrent en premier lieu sur ce qu'elles ressentent à la fois dans leur corps et émotionnellement. En effet, c'est généralement grâce aux ressentis qu'elles vont pouvoir faire monter leur excitation tout au long du rapprochement sexuel. Porter son attention à cette sphère assure le contact avec l'instant présent et demeure la plupart du temps, source d'excitation. De manière moins importante, l'attention est portée aux cognitions. Quand elles sont tournées vers l'activité en cours ou vers des anticipations positives, les pensées sont des éléments déterminant du bien-être sexuel, ainsi que de la montée de l'excitation. Enfin, les femmes utilisent leur corps, leur mouvance corporelle pour favoriser la fonctionnalité sexuelle. Cela pourrait expliquer le manque de recherche scientifique sur les habiletés comportementales mises en œuvre dans la sexualité humaine. Par ailleurs, de manière empirique, les individus ont souvent peu conscience de la manière dont ils utilisent leur corps lors des activités amoureuses, érotiques et sexuelles. D'une part, dans ce domaine, il n'existe pas ou peu de modèles à imiter qui pourraient donner des repères de fonctionnement. D'autre part, on peut légitimement se poser la question : est-ce que ces femmes ont plus de ressentis et de cognitions que de comportements fonctionnels ? Ou en ont-elles simplement moins conscience ? (Brune et Ferroul, 2010). Pour cette raison il serait intéressant d'introduire dans une prochaine recherche, un questionnaire de conscience sexuelle (Snell, Fisher, et Miller, 1991). Enfin, la mouvance corporelle lors des activités sexuelles, a des implications peu connues du grand public. Cela est soutenu par des croyances irrationnelles : telles que « la sexualité est naturelle », « elle devrait fonctionner sans se poser de question », « elle est instinctive » ou même « innée ». Or tous les professionnels sont d'accord avec le fait

que c'est un apprentissage qui peut être réussi, raté ou incomplet (Brune et Ferroul, 2010 ; Brune, 2012).

Ce classement est également en congruence avec les messages culturels et sociaux concernant la sexualité des femmes (exemple : « il faut être amoureuse pour avoir des rapports sexuels » ou « vous les femmes, c'est dans la tête »...). La population en général est très influencée par ces messages, notamment dans le domaine de la sexualité, puisqu'encore une fois, c'est un comportement qui nécessite un apprentissage, mais qui ne peut être imité, puisqu'il est peu montré.

CONCLUSION

En conclusion, bien que la satisfaction et la présence d'une difficulté sexuelle soient mesurées subjectivement, cette recherche met à jour l'utilisation différente des habiletés érotiques, que l'on soit sexuellement satisfaite ou non, et que l'on considère souffrir d'une difficulté sexuelle ou non. Cette découverte, qui mériterait d'être confirmée à plus grande échelle, va dans le sens du modèle de fonctionnalité sexuelle proposé par la thérapie Sexofonctionnelle.

En effet, de manière empirique, cette sexothérapie s'intéresse à comment fonctionne la personne dans l'exercice de sa sexualité, et plus particulièrement au développement des habiletés érotiques, lors de la prise en charge des dysfonctions sexuelles. Un futur axe de recherche pourrait interroger les femmes en ce qui concerne leur usage de ces habiletés érotiques durant la sexualité, en contrôlant avec une mesure objective et scientifiquement validée, la présence ou non de dysfonction sexuelle, et la satisfaction sexuelle.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

CHAPITRE 7

USE OF EROTIC ABILITIES IN SEXUALLY FUNCTIONAL AND DYSFUNCTIONAL WOMEN

Comparative study and correlation
with sexual awareness and sexual assertiveness

Référence : Edard, A., Rusinek, S., & Adam, F. (soumis). Use of erotic abilities in sexually functional and dysfunctional women. Comparative study and correlation with sexual awareness and assertiveness. Article soumis pour publication auprès de Journal of Sex and Marital Therapy.

USE OF EROTIC ABILITIES IN SEXUALLY
FUNCTIONAL AND DYSFUNCTIONAL WOMEN

Comparative study and correlation with sexual awareness and assertiveness

UTILISATION DES HABILITÉS ÉROTIQUES CHEZ LES FEMMES
SEXUELLEMENT FONCTIONNELLES ET DYSFONCTIONNELLES

Étude comparative et corrélation avec la conscience et l'assertivité sexuelles

SUMMARY

Aims

Clinically, it's interesting to see how the cognitive and behavioral abilities, and feelings of sexually functional women differ from the dysfunctional ones. The present study aims to show that this clinical hypothesis is supported by a scientific reality: women do not use these erotic abilities in the same way, whether they have sexual dysfunctions or not.

Material and method

224 women aged 21 to 60, completed questionnaires on sexual functioning, sexual awareness and use of erotic abilities.

Results

Women without sexual dysfunction are significantly more sexually satisfied ($p < .001$), more sexually aware and assertive ($p < .001$), and make greater use of erotic cognitive and behavioral abilities and report more positive feelings, such as positive emotions and sexual feelings ($p < .001$), than women with sexual dysfunction. However, there is a positive correlation between

erotic abilities and sexual awareness and between erotic abilities and sexual assertiveness ($p < .001$).

Conclusion

In conclusion, our study highlights the importance of the use of cognitive erotic abilities and positive feelings, already highlighted in the literature, such as the orientation of attention towards sexual stimuli, the use of erotic imagination or positive-valued emotional feelings, as well as the perception of sexual sensations, in order to promote sexual functionality. It also highlights the importance of the use of erotic behavioral abilities in sexual functionality. Future lines of research are proposed.

KEYWORDS

Female sexuality; Sexual satisfaction; Sexual functioning; Erotic abilities; Sexofunctional Therapy; Sexual awareness; Sexual assertiveness

RÉSUMÉ

Objectif

En clinique, il est intéressant de voir à quel point les habiletés cognitives, comportementales et les ressentis des femmes sexuellement fonctionnelles sont différents de ceux des femmes dysfonctionnelles. La présente étude a pour but de montrer que cette hypothèse clinique est soutenue par une réalité scientifique : les femmes n'utilisent pas de la même manière ces habiletés érotiques qu'elles présentent des dysfonctions sexuelles ou non.

Matériel et méthode

224 femmes tout venant âgées de 21 à 60 ans, ont rempli des questionnaires de fonctionnement sexuel, de conscience sexuelle et d'utilisation d'habiletés érotiques.

Résultats

Les femmes sans dysfonction sexuelle sont significativement plus satisfaites sexuellement ($p < .001$), plus conscientes et assertives sexuellement ($p < .001$), et utilisent plus d'habiletés érotiques cognitives, comportementales et rapportent plus de ressentis positifs, tels que des émotions à valence positive et des sensations sexuelles ($p < .001$), que les femmes qui souffrent de dysfonctions sexuelles. Par ailleurs, il existe bien une corrélation positive entre les habiletés érotiques et la conscience sexuelle et entre les habiletés érotiques et l'assertivité sexuelle ($p < .001$).

Conclusion

En conclusion, notre étude souligne l'importance, pour favoriser la fonctionnalité sexuelle, de l'utilisation d'habiletés érotiques cognitives et de ressentis positifs, déjà mis en lumière dans la littérature, tels que l'orientation de l'attention vers les stimuli sexuels, l'utilisation de l'imaginaire érotique ou les ressentis émotionnels à valence positive, ainsi que la perception des sensations sexuelles. Elle met également en avant l'importance de l'utilisation d'habiletés érotiques comportementales dans la fonctionnalité sexuelle. De futurs axes de recherche sont proposés.

MOTS-CLÉS

Sexualité féminine ; Satisfaction sexuelle ; Fonctionnement sexuel ; Fonctionnalité sexuelle ;
Habilités érotiques ; Sexofonctionnelle ; Conscience sexuelle ; Assertivité sexuelle

1. Introduction

In France, 55% of women experience or have already experienced sexual dysfunction (Colson et al., 2006), and 31% consider themselves to be sexually dissatisfied (Ifop, 2018). Sexual health is defined by the World Health Organization (2010) as « a state of physical, mental and social well-being in relation to sexuality. It requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, and the opportunity to have pleasurable sexual experiences, safely and without coercion, discrimination or violence » (p.3). It should be noted that sexually dysfunctional people are generally less happy (Laumann et al., 1995), have lower self-esteem, a lesser feeling of well-being (Heiman, 2002) and have increased marital stress (Bartlik & Golberg, 2000; Pridal & LoPiccolo, 2000).

Sexual satisfaction is an essential component of sexual health (Meston & Trapnell, 2005). The final stage of the sexual response cycle (Basson, 2001a; Sierra & Buela-Casal, 2004), it is defined as « an affective response resulting from the subjective evaluation of the positive and negative dimensions associated with sexual activity » (Lawrence & Byers, 1995). In general, the more a woman perceives herself to be sexually dysfunctional, the less sexual satisfaction she will experience (Chang, Klein & Gorzalka, 2013). Sexual satisfaction is also associated with improved physical and psychological status (Brody & Costa, 2017; Scott et al., 2012), increased sexual frequency (Baumeister, Catanese & Vohs, 2001; McNulty & Fisher, 2008 ; Smith et al., 2011), improved sexual communication (Byers, 2011), and increased relationship satisfaction (Sprecher, Christopher, & Cate, 2006 ; Rubin & Campbell, 2012).

Sexual functioning and sexual satisfaction are closely linked (Heiman et al., 2011; Meston & Trapnell, 2005; Smith et al., 2011), and both are integrated into the sexual functionality model

of Sexofunctional therapy (de Carufel, 2012b). This sex therapy practice emphasizes the importance of sexual functionality, a manner that works for the patient. The model of sexual functionality integrates « all the healthy and adequate sexual functions of the human being » (de Carufel, 2010). This model, used in the treatment of sexual dysfunction, postulates that individuals develop more or less erotic abilities that promote sexual functionality. In this way, it proposes that sex therapists help patients suffering from sexual dysfunction towards the development of these abilities. For example, the teaching of the fore and aft pelvic roll allows a mobilization of the internal musculature, essential to the rise of sexual arousal, as well as a support on the internal and external erogenous parts of the female sexual organs. This roll is also more favorable to abdominal breathing, which also facilitates the excitatory rise through the combination of movements of the internal organs and the contraction/release of the internal musculature. Thus, sexual dysfunctions would be improved by the development of certain erotic abilities. Previous research has been able to identify the cognitions, behaviors and feelings present in sexually satisfied women as opposed to sexually dissatisfied women, and this in different phases of sexuality (Edard & Rusinek, 2020). Cognitively, sexually satisfied women report significantly more positive cognitions related to sexual stimuli (e.g. sexual situation, body sensations, or erotic imagination) than sexually dissatisfied women. At the behavioral level, sexually satisfied women report more diverse sexual behaviors, more self-stimulation and a more enterprising and determined perception of themselves, using pelvic roll and pelvic floor muscles, in contrast to sexually dissatisfied women. Finally concerning feelings, sexually satisfied women do not spontaneously report any unpleasant emotions or sensations. They report an emotion of fullness, as well as several pleasant body sensations during the different phases of sexuality. The objective of the present study is to compare women without sexual

dysfunction to women with sexual dysfunctions regarding the use of erotic abilities that promote sexual functionality.

1.1. Cognitive factors influencing female sexual functioning

Many authors have studied the impact of thoughts on female sexual functioning. In 1971, Master and Johnson proposed the term 'spectatoring', to refer to observing one's own sexual activity and sexual reactions, rather than being immersed in the sensory aspects of sexuality, in other words savoring the sexual sensations generated by sexual activity. Thus, several authors have highlighted a link between lack of interoceptive awareness, the ability to feel internal sensations accurately, and the presence of sexual dysfunction (Baumeister, Catenese & Vohs, 2001; Brody, 2007; Chivers et al., 2010; Laan et al., 1993). Some authors (Callens et al., 2016) have noted that dysfunctional women have higher alterations in genital perceptions than sexually functional women ($p < .05$).

Barlow (1986) introduced the concept of "cognitive interference" to explain the fact that people with sexual difficulties tend to focus their attention on non-erotic and non-sexual stimuli. In the same perspective, Beck and Baldwin (1994) observed how women without sexual difficulties increase or decrease their sexual arousal when they watch an erotic movie. According to this study, they focus their attention on sexual thoughts or fantasies to increase their sexual arousal and on negative and non-sexual thoughts to decrease it. Nobre and Pinto-Gouveia (2006a; 2008a; 2008b) were interested in the content of thoughts present during sexual activities. According to these authors, negative thoughts - especially thoughts of failure, non-erotic and sexual abuse - are significantly correlated with a lower level of sexual arousal ($p < .001$).

Cognitive interference is also reported to have a negative impact on sexual self-esteem, sexual satisfaction, subjective and physiological arousal and consequently on achieving orgasm (Anderson et al., 2016; Beck et al., 1987; Cuntim & Nobre, 2011; Dove & Wiederman, 2000; Prause, Janssen & Hetrick, 2008; Pujols, Meston & Seal, 2009). Indeed, several studies report that sexually functional women focus their attention to the erotic context, which increases sexual desire and response (Géonet, de Sutter & Zech, 2013; Nutter & Codron, 1983; Wilson & Lang, 1981). During dyadic sexual activity, anorgasmic women also appear to use their erotic thoughts less than orgasmic women ($p < .05$). In addition, thinking about their body sensations is reported to be the most favorable way to achieve orgasm ($p < .01$), reported by orgasmic women (de Sutter, Day & Adam, 2014).

1.2. Behavioral factors influencing women sexual functioning

A study (Haavio-Mannila & Kontula, 1997) of 2250 men and women aged 18 to 74 years, reports that sexual satisfaction is positively correlated with so-called "more liberal" sexual attitudes ($p < .001$), such as the use of multiple positions, manual stimulation of the genitals during coitus, and the practice of oral and anal sex. Another survey of 556 students found that sexual satisfaction was correlated with regular masturbation (Davidson & Moor, 1994; Hogarth & Ingham, 2009). The most sexually satisfied women also show more frequent affectionate ($p < .001$) and sexual ($p < .001$) behaviors towards their partners (Renaud, Byers & Pan, 1997). In addition, women who achieve orgasm use more varied erotological behaviors than anorgasmic women, such as the combination of different stimulations during sexual activities (de Sutter, Day & Adam, 2014). Furthermore, sexual assertiveness, a tendency to assert oneself in the sexual aspects of one's life (Snell, Fisher & Miller, 1991), is an important predictor of sexual satisfaction (Carrobes & Gamez-Guadix, 2011; Hurlbert, Apt & Rabehl, 1993; MacNeil &

Byers, 1997) and sexual functioning (Leclerc et al., 2015; Meston & Trapnell, 2005). In other words, the more assertive women are in their sexuality, the more satisfied and sexually functional they are.

Finally, it is important to note that individuals with sexual dysfunction are more likely to avoid sexual relations (McCarthy, 1984; Trudel, Turgeon, & Piché, 2000), and are more passive during sexual activities (Kaplan, 1977; Schover & LoPiccolo, 1982).

1.3. Emotional factors influencing women sexual functioning

If exposed to eroticism, individuals with sexual difficulties report significantly more negative affect (Beck & Barlow, 1986; Heiman & Rowland, 1983). On the other hand, the induction of negative affect in subjects with no sexual dysfunction produces a delay in the onset of subjective sexual arousal (Meister & Carey, 1991). Nobre and Pinto-Gouveia (2006b; 2008b) were able to show that sadness ($p < .01$), guilt ($p < .001$) and anger ($p < .05$) are significantly associated with female sexual dysfunction, and negatively correlated with pleasure ($p < .001$) and sexual satisfaction ($p < .001$). Numerous studies (Andersen & Cyranowski, 1994; Beaber & Werner, 2009; Gerrior et al, 2015; Laan et al, 1993; Purdon & Holdaway, 2006; Purdon & Watson, 2011) have examined the impact of anxiety on women's sexuality. They found that women with high levels of anxiety have more sexual distress, alterations in sexual functioning (e.g., pain, difficulty getting aroused, avoidance of sexual activities) and less sexual satisfaction. In women, anxiety is generally linked to performance demands and/or negative evaluations of their physical appearance (Calogero & Thompson, 2009; Faith & Schare, 1993; Steer & Tiggeman, 2008; Vencil, Tebbe & Garos, 2015), or to their sexual desires that they evaluate themselves as shameful (Fine, 1988; Tolman, 2002). Guilt is also strongly and negatively

associated with sexual satisfaction (Higgins et al., 2010; Higgins et al., 2011) and sexual functioning (Higgins et al., 2010; Laumann et al., 1995; Moore & Davidson, 1997; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006b).

In the literature, a number of abilities have already been linked to sexual functioning and satisfaction, such as attention directed towards erotic thoughts, sexual awareness, use of erotic imagination, sexual assertiveness, or the presence of positively-valued emotions. However, no research to our knowledge has focused on behavioral abilities, meaning the way women use their bodies during sexual activities. We are talking here about body mobility, use of muscle tone and breathing, as proposed in some sexual therapies, such as Sexofunctional Therapy.

Our first research hypothesis postulates that women without sexual dysfunction have better sexual functioning, including better sexual satisfaction, than women with sexual dysfunctions. Our second research hypothesis is that women without sexual dysfunction have more sexual awareness and sexual assertiveness than women with sexual dysfunctions. Our third hypothesis is that women without sexual dysfunction have more erotic abilities than women with sexual dysfunctions. Finally, our fourth hypothesis is that the more erotic abilities a woman has, the better her sexual awareness and sexual assertiveness.

2. Method

2.1. Recruitment and participants

Participants were recruited on a voluntary basis between February 12 and September 14, 2018. A call for participants entitled "Women's Sexuality in the 21st Century" was posted on various sites and emailed to our contacts with the proposal to disseminate it widely. After reading the

presentation page of the research in progress, mentioning the contact information of the person in charge of the study, the confidentiality information, as well as the fate of the results, each participant signed a free and informed consent document.

A total of 288 Francophone women completed this online survey. Inclusion criteria included (1) being female and (2) being at least 18 years of age. After removing the responses of women who did not complete the entire questionnaire, 224 women between the ages of 21 and 60 participated in the study.

2.2. Measures

SOCIO-DEMOGRAPHIC QUESTIONNAIRE

This questionnaire consists of twelve socio-demographic items. These are personal items (their age range), about their emotional life (marital status, length of current relationship) and sexual life (sexually active, sexual orientation). Each item consists either of a dichotomous choice (yes or no, alone or in couple) or of numerical data: "number of years".

FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX

The Female Sexual Functioning Index (FSFI - Rosen et al., 2000) assesses the main dimensions of female sexual function according to 6 dimensions: desire (2 items), arousal (4 items), lubrication (4 items), orgasm (3 items), sexual satisfaction (3 items), and pain (3 items). This self-report questionnaire is composed of 19 items to be answered using a 6-point Likert scale ranging from 0 (no sexual activity) to 5 (very high or very often), or from 1 (almost never or never) to 5 (almost always or always). To calculate the score for each subscale, the scores for each item are added together and then multiplied by the subscale coefficient. The total score is

calculated by adding the scores on the 6 subscales. A total score below 26.55 corresponds to the presence of sexual impairment (Baser, Li & Carter, 2012; Giraldi et al., 2011; Giuliano, 2013). The scale validation study showed high internal consistency with a Cronbach's alpha of .86. This reliability was confirmed in our sample with a Cronbach's alpha of .93. The Cronbach alphas of the subscales range from .86 to .95. This tool is therefore a reliable measure for discriminating between functional and sexually dysfunctional women.

SEXUAL AWARENESS QUESTIONNAIRE

The Sexual Awareness Questionnaire (SAQ - Snell, Fisher & Miller, 1991) is a 36-item self-report questionnaire that assesses sexual awareness and assertiveness on four dimensions: (1) sexual awareness, defined as knowing one's own sexual functioning (items: 1, 4, 10, 13, 22 and 25); (2) sexual surveillance refers to the judgment of one's own sexuality (items : 2, 5, 14, 17, 23, 26, 28, 31, 32); (3) sexual assertiveness, defined as the tendency to assert oneself in the sexual aspects of one's life (items: 3, 6, 9, 12, 15, 18, 24); and, (4) awareness of sexual attractiveness (items: 8, 11, 29). Participants rate themselves on a 5-point Likert scale ranging from 0 (not at all characteristic of me) to 5 (very characteristic of me). Items 6, 9, 23, 30, 31, 32 are to be reversed. In this study, only the sexual awareness and sexual assertiveness subscales were used.

The scale validation study showed high internal consistency with a Cronbach's alpha of .81. This reliability was confirmed in our sample with a Cronbach's alpha of .86 for sexual awareness and .76 for sexual assertiveness.

EROTIC ABILITIES QUESTIONNAIRE

A 32-item self-report questionnaire was developed, based on previous research (Edard & Rusinek, 2020; submitted). These items were obtained by interviewing sexually satisfied and sexually dissatisfied women in a semi-structured interview. Focusing on their practices during sexuality, three main themes were questioned: their cognitions and erotic thoughts, their behaviors and body movements, and finally their emotions and body sensations. The questionnaire is composed of three dimensions : cognitive (items 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 19, 22, 27), referring to the ability to focus attention on sexual stimuli, such as the sexual situation, or the use of erotic imagination ; behavioral (items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 14, 25, 28, 31), referring to all behaviors that carry the individual's sexual arousal, such as double roll (pelvis-head), the use of abdominal breathing or the use of pelvic floor muscles ; and positive feelings (items 13, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 26, 29, 30, 32), referring to positive-valued emotional feelings and the perception of sexual sensations.

Answers should be given on a 4-point Likert scale, ranging from 0 (not true for me at all) to 3 (true for me at all). Items 3, 6, 19 and 25 should be reversed. The score of the 3 sub-scales is calculated by adding the scores of each item. A total score can be calculated by adding the scores of the 3 dimensions.

The erotic abilities scale showed a high internal consistency in our sample with a Cronbach's alpha of .84 for the total score. Cronbach's alphas of the 3 dimensions are satisfactory, with .69 (cognitive), .57 (behavioral) and .58 (emotional).

3. Results

3.1. Descriptive analyses

Participants were aged 21 - 40, 72.3% (N=162) and 41-60, 27.7% (N=62). Most of the women are in a relationship, 75% (N = 168) and 25% are single (N = 56). The majority have children, 63.4% (N = 142) versus 36.6% (N = 82) do not have children. Moreover, 88.8% of women are sexually active (N = 199), and only 11.2% are inactive (N = 25). The vast majority of women report being heterosexual, 87.9% (N = 197). The others report being bisexual, 10.3% (N = 23) or homosexual, 1.8% (N = 4). According to the FSFI cut-off (Rosen et al., 2000), the sample was separated into two groups: (1) women without sexual dysfunction, 69.2% (N = 155) and (2) women with sexual dysfunction, 30.8% (N = 69). Descriptive analyses revealed no significant differences between these two groups with respect to age, being in a couple, being sexually active, or sexual orientation (Table 9.).

3.2. Statistical analyses

After checking the normality of the variables (e.g., Kurtosis and Skewness), we performed correlation analyses (e.g., Pearson's *r*) and mean comparisons (e.g., Student's *t*) using SPSS 25 (Table 10.).

Measures	Female without sexual dysfunction (n = 155)		Female with sexual dysfunction (n = 69)		t	ddl
	M	SD	M	SD		
Age	1.26	0.442	1.26	0.442	-0.354	222
Marital status	0.74	0.439	0.77	0.425	0.416	222
Relationship length	7.983	8.885	8.699	7.821	0.577	222
Sexually active	0.92	0.278	0.83	0.382	-1.762	101,41
Sexual orientation	1.08	0.360	1.09	0.284	0.063	222

Note. M = Mean. SD = Standard Deviation. p-value < .05. *** $p < .001$ = very strong presumption; ** $p < .01$ = strong presumption; * $p < .05$ = low presumption.

Table 9. Mean equivalence between female without and with sexual dysfunctions

Measures	Female without sexual dysfunction (n = 155)		Female with sexual dysfunction (n = 69)		t	ddl
	M	SD	M	SD		
Sexual functioning – total FSFI	30.94	2.35	20.16	6.01	-19.294***	222
Sexual desire – FSFI	4.26	0.98	2,91	1.12	-9.017***	222
Sexual arousal – FSFI	5.33	0.56	3.23	1.59	-14.511***	222
Lubrication – FSFI	5.60	0.63	4.02	1.87	-9.365***	222
Orgasm – FSFI	5.06	0.99	2.88	1.83	-11.512***	222
Sexual satisfaction – FSFI	5.34	0.77	3.48	1.41	-12.647***	222
Pain – FSFI	5.33	1.13	3.62	2.21	-7.597***	222
Erotic abilities – total score	65.36	12.60	65.36	53.05	-7.877***	222
Erotic abilities – cognitive score	23.14	5.17	19.20	6.07	-4.981***	222
Erotic abilities – behavior score	16.07	3.39	16.07	3.06	-6.111***	222
Erotic abilities – feelings score	26.15	5.04	20.58	6.46	-6.971***	222
Sexual-assertiveness – SAQ	16.34	5.40	13.25	5.40	-3.958***	222
Sexual-consciousness – SAQ	18.25	4.42	14.19	5.38	-5.924***	222

Note. M = Mean. SD = Standard Deviation. FSFI= Female Sexual Function Index: high FSFI scores reveal a better sexual functioning. p-value***p <.001 = very strong presumption; *p <.01= strong presumption; *p <.05= low presumption.

Table 10. Mean equivalence between female without and with sexual dysfunctions at sexual functioning, FSFI, erotic abilities, and sexual awareness, SAQ

H1: Women without sexual dysfunction have better sexual functioning, including better sexual satisfaction than women with sexual dysfunctions.

Women without sexual dysfunction have significantly higher total sexual functioning score than women with sexual dysfunction ($p < .001$). They also have significantly more desire, arousal, lubrication, orgasm, sexual satisfaction, and less pain than women with sexual dysfunctions ($p < .001$).

H2: Women without sexual dysfunction have higher scores for sexual awareness and sexual assertiveness than women with sexual dysfunctions.

As before, we compared the scores on the sexual awareness and sexual assertiveness scales for women without sexual dysfunction with those of women with sexual dysfunctions. Women without sexual dysfunction had more sexual awareness and sexual assertiveness than women with sexual dysfunctions ($p < .001$).

H3: Women without sexual dysfunction have more erotic abilities than women with sexual dysfunctions.

Women without sexual dysfunction have a significantly higher total erotic abilities score than women with sexual dysfunctions ($p < .001$). They also have better scores on cognitive ($p < .001$), behavioral ($p < .001$) and positive feelings ($p < .001$) dimensions than women with sexual dysfunctions.

H4: The more erotic abilities a woman has, the better her ability to be sexually aware and assertive.

There is a small but significant positive relationship between total erotic abilities score and sexual assertiveness ($r = .224$; $p < .001$). On the other hand, there is also a moderate and

significant positive relationship between total erotic abilities score and sexual awareness ($r = .404$; $p < .001$).

4. Discussion

This study helps us to better understand the importance of the use of erotic abilities in female sexual functioning.

As a reminder, our first hypothesis was that women without sexual dysfunction are also the most sexually satisfied. From the analyses, we can see that women without sexual dysfunctions have more sexual desire, sexual arousal, lubrication, orgasm, less pain and are more satisfied than women with sexual dysfunctions. This is consistent with research that shows a significant positive association between sexual functioning and sexual satisfaction (Heiman et al., 2011; Meston & Trapnell, 2005; Smith et al., 2012). The latter is one of the important dimensions of sexual function (Rosen et al., 2000), and the more positively a woman assesses other dimensions of her sexuality (e.g., sexual desire, sexual arousal, lubrication, orgasm, and no pain), the more sexually satisfied she is.

Our second hypothesis, that women without sexual dysfunction have higher capacity for sexual awareness and sexual assertiveness, has been validated. In our study, women who are able to recognize their sexual preferences, sexual sensations, or what arouses them sexually, can more easily focus their attention on these pleasurable stimuli. In contrast, women with sexual dysfunctions have less sexual awareness. These findings are supported by previous research on this subject (Baumeister, Catanese & Vohs, 2001; Brody, 2007; Callens et al. 2016; Chivers et al. 2010; de Sutter, Day & Adam, 2014; Géonet, de Sutter & Zech, 2013).

Our study also showed that women who do not have sexual dysfunction are also more assertive in their sexuality. Indeed, a woman who informs her partner about how she functions is more likely to have her sexual needs met. This information is congruent with other research conducted on the subject (Carrobles & Gamez-Guadix, 2011; Hurlbert, Apt & Rabeahl, 1993; Leclerc et al, 2015; MacNeil & Byers, 1997; Meston & Trapnell, 2005).

Our third hypothesis focused on the fact that women without sexual dysfunction use more erotic abilities than women with these difficulties. According to our analyses, women without sexual dysfunction use more erotic abilities in general, and more specifically more cognitive, behavioral and positive feelings erotic abilities, than women with sexual dysfunctions. Our results replicate previous research (Beaber & Werner, 2009; Davidson & Moor, 1994 ; de Sutter, Day & Adam, 2014; Géonet, de Sutter & Zech, 2013; Gerrior et al, 2015 ; Haavio-Mannila & Kontula, 1997; Higgins et al, 2010 ; Hogarth & Ingham, 2009; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006a; 2006b; 2008a; 2008b; Purdon & Holdaway, 2006; Purdon & Watson, 2011) on factors influencing sexual functioning or satisfaction achieved to date, and support the model proposed by Sexofunctional Therapy.

This research confirms the fact that women without sexual dysfunction and sexually satisfied use their erotic imagination more and focus more attention to erotic and sexual stimuli than women with sexual dysfunctions. This tendency to increase sexual arousal allows them to feed their sexual desire, increase lubrication and achieve orgasm.

Inspired by the Sexofunctional Therapy, the originality of this study focuses on the influence of body use on sexual functionality. Indeed, our analyses show that women without sexual dysfunction tend to use more behavioral erotic abilities that are favorable to sexual functionality

than women with sexual dysfunctions. To our knowledge, the impact of these behaviors on sexual functionality or satisfaction has not been studied until today. As a continuation of this research, the evaluation of the use of the body in women's sexuality and the learning of new behaviors that promote sexual functionality could be the subject of futures researches.

Our results also show that sexually functional women perceive more positive feelings, both emotional and sexual. This conclusion is in line with work on the subject (Andersen & Cyranowski, 1994; Beaber & Werner, 2009; de Sutter, Day & Adam, 2014; Gerrior et al, 2015; Laan et al, 1993; Meister & Carey, 1991; Purdon & Holdaway, 2006; Purdon & Watson, 2011), as well as with the Sexofunctional approach.

Finally, our last hypothesis was that women who use more erotic abilities show more sexual awareness and sexual assertiveness. According to our results, there is indeed a positive correlation between the use of erotic abilities and the capacities of sexual awareness and sexual assertiveness. The use of cognitive, behavioral and emotional erotic abilities that promote sexual functionality requires sexual awareness and sexual assertiveness. Further research could be conducted to shed more light on the relationship between sexual awareness and assertiveness and women's erotic abilities.

CONCLUSION

This study replicates previous researches, particularly regarding cognitive, emotional and attention to pleasurable sensations during women's sexual activities. Our study also highlights the importance of behavioral erotic abilities, which have been ignored in the scientific literature. The questionnaire evaluating the use of these erotic abilities in women's sexuality could be validated in future research. This tool could then be used in scientific research as well as in clinical practice. Furthermore, as we did in this research, proposing a set of erotic abilities that improve female sexual functioning, allows us to envisage a model of female sexual functionality, as proposed in Sexofunctional Therapy, which could be the subject of a future study.

To conclude, in order to confirm the hypothesis that the development of erotic abilities would improve female sexual functionality, a future line of research could propose and test a treatment protocol based on the development of these erotic abilities in women suffering from sexual dysfunctions.

The authors declare that they have no conflict of interest.

CHAPITRE 8

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ D'UN PROTOCOLE DE TRAITEMENT DE LA FONCTIONNALITÉ SEXUELLE FÉMININE

Etude de cas dans une population clinique

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ D'UN PROTOCOLE
DE TRAITEMENT DE LA FONCTIONNALITÉ SEXUELLE FÉMININE

Étude de cas dans une population clinique

1. Introduction

Les dysfonctions sexuelles touchent un nombre important de femmes. En France, 55% d'entre elles disent avoir été confrontées à un trouble sexuel (Colson et al., 2006) et 31% se considèrent insatisfaites sexuellement (Ifop, 2018). Les troubles sexuels les plus courants, comprennent généralement les troubles du désir, les troubles de l'excitation, l'inhibition de l'orgasme et la douleur ou l'inconfort durant le rapport (Rosen et al., 2000). Actuellement, le trouble « baisse du désir sexuel » est considéré comme la problématique sexuelle féminine la plus courante. Sa prévalence peut aller jusqu'à plus de 40% des femmes interrogées, selon les auteurs et les méthodologies (Bancroft, Loftus et Long 2003 ; Dennerstein, et al., 2006 ; Leiblum, et al., 2006 ; Mercer et al., 2003 ; Shifren, et al., 2008 ; West et al., 2008). Dans le DSM-V (APA, 2016), ce trouble est maintenant associé au « trouble de l'excitation sexuelle », dont la prévalence est peu connue du fait de problèmes méthodologiques (Brotto et Luria, 2014). Tous deux sont réunis sous le diagnostic de « trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme ». Le deuxième trouble sexuel féminin le plus représenté, est le « trouble de l'orgasme » avec jusqu'à 31% de femmes, faisant état d'une faible fréquence orgasmique, en fonction des auteurs et de la méthodologie de recherche (Laumann et al., 1994 ; Shifren, et al., 2008 ; Witting, et al., 2008). Enfin, les troubles liés « à des douleurs génito-

pelviennes ou à la pénétration », regroupant la vulvodynie et la dyspareunie, représentent jusqu'à 45% des femmes en fonction de l'âge de la population étudiée et de la méthodologie employée (Brauer et al., 2007 ; Brauer et al., 2009 ; Burrows et al., 2008 ; Granot, et Lavee, 2005 ; Payne, et al., 2007 ; Sutton, Pukall et Chamberlain, 2009 ; Wouda et al., 1998) ; ainsi que le vaginisme, dont le taux peut aller jusqu'à 6% en population générale (Bauer et al., 2009 ; Schmidt et al., 2001 ; Nunns et Mandal, 1997). Par ailleurs, un certain nombre de recherches montrent, que la présence d'une dysfonction sexuelle est associée au fait de se sentir moins heureux (Laumann et al., 1995), d'avoir une faible estime de soi et un faible sentiment de bien-être (Heiman, 2002), et de ressentir du stress marital (Bartlik et Golberg, 2000 ; Pridal et LoPiccolo, 2000). Plus généralement, les troubles sexuels ont un impact négatif notable sur les relations interpersonnelles et la qualité de vie en général (Davidson et al., 2009 ; Stephenson et Meston, 2015), justifiant le besoin de développer et valider des traitements spécifiques (Stephenson et Kerth, 2017).

L'origine de ces dysfonctions sexuelles étant considérée comme multifactorielle, c'est-à-dire résultant de l'interaction complexe entre des facteurs biologiques, environnementaux et psychologiques (APA, 2013), il semble que le plus approprié, soit l'usage d'une approche thérapeutique multimodale, telle que proposée par les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC). Ce type de thérapie s'intéresse à trois éléments clés du fonctionnement humain. Comme le nom l'indique, certaines interventions visent les cognitions (les croyances ou mythes au sujet de l'activité sexuelle, les schémas négatifs de soi dans la sexualité, la distraction pendant l'activité sexuelle ou les jugements sur ses propres performances sexuelles ou sur l'image de son corps), remises en question par la sexoéducation, l'information relative à la sexualité, le développement de l'imaginaire érotique, ou encore la

restructuration cognitive, permettant le travail spécifique sur les fausses croyances et les attentes irrationnelles (Baucom et Lester, 1986 ; Trudel, 2003)... Par ailleurs, les techniques comportementales telles que l'entraînement à la communication, la masturbation dirigée, l'entraînement à la relaxation ou le *Sensate Focus* (Stinson, 2009), ciblent l'utilisation de comportements sexuellement fonctionnels (développement des aspects sensuels et érotiques de la sexualité, utilisation de positions sexuelles favorables...) et la réduction, voire l'arrêt des comportements d'évitement. Enfin, les techniques cognitives et comportementales associées à l'entraînement à la pleine conscience (PC) par exemple, visent à diminuer l'apparition d'émotions à valence négative, telles que l'anxiété, la peur, la honte, ou la culpabilité... La plupart des études montrent que le traitement proposé par les TCC est une option thérapeutique très intéressante, car elle est non-invasive et globalement validée empiriquement (Bergeron, Rosen et Pukall, 2014 ; Heiman, 2002). Le *Sensate Focus* par exemple, s'est avéré très efficace pour la perception des stimuli sexuels, et donc dans la prise en charge de la majorité des dysfonctions sexuelles (Aubin, 2011). Renforçant l'excitation sexuelle pendant l'activité sexuelle, les interventions fondées sur la PC en encourageant les femmes à se concentrer sur les sensations d'excitation physique ici et maintenant, contribuent à l'amélioration de la fonction sexuelle des femmes (Velten et al., 2018). Néanmoins, quasiment aucune recherche ne s'est focalisée sur l'étude d'une seule composante d'un programme multimodal (Ter Kuile, Both et van Lankveld, 2012). Dans une méta-analyse récente, la comparaison entre une prise en charge cognitive et comportementale et une liste d'attentes montre des résultats modérés (Frühauf et al., 2013). D'autre part, la majorité des essais cliniques s'intéressent à de petits échantillons, n'ont pas de groupe contrôle et ont un suivi de la population traitée, limité dans le temps (Brotto et Basson, 2014 ; McCabe, 2001 ; Pyke et Clayton, 2015). Enfin, certaines interventions ne

peuvent pas être proposées à toute la population, le *Sensate Focus* par exemple, nécessitant un partenaire (Brotto, 2013).

D'autres approches dites « à médiation corporelle », ont vu le jour et sont pertinentes dans ce type de prise en charge, telles que les relaxations, la sophrologie, les massages, la bioénergie... Elles visent une meilleure intégration des aspects physiques et psychiques, utilisant le corps comme médiateur. Parallèlement à cela, les thérapies sexuelles ont pris le parti de développer une approche spécifique de la sexualité humaine, tout en intégrant pleinement les aspects émotionnels, cognitifs et comportementaux dans leur conceptualisation, autant que dans le traitement des troubles sexuels. Deux courants ont particulièrement retenu notre attention. Avec l'objectif de s'intéresser à la qualité de la fonction sexuelle, l'approche Sexocorporelle a vu le jour au Canada sous l'impulsion de Jean-Yves Desjardins (Desjardins, 1996), avec la collaboration active de François de Carufel, qui développera quelques années après, la Thérapie Sexofonctionnelle. Ces courants puisent leurs fondements dans une observation clinique rigoureuse de l'individu, dans l'exercice de sa sexualité. Vis-à-vis des autres thérapies sexuelles, la principale innovation est la place donnée au corps, d'une part dans l'évaluation de la sexualité : utilisation du corps, du mouvement et prise en compte de la sensation corporelle ; d'autre part, comme un véritable outil sexothérapeutique. Ces courants font l'hypothèse que chaque individu développe plus ou moins d'habiletés érotiques favorisant la fonctionnalité sexuelle ; elles sont de trois ordres : les habiletés érotiques cognitives, les habiletés érotiques comportementales et les ressentis, comprenant les émotions et les sensations sexuelles. Dans ce sens, les études montrent que, d'une part la distraction cognitive est le principal facteur cognitif, perturbant le fonctionnement sexuel (Anderson et al., 2016 ; Beck et al., 1987 ; Cuntim et Nobre, 2011 ; Dove et Wiederman, 2000 ; Prause, Janssen et Hetrick, 2008 ; Pujols, Meston et

Seal, 2009) ; et que d'autre part, le recours à l'imaginaire érotique est associé à la fonctionnalité sexuelle (De Sutter, Day et Adam, 2014 ; Géonet, de Sutter, Zech, 2013 ; Nutter et Codron, 1983 ; Wilson et Lang, 1981). Par conséquent, les habiletés cognitives favorisant la fonctionnalité sexuelle, font référence à la capacité à focaliser son attention sur la situation sexuelle, les sensations sexuelles ou l'imaginaire érotique. Dans le même ordre d'idées, la conscience sexuelle, c'est-à-dire l'attention portée aux aspects sexuels de sa vie, a été associée à un meilleur fonctionnement sexuel (Callens et al., 2016 ; Suschinsky et Lalumière, 2012). D'un point de vue comportemental, les habiletés érotiques se réfèrent à tous les comportements qui vont porter l'excitation sexuelle de l'individu, tels que la double bascule (bassin-tête), l'utilisation de la respiration abdominale ou encore de la musculature du plancher pelvien. La prise en compte des habiletés comportementales, tant dans l'évaluation que dans le traitement de la dysfonction sexuelle, est un des principaux éléments innovant de l'approche Sexocorporelle et de la Thérapie Sexofonctionnelle. Notons qu'aucune recherche scientifique, à notre connaissance, ne s'est intéressée à cet aspect de la sexualité humaine. En lien avec cette dimension comportementale, l'assertivité sexuelle, c'est-à-dire le fait de s'affirmer dans les aspects sexuels de sa vie, fait partie des habiletés érotiques jouant un rôle important dans le fonctionnement sexuel (Leclerc et al., 2015 ; Meston et Trapnell, 2005). A l'inverse, de nombreuses études ont mis en évidence que la présence d'émotions à valence négative a un impact délétère sur la fonctionnalité sexuelle : telles que l'anxiété (Andersen et Cyranowski, 1994 ; Beaber et Werner, 2009 ; Gerrior et al., 2015 ; Laan et al., 1993 ; Purdon et Holdaway, 2006 ; Purdon et Watson, 2011), la honte (Fine, 1988 ; Tolman, 2002), ou la culpabilité (Higgins et al., 2010 ; Higgins et al., 2011 ; Laumann et al., 1995 ; Moore et Davidson, 1997 ; Nobre et Pinto-Gouveia, 2006b). Ainsi, les habiletés érotiques émotionnelles et les sensations

favorisant la fonctionnalité sexuelle, font référence aux ressentis émotionnels à valence positive et à la perception des sensations sexuelles. Dans une précédente recherche, nous avons pu montrer que les femmes fonctionnelles sexuellement, selon le *cut-off* de la *Female Sexual Function Index (FSFI)* ont des scores plus élevés à l'échelle globale d'habiletés érotiques, mais aussi aux sous-échelles cognitive, comportementale et de ressentis positifs (Edard, Adam et Rusinek, 2020). Autrement dit, les femmes qui n'ont pas de dysfonction sexuelle, ont une manière plus fonctionnelle d'utiliser leur corps, leurs pensées et rapportent plus d'émotions à valence positive et de sensations sexuelles.

S'inspirant de ces différentes approches et constats scientifiques, nous avons souhaité évaluer l'efficacité d'un protocole de traitement des dysfonctions sexuelles féminines, basé sur le développement de ces habiletés. Notre première hypothèse est qu'un traitement basé sur l'apprentissage d'habiletés érotiques cognitives, comportementales, et de ressentis (émotions et sensations), permettrait d'améliorer le fonctionnement sexuel des femmes. Notre deuxième hypothèse est que ce même protocole permettrait également d'accroître la conscience et l'assertivité sexuelles des femmes, contribuant ainsi au bon fonctionnement sexuel féminin.

2. Méthode

2.1. Participantes

Quatre femmes hétérosexuelles et sexuellement actives, âgées de 23 à 40 ans, se sont engagées à réaliser le protocole durant 45 jours sans interruption, et à répondre au questionnaire avant le début et 4 semaines après traitement. Les femmes ayant un trouble psychiatrique, ou un traitement médicamenteux autre que contraceptif, ont été orientées vers une prise en charge

classique, avec un sexothérapeute. Dans un souci de respect de l'anonymat, un pseudonyme a été attribué à chaque patiente, dont nous présentons une brève anamnèse ci-dessous.

PATIENTE 1 - JO

Jo est une femme de 23 ans, qui vient de terminer ses études de kinésithérapie. Elle est référée par son gynécologue. Lors de cette prise en charge, elle se considère célibataire, mais a néanmoins, des activités sexuelles, seule ou avec un partenaire occasionnel, entre 1 et 2 fois par mois. Actuellement, elle n'utilise pas de contraceptif chimique. La raison de sa demande, est la présence d'une douleur qu'elle situe « au fond du vagin », lors de la pénétration phallo-vaginale ou à l'examen gynécologique. Pour autant, elle utilise des tampons et parfois un « petit » sex-toy's. Elle souhaite réduire la douleur et développer le plaisir sexuel lors des pénétrations avec partenaire.

PATIENTE 2 - MEG

A 40 ans, Meg est enseignante dans l'enseignement supérieur. Elle est envoyée par une psychologue du cabinet, qui l'a suivie pour la gestion du stress professionnel. Elle est mariée depuis 12 ans avec un homme, son unique partenaire sexuel, avec lequel elle a eu un garçon, qui a 9 ans aujourd'hui. Elle raconte avoir découvert la sexualité en même temps que son mari, au cours de leurs années de mariage, et ne fait état d'aucun problème de couple. Actuellement, ils se retrouvent environ une fois par semaine, pour des activités sexuelles ; et en raison d'une infertilité masculine, elle n'a pas de contraceptif. Le motif de sa demande est une récente découverte de ses possibilités hédoniques sexuelles, qu'elle souhaite comprendre, développer et pouvoir y associer son mari.

PATIENTE 3 - BETH

Beth, âgée de 30 ans, est chef de projet digital. C'est par un psychiatre de sa connaissance qu'elle a obtenu le nom du cabinet. Elle est en couple depuis plus de 4 ans avec un homme (un mariage est prévu l'année prochaine), avec lequel elle dit ne pas avoir de difficultés autres que sexuelles. En effet, elle souffre depuis toujours de douleurs à la pénétration, situées au niveau de la fourchette vulvaire. Elle raconte que ces premières expériences sexuelles ont eu lieu à 14 ans, qu'elle était probablement trop jeune et que « ça n'était déjà, pas agréable ». Elle fait également mention, il y a plusieurs années, d'une relation de longue durée avec un homme violent, avec lequel elle a subi une relation sexuelle non-consentie. Actuellement, elle prend une pilule contraceptive tous les jours, elle n'a donc plus de menstruation. Elle souhaite diminuer la douleur, afin de pouvoir développer le plaisir sexuel lors des pénétrations avec son futur mari.

PATIENTE 4 - AMY

Enfin, Amy a 38 ans. Elle est ingénieur, et vient à la consultation après avoir fait une recherche de professionnels sur Internet. Elle est en couple depuis 13 ans, et a trois enfants : un garçon de 6 ans et des jumeaux de 3 ans de sexes différents. Actuellement, elle porte un stérilet au cuivre. Bien qu'ils semblent vivre une relation de couple épanouie, son conjoint se plaint de la raréfaction des rapports sexuels, ce qui l'a amenée à s'interroger sur sa capacité orgasmique. Elle consulte donc, pour des troubles du désir sexuel sur fond d'anorgasmie secondaire situationnelle, accentuée par un trouble de l'éjaculation prématurée chez son mari.

2.2. Procédure

Lors de l'étude, qui a eu lieu entre le 10/09/2019 et le 29/01/2020, plusieurs femmes ont participé à un rendez-vous d'inclusion, dans une file active de demandes de prise en charge sexothérapeutique. Au cours de ce rendez-vous, elles ont pu exprimer leurs difficultés sexuelles et la raison de leur demande. Pour le psychologue sexothérapeute, cette occasion a permis de questionner les antécédents psychiatriques individuels et familiaux, et de faire une évaluation clinique de chaque patiente, avec l'objectif d'exclure du programme, toute personne susceptible d'avoir un trouble psychiatrique. Les premières patientes pouvant faire l'objet d'une prise en charge par auto-traitement, se sont vues expliquer et proposer le protocole. Après s'être engagées à suivre le traitement, elles ont reçu une enveloppe contenant une fiche d'instruction, ainsi que la totalité des 8 étapes écrites, cachetées dans des enveloppes fermées, ainsi qu'un e-mail permettant le téléchargement des exercices audios, accompagnant les informations écrites. Un lien pour remplir le questionnaire pré-traitement était joint à cet e-mail. Une fois ce questionnaire rempli, elles recevaient un mail de confirmation pour commencer le protocole, et un tableau reprenant les dates auxquelles elles devaient passer à l'étape suivante. Afin de contrôler l'effet de l'alliance thérapeutique, les contacts avec le sexothérapeute ont été circonscrits à des échanges mails sur l'avancée du protocole, et la prise du rendez-vous bilan. A l'issue du protocole, deux nouveaux e-mails ont été envoyés :

(1) pour leur demander de remplir à nouveau le questionnaire en ligne, 4 semaines après la fin du traitement, car les questions de la *Female Sexual Function Index (FSFI ; Rosen et al., 2000)* interrogent la sexualité de « ces 4 dernières semaines »,

(2) et, proposer un rendez-vous de bilan gratuit. Ce dernier a permis au sexothérapeute d'évaluer le suivi des consignes, les problématiques rencontrées et de proposer la poursuite par une prise en charge classique, en cas de nécessité.

2.3. Mesures

Après un petit texte de présentation de l'étude en cours, les informant des objectifs de la recherche et de la manière dont seraient traitées les données, un formulaire de consentement devait être librement accepté.

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

Afin de situer notre population féminine participant à l'évaluation du protocole de traitement, nous avons posé dix questions socio-démographiques. Il s'agit tout d'abord de leur âge, d'éléments concernant leur vie sentimentale, tels que leur statut conjugal, la durée de la relation actuelle et si elles ont des enfants ; puis sur leur sexualité, tels que la fréquence de leur activité sexuelle (seule ou avec partenaire), ainsi que leur orientation sexuelle ; enfin des questions pouvant donner des informations sur leur santé sexuelle, c'est-à-dire si elles suivent un traitement hormonal ou non hormonal au long court, si elles sont suivies pour un trouble psychiatrique et si elles ont subi un acte sexuel forcé, au cours de leur vie.

FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX - FSFI

L'index de fonctionnement sexuel féminin (Rosen et al., 2000) comporte 6 sous-échelles : 2 items pour le désir sexuel, 4 pour l'excitation sexuelle, 4 pour la lubrification vaginale, 3 pour l'orgasme, 3 pour la satisfaction sexuelle et 3 pour la non-douleur. Au total 19 items auto-rapportés, évalués par une échelle de Likert en 6 points allant de 0 (*aucune activité sexuelle*) à

5 (*très élevé, très sûre ou très souvent*) ou de 1 (*presque jamais ou jamais*) à 5 (*presque toujours ou toujours*).

Pour calculer le score de chaque sous-échelle, il faut additionner les scores de chaque item, et ensuite le multiplier par le coefficient de la sous-échelle (Annexe 5). Un score composite peut être calculé en additionnant les scores de toutes les sous-échelles, sachant qu'un total inférieur ou égal à 26,55 correspond à la présence d'une altération du fonctionnement sexuel (Baser, Li et Carter, 2012 ; Giraldi et al., 2011 ; Giuliano, 2013). Avec un alpha de Cronbach de .86, l'étude de validation de l'échelle a montré une bonne consistance interne.

SEXUAL AWARENESS QUESTIONNAIRE – SAQ

Le questionnaire de conscience sexuelle (SAQ - Snell, Fisher et Miller, 1991) est un questionnaire auto-rapporté en 36 items, qui évalue la conscience et l'assertivité sexuelles, selon 4 dimensions : (1) la conscience sexuelle, définie comme la tendance à penser et réfléchir sur la nature de sa sexualité (items : 1, 4, 10, 13, 22 et 25) ; (2) la surveillance sexuelle, qui renvoie au jugement porté sur sa propre sexualité (items : 2, 5, 14, 17, 23, 26, 28, 31, 32) ; (3) l'assertivité sexuelle, définie comme la tendance à s'affirmer dans les aspects sexuels de sa vie (items : 3, 6, 9, 12, 15, 18, 24) ; (4) la conscience de l'attrait sexuel (items : 8, 11, 29). Les participants se positionnent sur une échelle de likert en 5 points allant de 0 (*pas du tout caractéristique de moi*) à 5 (*tout à fait caractéristique de moi*). Les items 6, 9, 23, 30, 31, 32 sont à inverser. Dans cette étude, seules les sous-échelles « conscience sexuelle » et « assertivité sexuelle » ont été utilisées. Pour calculer le score des deux sous-échelles, il faut additionner les scores de chaque item (Annexe 6). L'étude de validation de l'échelle a montré une consistance interne élevée, avec un alpha de Cronbach de .81.

QUESTIONNAIRE D'HABILETÉS ÉROTIQUES

Il n'existe pas de questionnaire validé scientifiquement, évaluant les habiletés cognitives, comportementales et de ressentis (émotions et sensations), se produisant pendant l'activité sexuelle. Dans cette perspective, un questionnaire auto-rapporté de 32 items a été reproduit, à partir d'une précédente recherche (Edard et Rusinek, 2020). Ces items ont été obtenus, en interrogeant des femmes satisfaites et insatisfaites sexuellement, lors d'un entretien semi-directif, axé sur leurs pratiques pendant la sexualité, selon trois thématiques principales : leurs cognitions et leurs pensées érotiques, leurs comportements et leur mouvance corporelle, et enfin leurs émotions et leurs sensations corporelles. L'échelle est ainsi composée de 3 dimensions : (1) les habiletés érotiques cognitives (l'attention tournée vers la situation sexuelle, items : 7, 15, 19, 22, 27 ; et l'imaginaire érotique, items : 8, 9, 10, 11, 12) ; (2) les habiletés érotiques comportementales (la respiration abdominale, item : 4 ; le tonus musculaire général, items : 1, 3, 6 ; et l'utilisation des muscles du plancher pelvien, item : 2 ; la mouvance corporelle générale, items : 14, 25, 28 ; et celle du bassin, items : 5, 31) ; (3) les ressentis (émotions à valence positive, items : 30, 32 ; et sensations sexuelles, items : 13, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 26, 29). Les participantes se positionnent sur une échelle de Likert en 4 points, allant de 0 (*tout à fait faux pour moi*) à 4 (*tout à fait vrai pour moi*). Les items 3, 6, 19 et 25 sont à inverser. Pour calculer le score de chaque sous-échelle, il faut additionner les scores de chaque item (Annexe 7). Par ailleurs, le tableau ci-dessous reprend la correspondance entre chaque item et l'habileté érotique qu'il évalue (Tableau. 12).

Habiletés érotiques cognitives

Evaluation de l'imaginaire

- 08. Dans mon imaginaire érotique et/ou sexuel, dans mes fantasmes, je vis une scène
- 09. Dans mon imaginaire érotique et/ou sexuel, dans mes fantasmes, je suis active dans cette scène
- 10. Dans mon imaginaire érotique et/ou sexuel, dans mes fantasmes, je suis génitalement stimulée
- 11. Dans mon imaginaire érotique et/ou sexuel, dans mes fantasmes, la thématique est érotique
- 12. Dans mon imaginaire érotique et/ou sexuel, dans mes fantasmes, la thématique est sexuelle

Evaluation de l'attention tournée vers la situation sexuelle

- 07. Lors des phases d'excitation sexuelle, je suis concentrée sur la situation sexuelle qui est en train de se dérouler ou sur mes sensations sexuelles
- 15. J'aime l'idée que mon partenaire est puissant, viril
- 19. Je me demande comment je dois agir (r)
- 22. J'aime l'idée de masser le sexe de l'homme avec mon sexe
- 27. Je m'abandonne à l'instant présent

Habiletés érotiques comportementales

Evaluation du mouvement général du corps

- 14. J'apprécie être entreprenante
- 25. Je bouge peu pour m'adapter à mon partenaire (r)
- 28. J'aime caresser mon partenaire sur différentes parties de son corps

Evaluation de l'utilisation du bassin

- 05. Lorsque je suis excitée, je bouge mon bassin
- 31. Je bouge mon bassin et contracte mes muscles internes pour nous procurer des sensations

Evaluation de la respiration

- 04. Pendant les activités sexuelles, je respire généralement la bouche ouverte

Evaluation du tonus musculaire général

- 01. Quand je suis excitée sexuellement, mon tonus musculaire est moyen (ni hypertendue, ni hyper-détendue)
- 03. Pour augmenter mon excitation/mes sensations, j'ai tendance à contracter fort mes cuisses et/ou mes fesses et/ou mes abdominaux (r)

06. J'ai besoin d'une forte pression sur mes parties génitales pour augmenter mon excitation (r)

Evaluation de l'utilisation du plancher pelvien

2. Lors des activités sexuelles, j'utilise mes muscles internes (muscles du plancher pelvien = muscles qui entourent l'entrée de votre vagin)

Ressentis

Evaluation des émotions positives

30. Je ressens une émotion de plénitude

32. Cela me plaît de me sentir en fusion physique avec mon partenaire pour lequel je ressens de l'affection

Evaluation des sensations sexuelles perçues

13. Je perçois une tension au niveau de mes seins

16. Je ressens la vaso-congestion (chaleur et gonflement) dans mes parties génitales

17. Je ressens l'envie d'être pénétrée

18. Je perçois de la chaleur dans mon corps

20. Ma peau a une sensibilité accrue

21. Je sens de la tension dans mon corps

23. Mes comportements sont généralement guidés par mes propres sensations plutôt que par les manifestations de mon partenaire

24. J'aime percevoir la lubrification, l'humidité de mes parties génitales

26. J'ai la sensation d'être remplie

29. Je perçois les contractions de mon vagin

Tableau 11. Items classés du questionnaire d'habiletés érotiques (Edard et Rusinek, 2020)

2.4. Intervention

Le contenu sexologique du protocole de traitement, a été exclusivement inspiré des formations en Sexocorporel et en Thérapie Sexofonctionnelle, car bien que ces courants n'aient pas été validés scientifiquement, de nombreux sexologues l'utilisent avec succès pour la prise en charge des dysfonctions sexuelles. Dans cette perspective, huit étapes progressives ont été définies, dont une synthèse sous forme de tableau est présentée ci-dessous (Tableau 13). Chaque étape comprend une partie de sexo-information à lire par la patiente, ainsi que des exercices à mettre en place seule, la plupart du temps aidée d'un enregistrement audio de guidage. Généralement, le contenu de l'information et l'exercice audio qui l'accompagne, traitent du même sujet. Par exemple, l'étape 2 informe la patiente sur l'intérêt de la respiration abdominale dans la sexualité, et l'audio 2 permet un entraînement à la respiration abdominale. Seule l'étape 5, propose de l'information sur l'imaginaire érotique, tandis que l'audio 5 propose à la patiente de découvrir ses sensations génitales. Il est suggéré de faire l'expérience des apprentissages dans la sexualité, seule ou dyadique.

Dans les instructions, il est précisé que les exercices audios doivent être pratiqués tous les jours pendant 4 jours et qu'une pause est proposée le 5^{ème} jour, avant de poursuivre avec l'étape suivante. Ainsi, le protocole complet dure 45 jours.

Étapes	Sexo-information	Exercices	Audios associés
1	Pensées parasites Pleine conscience Codification des sensations	Audio <i>Percevoir les sensations</i> Pleine conscience (PC) dans les activités quotidiennes	Percevoir des sensations ☞ Technique de PC pour se centrer sur une sensation sans jugement
2	Respiration abdominale	Audio <i>Respirer de manière abdominale</i> Respiration abdominale dans le quotidien PC dans les activités sexuelles	Respirer de manière abdominale
3	Mouvance corporelle dans la sexualité Bascule du bassin	Audio <i>Mobiliser son bassin</i> PC et Respiration abdominale dans la sexualité Bascule du bassin	Mobiliser son bassin ☞ A partir de la respiration abdominale, placer la bascule du bassin
4	Utilisation de la musculature générale Muscles du plancher pelvien	Audio <i>Découvrir le plancher pelvien</i> PC, Respiration abdominale et mouvement de bassin dans la sexualité Bascule du bassin avec la Respiration abdominale hors sexualité Contraction/relâchement du plancher pelvien hors sexualité	Découvrir le plancher pelvien ☞ Reconnaître sa musculature pelvienne et apprendre à la contracter et relâcher à volonté

5	Utilisation et développement de l'imaginaire érotique	<p>Audio <i>Re-découvrir les sensations génitales</i></p> <p>PC, Respiration abdominale et mouvement de bassin dans la sexualité</p> <p>Varié le tonus du plancher pelvien dans la sexualité</p> <p>Travailler son imaginaire érotique (fantasmer sur des situations du quotidien ou littérature érotique ou scénario érotique)</p>	<p>Re-découvrir les sensations génitales</p> <p>☞ Caresser sa vulve sur les sous-vêtements en PC</p>
6	Les rythmes L'intensité	<p>Audio <i>Amplifier le mouvement du bassin</i></p> <p>PC, Respiration abdominale, mouvement de bassin et musculature du plancher pelvien dans la sexualité</p> <p>Varié rythmes et intensité dans la sexualité</p> <p>Continuer le travail sur l'imaginaire érotique</p>	<p>Amplifier le mouvement du bassin</p> <p>☞ A partir de la respiration abdominale, placer la bascule du bassin et varier rythmes et intensité contractions/relâchements du plancher pelvien</p>
7	La fonctionnalité sexuelle féminine Anatomie et fonctionnement du clitoris et du vagin	<p>Audio <i>Re-découvrir sa vulve</i></p> <p>Regarder sa vulve avec un miroir en PC</p> <p>Montrer au partenaire les préférences de stimulation</p>	<p>Re-découvrir sa vulve</p> <p>☞ Caresser sa vulve et l'entrée de son vagin en PC</p>
8	Résumé des différents apprentissages Bascule de la tête Curiosité et variété	<p>Audio <i>Additionner les apprentissages</i></p> <p>Expérimenter dans la sexualité et hors sexualité les différents apprentissages et leur addition avec et sans partenaire</p> <p>Réécouter si nécessaire certains audios</p>	<p>Additionner les apprentissages</p> <p>☞ A partir de la respiration abdominale, placer la bascule du bassin, la bascule de la tête et les contractions/relâchements du plancher pelvien</p>

Tableau 12. Synthèse du protocole de traitement en huit étapes, basé sur le développement des habiletés érotiques

3. Résultats

Pour faciliter la lecture et la compréhension, nous avons choisi de présenter une description des résultats obtenus par chaque patiente en pré-traitement et en post-traitement, dans un premier temps. Un graphique synthétique reprenant les résultats globaux obtenus sur chaque échelle, permet dans un deuxième temps, de résumer les changements résultant de la mise en place du protocole.

PATIENTE 1 - JO

Après le traitement, Jo a amélioré son score à l'échelle de fonctionnement sexuel général de 7,4 points. Bien que le total de ses résultats au FSFI restent au-dessous du seuil (26,55), les progressions sont notables, et situées sur les sous-échelles « désir », « satisfaction » et « (non) douleur ». Les évaluations de conscience et d'assertivité sexuelles ont, elles-aussi, nettement augmentées : 9 points pour la conscience sexuelle (de 10 à 19 en post-test ; score maximum 24) et 7 points pour l'assertivité sexuelle (de 13 à 20 en post-test ; score maximum 28). Au niveau des habiletés érotiques, elles ont toutes progressé chez Jo. Le changement le plus important, porte sur les habiletés cognitives. En effet, Jo a commencé après traitement à développer un imaginaire érotique (0 point en pré-test à 5 points en post-test) et rapporte avoir progressé dans l'abandon (3 points cumulés d'augmentation aux items 19 et 27 : « *Je m'abandonne à l'instant présent* » ; « *Je me demande comment je dois agir* »). Par ailleurs, une amélioration de 4 points concerne les habiletés comportementales (3 points en plus s'appliquent à l'item 31, après traitement : « *Je bouge mon bassin et contracte mes muscles internes pour nous procurer des sensations* »). Enfin, 7 points d'amélioration portent sur les ressentis (émotions et sensations), sachant que la plupart des progrès concernent la perception de sentis vaginaux.

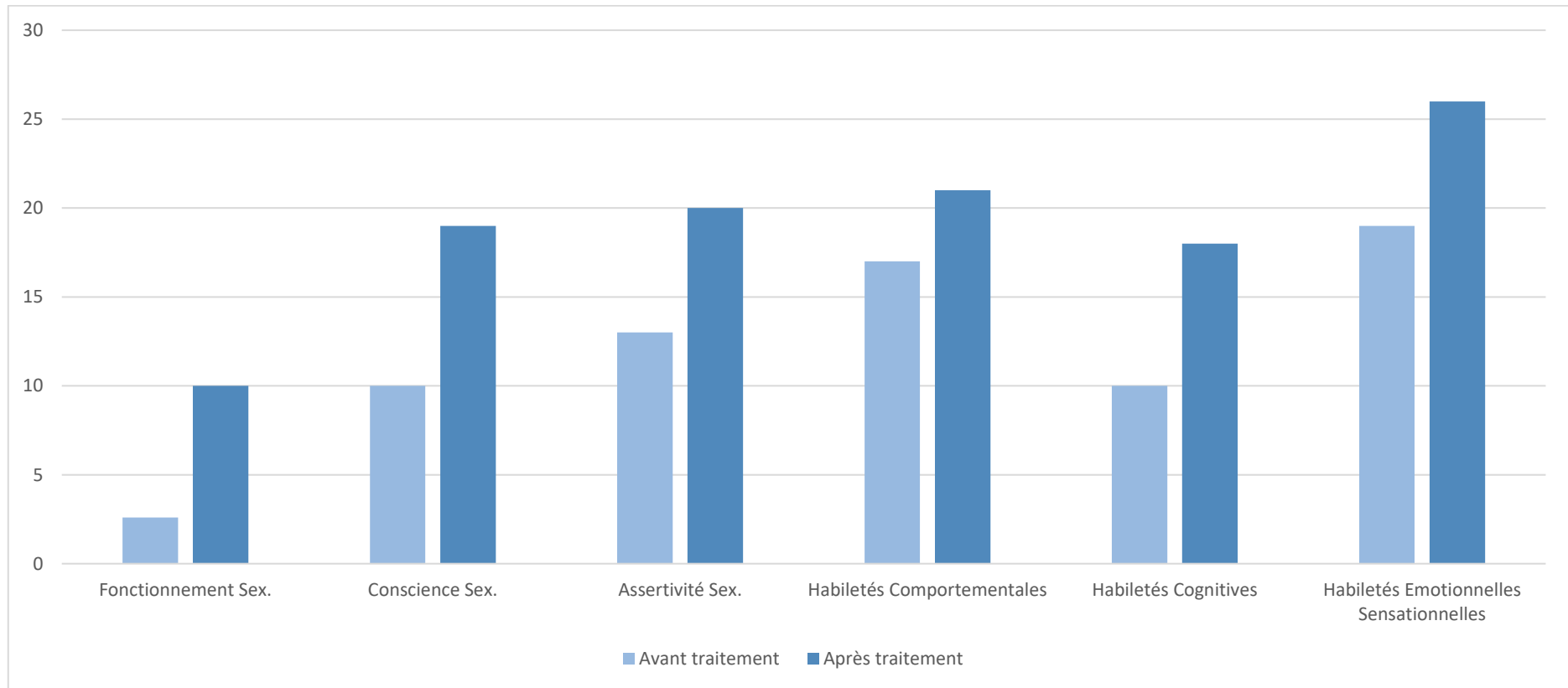


Figure 9. Evaluations avant et après traitement, au FSFI, au SAQ et au questionnaire d'habiletés érotiques pour la patiente 1 - Jo

Au vu de ces résultats, nous pourrions dire, que le protocole de traitement basé sur le développement des habiletés érotiques, est un succès pour Jo. De plus, lors du rendez-vous bilan, cette patiente nous a fait savoir qu'elle avait apprécié suivre ce travail. Selon elle, ce qui a été le plus aidant, fut d'une part l'apprentissage de la respiration abdominale, qui lui permet maintenant d'avoir des pénétrations vaginales sans douleur ; d'autre part, la focalisation sur les sensations sexuelles qui l'aide à lâcher-prise lors des activités sexuelles. Il est également intéressant de noter, que lors du rv initial, Jo rapportait des douleurs situées « au fond du vagin ». Après le traitement, elle est capable d'identifier que les douleurs étaient clairement situées à l'entrée du vagin. Elle est maintenant convaincue qu'une bonne lubrification lui est essentielle, qu'elle saura gérer par une excitation sexuelle suffisante, par l'utilisation de lubrifiant et par la respiration abdominale, afin de relâcher les tensions du plancher pelvien.

PATIENTE 2 - MEG

C'est un profil très différent qui se dégage pour Meg. En effet, cette patiente présente un très bon score de fonctionnement sexuel avant traitement (34,8 – le seuil étant de 26,55 ; score maximum 36), identique à celui obtenu en post-traitement. Toutes les sous-échelles sont à leur maximum, seule la variable désir sexuel aurait pu être améliorée, avec un score de 4,8 (score minimum 1,2 et maximum 6), avant et après traitement. Le résultat en conscience sexuelle, déjà élevé chez cette patiente en pré-traitement s'est vu augmenté d'1 point pour atteindre 22 (score maximum 24). L'assertivité sexuelle, quant à elle, a augmenté de 4 points pour atteindre 16 (score maximum 28). Comme pour Jo, toutes les sous-échelles d'habiletés érotiques ont progressé. Le changement le plus important, porte sur les habiletés érotiques comportementales, le score total passant de 19 à 26 entre les deux évaluations. Cette patiente a appris à utiliser un tonus musculaire général moyen, à mobiliser son bassin et à respirer de manière abdominale (2

points d'augmentation pour chaque apprentissage comportemental). Au total, les habiletés cognitives ont augmenté de 3 points, passant de 17 à 20 points : 2 points d'augmentation dans l'utilisation de ses fantasmes sur une thématique plutôt sexuelle, et 1 point sur l'item 22, « *J'aime l'idée de masser le sexe de l'homme avec mon sexe* ». Enfin, Meg a répondu à l'identique sur la sous-dimension évaluant les émotions et la perception des sensations sexuelles. Seulement, 1 point de plus a été attribué à l'item 29, « *Je perçois les contractions de mon vagin* ». Notons que, la patiente totalisait déjà 32 points à cette sous-échelle avant le traitement (score maximum 48).

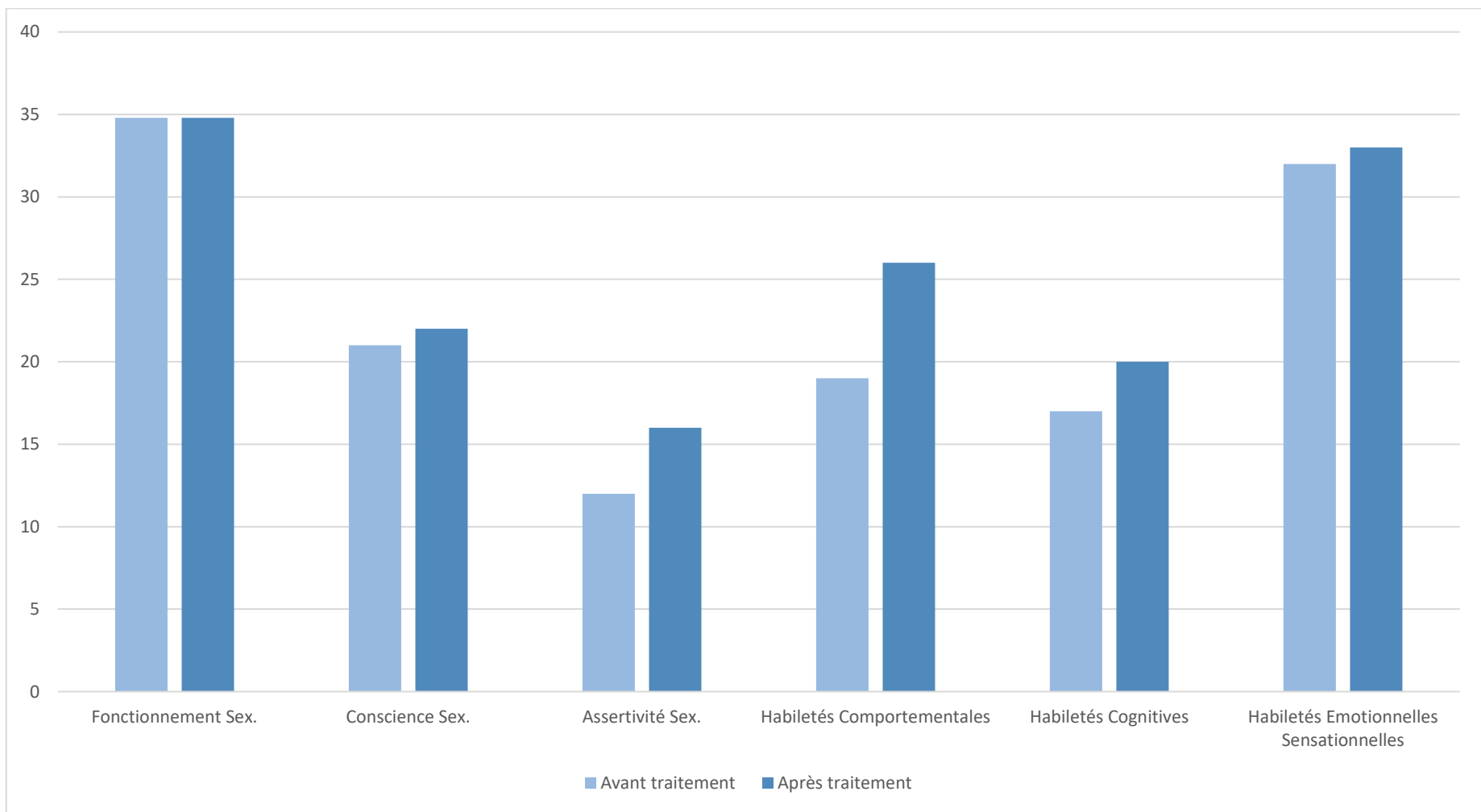


Figure 10. Evaluations avant et après traitement, au FSFI, au SAQ et au questionnaire d'habiletés érotiques pour la patiente 2 - Meg

Il est clair que Meg est une patiente assez différente des patientes habituelles consultant pour une dysfonction sexuelle ; elle est déjà dans un bon fonctionnement sexuel et se dit épanouie sexuellement. Si son score au *FSFI* ne s'est pas amélioré, dans toutes les autres échelles, les résultats de Meg se sont révélés plus élevés après le traitement. Avant notre rencontre, elle avait fait avec son mari « des découvertes spontanées » sur son vécu sexuel. À l'occasion du rendez-vous bilan, Meg nous a indiqué que le protocole lui a permis de mieux comprendre ces découvertes et de les reproduire, notamment grâce aux apprentissages comportementaux. Ce travail a également ouvert la porte à plus de communication de couple sur le sujet de la sexualité.

PATIENTE 3 - BETH

Après le traitement, le résultat de Beth à l'échelle de fonctionnement sexuel féminin a progressé de 9 points, passant de 16,9 à 25,9 se rapprochant ainsi du score seuil (*cut-off* 26,55). Bien qu'elle évoque pendant le rendez-vous bilan, que la douleur a diminué en intensité et en fréquence, la sous-échelle (non-)douleur est la seule du *FSFI* qui n'ait pas augmenté après le traitement. Par ordre croissant, l'excitation sexuelle a augmenté de 0,6 points, l'orgasme de 0,8 points, la satisfaction sexuelle de 1,6 points, la lubrification de 2,4 points et le désir sexuel de 3,6 points. D'autre part, cette patiente avait des scores plutôt bas aux sous-échelles du *SAQ* (5 points chacune en pré-traitement), qui se sont améliorés en post-traitement, jusqu'à obtenir le score final de 13 en conscience sexuelle et 9 en assertivité sexuelle. De manière générale, les scores obtenus à l'échelle d'habiletés érotiques sont quasiment les mêmes en pré- et post-traitement. Les habiletés comportementales ont progressé d'un point seulement. En effet, l'utilisation d'un tonus musculaire moyen et la respiration ont augmenté de 2 points chacun,

mais la mouvance corporelle a diminué de 3 points : 2 sur l’item 14, « *J’apprécie être entreprenante* » et 1 point à l’item 28, « *J’aime caresser mon partenaire sur différentes parties de son corps* ». Côté habiletés érotiques cognitives, cette patiente a obtenu 2 points de plus sur l’échelle globale : elle répond être plus active dans son imaginaire et s’abandonner plus à l’instant présent. Enfin, au sujet des ressentis émotionnels positifs et des sensations sexuelles, Meg a obtenu exactement les mêmes résultats avant et après le traitement.

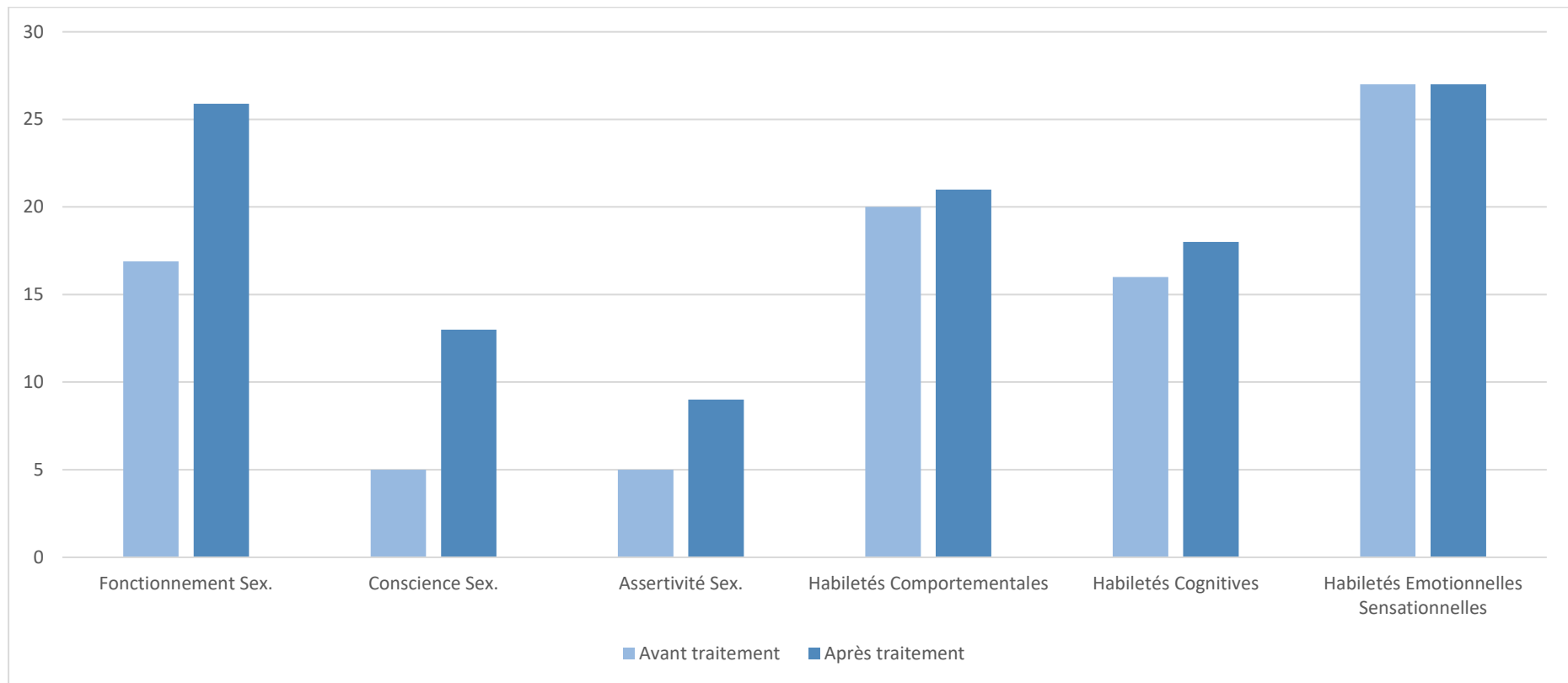


Figure 11. Evaluations avant et après traitement, au FSFI, au SAQ et au questionnaire d'habiletés érotiques pour la patiente 3 - Meg

Malgré de faibles augmentations aux sous-échelles évaluant les habiletés érotiques, des progrès marqués ont été relevés en fonctionnement, conscience et assertivité sexuels chez Beth. Plusieurs explications peuvent être envisagées. Une possibilité est que les apprentissages faits par cette patiente dans certaines habiletés, mêmes limités, ont suffi à faire augmenter les échelles de fonctionnement, conscience et assertivité sexuels. Une autre explication pourrait être : le fait de prendre en charge ses problèmes sexuels, le fait d'y penser, de travailler dessus, ont boosté les résultats de Beth dans les échelles citées ci-dessus. Enfin, ce peut être principalement la compréhension de son fonctionnement sexuel, qui a joué sur les résultats de Beth. La patiente l'a confirmé lors du rendez-vous bilan durant lequel, elle nous indique que ce qui a été le plus aidant pour elle, fut la sexo-information. Par la suite, Beth a repris un suivi classique avec l'objectif de diminuer encore la douleur ressentie pendant les activités sexuelles. Cette prise en charge a permis de mettre à jour une difficulté à mettre en place les exercices prescrits, ce qui peut expliquer la croissance limitée à l'échelle d'habiletés érotiques.

PATIENTE 4 - AMY

Comme pour Beth, Amy a nettement amélioré son fonctionnement sexuel, puisqu'elle est passée de 14,5 à 25,2 au FSFI, soit une augmentation de 10,7 points, et s'est rapprochée du seuil de 26,55. Dans le détail, toutes les sous-échelles ont progressé : la (non-)douleur de 0,8 points, très proche du maximum (5,6 pour 6) ; l'orgasme a atteint 2,8, avec une évolution de 1,6 points ; le désir sexuel et la lubrification ont augmenté de 1,8 points, respectivement en post-test à 3,6 et à 3,9 ; la satisfaction sexuelle a progressé de 2 points pour atteindre 4,8 ; et enfin l'excitation sexuelle est à 4,5 avec une augmentation de 2,7 points. Les évaluations de conscience et d'assertivité sexuelles ont, elles-aussi, augmenté de 6 points chacune : de 12 à 18 en post-test pour la conscience sexuelle, et de 7 à 13 en post-test pour l'assertivité sexuelle. Au

niveau des habiletés érotiques, elles ont toutes progressé chez Amy. Le changement le plus important porte sur les habiletés érotiques cognitives (12 points d'amélioration, score de 8 en pré-test et de 20 en post-test). En effet, Amy a commencé à développer, suite au traitement, un imaginaire érotique (score de 1 en pré-test à 8 en post-test) et rapporte avoir progressé dans l'abandon (2 points d'augmentation à chacun des items 19 et 27 : « *Je m'abandonne à l'instant présent* » ; « *Je me demande comment je dois agir* », ainsi qu'un point supplémentaire au sujet de la focalisation sur la situation sexuelle : item 7, « *Lors des phases d'excitation sexuelle, je suis concentrée sur la situation sexuelle qui est en train de se dérouler ou sur mes sensations sexuelles* »). Par ailleurs, une amélioration de 8 points concerne les habiletés comportementales : 2 points s'appliquent à l'utilisation du plancher pelvien, 3 points au mouvement général du corps et 3 points à l'utilisation des mouvements de bassin. Enfin, seulement 2 points d'amélioration portent sur les émotions et les sensations sexuelles : 1 point concerne la perception de la vaso-congestion génitale et 1 point, les contractions vaginales.

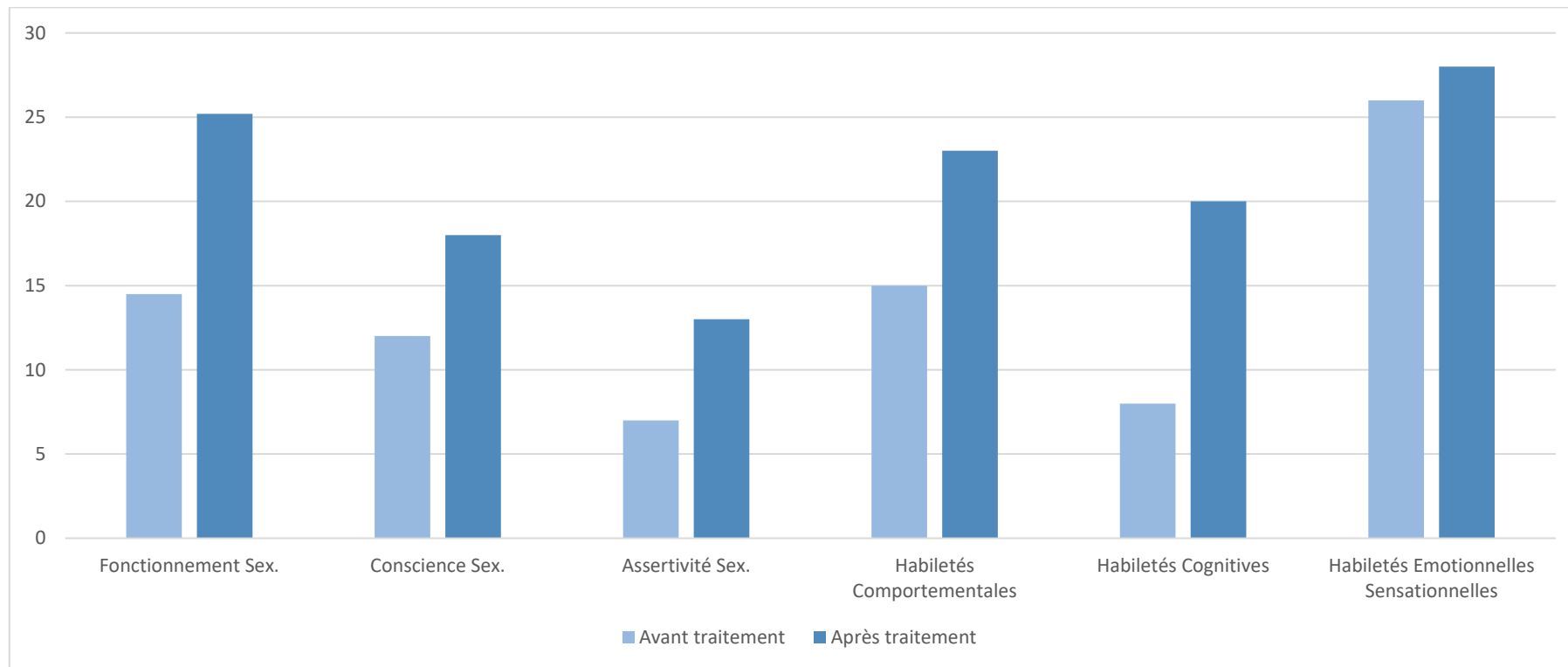


Figure 12. Evaluations avant et après traitement, au FSFI, au SAQ et au questionnaire d'habiletés érotiques pour la patiente 4 - Amy

Au vu des résultats, nous pouvons supposer que le protocole de traitement basé sur l'apprentissage d'habiletés érotiques, a permis à Amy d'améliorer son score dans les échelles de fonctionnement, de conscience et d'assertivité sexuelles. A l'occasion du rendez-vous bilan, cette patiente nous a indiqué avoir fait un certain nombre d'exercices avec son partenaire, promouvant ainsi un meilleur fonctionnement sexuel de couple. Quatre semaines après le traitement, les effets sont très positifs sur sa sexualité de femme avec une amélioration de ses deux problématiques principales : le désir sexuel et l'orgasme ; positifs également sur le temps de pénétration, puisque les éjaculations prématurées sont plus rares. L'apprentissage de la focalisation de l'attention, ainsi que l'utilisation du tonus musculaire sont considérées par la patiente et son mari, comme ce qui a été le plus aidant dans ce protocole. Une prise en charge sexologique de couple a été proposée à ces patients, avec l'objectif de pérenniser les acquis et de continuer à travailler sur l'amélioration du fonctionnement sexuel dyadique.

4. Discussion

Malgré le petit nombre de femmes ayant pu participer à cette étude, nous pouvons constater que chaque habileté a été développée grâce au protocole de traitement. Les changements les plus probants ont eu lieu sur la sphère cognitive. Les femmes ont appris à diriger leur attention sur les stimuli sexuels venant du contexte, de leur partenaire, de leurs sensations ou de leur imaginaire érotique. De la même manière, les habiletés comportementales ont considérablement augmenté en post-traitement. Grâce au protocole, ces femmes ont développé leur capacité à mobiliser leur corps dans son ensemble et leur bassin en particulier, à utiliser un tonus musculaire général moyen et à solliciter la musculature pelvienne, ainsi qu'à respirer de manière abdominale. Finalement, c'est concernant les émotions et les sensations que les améliorations sont les plus faibles, voire nulles pour une des participantes.

Nous constatons que l'amélioration des habiletés érotiques est accompagnée d'une augmentation des scores à l'index de fonctionnement sexuel féminin (*FSFI*; Rosen et al., 2000). Il est ainsi fort probable, qu'il y ait un lien étroit entre le développement de certaines habiletés cognitives, comportementales et la perception de certains ressentis et par conséquent l'amélioration du fonctionnement sexuel global. En effet, les trois patientes souffrant de dysfonction sexuelle, ont vu leur score au *FSFI* augmenter considérablement. Pour chacune de ces patientes, pratiquement toutes les sous-échelles se trouvent améliorées par l'intervention. D'un point de vue cognitif et émotionnel, cela est tout à fait cohérent avec les recherches actuelles en sexologie. Pendant les activités sexuelles, les femmes focalisant leur attention sur les stimuli sexuels (le contexte sexuel, leurs sensations, ou leur imaginaire érotique) et vivant des émotions à valence positive, ont un meilleur fonctionnement sexuel que celles subissant la distraction cognitive ou des émotions négatives, par exemple. Une seule femme de l'échantillon, ne rapporte aucune modification de son fonctionnement sexuel. Elle ne souffrait pas de dysfonction sexuelle initialement. Pour autant, cette dernière a tout de même rapporté une progression sur les évaluations de conscience et d'assertivité sexuelles qui nous le savons, contribue au fonctionnement sexuel (Callens et al., 2016 ; Leclerc et al., 2015 ; Meston et Trapnell, 2005 ; Suschinsky et Lalumière, 2012). D'ailleurs, dans tous les cas cliniques de cette recherche, le protocole de traitement a permis d'améliorer nettement ces deux variables. Cela est tout à fait logique, puisque le protocole leur permet de prendre conscience de leur fonctionnement et d'agir dessus directement, par le biais des apprentissages cognitifs et comportementaux. Par ailleurs, la sexo-information, distillée tout au long du traitement par la lecture des textes, pousse la femme à s'affirmer dans sa sexualité, voire à « éduquer » son partenaire à ce qui lui plaît. Elle peut développer alors, de meilleures capacités d'assertivité sexuelle.

En outre, plusieurs éléments importants ont été relevés par les patientes lors du rendez-vous bilan. Il est toujours étonnant, de mettre à jour le manque de connaissance qu'ont les consultantes au cabinet, sur la sexualité en général, celle de la femme en particulier. Deux des quatre patientes ont indiqué, que la sexo-information leur a été l'élément le plus utile du protocole, mais elles ont toutes été d'accord pour dire, qu'elles avaient appris beaucoup sur la sexualité de la femme. Trois participantes ont relevé les exercices comportementaux comme apprentissages les plus aidant : Jo a indiqué la respiration abdominale, Amy, l'utilisation du tonus musculaire et Meg, tous les apprentissages comportementaux. Bien qu'il enregistre les plus grands changements, le travail cognitif de focalisation de l'attention n'a été relevé que par deux patientes, lors du rendez-vous bilan. Finalement, seule la dimension émotionnelle et sensationnelle n'a pas été mentionnée par les participantes.

S'inspirant des théories proposées par l'approche Sexocorporelle et la thérapie Sexofonctionnelle, ainsi que des constats scientifiques sur l'impact des cognitions, émotions et comportements sur le fonctionnement sexuel, le protocole de traitement évalué ici permet aux femmes d'améliorer leur fonctionnement sexuel. Ce traitement, basé sur l'apprentissage d'habiletés érotiques cognitives, comportementales et de ressentis (émotions et sensations), est utile pour développer la conscience et l'assertivité sexuelles des femmes, contribuant également au fonctionnement sexuel des femmes. Ainsi, nos deux hypothèses sont validées concernant notre petit échantillon.

Ce protocole étant un reflet de notre pratique clinique, nous avons décidé de poursuivre le recueil de données, afin de faire des analyses statistiques plus importantes, permettant de savoir notamment, quelles sont les sous-échelles qui interagissent le plus entre elles, quel type d'apprentissage est le plus efficace ou encore sur quelle dysfonction ce traitement obtient-il les meilleurs résultats.

Les futures recherches devraient également inclure un groupe contrôle, afin de comparer l'efficacité de ce protocole à une liste d'attente ou à un autre type de prise en charge déjà validée scientifiquement. Par ailleurs, une évaluation de la ligne de base plusieurs mois après le traitement serait un plus, pouvant témoigner de l'efficacité à long terme de cette intervention.

CONCLUSION

Pour conclure, ce protocole basé sur le développement d'habiletés érotiques, s'avère être un outil efficace dans le traitement des dysfonctions sexuelles féminines. Il peut être utilisé en auto-traitement, ayant alors l'avantage d'être économique et accessible à un grand nombre d'individus. Ne remplaçant pas d'autres formes de sexothérapies, il peut constituer une porte d'entrée ou un outil complémentaire à un travail sexothérapeutique « classique ». D'ailleurs, il est probable que ce protocole de traitement serait encore plus efficace avec le suivi d'un professionnel.

DISCUSSION GÉNÉRALE

L'objectif principal des recherches menées tout au long de cette Thèse de Doctorat, était de mettre en lumière l'usage des habiletés érotiques dans la sexualité féminine et d'aboutir à l'élaboration et l'évaluation d'un protocole de traitement des dysfonctions sexuelles féminines, basé sur le développement de ces habiletés. Nous avons émis l'hypothèse que ce type de prise en charge pourrait aider les femmes dysfonctionnelles sexuellement à développer des habiletés cognitives, des habiletés comportementales et des ressentis positifs (émotions et sensations sexuelles), favorisant la fonctionnalité sexuelle.

Afin de construire ce projet, nous avons commencé par nous intéresser à l'état des connaissances concernant la santé sexuelle des femmes, aujourd'hui. Ceci nous a amené à faire le point sur l'évolution des modèles de réponse sexuelle féminine, et à décrire plus précisément chaque phase de cette réponse, d'un point de vue psycho-physiologique. En conclusion de ce chapitre, nous avons vu comment le terme de fonctionnalité sexuelle paraît plus approprié que celui de santé sexuelle. Cette terminologie permet de parler de ce qui fonctionne ou non pour la patiente et de placer les individus sur des continuums allant de la dysfonctionnalité à la fonctionnalité sexuelle, évitant ainsi une vision dichotomique des troubles sexuels. Ce concept englobe d'une part le fonctionnement sexuel, et d'autre part la satisfaction sexuelle.

Notre projet étant de développer un protocole de traitement des troubles sexuels, dans un deuxième chapitre nous avons présenté les principales dysfonctions sexuelles féminines, en nous intéressant à leurs critères diagnostics, à leur épidémiologie actuelle, ainsi qu'aux facteurs considérés comme responsables de leur maintien.

Etiologiquement, la majorité des auteurs s'accordent sur le fait que les dysfonctions sexuelles sont d'origine multifactorielle, ce qui est un argument en faveur d'une prise en charge multimodale. Dans cette perspective, les thérapies émotionnelle, cognitive et comportementale ont fait la preuve de leur efficacité dans le traitement de ces dysfonctions. Nous avons présenté la plupart des outils utilisés dans la prise en charge des troubles sexuels dans le troisième chapitre de ce travail.

Avant de conclure notre partie théorique, nous nous sommes intéressée à l'apport de l'approche Sexocorporelle et de la thérapie Sexofonctionnelle dans la compréhension de la sexualité féminine et le traitement de ses dysfonctions. Nous y avons décrit les modèles théoriques, les grilles d'évaluation et les protocoles de traitement en fonction de chaque trouble sexuel féminin. Ce qui a particulièrement retenu notre attention, c'est la place donnée à l'utilisation du corps dans la sexualité de la patiente et dans le traitement des dysfonctions sexuelles. A ce jour, la recherche scientifique ne semble pas s'être intéressée à cet aspect de la sexualité humaine, largement développé dans ces deux approches.

D'après la revue de la littérature, un certain nombre d'habiletés érotiques ont déjà été mises en lumière (chapitre 2). Au sujet des cognitions, les études montrent que la distraction cognitive est le principal facteur perturbant le fonctionnement et la satisfaction sexuels (Anderson et al., 2016 ; Beck et al., 1987 ; Cuntim et Nobre, 2011 ; Dove et Wiederman, 2000 ; Prause, Janssen et Hetrick, 2008 ; Pujols, Meston et Seal, 2009). Par ailleurs, il est clair que l'attention tournée vers le contexte érotique, augmente la réponse sexuelle (Beck et Baldwin, 1994 ; Géonet, de Sutter, et Zech, 2013 ; Nutter et Codron, 1983 ; Wilson et Lang, 1981), et plus spécifiquement le fait d'être attentif aux sensations corporelles (de Sutter, Day et Adam, 2014). Dans le même ordre d'idées, les femmes fonctionnelles ont plus de conscience sexuelle, c'est-à-dire la connaissance de sa propre sexualité et l'attention portée aux aspects sexuels de la situation, que

les femmes dysfonctionnelles (Callens et al., 2016 ; Suschinsky et Lalumière, 2012). De plus, utiliser des pensées érotiques a également été associé à la fonctionnalité sexuelle (De Sutter, Day et Adam, 2014 ; Géonet, de Sutter, Zech, 2013 ; Nutter et Codron, 1983 ; Wilson et Lang, 1981). Nous pouvons donc conclure, que les habiletés érotiques cognitives se réfèrent à la capacité à porter son attention vers des stimuli sexuels exogènes, tels que la situation, le contexte, le partenaire ; ou endogènes, tels que les sensations sexuelles ou l'imaginaire érotique.

D'un point de vue comportemental, des liens ont été confirmés entre la fonctionnalité sexuelle et des comportements, tels que la masturbation régulière (Davidson et Moor, 1994 ; Hogarth et Ingham, 2009), l'association de différents types de stimulation lors des activités sexuelles (de Sutter, Day et Adam, 2014 ; Edard et Rusinek, 2020 ; Haavio-Mannila et Kontula, 1997), ou encore l'utilisation de plusieurs positions et la pratique du sexe oral et anal (Haavio-Mannila et Kontula, 1997). Plusieurs études ont également montré que l'assertivité sexuelle, c'est-à-dire la tendance à s'affirmer dans les aspects sexuels de sa vie (Snell, Fisher et Miller, 1991) est un important prédicteur de la fonctionnalité sexuelle (Carrobes et Gamez-Guadix, 2011 ; Henderson, Lehavot et Simoni, 2009 ; Hurlbert, Apt et Rabehl, 1993 ; Leclerc et al., 2015 ; MacNeil et Byers, 1997 ; Meston et Trapnell, 2005). La thérapie Sexofonctionnelle quant à elle, propose des habiletés comportementales spécifiques, comme la double bascule (tête-bassin), l'utilisation de la musculature pelvipérinéale ou de la respiration abdominale. A notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à ces habiletés érotiques à ce jour.

Enfin, un important nombre de recherches a mis en évidence l'impact délétère des émotions à valence négative, sur la fonctionnalité sexuelle (Andersen et Cyranowski, 1994 ; Beaber et Werner, 2009 ; Fine, 1988 ; Gerior et al., 2015 ; Higgins et al., 2010 ; 2011 ; Laan et al., 1993 ; Laumann et al., 1995 ; Moore et Davidson, 1997 ; Nobre et Pinto-Gouveia, 2006b ; Purdon et Holdaway, 2006 ; Purdon et Watson, 2011 ; Tolman, 2002). D'autre part, à la question, que

ressentez-vous, les femmes répondent généralement des émotions, mais aussi et surtout des sensations corporelles. Partant de ce constat, nous avons décidé d'isoler une catégorie d'habiletés sous le terme de « ressentis positifs », puisque c'est bien eux qui favorisent la fonctionnalité sexuelle. Cette catégorie est composée des ressentis émotionnels positifs et des sensations sexuelles.

Dans le cinquième chapitre de la Thèse et dans un premier temps empirique, nous avons proposé une étude exploratoire, afin d'identifier les cognitions, les comportements et les ressentis des femmes sexuellement satisfaites à l'aide d'un entretien semi-directif, avec l'hypothèse que les femmes insatisfaites répondraient de manière différente. Une analyse de contenu nous a permis de repérer les thèmes spécifiques aux femmes satisfaites sexuellement. Pour résumer, au niveau cognitif, les femmes sexuellement satisfaites rapportent plus de cognitions positives en lien avec les stimuli sexuels, tels que la situation sexuelle, leurs sensations corporelles, ou encore leur imaginaire érotique. D'un point de vue comportemental, les femmes sexuellement satisfaites témoignent de comportements plus diversifiés et d'auto-stimulations. Par ailleurs, elles se disent plus entreprenantes et déterminées, utilisant leur bassin et leurs muscles pelvipérinéaux et périgénitaux pour augmenter leurs sensations et celles de leur partenaire. Enfin, les femmes satisfaites ne font état d'aucune émotion ou sensation désagréable, contrairement aux femmes sexuellement insatisfaites. Elles rapportent des émotions de plénitude et témoignent d'une large palette de sensations corporelles favorisant la fonctionnalité sexuelle.

A partir de ce matériau, nous avons créé un questionnaire évaluant ce que nous avons appelé les habiletés érotiques (terminologie empruntée à la thérapie Sexofonctionnelle). Deux-cent-dix-sept femmes tout-venant ont répondu à ce questionnaire, puis indiqué leur niveau de satisfaction sexuelle subjectif, et dire si elles considéraient avoir une difficulté sexuelle ou non.

Ainsi, nous avons pu conclure que les femmes déclarant ne pas avoir de difficulté sexuelle, comme celles se considérant satisfaites sexuellement, répondent significativement plus positivement sur les 3 dimensions d'habiletés érotiques, que les femmes rapportant une difficulté sexuelle, comme celles se considérant sexuellement insatisfaites.

Consciente des manques de la précédente étude (chapitre 6), et notamment du manque de fiabilité de l'évaluation subjective du fonctionnement et de la satisfaction sexuels, la troisième étape empirique de cette Thèse a porté sur la confirmation d'une différence d'utilisation des habiletés érotiques entre les femmes fonctionnelles et dysfonctionnelles, avec une méthodologie différente. Pour cela, un échantillon de 224 femmes tout-venant a répondu à un questionnaire en ligne mesurant principalement, le fonctionnement sexuel féminin (*Female Sexual Function Index* ; Rosen et al., 2000), la conscience et l'assertivité sexuelles (*Sexual Awareness Questionnaire* ; Snell, Fisher et Miller, 1991) et les habiletés érotiques, issus de nos précédentes recherches. Nous avons pu mettre en lumière qu'effectivement ces habiletés jouent un rôle dans le fonctionnement et la satisfaction sexuels. Plus précisément et comme l'a montré la littérature, l'utilisation d'habiletés érotiques cognitives et de ressentis positifs, tels que l'orientation de l'attention vers les stimuli sexuels, le recours à l'imaginaire érotique, la perception de ressentis émotionnels positifs ou de sensations sexuelles, favorise la fonctionnalité sexuelle féminine. De plus, des habiletés érotiques comportementales ont pu être testées et ont montré leur influence sur cette fonctionnalité, se rapportant principalement à la bascule du bassin, l'utilisation d'une respiration ample et de la musculature du plancher pelvien.

S'inspirant des précédentes recherches et des enseignements de la thérapie Sexofonctionnelle et de l'approche Sexocorporelle, nous avons établi un protocole de traitement des dysfonctions sexuelles féminines, basé sur le développement d'habiletés érotiques. Ce protocole en huit étapes complétées en 45 jours, a été proposé à quatre patientes cliniques, en autotraitement dans

le but de contrôler l'effet de l'alliance thérapeutique. Lors du rendez-vous d'inclusion, les femmes recevaient une feuille d'instruction, huit enveloppes (une par étape), un lien pour accéder au questionnaire en ligne et un lien pour télécharger huit audios (un par étape), accompagnant les apprentissages cognitifs par la pratique d'exercices comportementaux quotidiens. Avant et après le traitement, les patientes ont répondu à l'index de fonctionnement sexuel féminin (*FSFI*), au questionnaire de conscience sexuelle (*SAQ*) et à l'échelle mesurant les habiletés érotiques. Un rendez-vous de bilan gratuit a été pris pour qu'elles puissent s'exprimer au sujet de leur expérience. Concernant notre échantillon, le protocole a permis aux femmes d'améliorer leur fonctionnalité sexuelle en développant les habiletés cognitives et comportementales et les ressentis positifs dans l'exercice de leur sexualité.

Pour conclure, le travail qui a été réalisé dans cette Thèse permet d'envisager plusieurs futures applications et axes de recherche complémentaires.

Tout d'abord, c'est dans la pratique clinique que le protocole basé sur le développement d'habiletés érotiques trouvera une place importante. Il s'avère être un outil efficace dans le traitement des dysfonctions sexuelles féminines. Il peut être utilisé en auto-traitement, ayant alors l'avantage d'être économique et accessible à un grand nombre d'individus. Ne remplaçant pas d'autres formes de sexothérapie, il peut constituer une première étape ou un outil complémentaire à un travail sexothérapeutique « classique ». D'ailleurs, il est probable que ce protocole de traitement soit encore plus efficace s'il bénéficie de l'accompagnement d'un professionnel.

De plus, les informations contenues dans le protocole au sujet des habiletés érotiques, seraient également une base intéressante pour construire de la documentation d'information et de prévention. Une prochaine étude pourrait vérifier l'impact positif de la psycho- ou plutôt

sexoéducation au sujet des habiletés érotiques sur les dysfonctions sexuelles féminines. Il serait alors pertinent de rendre ces informations facilement accessibles à la population générale, sous forme de documents écrits ou vidéos dans des lieux de prévention type planning familial ou sur des sites comme celui de Santé Publique France (santepubliquefrance.fr). Nous pensons également aux heures consacrées à l'éducation à la sexualité prévues par l'Éducation Nationale. Contribuant à préparer les élèves à leur vie d'adulte, l'éducation à la sexualité se fonde sur les valeurs d'égalité, de tolérance, de respect de soi et d'autrui, mais laisse souvent de côté les aspects liés à la fonctionnalité sexuelle personnelle. Dans ce cadre, il semble que de l'information se basant sur le développement des habiletés sexuelles pourrait être mis à disposition des élèves en âge d'avoir de la sexualité.

En outre, le questionnaire évaluant les habiletés érotiques des femmes pourrait quant à lui, faire l'objet d'une validation scientifique. D'un point de vue qualitatif, il permet d'ores et déjà de faire un état des lieux du fonctionnement des femmes du point de vue du développement de leurs habiletés érotiques et d'orienter la prise en charge vers l'information et l'enseignement de ces habiletés.

Ce protocole étant un reflet de notre pratique clinique, nous avons décidé de poursuivre le recueil de données, afin de faire des analyses statistiques plus importantes, avec un échantillon de femmes plus représentatif. Nous pourrions alors répondre à certaines questions précises : quelles sont les sous-échelles qui interagissent le plus entre elles, quel type d'apprentissage est le plus efficace, ou encore sur quelle dysfonction ce traitement obtient-il les meilleurs résultats.

Enfin, notre principal intérêt porte aujourd'hui sur la complémentarité érotique (Crépault & Desjardins, 1978). Maintenant que nous avons dégagé les principales habiletés érotiques féminines, nous aimerions pouvoir en faire de même avec les habiletés érotiques masculines. En mettant en évidence, les ressemblances et les différences dans l'utilisation des habiletés

érotiques des partenaires hétérosexuels, nous souhaitons appuyer la Thèse selon laquelle l'érotisme de l'homme rejoint celui de la femme et vice versa, et comment ils s'enrichissent mutuellement. Et même au-delà de l'hétérosexualité, comment l'érotisme d'un partenaire nourrit celui de l'autre, et inversement. Ainsi, nous nous intéresserons prochainement à l'harmonie, la complémentarité érotique.

LISTE BIBLIOGRAPHIQUE

- Abbott, D.N., Harris, J.E., & Mollen, D. (2016). The impact of religious commitment on women's sexual self-esteem. *Sexuality & Culture*, 20(4), 1063-1082.
- Ackard, D.M., Kearney-Cooke, A., & Peterson, C.B. (2000). Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. *The International Journal of Eating Disorders*, 28(4), 422-429.
- Adam, F. (2015). *Intégration de la Pleine Conscience dans le Traitement du Trouble de l'Orgasme Féminin. Elaboration et Evaluation d'un Autotraitement Vidéo Basé sur la Pleine Conscience*. Thèse de l'Université Catholique de Louvain.
- Adam, F., Heeren, A., Day, J., & de Sutter, P. (2015). Development of the Sexual Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ-S): Validation among a community sample of French-speaking women. *Journal of Sex Research*, 52(6), 617-626.
- Agmo, A. (2011). *Functional and Dysfunctional Sexual Behavior: A Synthesis of Neuroscience and Comparative Psychology*. New-York: Academic Press.
- Alzate, H., & Londoño, M.L. (1984). Vaginal erotic sensitivity. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 37, 49-56.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*. (DSM IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2016). *Mini Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. (DSM V). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andersen, B.L., & Cyranowski, J.M. (1994). Women's sexual self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1079-1100.

- Anderson, A.B., Rosen, N.O., Price, L., & Bergeron, S. (2016). Associations between penetration cognitions, genital pain, and sexual well-being in women with provoked vestibulodynia. *Journal of Sexual Medicine*, 13(3), 444-452.
- Apt, C., Hurlbert, D., Pierce, A., & White, C. (1996). Relationship satisfaction, sexual characteristics and the psychosocial well-being of women. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 5, 195-210.
- Armstrong, H.L., & Reissing, E.D. (2015). Women's motivations to have sex in casual and committed relationships with male and female partners. *Archive of Sexual Behavior*, 44(4), 921-934.
- Arora, N., & Brotto, L.A. (2017). How does paying attention improve sexual functioning in women? A review of mechanisms. *Sexual Medicine Reviews*, 5(3), 266-274.
- Aubin, S. (2011). Dysfonction orgasmique chez la femme. Dans F.-X. Poudat (Ed.) *Sexualité, couple & TCC. Les Difficultés Sexuelles. Volume 1* (p. 149-165). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Bancroft, J. (1989). *Human Sexuality and its Problems (2nd ed.)*. New-York: Churchill Livingstone.
- Bancroft, J. (2009). *Human Sexuality and its Problems (3rd ed.)*. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Bancroft, J., Lotus, J., & Long, J.S. (2003). Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 193-208.
- Barlow, D.H. (1986). Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Barlow, D.H. (2001). *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual (3rd ed.)*. New-York: Guilford Press.
- Bartlik, B., & Goldberg, J. (2000). Female sexual arousal disorder. Dans S. Leiblum & R. Rosen (Eds.), *Principles and Practice of Sex Therapy* (p. 85-117). New York: Guilford Press.

- Baser, R.E., Li, Y., & Carter, J. (2012). Psychometric validation of the female sexual function index (FSFI) in cancer survivor. *Cancer, 118*, 4606-4618.
- Basson, R. (2001a). Human Sex-response cycles. *Journal of Sex and Marital Therapy, 27*(1), 33-43.
- Basson, R. (2001b). Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy, 27*, 395-403.
- Basson, R. (2004). Introduction to special issue on women's sexuality and outline of assessment of sexual problems. *Menopause, 11*(6), 709-713.
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal, 172*(10), 1327-1333.
- Basson, R. (2015). Human sexual response. *Handbook of Clinical Neurology, 130*, 11-18.
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., ... & Weijmar Schultz, W. (2003). Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 24*, 221-229.
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., ... & Weijmar Schultz, W. (2004). Revised definitions of women's sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine, 1*(1), 40-48.
- Baucom, D.H., & Lester, G.H. (1986). The usefulness of cognitive restructuring as an adjunct to behavioral marital therapy. *Behavior Therapy, 17*(4), 385-403.
- Bauer, M., Laan, E., & ter Kuile, M.M. (2006). Sexual arousal in women with superficial dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior, 35*, 191-200.
- Bauer, M., ter Kuile, M.M., Janssen, S.A., & Laan, E. (2007). The effect of pain-related fear on sexual arousal in women with superficial dyspareunia. *European Journal of Pain, 11*, 788-798.
- Bauer, M., de Jong, P.J., Huijding, J., Lan, E., & ter Kuile M.M. (2009). Automatic and deliberate affective associations with sexual stimuli in women with superficial dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior, 38*, 486-497.

Baumeister, R.F., Catanese, K.R., & Vohs, K.D. (2001). Is there a gender difference in strength of sex drive? Theoretical views, conceptual distinctions, and a review of relevant evidence. *Personality and Social Psychology Review*, 5(3), 242-273.

Beaber, T.E., & Werner, P.D. (2009). The relationship between anxiety and sexual functioning in lesbians and heterosexual women. *Journal of Homosexuality*, 56(5), 639-654.

Beaudry, M., & Boisvert, J.M. (1988). *Psychologie du Couple : Quand la Science se Met à Parler d'Amour*. Montréal, Québec: Editions du Méridien.

Beck, A.T. (1988). *Love is Never Enough*. New-York: Harpeer and Row.

Beck, J.S. (2005). *Cognitive Therapy for Challenging Problems: What to Do when the Basics Don't Work*. New-York: The Guilford Press.

Beck, J.G., & Baldwin, L.E. (1994). Instructional control of female sexual responding. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 665-684.

Beck, J.G., & Barlow, D.H. (1987). The effect of anxiety and attentional focus on sexual responding-II: cognitive and affective patterns in erectile dysfunction. *Behavior research and therapy*, 24, 19-26.

Beck, J.G., Barlow, D.H., Sakheim, D., & Abrahamson, D. (1987). Shock threat and sexual arousal: the role of selective attention, thought content and affective states. *Psychophysiology*, 24(2), 165-172.

Bergeron, S. Binik, Y.M., Khalifié, S., Pagidas, K., Glazer, H.I., Meana, M., & Amsel, R. (2001). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain*, 91, 297-306.

Bergeron, S., Brown, C., Lord, M.J., Oala, M., Binik, Y.M., & Khalifé, S. (2002). Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: A retrospective study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 183-192.

Bergeron, S., Khalifé, S., & Dupuis, M.-J. (2008, March). *A Randomized Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Medical Management in the Treatment of Provoked*

Vestibulodynia. Paper presented at the annual meeting of the Society for Sex Therapy and Research, Chicago, IL.

Bergeron, S., Khalifé, S., Dupuis, M.-J., & McDuff, P. (2016). A randomized clinical trial comparing group cognitive-behavioral therapy and a topical steroid for women with dyspareunia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(3), 259-268.

Bergeron, S., Khalifé, S., Glazer, H.I., & Binik, Y.M. (2008). Surgical and behavioral treatments for vestibulodynia: Two-and-one-half-year follow-up and predictors of outcome. *Obstetrics and Gynecology, 111*, 159-166.

Bergeron, S., Rosen, N.O., & Pukall, C.F. (2014). Genital pain in women and men. Dans M. Binik, & S.K. Hall (Eds.) *Principles and Practice of Sex Therapy (5th ed., p. 17-41)*. New-York: The Guilford Press.

Berman, L., Berman, J., Miles, M., Pollets, D., & Powell, J.A. (2003). Genital self-image as component of sexual health: relationship between genital self-image, female sexual function, and quality of life measures. *Journal of Sexual and Marital Therapy, 29*(1), 57-67.

Bianchi-Demicheli, F. (2016). La médecine sexuelle : passé, présent et futur. Editorial du 16 mars 2016. *Revue Médicale Suisse, 510*, 531-532.

Billups, K.L., Berman, L., Berman, J., Metz, M.E., Glennon, M.E., & Goldstein, I. (2001). A new non-pharmacologic vacuum therapy for female sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy, 27*, 435-441.

Binik, M., & Hall, S.K. (2014). *Principles and Practice of Sex Therapy (5th ed.)*. New-York: The Guilford Press.

Birnbaum, G.E. (2007). Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women. *Journal of Social and Personal Relationships, 24*(1), 21-35.

Bischof, K. (2001). Le sexocorporel pour favoriser le plaisir sexuel. *Pleasure and Health (Proceedings of the Nordic Association for Clinical Sexology NACS)*, 59-68.

Bonierbale, M. (2018). Comment le désir vient aux femmes ?
<https://sante.lefigaro.fr/article/comment-le-desir-vient-aux-femmes-/>

- Borsboom, D., & Cramer, A.O.J. (2013). Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 91-121.
- Both, S., & Laan, E. (2003). Directed masturbation. Dans W. O'Donohue, J.E. Fisher, & S.C. Hayes (Eds.) *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in your Practice* (p. 144-151). New-York: John Wiley & Sons.
- Bozman, A., & Beck, J. (1991). Covariation of sexual desire and sexual arousal: The effects of anger and anxiety. *Archives of Sexual Behavior, 20*, 47-60.
- Brassard, A., Dupuy, E., Bergeron, S., & Shaver, P.R. (2015). Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: the mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *Journal of Sexual Medicine, 52*(1), 110-119.
- Brody, S. (2007). Intercourse orgasm consistency, concordance of women's genital and subjective sexual arousal, and erotic stimulus presentation sequence. *Journal of Sex and Marital Therapy, 33*, 31-39.
- Brody, S., & Costa, R.M. (2017). Vaginal orgasm is associated with indices of women's better psychological, intimate relationship, and psychophysiological function. *Canadian Journal of Human Sexuality, 26*(1), 1-4.
- Brotto, L. A. (2013). Mindful sex. *Canadian Journal of Human Sexuality, 22*, 63-68.
- Brotto, L.A., & Basson, R. (2014). Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behavior Research and Therapy, 57*, 43-54.
- Brotto, L.A., Basson, R., & Luria, M. (2008). A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *Journal of Sexual Medicine, 5*, 1646-1659.
- Brotto, L.A., Bitzer, J., Laan, E., Leiblum, S., & Luria, M. (2010). Women's sexual desire and arousal disorders. *Journal of Sexual Medicine, 7*, 586-614.
- Brotto, L.A., Erskine, Y., Carey, M., Ehlen, T., Finlayson, S., Heywood, M., Kwon, J., McAlpine, J., Stuart, G., Thomson, S., & Miller, D. (2012). A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology, 125*(2), 320-325.

- Brotto, L.A., & Heiman, J.R. (2007). Mindfulness in sex therapy: Applications for women with sexual difficulties following gynecologic cancer. *Sexual and Relationship Therapy, 22*, 3-11.
- Brotto, L.A., Heiman, J.R., Goff, B., Greer, B., Lentz, G.M., Swisher, E., Tamimi, H., & Van Blaricom, A. (2008). A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Archives of Sexual Behavior, 37*(2), 317-329.
- Brotto, L., & Luria, M. (2014). Sexual interest/arousal disorder in women. Dans M. Binik, & S.K. Hall (Eds) *Principles and Practice of Sex Therapy (5th ed., p. 17-41)*. New-York: The Guilford Press.
- Brotto, L.A., Graham, C.A., Binik, Y.M., Segraves, R.T., & Zucker, K.J. (2011). Should sexual desire and arousal disorders in women be merged?: A response to DeRogatis, Clayton, Rosen, Sand, and Pyke (2010). *Archives of Sexual Behavior, 40*, 221-225.
- Brotto, L.A., Seal, B.N., & Rellini, A. (2012). Pilot study of a brief cognitive behavioral versus mindfulness-based intervention for women with sexual distress and a history of childhood sexual abuse. *Journal of Sex and Marital Therapy, 38*, 1-27.
- Brune, E. (2012). *La Révolution du Plaisir Féminin. Sexualité et Orgasme*. Paris : Odile Jacob.
- Brune, E., & Ferroul, Y. (2010). *Le Secret des Femmes. Voyage au Cœur du Plaisir et de la Jouissance*. Paris: Odile Jacob.
- Burri, A. (2017). Sexual sensation seeking, sexual compulsivity, and gender identity and its relationship with sexual functioning in a population sample of men and women. *Journal of Sexual Medicine, 14*(1), 69-77.
- Burri, A., Hilpert, P., & Spector, T. (2015). Longitudinal evaluation of sexual function in a cohort of pre- and postmenopausal women. *Journal of Sexual Medicine 12*(6), 1427-1435.
- Byers, E.S. (2011). Beyond the birds and the bees and was it good for you? Thirty years of research on sexual communication. *Canadian Psychology, 52*, 20-28.
- Byers, E.S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: a longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of Sexual Research, 42*(2), 113-118.

- Callens, N., Bronselaer, G., De Sutter, P., De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Hoebeke, P., & Cools, M. (2016). Costs of pleasure and the benefits of pain: self-perceived genital sensation, anatomy and sexual dysfunction. *Sexual Health, 13*(1), 63-72.
- Calogero, R.M., & Thompson, J.K. (2009). Potential implications of the objectification of women's bodies for women's sexual satisfaction. *Body Image, 6*(2), 145-148.
- Carpenter, L.M., Nathanson, C.A., & Kim, Y.J. (2009). Physical women, emotional men: gender satisfaction in midlife. *Archives of Sexual Behavior, 38*, 87-107.
- Carrobbles, J.A., & Gamez-Guadix, M. (2011). Funcionamiento sexual, satisfaccion sexual y bienestar psicologico y subjetivo en una muestra de mujeres Espanolas. *Anales de Psicologia, 27*(1), 27-34.
- Chang, S.C.H., Klein, C., & Gorzalka, B.B. (2013). Perceived prevalence and definitions of sexual dysfunction as predictors of sexual function and satisfaction.
- Chatton, D., Desjardins, J.-Y., Desjardins, L., & Tremblay, M. (2005). La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychothérapies, 25*(1), 3-19.
- Chivers, M.L., Seto, M.C., Lalumière, M.L., Laan, E., & Grimbos, T. (2010). Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal in men and women: a meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior, 39*(1), 5-56.
- Christensen, B.S., Gronbaek, M., Osler, M., Pedersen, B.V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2011). Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. *Archives of Sexual Behavior, 40*, 121-132.
- Christensen, A., & Jacobson, N. (2012). *Couples en Difficultés : Accepter les Différences*. Bruxelles: de Boeck.
- Christopher, F.S., & Sprecher, S. (2000). Sexuality in marriage, dating, and other relationships: A decade review. *Journal of Marriage and Family, 62*(4), 999-1017.
- CNGOF. (2016). Physiologie du Rapport Sexuel par le Collège National des Gynécologues & Obstétriciens Français. <http://www.cngof.fr/la-sexualite/316-physiologie-du-rapport-sexuel>

- Cochros, H.L., & Fischer, J. (1980). *Treat Yourself to a Better Sex Life*. Prentice Hall: Englewood Cliffs.
- Coleman, E. (2002). Masturbation as a means of achieving sexual health. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 14(2/3), 5-16.
- Colson, M., Lemaire, A., Pinton, P., Hamidi, K., Klein, P. (2006). Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 121-131.
- Cooper, M.L., Shapiro, C.M., & Powers, A.M. (1998). Motivations for sex and risky sexual behavior among adolescents and young adults: a functional perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(6), 1528-1558.
- Cottraux, J. (1985). *Méthodes et Echelles d'Evaluation des Comportements*. Paris : Etablissement d'Application Psychotechnique.
- Cour, F., Droupy, S., Faix, A., Merthorst, C., & Giuliano, F. (2013). Anatomie et physiologie de la sexualité. *Progrès en Urologie*. 23(9), 547-561. <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/anatomie-&-physiologie-de-la-sexualite>
- Crépault, C. & Desjardins, J.-Y. (1978). *La Complémentarité Erotique*. Montréal : Novacom.
- Cuntim, M., & Nobre, P. (2011). The role of cognitive distraction on female orgasm. *Sexologies*, 20(4), 212-214.
- Danielson, I., Torstensson, T., Brodda-Jansen, G., & Bohm-Starke, N. (2006). EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: A randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis. *Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavica*, 85, 1360-1367.
- Darling, C.A., Davidson, J.K., & Cox, R.P. (1991). Female sexual response and the timing of partner orgasm. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17(1), 3-21.
- Darski, C., Barbosa, L.J.F., Paiva, L.L., & Vieira, A. (2016). Association between the functionality of pelvic floor muscles and sexual satisfaction in young women. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 38(04), 164-169.

- Dascalu, I., & Brotto, L.A. (2018). Sexual functioning in experienced meditators. *Journal of Sexual Medicine*, 44(5), 459-467.
- Davidson, J.K., Darling, C.A., & Norton, L. (1995). Religiosity and the sexuality of women: Sexual behavior and sexual satisfaction revisited. *Journal of Sex Research*, 32, 235-243.
- Davidson, J.K., & Moore, N.B. (1994). Guilt and lack of orgasm during sexual intercourse: myth versus reality among college women. *Journal of Sex, Education and Therapy*, 20(3), 153-174.
- Davies, S., Katz, J., & Jackson, J. L. (1999). Sexual desire discrepancies: effects on sexual and relationship satisfaction in heterosexual dating couples. *Archive of Sexual Behavior*, 28, 553-567.
- Davis, D., Shaver, P.R., & Vernon, M.L. (2004). Attachment style and subjective motivations for sex. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(8), 1076-1090.
- Davison, S.L., Bell, R.J., LaChina, M., Holden, S. L., & Davis, S.R. (2009). The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 2690-2697.
- Dennerstein, L., Koochaki, P., Barton, I., & Graziottin, A. (2006). Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of western European women. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 212-222.
- Desjardins, J.Y. (1996). Approche intégrative et sexocorporelle. *Sexologies*, 5(21), 43-48.
- Desjardins, L. (2015). Evaluation d'un mode d'excitation sexuelle seul(e). *Livret d'accompagnement*. Centre de Formation Sexocorporelle Français.
- Desjardins, L., & Tremblay, M. (2006). Les sexologues à l'unisson... Vers un modèle de santé sexuelle ! *Santé Sexuelle*, 1, 8-17.
- Desjardins, L., & Tremblay, M. (2015a). *Formation en Sexocorporel*. Recueil inédit. Paris.
- Desjardins, L. & Tremblay, M. (2015b). *Formation en Sexocorporel. Fascicule 1 à 6*. Académie du Sexocorporel Desjardins (dernière éd.). Canada.

Desjardins, L., & Tremblay, M. (2016). *Les fondements du Sexocorporel*. Recueil inédit, Formation Sexocorporel – Niveau 1 – 2016-2018, Paris.

Desjardins, L., & Tremblay, M. (2017). *Formation en Sexocorporel*. Recueil inédit. Paris.

De Carufel, F. (1990). Sexo-corporal therapy and sexual functionality. *Cahiers des Sciences Familiales & Sexologiques*, 13, 109-119.

De Carufel, F. (2005). *Formation en Thérapie Sexofonctionnelle*. Polycopié de cours. Paris

De Carufel, F. (2010). La thérapie sexofonctionnelle. Les fondements théoriques. Consulté sur <http://www.sexofonctionnelle.com/p/12/fondements-th%C3%A9oriques.html>

De Carufel, F. (2012a). Sexologie : quoi de neuf ? *Réalités en Gynécologie-Obstétrique* ; 162(mai), 1-5.

De Carufel, F. (2012b). *La fonctionnalité sexuelle*. Formation en Thérapie Sexofonctionnelle, Paris 5^{ème}.

De Carufel, F. (2013). *Formation en Thérapie Sexofonctionnelle*. Recueil inédit. Paris

De Carufel, F. (2014). *Les Fondements Théoriques de la Thérapie Sexofonctionnelle*. Recueil inédit, Formation à la Thérapie Sexofonctionnelle – 2014, Paris.

De Sutter, P. (2013). Les troubles du désir sexuel féminin. *Formation en Thérapie Sexofonctionnelle*. Recueil inédit. Paris

De Sutter, P., Day, J., & Adam, F. (2014). Qui sont les femmes orgasmiques ? Etude exploratoire sur un échantillon de femmes francophones tout venant. *Sexologies*, 23(3), 93-100.

De Sutter, P., & Doyen, V. (2015). *Le Traitement Sexofonctionnelle Complet des Dysfonctions Sexuelles*. Polycopié de cours.

Donahey, K.M. (2010). Female orgasmic disorder. Dans S. Levine, C. Risen, & S. Althof (Eds.) *Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals* (p.181-192). New-York: Routeledge.

Dove, N.L. & Wiederman, M.W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 67-78.

- Drouin, N., Trinque, C., & Trudel, G. (1996). Evaluation du désir sexuel hypoactif. *Science et Comportement*, 25, 113-131.
- Dundon, C.M., & Rellini, A.H. (2010). More than sexual function: predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40-70. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 896-904.
- Dunn, K.M., Croft, P.R., & Hackett, G.I. (1998). Sexual problems: A study of the prevalence and need for health care in the general population. *Family Practice*, 15, 519-524.
- Edard, A., & Rusinek, S. (2020). Étude exploratoire des habiletés érotiques en jeu dans la pratique sexuelle des femmes. Étude qualitative auprès d'une population de femmes satisfaites sexuellement versus insatisfaites. *Sexologies*, 29(4), 166-172.
- Edard, A., & Rusinek, S. (soumis). Évaluation des habiletés érotiques des femmes durant l'activité sexuelle. Article soumis pour publication.
- Edard, A., Rusinek, S., & Adam, F. (submitted). Use of erotic abilities in sexually functional and dysfunctional women. Comparative study and correlation with sexual awareness and sexual assertiveness.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1997). The rational emotive behavioral approach to sex therapy. Dans A. Ellis, & W. Dryden (Eds.) *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy* (p. 217-231). New-York: Springer Publishing Company.
- Faith, M.S., & Schare, M.L. (1993). The role of body image in sexually avoidant behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 345-356.
- Farmer, M.A., & Meston, C.M. (2007). Predictors of genital pain in young women. *Archives of Sexual Behavior*, 36(6), 831-843.
- Ferenidou, F., Kapoteli, V., Moisisdis, K., Koutsogiannis, I., Giakoumelos, A., & Hatzichristou, D. (2008). Presence of sexual problem may not affect women's satisfaction from their sexual function. *Journal of Sexual Medicine*, 5(3), 631-639.
- Fine, M. (1988). Sexuality, schooling, and adolescent females: the missing discourse of desire. *Harvard Educational Review*, 58(1), 29-53.

- Foster, D.C., Kotok, M.B., Huang, L.S., Watts, A., Oakes, D., Howard, F.M., & al. (2010). Oral desipramine and topical lidocaine for vulvodynia: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, *116*, 583-593.
- Franck, E., Anderson, C., & Rubinstein, D.N. (1978). Frequency of sexual dysfunction in normal couples. *New England Journal of Medicine*, *299*, 11-115.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris: Gallimard.
- Frühauf, S., Gerger, H., Schmidt, H.M., Munder, T., & Barth, J. (2013). Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, *42*(6), 915-933.
- Fugl-Meyer, A.R., & Fugl-Meyer, K.S. (1999). Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 years old Swedes. *Scandinavian Journal of Sexology*, *2*, 79-105.
- Gao, Z., Yang, D., Yu, L., & Cui, Y. (2015). Efficacy and safety of flibanserin in women with hypoactive sexual desire disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Sexual Medicine*, *12*, 2095-2104.
- Gentilcor-Saulnier, E., McLean, L., Goldfinger, C., Pukall, C.F., & Chamberlain, S. (2010). Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. *Journal of Sexual Medicine*, *7*, 1003-1022.
- Géonet, M., De Sutter, P., & Zech, E. (2013). Les facteurs cognitifs dans le désir sexuel hypoactif féminin. *Sexologies*, *22*, 10-18.
- Gerrior, K.G., Watt, M.C., Weaver, A.D., & Gallagher, C.E. (2015). The role of anxiety sensitivity in the sexual functioning of women. *Sexual and Relationship Therapy*, *30*(3), 351-363.
- Giraldi, A., Rellini, A., Pfaus, J.G., Bitzer, J., Laan, E., Jannini, E.A., & Fugl-Meyer, A.R. (2011). Questionnaires for assessment of female sexual dysfunction: A review and proposal for a standardized screener. *Journal of Sexual Medicine*, *8*(10), 2681-2706.
- Giuliano, F. (2013). Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. *Progrès En Urologie*, *23*, 811-821.

- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine de Gruyter.
- Glazer, H.I., Rodke, G., Swencionis, C., Hertz, R., & Young, A.W. (1995). Treatment of vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. *Journal of Reproductive Medicine*, 40, 283-290.
- Goldenberg, D.L., Kaplan, K.H., Nadeau, M.G., Brodeur, C., Smith, S., & Schmid, C.H. (1994). A controlled study of stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2(2), 53-66.
- Goldfinger, C. & Pukall, C.F. (2011). Female sexual pain disorder. Dans J.P. Mulhall, L. Incrocci, I. Goldstein, & R. Rosen (Eds), *Cancer and Sexual Health* (p.163-182). New-York: Springer Publishing Company.
- Goldfinger, C., Pukall, C.F., Gentilcore-Saulnier, E., McLean, L., & Chamberlain, S. (2009). A prospective study of pelvic floor physical therapy: pain and psychosexual outcomes in provoked vestibulodynia. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1955-1968.
- Gouvernet, B., Combaluzier, S., Chapillon, P., & Rezrazi, A. (2015). Motivations sexuelles et attachement : étude exploratoire dans une population de 143 étudiantes francophones. *Sexologies*, 24, 194-201.
- Grafeille, N. (1994). La peur de la pénétration : à propos des partenaires des femmes vaginiques. *Cahiers de sexologie clinique*, 10, 106-112.
- Grafeille, N. (2009). *On ne peut pas me pénétrer*. Colloque AIHUS, Lille 2009.
- Graham, C.A. (2010). The DSM diagnostic criteria for female orgasmic disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 256-270.
- Graham, C.A. (2014). Orgasm disorders in women. Dans M. Binik, & S.K. Hall (Eds.) *Principles and Practice of Sex Therapy (5th ed., p. 89-111)*. New-York: The Guilford Press.
- Graham, C.A., & Bancroft, J. (2006). Assessing the prevalence of female sexual dysfunction with surveys: What is feasible? Dans I. Goldstein, C.M. Meston, S.R. Davis, & A.M. Traish (Eds.) *Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment* (p. 52-60). Abingdon, Oxon: Taylor & Francis.

- Granot, M., & Lavee, Y. (2005). Psychological factors associated with perception of experimental pain in vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of Sex and Marital Therapy, 31*, 285-302.
- Günzler, C., & Berner, M.M. (2012). Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions – a systematic review of controlled clinical trails: Part 2 – the efficacy of psychosocial interventions for female sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine, 9*(12), 3108-3125.
- Haavio-Mannila, E., & Kontula, O. (1997). Correlates of increased sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior, 24*(4), 399-419.
- Hamilton, L.D., & Julian, A.M. (2014). The relationship between daily hassles and sexual function in men and women. *Journal of Sex and Marital Therapy, 40*(5), 379-395.
- Harlow, B.K., & Stewart, E.G. (2003). A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *Journal of American Medical Women's Association, 58*, 82-88.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioral Processes across Psychological Disorders. A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*. New-York: Oxford University Press.
- Haslam, N., Holland, E., & Kuppens, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: a quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine, 42*, 903-920.
- Hatfield, E., & Bensman, L. (2012). Sexual motives, sexuality, and quality of life. Dans A.C. Michalos (Ed.) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. New-York: Springer.
- Hawton, K., Catalan, J., & Fagg, J. (1991). Low sexual desire: sex therapy results and prognostic factors. *Behavioral Research Therapy, 29*, 217-224.
- Hayes, R.D., Bennett, C.M., Fairley, C.K., & Dennerstein, L. (2006). What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *Journal of Sexual Medicine, 3*(4), 589-595.

- Hayes, R.D., Dennerstein, L., Bennett, C.M., Sidatn M., Gurrin, L.C., & Fairley, C.K. (2008). Risk factors for female sexual in the general population: exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *Journal of Sexual Medicine*, 5(7), 1681-1693.
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1994). Sex and the psychological tether. Dans K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.) *Advances in Personal Relationships: Vol. 5. Attachment Processes in Adulthood* (p.151-177). London: Jessica Kingsley.
- Heiman, J.R. (2000). Orgasmic disorder in women. Dans S.R. Leiblum & R.C. Rosen (Eds.) *Principles and Practice of Sex Therapy (3rd ed., p. 118-153)*. New-York: Guilford.
- Heiman, J.R. (2002). Psychologic treatments for female sexual dysfunction: Are they effective and do we need them? *Archives of Sexual Behavior*, 31, 445-450.
- Heiman, J.R. (2002). Sexual dysfunction: overview of prevalence, etiological factors and treatments. *Journal of Sex Research*, 39, 73-78.
- Heiman, J.R., Long, J.S., Smith, S.N., Fisher, W.A., Sand, M.S., & Rosen, R.C. (2011). Sexual satisfaction and relationship happiness in midlife and older couples in five countries. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 741-753.
- Heiman, J.R., & LoPiccolo, J. (1988). *Becoming Orgasmic: A Sexual and Personal Growth Program for Women* (Rev. Ed.). New-York: Simon & Schuster.
- Heiman, J., & Rowland, D. (1983). Affective and physiological sexual response patterns: the effects of instruction on sexually functional and dysfunctional men. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 105-116.
- Henderson, A.W., Lehavot, K., & Simoni, J.M. (2009). Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 50-65.
- Hess, R., Conroy, M.B., Ness, R., Bryce, C.L., Dillon, S., Chang, C-C. H., & Matthews, K.A. (2009). Association of lifestyle and relationship factors with sexual functioning of women during midlife. *Journal of Sexual Medicine*, 6(5), 1358-1368.
- Higgins, J.A., Mullinax, M., Trussell, J., Davidson, J.K., & Moore, N.B. (2011). Sexual satisfaction and sexual health among university students in the United States. *American Journal of Public Health*, 101(9), 1643-1654.

- Higgins, J.A., Trussell, J., Moore, N.B., & Davidson, J.K. (2010). Virginité lost, satisfaction gained? Physiological and psychological sexual satisfaction at heterosexual debut. *Journal of Sex Research, 47*(4), 384-394.
- Hill, C.A. (1997). The distinctiveness of sexual motives in relation to sexual desire and desirable partner attributes. *Journal of Sex Research, 34*, 139-153.
- Hirst, J.F., Baggaley, M.R., & Watson, J.P. (1996). A four years survey of an inner-city psychosexual problems clinic. *Journal of Sex and Marital Therapy, 11*, 19-36.
- Hogarth, H. & Ingham, R. (2009). Masturbation among young women and associations with sexual health: an exploratory study. *Journal of Sex Research, 46*(6), 558-567.
- Huberle, D.F. (1991). The role of assertiveness in female sexuality: a comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *Journal of Sex and Marital Therapy, 17*, 183-190.
- Hubin, A., de Sutter, P., & Reynaert, C. (2011). Les facteurs étiologiques du désir sexuel hypoactif féminin. *Sexologies, 20*, 178-187.
- Hurlbert, D.F., & Apt, C. (1995). The coital alignment technique and directed masturbation: a comparative study on female orgasm. *Journal of Sex and Marital Therapy, 21*, 21-29.
- Hurlbert, D.F., Apt, C., & Hurlbert, M.K. (1995). Sexual characteristics, treatment compliance and effectiveness of orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire. *Canadian Journal of Human Sexuality, 4*, 15-25.
- Hurlbert D.F., Apt, C., Hurlbert, M.K., & Pierce, A.P. (2000). Sexual compatibility and sexual desire-motivation with hypoactive sexual desire disorder. *Behavior modification, 24*, 325-347.
- Hurlbert, D.F., Apt, C., & Rabehl, S. M. (1993). Key variables to understanding female sexual satisfaction: an examination of women in nondistressed marriages. *Journal of Sex and Marital Therapy, 19*(2), 154-65.
- Hynie, M., & Lydon, J.E. (1995). Women's perceptions of female contraceptive behavior: Experimental evidence of the social double standard. *Psychology of Women Quarterly, 21*, 563-581.

- Hynie, M., Lydon, J.E., & Taradash, A. (1997). Commitment, intimacy and women's perceptions of premarital sex and contraceptive readiness. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 447-464.
- Ifop. (2018). Enquête Ifop publiée à l'occasion de la journée mondiale de l'orgasme. *Observatoire Européen de la Sexualité Féminine*. Consulté sur : https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/12/114783_Analyse_Ifop-20.12.2018.pdf
- Impett, E., Peplau, L., & Gable, S. (2005). Approach and avoidance sexual motives: Implications for personal and interpersonal well-being. *Personal Relationships*, 12, 465-482.
- Impett, E., Strachman, A., Finkle, E., & Gable, S. (2008). Maintaining sexual desire in intimate relationships: The importance of approach goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 808-823.
- Impett, E., & Tolman, D. (2006). Late adolescent girls' sexual experiences and sexual satisfaction. *Journal of Adolescent Research*, 21, 628-646.
- Jankovich, R., & Miller, P.R. (1978). Response of women with primary orgasmic dysfunction to individual education. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 4, 16-19.
- Jarrousse, N. (2011). Dyspareunies. Dans F.-X. Poudat (Ed) *Sexualité, couple & TCC. Les Difficultés Sexuelles. Volume 1* (p. 69-81). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Jarrousse, N. (2011). Vaginisme. Dans F.-X. Poudat (Ed.) *Sexualité, couple & TCC. Les Difficultés Sexuelles. Volume 1* (p. 57-68). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Jarrousse, N., & Poudat, F.-X. (1992). *Traitement Comportemental et Cognitif des Difficultés Sexuelles*. (2^e éd.). Paris: Masson.
- Jasper, L., Feys, F., Bramer, W. M., Franco, O. H., Leusink, P., & Laan, E. M. (2016). Efficacy and safety of flibanserin for treatment of hypoactive sexual desire disorder in women: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*.
- Ji, J., & Norling, A.M. (2004). Sexual satisfaction of married urban Chinese. *Journal of Developing Societies*, 20, 21-38.

- Johnson, C. (2009). Female genital cutting. Dans A. Goldstein, CF. Pukall & I. Goldstein (Eds.) *Female Sexual Pain Disorders: Evaluation and Management* (p.235-243). Oxford UK: Blackwell Publishing.
- Jones, W., Faceg, J., & Park, P. (1972). Treatment of single partner sexual dysfunction by systematic desensitization. *Obstetrics and Gynecology*, 39, 411-417.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness* (15th ed.). New-York: Delta/bantam.
- Kabat-Zinn, J., André, C., & Maskens, C. (2009). *Au Cœur de la Tourmente, la Pleine Conscience – MBSR, la Réduction du Stress Basée sur la Mindfulness : Programme Complet en 8 Semaines*. Paris : de Boeck.
- Kao, A., Binik, Y.M., Kapuscinski, A., & Khalifié, S. (2008). Dyspareunia in postmenopausal women: a critical review. *Pain Research and Management*, 13, 243-254.
- Kaplan, H.S. (1974). The classification of female sexual dysfunctions. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1(2), 124-138.
- Kaplan, H.S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 3(1), 3-9.
- Kaplan, K.H., Goldenberg, D.L., & Galvin-Nadeau, M. (1993). The impact of meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 15(5), 284-289.
- Kegel, A.H. (1952). Sexual functions of the pubococcygeus muscle. *Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology*, 60(10), 521-524.
- Kelly, M.P., Strassberg, D.S., & Turner, C.M. (2004). Communication and associated relationship issues in female anorgasmia. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 30, 263-276.

- Kempeneers, P., & Barbier, V. (2008). L'influence de l'anxiété sur l'excitation sexuelle : vers une théorie cognitive. *Sexologies, 17*(2), 66-75.
- Kendler, K.S., Zachar, P., & Craver, C. (2011). What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychological Medicine, 41*, 1143-1150.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., & Gebhard, P. (1953). *Sexual Behavior in the human female*. Bloomington: Indiana University Press.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., & Gebhard, P.H. (1953). *Sexual behavior in human female*. Oxford, England: Saunders.
- Komisaruk, B.R., Whipple, B., & Beyer, C. (2010). Sexual pleasure. Dans M.L. Kringelbach & K.C. Berridge (Eds) *Pleasure of the Brain* (p. 168-177). Oxford: Oxford University Press.
- Laan, E., Everaerd, W., van Aanhold, M., & Rebel, M. (1993). Performance demand and sexual arousal in women. *Behavior Research and Therapy, 31*, 25-35.
- Laan, E., Rellini, A., & Barnes, T. (2013). Standard operating procedures for female orgasmic disorder: Consensus of the International Society for Sexual Medicine. *Journal of Sexual Medicine, 10*, 74-82.
- Lam, D., Donaldson, C., Brown, Y., & Malliaris, Y. (2005). Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disorders, 7*, 431-440.
- Landry, T., & Bergeron, S. (2009). How young does vulvo-vaginal pain begin? Prevalence and characteristics of dyspareunia in adolescents. *Journal of Sexual Medicine, 6*, 927-935.
- Landry, T., & Bergeron, S. (2011). Biopsychosocial factors associated with dyspareunia in a community sample adolescent girl. *Archives of Sexual Behavior, 40*, 877-889.
- Landry, T., Bergeron, S., Dupuis, M.-J., & Desrochers, G. (2008). The treatment of vestibulodynia: A critical review. *Clinical Journal of Pain, 24*, 155-171.
- Larson, J.H., Anderson, S. M., Holman, T.B., & Niemann, B.K. (1998). A longitudinal study of the effects of premarital communication, relationship stability, and self-esteem on sexual satisfaction in the first year of marriage. *Journal of Sex and Marital Therapy, 24* (3), 193-206.

- Lau, J. T., Kim, J. H., & Tsui, H. Y. (2005). Mental health and lifestyle correlates of sexual problems and sexual satisfaction in heterosexual Hong Kong Chinese population. *Urology*, *66*, 1271-1281.
- Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T., & Michaels, S. (1995). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Laumann, E.O., Paik, A., & Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, *281*(6), 537-544.
- Laumann, E.O., Nicolosi, A., Glasser, D.B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., Wang, T., GSSAB Investigators' Group (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 years: Prevalence and correlates identified by the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, *17*(1), 39-57.
- Lawrence, K., & Byers, E.S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal relationships*, *2*, 267-285.
- Leclerc, B., Bergeron, S., Brassard, A., Bélanger, C., Steben, M., & Lambert, B. (2015). Attachment, sexual assertiveness, and sexual outcomes in women with provoked vestibulodynia and their partners: a mediation model. *Archives of Sexual Behavior*, *44*(6), 1561-1572.
- Leiblum, S.R., & Ersner-Hershfield, R. (1977). Sexual enhancement groups for dysfunctional women: an evaluation. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *3*, 139-152.
- Leiblum, S.R., Koochaki, P.E., Rodenberg, C.A., Barton, I.P., & Rosen, R.C. (2006). Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHes). *Menopause*, *13*, 46-56.
- Leiblum, S.R., & Rosen, R.C. (1988). *Sexual desire disorders*. New-York: Guilford Press.
- LoPiccolo, J., & Lobitz, W.C. (1972). The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, *2*(2), 163-171.
- Loulan, J. (1987). *Lesbian Sex*. San Fransisco: Spinsters Ink.

- Lowen, A. (1965). *Love and Orgasm*. New-York: Macmillan Company.
- Lowenstein, L., Gruenwald, I., Gartman, I., & Vardi, Y. (2010). Can stronger pelvic muscle floor improve sexual function? *International Urogynecology Journal*, *21*, 553-556.
- MacNeil, S., & Byers, E. (1997). The relationships between sexual problems, communication, and sexual satisfaction. *Canadian Journal of Human Sexuality*, *6*, 277-283.
- Mah, K., & Binik, Y. (2001). The nature of human orgasm: a critical review of major trends. *Clinical Psychology Review*, *21*(6), 823-856.
- Maillé, D.L., Bergeron, S., & Lambert, B. (2015). Body image in women with primary and secondary provoked vestibulodynia: a controlled study. *Journal of Sexual Medicine*, *12*(2), 505-515.
- Mark, K., Herbenick, D., Fortenberry, D., Sanders, S., & Reece, M. (2014). The object of sexual desire: examining the « what » in « what do you desire? ». *Journal of Sexual Medicine*. *11*(11), 2709-2719.
- Martinez, C.S., Ferreira, F.V., Castro, A.A.M., & Gomide, L.B. (2014). Women with greater pelvic floor muscle strength have better sexual function. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *93*(5), 497-502.
- Masheb, R.M., Kerns, R.D., Lozano, C., Minkin, M.J., & Richman, S. (2009). A randomized clinical trial for women with vestibulodynia: Cognitive-behavioral therapy vs. Supportive therapy. *Pain*, *141*, 31-40.
- Master, W.H., & Johnson, V.E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little Brown & Co.
- Master, W.H., & Johnson, V.E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little Brown & Co.
- Masters, W., & Johnson, V. (1971). *Les mésententes sexuelles et leur traitement*. Paris: Laffont.
- McCabe, M. (2001). Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *27*, 259-271.
- McCarthy, B. (1984). Strategies and techniques for the treatment of inhibited sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *10*, 97-104.

- McCarthy, B. (1993). Relapse prevention strategies and techniques in sex therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 142-147.
- McClelland, S.I. (2010). Intimate justice: A critical analysis of sexual satisfaction. *Social and Personality Psychology Compass*, 4, 663-680.
- McCool, M.E., Zuelke, A., Theurich, M.A., Knuettel, H., Ricci, C., & Apfelbacher, C. (2016) Prevalence of female sexual dysfunction among premenopausal women: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sexual Medicine Reviews*, 4(3), 197-212.
- McNulty, J.K., & Fisher, T.D. (2008). Gender differences in response to sexual expectancies and changes in sexual frequency: A short-term longitudinal study of sexual satisfaction in newly married couples. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 229-240.
- Meana, M., Binik, Y.M., Khalife, S., & Cohen, D.R. (1997). Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstetrics and Gynecology*, 90, 583-589.
- Meister, A.W., & Carey, M.P. (1991). Depressed affect and male sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 541-554.
- Meizner, I. (1987). Sonographic observation of in utero foetal « masturbation ». *Journal of Ultrasound in Medicine*, 6(2), 111.
- Melnick, T., Hawton, K., & McGuire, H. (2012). Interventions for vaginismus. *Cochrane Database of Systemic Reviews*, 12.
- Mercer, C.H., Fenton, K.A., Johnson, A.M., Wellings, K., Macdowall, W., McManus, S., Nanchahal, K. & Erens, B. (2003). Sexual function problems and help seeking behavior in Britain: National probability sample survey. *British Medical Journal*, 327, 426-427.
- Meston, C.M., & Buss, D.M. (2007). Why humans have sex. *Archives of Sexual Behavior*, 36(4), 477-507.
- Meston, C.M., Hamilton, L.D., & Harte, C.B. (2009). Sexual motivation in women as function of age. *Journal of Sexual Medicine*, 6(12), 3305-19.
- Meston, C.M., Levin, R.J., Sipski, M.L., Hull, E.M., & Heiman, J.R. (2004). Women's orgasm. *Annual Review of Sex Research*, 15, 173-257.

- Meston, C. M., & Trapnell, P. (2005). Development and validation of five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: the sexual satisfaction scale for women (SSS-W). *Journal of Sexual Medicine*, 2(1), 66-81.
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2010). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change*. New-York: Guilford Press.
- Monestès, J.-L., & Baeyens, C. (2016). *L'Approche Transdiagnostique en Psychopathologie. Alternative aux Classifications Nosographiques et Perspectives Thérapeutiques*. Malakoff : Dunod.
- Moore, N.B., & Davidson, J.K. (1997). Guilt about first intercourse: an antecedent of sexual dissatisfaction among college women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 23(1), 29-46.
- Moyal-Barracco, M., & Lynch, P.J. (2003). ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *Journal of reproductive Medicine*, 49, 772-777.
- Muehlenhard, C.L., & McCoy, M.L. (1991). Double standard double blind: The sexual double standard and women's communication about sex. *Psychology of Women's Quarterly*, 15, 447-462.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2006a). Dysfunctional sexual belief as vulnerability factors to sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*, 43, 68-75.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2006b). Emotions during sexual activity: differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 8-15.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2008a). Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional males and females. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 32, 37-49.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2008b). Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: preliminary findings. *Journal of Sex and marital Therapy*, 34, 325-342.
- Nunns, D., & Mandal, D. (1997). Psychological and psychosexual aspects of vulvar vestibulitis. *Genitourinary Medicine*, 73, 541-544.

- Nutter, D.E., & Codron, M.K. (1983). Sexual fantasy and activity patterns of females with inhibited sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 9, 276-282.
- Obler, M. (1973). Systematic desensitization in sexual disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 4, 93-101.
- Oggins, J., Veroff, J., & Leber, D. (1993). Perceptions of marital interaction among black and white newlyweds. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(3), 494-511.
- Pascoal, P.M., Narcisso, I., & Pereira, N.M. (2014). What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people's definitions. *Journal of Sex Research*, 51, 22-30.
- Pasini, W. (2002). *Eloge de l'Intimité*. Paris: Payot.
- Paterson, L.Q.P., Handy, A.B., & Brotto, L.A. (2016). A pilot study of eight-session mindfulness-based cognitive therapy adapted for women's sexual interest/arousal disorder. *Journal of Sex Research*, 54(7), 850-861.
- Patrick, M.E., & Lee, C.M. (2010). Sexual motivations and engagement in sexual behavior during the transition to college. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 674-681.
- Payne, K.A., Binik, Y.M., Pukall, C.F., Thaler, L., Amsel, R., & Khalife, S. (2007). Effects of sexual arousal on genital and non-genital sensation: A comparison of women with vulvar vestibulitis syndrome and healthy controls. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 289-300.
- Peixoto, M.M., & Nobre, P. (2015). Cognitive schemas activated in sexual context: a comparative study with homosexual and heterosexual men and women, with and without sexual problems. *Cognitive Therapy Research*, 39(3), 390-402.
- Perlman, S.D., & Abramson, P.R. (1982). Sexual satisfaction among married and cohabiting individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(3), 458-460.
- Pierce, A.P. (2000). The coital alignment technique (CAT): An overview of studies. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 257-268.
- Poudat, F.-X. (2004). *Bien Vivre sa Sexualité*. Guide pour s'Aider Soi-Même. Paris : Odile Jacob.

Poudat, F.-X., Aubin, S., de Carufel, F., de Sutter, P., Jarrousse, N., & Trudel, G. (2011). *Sexualité, Couple & TCC. Volume 1 : les Difficultés Sexuelles*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Poudat, F.X., Jarrousse, N. (1989). Analyse comportementale de l'inhibition du désir sexuel. *Contraception, fertilité, sexualité, 17*, 925-930.

Prause, N., Janssen, E., & Hetrick, W.P. (2008) Attention and emotional responses to sexual stimuli and their relationship to sexual desire. *Archives of Sexual Behavior, 37*, 934-949.

Pridal, C.G., & LoPiccolo, J. (2000). Multielement treatment of desire disorders. Dans S.R. Leiblum & R.C. Rosen (Eds.) *Principles and Practice of Sex Therapy (3rd Ed., p. 57-81)*. New-York: Guilford Press.

Pujols, Y., Meston, C., & Seal, B. (2009). The association between sexual satisfaction and body image in women. *Journal of Sexual Medicine, 57(2)*, 905-916.

Pukall, C.F., Baron, M., Amsel, R., Khalife, S., & Binik, Y.M. (2006). Tender point examination in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Clinical Journal of Pain, 22*, 601-609.

Purdon, C., & Holdaway, L. (2006). Non-erotic thoughts: content and relation to sexual functioning and sexual satisfaction. *Journal of Sexual Medicine, 43(2)*, 154-162.

Purdon, C., & Watson, C. (2011). Non-erotic thoughts and sexual functioning. *Archives of Sexual Behavior, 40(5)*, 891-902.

Pyke, R. E., & Clayton, A. H. (2015). Psychological treatment trials for hypoactive sexual desire disorder: a sexual medicine critique and perspective. *Journal of Sexual Medicine, 12(12)*, 2451-2458.

Reed, B.D. (2006). Vulvodynia: Diagnosis and management. *American Family Physician, 73*, 1231-1238.

Regan, P., & Berscheid, E. (1996). Belief about the state, goals and object of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy, 22*, 110-120.

- Regan, P., & Dreyer, C. (1999). Lust? Love? Young adults' motives for engaging in casual sex. *Journal of Psychology and Human Sexuality, 11*, 1-24.
- Reich, W. (1952). *La Fonction de l'Orgasme*. Paris: L'arche.
- Renaud, C., Byers, E.S., & Pan, S. (1997). Sexual relationship satisfaction in mainland China. *Journal of Sexual Research, 34* (4), 399-410.
- Rosen, R., & Beck, J. (1988). *Patterns of Sexual Arousal: Psychophysiological Processes and Clinical Applications*. New-York: Guilford.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. Jr. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy, 26*(2), 191-208.
- Rosen, R.C., & Leiblum, S.R. (1987). Current approaches to the evaluation of sexual desire disorders. *Journal of Sex Research, 23*, 141-162.
- Rosen, R., & Leiblum, S. (1995). *Case studies in sex therapy*. New-York: Guilford Press.
- Rosenzweig, J.M., & Dailey, D.M. (1989). Dyadic adjustment/sexual satisfaction in women and men as function of psychological sex role self-perception. *Journal of Sex & Marital therapy, 15*(1), 42-56.
- Rubin, H., & Campbell, L. (2012). Day-to-day changes in intimacy predict heightened relationship passion, sexual occurrence, and sexual satisfaction: A dyadic diary analysis. *Social Psychological and Personality Science, 3*, 224-231.
- Sacomori, C., Virtuoso, J.F., Kruger, A.P., & Cardoso, F.L. (2015). Pelvic floor muscle strength and sexual function in women. *Fisioterapia em Movimento, 28*(4), 657-665.
- Sanchez-Fuentes, M.M., Santos-Iglesias, P., & Sierra, J.C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14*, 67-75.
- Sarwer, D.B., & Durlak, J.A. (1997). A field trial of the effectiveness of behavioral treatment for sexual dysfunctions. *Journal of Sex and Marital Therapy, 23*, 87-97.

- Schachner, D.A., & Shaver, P.R. (2004). Attachment dimensions and sexual motives. *Personal Relationships, 11*(2), 179-195.
- Schiavi, R.C., & Mandeli, J.S. (1994). Sexual satisfaction in healthy aging men. *Journal of Sex and Marital Therapy, 20*, 3-13.
- Schmidt, S., Bauer, A., Greif, C., Merker, A., Elsner, P., & Strauss, B. (2001). Vulvar Pain. Psychological profiles and treatment responses. *Journal of Reproductive Medicine, 46*, 377-384.
- Schover, L., & Lopiccolo, J. (1982). Treatment effectiveness for dysfunctions of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy, 8*, 179-197.
- Schover, L.R., Youngs, D.D., & Cannata, R. (1992). Psychosexual aspects of the evaluation and management of vulvar vestibulitis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 167*, 630-636.
- Scott, V.C., Sandberg, J.G., Harper, J.M, & Miller, R.B. (2012). The impact of depressive symptoms and health on sexual satisfaction for older couples: Implications for clinicians. *Contemporary Family Therapy, 34*, 376-390.
- Sebille, J., & Legall, R. (2015). *Typologie des Modes d'Excitation Sexuelle en Sexocorporel*. Recueil inédit. Paris.
- Segal, Z., William, M., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. New-York: Guilford press.
- Shifren, J.L., Monz, B.U., Russo, P.A., Segreti, A., & Johannes, C.B. (2008). Sexual problems and distress in United States women. *Obstetrics and Gynecology, 112*, 970-978.
- Sierra, J.C., & Buela-Casal, G. (2004). Evaluacion y tratamiento de las disfunciones sexuales. In G. Buela-Casal, & J.C. Sierra (Eds.) *Manual de evaluacion y tratamientos psicologicos* (2^e ed., p. 439-485). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Silverstein, R.G., Brown, A.C., Roth, H.D., & Britton, W.B. (2011). Effects of mindfulness training on body awareness to sexual stimuli: implications for female sexual dysfunction. *Psychosomatic Medicine, 73*(9), 817-825.

- Simms, D.C., & Byers, E.S. (2009). Interpersonal perceptions of desired frequency of sexual behaviors. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 18*, 15-25.
- Simons, J.S., & Carey, M.P. (2001). Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior, 30*, 177-219.
- Smith, A., Lyons, A., Ferris, J., Richters, J., Pitts, M., & Shelley, J. (2011). Sexual and relationship satisfaction among heterosexual men and women: The importance of desired frequency of sex. *Journal of Sex and Marital Therapy, 37*, 104-115.
- Snell, W.E., Fisher, T.D., & Miller, R.S. (1991). Development of the sexual awareness questionnaire: Components, reliability, and validity. *Annals of Sex Research, 4*, 65-92.
- Song, J., Bergen, M., & Schumm, W. (1995). Sexual satisfaction among Korean-American couples in the midwestern United States. *Journal of Sex and Marital Therapy, 21*, 147-158.
- Sotile, W.M., & Kilmann, P.R. (1978). Effects of group systematic desensitization on female orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior, 7*, 477-491.
- Spector, I., & Carey, M. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behavior, 19*, 389-396.
- Sprecher, S., Christopher, F.S., & Cate, R. (2006). Sexuality in close relationship. Dans A.L. Vangelisti & D. Perlman (Eds.) *The Cambridge Handbook of Personal Relationship* (p. 463-482). New-York: Cambridge University Press.
- Steer, A., & Tiggemann, M. (2008). The role of self-objectification in women's sexual functioning. *Journal of Social and Clinical Psychology, 27*(3), 205-225.
- Stefanou, C., & McCabe, M.P. (2012). Adult attachment and sexual functioning: a review of past research. *Journal of Sexual Medicine, 9*(10), 2499-2507.
- Stephenson, K. R. (2017). Mindfulness-based therapies for sexual dysfunction: A review of potential theory-based mechanisms of change. *Mindfulness, 8*, 527-543.
- Stephenson, K.R., Ahrold, T.K., & Meston, C.M. (2011). The association between sexual motives and sexual satisfaction: gender differences and categorical comparisons. *Archives of Sexual Behavior, 40*(3), 607-618.

- Stephenson, K.R., & Kerth, J. (2017). Effects of mindfulness-based therapies for female sexual dysfunction: a meta-analytic review. *Journal of Sex Research, 54*(7), 832-849.
- Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2015). The conditional importance of sex: exploring the association between sexual well-being and life satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy, 41*, 25-38.
- Stephenson, K. R., Rellini, A. H., & Meston, C. M. (2013). Relationship satisfaction as a predictor of treatment response during cognitive behavioral sex therapy. *Archives of Sexual Behavior, 42*, 143-152.
- Stinson, R.D. (2009) The behavioral and cognitive-behavioral treatment of female sexual dysfunction: How far we have come and the path left to go. *Sexual Relationship Therapy, 24*, 271-285.
- Stuart, F.M., Hammond, D.C., & Pett, M.A. (1987). Inhibited sexual desire in women. *Archives of Sexual Behavior, 16*, 91-106.
- Stulhofer, A., Busko, V., & Brouillard, P. (2010). Development and bi-cultural validation of the new sexual satisfaction scale. *Journal of Sex Research, 47*(4), 257-268.
- Suschinsky, K.D., & Lalumière, M. (2012). Is sexual concordance related to awareness of physiological states? *Archive of Sexual Behavior, 41*, 199-208.
- Sutton, K.S., Pukall, C.F., & Chamberlain, S. (2009). Pain, psychosocial, sexual, and psychophysical characteristics of women with primary vs. Secondary provoked vestibulodynia. *Journal of Sexual Medicine, 6*, 205-214.
- Ter Kuile, M.M., Both, S., & van Lankveld, J.J.D.M. (2012). Sexual dysfunctions in women. Dans P. Sturmey & M. Hersen (Eds.). *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology: Vol. II Adult disorders* (p. 413-436). Hoboken : Wiley.
- Ter Kuile, M.M., van Lankveld, J.J., de Groot, E., Melles, R., Neffs, J., & Zandbergen, M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: process and prognostic factors. *Behavior Research Therapy, 45*, 359-373.
- Tolman, D.L. (2002). *Dilemmas of Desire: Teenage Girls Talk about Sexuality*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Tracy, J.L., Shaver, P.R., Albino, A.W., & Cooper, M.L. (2003). Attachment styles and adolescent sexuality. Dans P. Florsheim (Ed.) *Adolescent Romantic Relations and Sexual Behavior: Theory, Research, and Practical Implications* (p.137-159). Mahwah, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Trapnell, P.D., Meston, C.M., & Gorzalka, B.B. (1997). Spectatoring and the relationship between body image and sexual experience: self-focus or self-valence? *Journal of Sexual Research*, 34(3), 267-278.
- Trompeter, S.E., Bettencourt, R., & Barrett-Connor, E. (2012). Sexual activity and satisfaction in healthy community-dwelling older women. *American Journal of Medicine*, 125(1), 37-43.
- Trudel, G. (2003). *La Baisse du Désir Sexuel. Méthodes d'Évaluation et de Traitement*. Paris : Masson.
- Trudel, G. (1991a). A review of psychological factors in low sexual desire. *Sexual and marital therapy*, 6, 261-272.
- Trudel, G. (1991b). Evaluation et traitement du désir sexuel hypoactif. *Science et comportement*, 21, 26-39.
- Trudel, G. (1992). Troubles du désir sexuel. Dans R. Ladouceur, O. Fontaine, J. Cottraux (Eds.) *Thérapie Comportementale et Cognitive* (p.137-159). Paris : Masson.
- Trudel, G. (1993). Le désir sexuel hypoactif chez le couple : perspective cognitivo-comportementale. *Revue Québécoise de Psychologie*, 14, 139-153.
- Trudel, G. (1995). Evaluation et traitement du désir sexuel hypoactif. *Cahier de Sexologie Clinique*, 21, 15-25.
- Trudel, G. (2000). *Les Dysfonctions Sexuelles : Évaluation et Traitement par des Mesures Psychologique, Interpersonnelle et Biologique*. 2^{ème} édition. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Trudel, G., Aubin, S., & Ravart, M. (2003). Utilisation de l'entraînement aux fantasmes sexuels dans le traitement de la baisse du désir sexuel. *La Baisse du Désir Sexuel. Méthodes d'Évaluation et de Traitement*. Paris : Masson.

- Trudel, G., de Sutter, P., & Hubin, A. (2011). Désir sexuel hypoactif. Dans F.-X. Poudat (Ed.) *Sexualité, couple & TCC. Les Difficultés Sexuelles. Volume 1* (p. 129-148). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Trudel, G., Marchand, A., Ravart, M., Aubin, S., Turgeron, L., & Fortier, P. (2001). The effect of a cognitive behavioral treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sexual and Relational Therapy, 16*,145-164.
- Trudel, G., Turgeon, L., & Piché, L. (2000). Marital sexual aspects of old age. *Sexual Relationship Therapy, 15*(4), 381-406.
- Trudel, G., Ravart, M., & Aubin, S. (1996). Hypoactive sexual desire in couples. Dans J. Lonsdale (Ed.) *The Hatherleigh Guide to Marriage and Family Therapy* (p.112-123). New-York: Hatherleigh.
- Van der Wal, C.N., & Kok, N.R. (2019). Laughter-inducing therapies: Systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine, 232*, 473-488.
- Van Lankveld, J.J., Granot, M., Weijmar Schultz, W.C.M.W., Binik, Y.M., Wesselmann, U., Pukall, C.F., Bohm-Starke, N., & Achtrari, C. (2010). Women's sexual pain disorders. *Journal of Sexual Medicine, 7*(1), 615-631.
- Van Lankveld, J.J., & Grotjohann, Y. Psychiatric comorbidity in heterosexual couples with sexual dysfunction assessed with the composite international diagnostic interview. *Archives of Sexual Behavior, 29*, 479-498.
- Velten, J., & Brotto, L.A. (2017). Interoception and sexual response in women with low sexual desire. *Plus One, 12*(10): e0185979.
- Velten, J., Margraf, J., Chivers, M.L., & Brotto, L.A. (2018). Effects of mindfulness task on women's sexual response. *Journal of Sexual Medicine, 55*(6), 747-757.
- Vencil, J.A., Tebbe, E.A., & Garros, S. (2015). It's not the size of the boat or the motion of the ocean: the role of self-objectification, appearance anxiety, and depression in female sexual functioning. *Psychology of Women Quarterly, 39*(4), 471-483.
- Ventegodt, S. (1998). Sex and quality of life in Denmark. *Archives of Sexual Behavior, 27*(3) : 295-307.

Weijmar Schultz, W.C., Gianotten, W.L., van der Meijden, W.I., van de Wiel, H.B., Bindeman, L., Chadha, S., & Drogendijk, A.C. (1996). Behavioral approach with or without surgical intervention to the vulvar vestibulitis syndrome: A prospective randomized and non randomized study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *17*(3), 143-148.

West, S.L., D'Aloisio, A.A., Agans, R.P., Kalsbeek, W.D., Borisov, N.N., & Thorp, J.M. (2008). Prevalence of low desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Archives of internal Medicine*, *168*, 1441-1449.

Whipple, B. (2002). Women's sexual pleasure and satisfaction. A new view of female sexual function. *The Female Patient*, *27*, 39-44.

Whipple, B., & Brash-McGreer, K. (1997). Management of female sexual dysfunction. Dans M.L. Sipski, & C.J. Alexander (Eds) *Sexual Function in People with Disability and Chronic Illness. A Health Professionals Guide* (p. 509-534). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, Inc.

Whipple, B., & Perry, J.D. (2002). The G-spot: a modern gynecologic myth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *187*(2), 519-520.

Wiederman, M., & Hurst, S. (1997). Physical attractiveness, body image and women's sexual self-schema. *Psychology of Women Quarterly*, *21*(4), 567-580.

Willi, J., & Burri, A. (2015). Emotional intelligence and sexual functioning in a sample of swiss men and women. *Journal of Sexual Medicine*, *12*(10), 2051-2060.

Wilson, S.K., Delk, J.R., & Billups, K.L. (2001). Treating symptoms of female sexual arousal disorder with the Eros-Clitoral Therapy Device. *Journal of Gender-specific Medicine*, *4*, 54-58.

Wilson, G.D., & Lang, R.J. (1981). Sex differences in sexual fantasy patterns. *Personality and Individual Differences*, *2*(4), 343-346.

Witting, K., Santtila, P., Varjonen, M., Jern, P., Johansson, A., Von de Pahlen, B., & Sandnabba, K. (2008). Female sexual dysfunction, sexual distress, and compatibility with partner. *Journal of Sexual Medicine*, *5*, 2587-2599.

Wolpe, J., & Lazarus, A.A. (1966). *Behavior Therapy Techniques: A Guide to the Treatment of Neuroses*. New-York: Pergamon.

- World Health Organization (2010). *Measuring Sexual Health: Conceptual and practical considerations and related indicators*. Geneva: WHO Document Production Services.
- Wouda, J.C., Hartman, P.M., Bakker, R.M., Bakker, J.O., & van de Wiel, H.B.M. (1998). Vaginal plethysmography in women with dyspareunia. *Journal of Sex Research*, 35, 141-147.
- Wright, J. (1985). *La survie du couple*. Montréal : La Presse.
- Wunsch, S. (2014). *Comprendre les Origines de la Sexualité Humaine*. Paris : L'Esprit du Temps.
- Wylomanski, S., Bouquin, R., Philippe, H.-J., Rouzier, R., Dréno, B., & Quereux, G. (2013). Validation de la Version Française du Female Sexual Function Index auprès d'un échantillon de la population française. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 40(12S1), 473.
- Wyverkens, E., Dewitte, M., Deschepper, E., Corneille, J., Van der Bracht, L., Van Regenmortel, D., Van Cleempoel, K., De Boose, N., Prinssen, P., T'Sjoen, G. (2018). YSEX? A replication study in different age groups. *Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 492-501.
- Yates, E., Barbaree, H.E., & Marshall, W.L. (1984). Anger and deviant sexual arousal. *Behavior Therapy*, 15(3), 287-294.
- Young, M., Denny, G., Young, T., & Luquis, R. (2000). Sexual satisfaction among married women. *American Journal of Health Studies*, 16, 73-84.
- Zolnoun, D.A., Hartmann, K.E., & Steege, J.F. (2003). Overnight 5% lidocaine ointment for treatment of vulvar vestibulitis. *Obstetrics and Gynecology*, 102, 84-87.

ANNEXES

Annexe 1. Tableau des questions de l'entretien semi-directif

Comportements	Généraux	Pouvez-vous décrire ce que vous faites ? Comment vous vous comportez ?
	Mouvements	Veillez décrire comment vous bougez ? Comment varie votre tonus musculaire ? Comment varie votre respiration ?
Cognitions	Générales	A quoi pensez-vous ? Qu'est-ce que vous vous dites dans votre tête ?
	Erotiques	Y a-t-il des pensées érotiques (qui produise de l'excitation sexuelle) dans votre tête ? Pouvez-vous les décrire ?
Ressentis	Emotions	Quelles émotions ressentez-vous ?
	Sensations	Que ressentez-vous dans votre corp ? Décrivez vos sensations corporelles

Annexe 2. Tableau récapitulatif des principaux thèmes rapportés par les femmes satisfaites versus insatisfaites sexuellement

	Femmes satisfaites sexuellement (N =11)	Femmes insatisfaites sexuellement (N = 12)
Comportements et mouvance corporelle	<u>PRELIMINAIRES</u>	
	Entreprenante, mobile - 100%	Passivité/immobilité - 25%
	Ondulante - 45%	
	Guidée par les manifestations du partenaire - 9%	Guidée par les manifestations du partenaire - 58%
	<u>PENETRATION PHALLO-VAGINALE</u>	
	Déterminées – 73%	Positions qui favorisent la maîtrise – 50%
	Accélération des rythmes – 83%	Mouvements rapides/saccadés – 25%
	Mouvement de bascule avant-arrière du bassin – 36%	Mouvements circulaires du bassin – 17%
	Utilisation des muscles du plancher pelvien – 36%	Statique/Immobiles – 25%
	A l’écoute du partenaire – 36%	A l’écoute du partenaire – 50%
Je contracte mes fesses ou mon ventre pour accélérer la venue de l’orgasme – 36%	S’adaptent à l’autre – 17%	
<u>AUTO-STIMULATIONS</u>		
Pratiquent – 73%	Pratiquent – 42%	
Utilisation de sex-toy’s – 36%		
Support visuel – 45%		
Mouvement de bassin – 45%	Immobiles – 42%	
Emotions et sensations corporelles	<u>PRELIMINAIRES</u>	
	Sensation de vide à combler/Envie de pénétration - 100%	

	<p>Chaleur - 64%</p> <p>Sensibilité accrue de la peau – 82%</p> <p style="text-align: center;"><u>PENETRATION PHALLO-VAGINALE</u></p> <p>Chaleur – 45%</p> <p>Humidité/moiteur – 27%</p> <p>Contractions vaginales – 27%</p> <p>Sensation d’être remplie – 45%</p> <p>Détente/soulagement/plénitude – 64%</p> <p style="text-align: center;"><u>AUTO-STIMULATIONS</u></p> <p>Chaleur – 45%</p> <p>Tension – 36%</p>	<p>Chaleur - 8%</p> <p>Sensibilité accrue de la peau – 42%</p> <p>Anxiété ou stress – 25%</p> <p>Chaleur – 17%</p> <p>Fatigue – 25%</p> <p>Sensations désagréables – 58%</p> <p>Chaleur – 17%</p>
Cognitions et pensées érotiques	<p style="text-align: center;"><u>PRELIMINAIRES</u></p> <p>Pensées positives centrées sur elle ou leur plaisir – 55%</p> <p>Pensées sur la virilité du partenaire – 36%</p> <p>Pensées érotiques – 82%</p> <p style="text-align: center;"><u>PENETRATION PHALLO-VAGINALE</u></p> <p>S’abandonner/profiter – 45%</p> <p>Pensées érotiques – 45%</p> <p>Symbolique de fusion – 73%</p> <p style="text-align: center;"><u>AUTO-STIMULATIONS</u></p> <p>Se faire plaisir – 18%</p> <p>Pensées érotiques – 100%</p>	<p>Pensées positives centrées sur elle ou leur plaisir – 33%</p> <p>Cognitions anxieuses, de performance – 75%</p> <p>Pensées érotiques – 33%</p> <p>Cognitions négatives – 58%</p> <p>Exercice physique ou faire plaisir à l’autre – 33%</p> <p>Pensées érotiques – 17%</p>

Annexe 3. Items du questionnaire de fonctionnement sexuel, classés par variables

COMPORTEMENTS ET MOUVANCE CORPORELLE	Séduction	<ul style="list-style-type: none"> - J'ai tendance à incliner ma tête - Il m'arrive de toucher mon visage, ma bouche - J'adopte une démarche sensuelle, je bouge consciemment plus mon bassin - Je tourne volontairement mon corps vers l'autre - Je réponds positivement aux signaux de séduction de l'homme - J'écoute activement ce que l'autre me dit - J'ai tendance à valoriser l'autre - J'agis de manière à ce qu'il ait l'impression que le jeu de séduction vienne de lui
	Préliminaires	<ul style="list-style-type: none"> - Je trouve agréable la pratique de la fellation - J'apprécie en général les baisers et caresses sur mon sexe - J'apprécie que mon partenaire pénètre mon vagin avec ses doigts ou un objet - Il peut m'arriver de caresser moi-même mon sexe - Je bouge de manière ondulante - J'apprécie être entreprenante - Mes comportements sont généralement, guidés par mes propres sensations plutôt que par les manifestations de mon partenaire - J'aime me laisser faire par mon partenaire
	Excitation	<ul style="list-style-type: none"> - J'aime les baisers prolongés - Je bouge mon bassin pour augmenter mes sensations
	Pénétration	<ul style="list-style-type: none"> - Je prends du plaisir à la pénétration anale - J'aime ressentir une certaine domination de l'homme sur moi - J'apprécie un rythme crescendo dans les mouvements de pénétration - Je fais des mouvements avant-arrière de bassin - J'aime caresser mon partenaire sur différente partie de son corps - J'aime l'idée de masser le sexe de l'homme en moi - J'augmente mes sensations vaginales en contractant mes muscles internes - Je caresse mon clitoris - Je contracte mes fesses pour accélérer la venue de l'orgasme - Je bouge mon bassin et contracte mes muscles internes pour procurer des sensations à mon partenaire - Je bouge peu pour m'adapter à mon partenaire

	Auto-stimulations	<ul style="list-style-type: none"> - Je pratique les auto-stimulations - Je trouve agréable de me pénétrer avec les doigts ou un objet dans le vagin - J'apprécie de pénétrer mes doigts ou un objet dans l'anus - J'utilise un support visuel (vidéo ou livre) à caractère érotique ou pornographique pour m'exciter - Je bouge peu pour être focalisée sur mes sensations
COGNITIONS ET PENSEES EROTIQUES	Séduction	<ul style="list-style-type: none"> - Je me sens méfiante au sujet des intentions de l'autre - Je pense au fait que mon partenaire est attirant - J'anticipe agréablement les futurs contacts physiques, la suite des évènements
	Préliminaires	<ul style="list-style-type: none"> - J'aime l'idée que mon partenaire est puissant, viril
	Excitation	<ul style="list-style-type: none"> - Je centre mon attention sur le fait de me détendre
	Pénétration	<ul style="list-style-type: none"> - Je suis centrée sur le fait de jouir - Je m'abandonne à l'instant présent - Je me focalise aussi sur le plaisir de mon partenaire - Cela me plaît de me sentir en fusion physique avec mon partenaire pour lequel je ressens de l'affection - Je me demande comment je dois agir
	Pensées érotiques Fantasmes	<ul style="list-style-type: none"> - J'imagine faire l'amour sauvagement - Je fantasme sur des scènes de pénétration, ou j'imagine qu'un homme me pénètre - J'imagine faire l'amour à plusieurs ou que d'autres hommes s'occupent de moi - Je trouve stimulant de penser que je me fais prendre par mon partenaire - Mes pensées érotiques tournent autour de caresses ou préliminaires entre partenaires
EMOTIONS ET SENSATIONS CORPORELLES	Séduction	<ul style="list-style-type: none"> - Il m'arrive de percevoir l'envie de contact physique avec l'autre - Je me sens valorisée dans ma féminité - Il m'arrive de percevoir du désir sexuel
	Préliminaires	<ul style="list-style-type: none"> - Je ressens la vasocongestion (chaleur et gonflement) dans mes parties génitales - Je ressens l'envie d'être pénétrée - Je perçois une tension au niveau de mes seins
	Excitation	<ul style="list-style-type: none"> - Ma peau a une sensibilité accrue - Je perçois de la chaleur dans mon corps - Je sens de la tension dans mon corps - J'aime percevoir la lubrification, l'humidité de mes parties génitales
	Pénétration	<ul style="list-style-type: none"> - Je sens les contractions de mon vagin - Je ressens une émotion de plénitude

		- J'ai la sensation d'être remplie
--	--	------------------------------------

Annexe 4. Questionnaire d'habiletés érotiques

HABILETÉS ÉROTIQUES COGNITIVES

Évaluation de l'imaginaire érotique

- 08 Dans mon imaginaire érotique, je vis une scène
- 09 Dans mon imaginaire érotique, je suis active dans cette scène
- 10 Dans mon imaginaire érotique, je suis génitalement stimulée
- 11 Dans mon imaginaire érotique, la thématique est érotique
- 12 Dans mon imaginaire érotique, la thématique est sexuelle

Évaluation de l'attention tournée vers les stimuli sexuels

- 07 Lors des phases d'excitation sexuelle, je suis concentrée sur la situation sexuelle qui est en train de se dérouler ou sur mes sensations sexuelles
- 15 J'aime l'idée que mon partenaire est puissant, viril
- 27 Je m'abandonne à l'instant présent
- 19 (R) Je me demande comment je dois agir
- 22 J'aime l'idée de masser le sexe de l'homme avec mon sexe

HABILETÉS ÉROTIQUES COMPORTEMENTALES

Évaluation de l'utilisation du mouvement général du corps

- 14 J'apprécie être entreprenante
- 28 J'aime caresser mon partenaire sur différentes parties de son corps
- 25 (R) Je bouge peu pour m'adapter à mon partenaire

Évaluation de l'utilisation du bassin

- 05 Lorsque je suis excitée, je bouge mon bassin
- 31 Je bouge mon bassin et contracte mes muscles internes pour nous procurer des sensations

Évaluation de la respiration

- 04 Pendant les activités sexuelles, je respire généralement bouche ouverte

Évaluation du tonus musculaire péri-génital

- 03 (R) Pour augmenter mon excitation/mes sensations, j'ai tendance à contracter mes cuisses et/ou mes fesses et/ou mes abdominaux et/ou mes adducteurs

Évaluation de l'utilisation des muscles du plancher pelvien

02 Lors des activités sexuelles, j'utilise mes muscles internes (muscles du périnée ou plancher pelvien = muscles qui entourent l'entrée de votre vagin)

PERCEPTION DE RESENTIS POSITIFS

Évaluation des émotions

30 Je ressens une émotion de plénitude

32 Cela me plaît de me sentir en fusion physique avec mon partenaire pour lequel je ressens de l'affection

Évaluation des sensations sexuelles

13 Je perçois une tension au niveau de mes seins

16 Je ressens la vaso-congestion (chaleur et gonflement) dans mes parties génitales

17 Je ressens l'envie d'être pénétrée

18 Je perçois de la chaleur dans mon corps

20 Ma peau a une sensibilité accrue

21 Je sens de la tension dans mon corps

23 Mes comportements sont généralement guidés par mes propres sensations plutôt que par les manifestations de mon partenaire

24 J'aime percevoir la lubrification, l'humidité de mes parties génitales

26 J'ai la sensation d'être remplie

29 Je perçois les contractions de mon vagin

Annexe 5. Tableau de cotation du Female Sexual Function Index

Domaines	Items	Score	Coefficient	Score min.	Score max.
Désir	1-2	1-5	0,6	1,2	6
Excitation	3-6	0-5	0,3	0	6
Lubrification	7-10	0-5	0,3	0	6
Orgasme	11-13	0-5	0,4	0	6
Satisfaction	14-16	0 ou 1-5	0,4	0	6
Douleur	17-19	0-5	0,4	0	6
Score composite				2	36

Annexe 6. Tableau de cotation de la SAQ

Domaine	Items	Score	Total score min.	Total score max.
Conscience sexuelle	1 ; 3 ; 6 ; 8 ; 11 ; 13	0-4	0	24
Assertivité sexuelle	2 ; 4(r) ; 5(r) ; 7 ; 9 ; 10 ; 12	0-4	0	28

Annexe 7. Tableau de cotation du questionnaire d'habiletés érotiques

Domaine	Items	Score	Total score min.	Total score max.
Habiletés érotiques cognitives	7 ; 8-12 ; 15 ; 19(r) ; 22 ; 27	0-4	0	28
Habiletés érotiques comportementales	1-6 ; 14 ; 25 ; 28 ; 31	0-4	0	40
Perception de ressentis positifs	13 ; 16-18 ; 20 ; 21 ; 23 ; 24 ; 26 ; 29 ; 30 ; 32	0-4	0	48

