



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Troubles du désir sexuel chez la femme : une étude qualitative  
explorant l'expérience sensible et les représentations de 19  
patientes dans le Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 11 avril 2023 à 16h  
au Pôle Formation

**par Sofia DANDOIS**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François MEDJKANE**

**Assesseurs :**

**Madame le Docteur Judith OLLIVON**

**Madame le Docteur Audrey LOMBART**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Guillaume SERRON**

---

## **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.



# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b>	<b>7</b>
<b>RESUME</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>10</b>
1. Contextualisation	10
2. Définir le désir sexuel	11
3. Les différentes modélisations de la sexualité féminine	12
4. Le trouble de l'intérêt ou de l'excitation sexuelle féminine selon le DSM-V	15
5. Des modèles qui occultent l'influence du contexte socioculturel	16
6. Epidémiologie	17
<b>METHODE</b>	<b>18</b>
1. Objectif de l'étude	18
2. Type d'étude	18
3. Population étudiée	18
4. Mode de recrutement	19
5. Mode de recueil des données	19
6. Analyse	20
7. Aspect juridique	21
<b>RESULTATS</b>	<b>22</b>
1. Caractéristiques de la population	22
2. Un désir sous l'influence de facteurs propres aux patientes	24
2.1 Des facteurs qui majorent le désir	24
2.2 Des facteurs qui freinent le désir	26
3. Un désir sous l'influence de facteurs propres à leurs partenaires	34
3.1 Des facteurs qui majorent le désir	34
3.2 Des facteurs qui freinent le désir	36
4. Les caractéristiques de l'interaction entre la patiente et son partenaire	37
4.1 Des facteurs qui majorent le désir	37
4.2 Des facteurs qui freinent le désir	40
5. Les projections des patientes	44
5.1 Des contextes qui encouragent le désir	44
5.2 Des contextes peu propices au désir	49

5.3 Nourrir son imaginaire	49
5.4 Modélisation	52
6. L'influence de la société	52
6.1 Le modèle patriarcal	52
6.2 Une injonction à la sexualité pénétrative orgasmique	59
6.3 La femme, objet de désir	62
6.4 L'influence de l'éducation et des facteurs culturels	63
6.5 La sexualité féminine, un tabou	67
6.6 Se questionner sur sa normalité	69
6.7 Un impact à nuancer	70
6.8 Modélisation	71
7. Les représentations du désir	71
7.1 Des définitions distinctes	71
7.2 Des associations multiples	73
7.3 Place de la sexualité	75
7.4 Le désir évolue	77
7.5 Modélisation	79
8. Les manifestations du désir	80
8.1 Manifestations physiques	80
8.2 Manifestations psychologiques	81
8.3 Leurs circonstances d'apparition	82
9. La masturbation	83
9.1 Différentes fonctions	83
9.2 Un impact inconstant	84
9.3 Modélisation	87
10. Les conséquences d'une baisse de désir	87
10.1 Un panel de sentiments négatifs	87
10.2 Une souffrance inconstante	91
10.3 Modélisation	93
11. Des attitudes proactives pour entretenir le désir	93
11.1 Déconstruire les normes sociétales	93
11.2 Se réapproprier son corps et son désir	97
11.3 Cultiver son désir	99

11.4 Travailler sur soi	102
11.5 Sensibiliser	103
11.6 Modélisation	104
12. Les attentes des patientes sur la question du désir	104
12.1 A propos du médecin généraliste	104
12.2 A propos de la relation médecin-patiente	109
12.3 A propos des missions du médecin	109
12.4 Des ambivalences	116
12.5 Des facteurs intrinsèques impactant le discours	117
12.6 Modélisation	118
13. Modèle explicatif final	119
<b>DISCUSSION</b>	<b>120</b>
1. Forces et limites de l'étude	120
1.1 Points forts méthodologiques	120
1.2 Limites méthodologiques	121
2. Discussion des résultats et comparaison aux données de la littérature	122
2.1 Les facteurs d'influence du désir	122
2.2 Le poids de la société	126
2.3 Une nouvelle définition du DSM-V controversée	131
2.4 Le rôle du médecin généraliste	132
3. Perspectives	134
<b>CONCLUSION</b>	<b>135</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>136</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>I</b>

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

BDSM : Bondage, Discipline, Sadisme, Masochisme

COREQ : Consolidated criteria for Reporting Qualitative research

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FSFH : Femme ayant des relations Sexuelles avec des Femmes et des Hommes

FSH : Femme ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

HCE : Haut Conseil à l'Égalité

HSSD : Hypoactive Sexual Desire Disorder, se traduisant par trouble du désir sexuel hypoactif

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

POP : Pilule OestroProgestative

WONCA : World Organisation of National Colleges, Academic Associations of General Practitioners

## RÉSUMÉ

**Introduction** : La sexualité fait partie intégrante de la bonne santé. Le trouble du désir est la dysfonction sexuelle féminine la plus fréquente. Il reste peu abordé en consultation de médecine générale. Les travaux récents ont amené à l'inscrire dans le DSM-V comme une insuffisance du fonctionnement physiologique, sans tenir compte des facteurs socioculturels. L'objectif de ce travail était d'explorer le plus largement possible les représentations et l'expérience sensible du trouble du désir sexuel féminin, chez les patientes exprimant cette plainte en médecine générale.

**Méthode** : Etude qualitative transversale par entretiens semi-dirigés auprès de 19 patientes. L'échantillonnage a été réalisé selon la stratégie « raisonnée théorique ». Le recrutement s'est déroulé en deux phases (initialement directement en consultation de médecine générale, secondairement par l'intermédiaire d'un affichage en salle d'attente). Les verbatims d'entretien ont fait l'objet d'une analyse inductive inspirée de la théorisation ancrée.

**Résultats** : Une baisse de désir est majoritairement décrite comme une fluctuation non pathologique par les femmes concernées. Elle est source de souffrance lorsqu'elle est durable dans le temps ou lorsqu'elle a un impact délétère sur la conjugalité. Le développement d'une attitude proactive d'entretien du désir est fréquent chez les patientes interrogées. Les facteurs d'influence du désir sexuel féminin sont multiples et leurs interactions sont complexes et singulières. Les injonctions sociétales multiples et parfois paradoxales, sur la base de représentations patriarcales ancrées dans l'inconscient collectif, imposent aux femmes un modèle normatif de sexualité peu désirable. La majorité des patientes interrogées estiment que le médecin généraliste a un rôle clé à jouer dans la problématique du désir. Prévention, dépistage, solutions concrètes et coordination pluridisciplinaire sont attendus; idéalement sur un temps de consultation spécifiquement dédié. Une relation médecin-patiente fondée sur la confiance et une attitude d'écoute bienveillante, dénuée de jugement, sont des déterminants majeurs dans l'abord de cette question.

**Conclusion** : Les femmes font état d'un modèle sociétal normatif de la sexualité peu désirable. Une baisse de désir n'est pathologique que lorsqu'elle est durable dans le temps, qu'elle a un impact délétère sur la conjugalité ou qu'elle est source de souffrance. Cette problématique fait partie des prérogatives du médecin généraliste. Celui-ci, pour y répondre, doit être capable d'intégrer l'ensemble des facteurs d'influence du désir et leurs interactions, dans une modélisation singulière et holistique centrée patiente.

*« Le désir n'est pas compréhensible si l'on se limite à vouloir l'expliquer d'un point de vue rationnel » - Michela Marzano*

# INTRODUCTION

## **1. Contextualisation**

Depuis l'Antiquité, la sexualité fait partie de l'essence même du genre humain et de nos sociétés, en contribuant à certaines fonctions sociales majeures telles que la reproduction (1).

La révolution sexuelle naît en Suède dans les années 1960. Elle témoigne d'une transformation des comportements sexuels comprenant l'égalité des sexes et la possibilité d'une sexualité non procréatrice, plaçant le plaisir comme finalité en soi. Les droits des femmes à disposer de leur propre corps et d'affirmer leurs besoins dans le domaine de la sexualité diffusent dans le monde occidental (2). En France, la découverte et la démocratisation de la pilule contraceptive (loi de Neuwirth, 1967) ainsi que la légalisation de l'avortement (loi Veil, 1975) contribuent à dissocier la sexualité de la reproduction.

En 1975, l'Organisation Mondiale de la Santé propose une première définition de la santé sexuelle comme « l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, réalisée selon des modalités épanouissantes qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour. » (3). Ce concept se tient à la croisée de préoccupations gouvernementales, politiques, médicales et sociales et vise à promouvoir le bien-être et l'épanouissement personnel. Cette définition est revue et complétée en 2002 : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de 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 qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence».

En 2006, en France, 84% des personnes interrogées considèrent la sexualité comme importante ou indispensable au bien être; pour autant seuls 2% à 11% ont consulté un médecin à ce sujet (4).

## **2. Définir le désir sexuel**

Du latin « desiderare » qui signifie regretter l'absence de quelqu'un ou quelque chose, le désir sexuel est un concept multidimensionnel. Platon et Sartre décrivent l'être humain comme un être non abouti, qui cherche dans le désir de l'autre une façon de se compléter (5). La sexologue américaine Helen Kaplan définit le désir comme une majoration de la fréquence et de l'intensité des pensées, des fantasmes et de l'envie de l'acte sexuel (6). Le désir implique l'hypothalamus et le système limbique. Il met en jeu des neurotransmetteurs des circuits de la motivation et de la récompense (sérotonine, dopamine, acétylcholine) ainsi que différentes hormones sexuelles (testostérone, progestérone, œstrogène, prolactine) (7).

En 2003, Gilles Trudel propose une définition plus complète du désir, englobant ses dimensions biologiques et psychoaffectives subjectives : « 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 » (8).

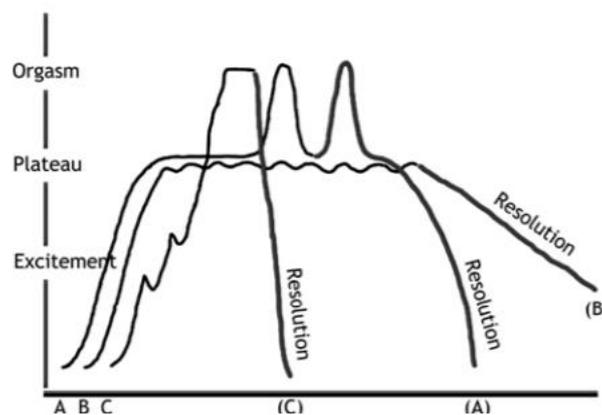
Sigmund Freud, fondateur de la psychanalyse au début XXe siècle, définit la libido comme l'énergie psychique de la pulsion sexuelle (9). Pour certains, synonyme du désir, nous avons fait le choix ici de ne pas employer ce terme imprécis.

### 3. Les différentes modélisations de la sexualité féminine

Ces cinquante dernières années, les conceptions de la santé sexuelle et en particulier de la réponse sexuelle féminine ont connu des évolutions majeures. Il existe peu d'études physiologiques avant les années 2000, l'essentiel de la recherche étant constitué d'études descriptives épidémiologiques.

Alfred Kinsey, sexologue américain, publie deux ouvrages cruciaux en 1948 et 1953 sur le comportement sexuel masculin et féminin à partir d'informations auto-rapportées de larges cohortes d'hommes et de femmes. Il s'agit des premières descriptions scientifiques des réactions physiques et psychologiques de la sexualité humaine (10,11).

En 1966, William Masters et Virginia Johnson, réalisent les premières études anatomophysiologiques, visant à « capturer expérimentalement » les faits biologiques lors de l'acte sexuel. Ils modélisent un « cycle de la réponse sexuelle humaine » en quatre étapes, indifférenciés selon le sexe (12) : **excitation, plateau, orgasme et résolution.**

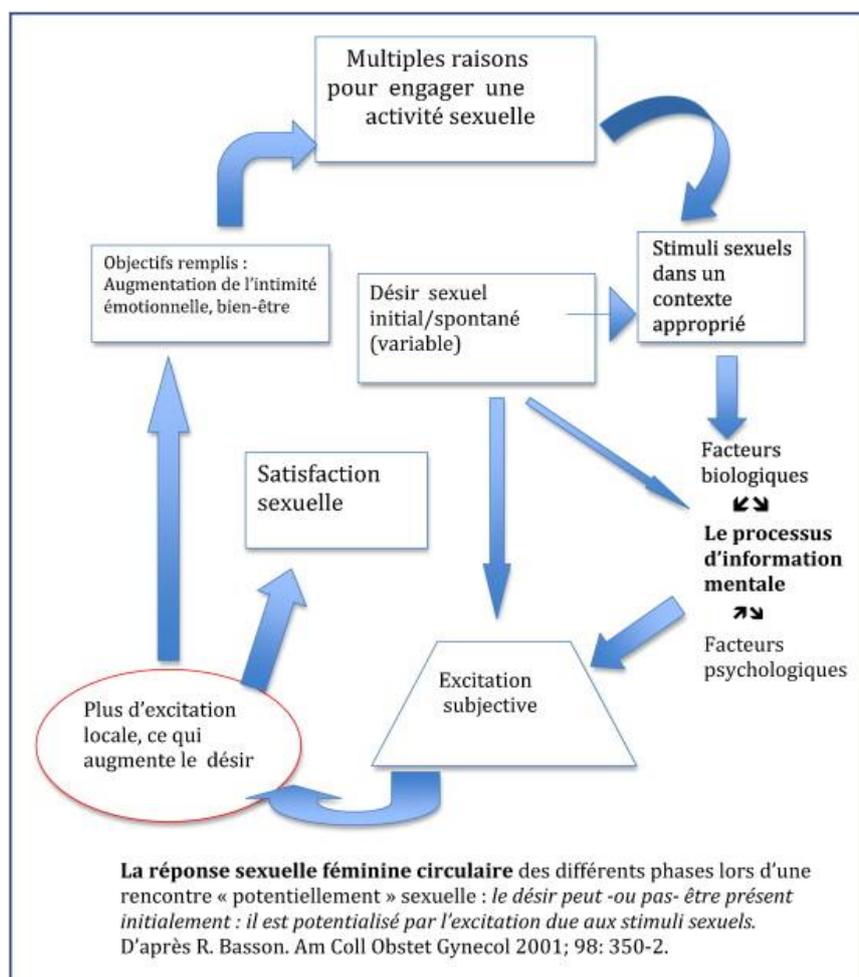


*Figure 1 : modèle linéaire de la réponse sexuelle humaine, d'après Masters et Johnson (1966)*

Helen Singer Kaplan, mêlant inspirations psychanalytiques et techniques comportementales, propose quant à elle en 1979 un modèle en trois phases : **désir, excitation, orgasme.** Celui-ci est également identique pour les deux sexes. Elle insiste sur l'importance du désir, comme principal acteur et initiateur de la réponse sexuelle féminine (13). On lui doit notamment, aux

côtés du psychiatre Harold Lief, l'introduction de la baisse de désir sexuel dans la troisième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) en 1980, sous la formulation initiale d'« inhibition du désir sexuel » (14). Celle-ci laisse place à la terminologie de « trouble du désir sexuel hypoactif » (HSDD) lors de sa révision en 1987, qui perdurera jusqu'à la quatrième version du DSM (DSM IV), avant d'être actualisée en 2013 (DSM V).

Au tournant des années 2000, de nombreux chercheurs et sexologues critiquent ces modèles linéaires, jugés épiciènes et peu représentatifs de l'expérience vécue par un grand nombre de femmes (15,16). Rosemary Basson, en particulier, reproche aux schémas sexologiques classiques de poser la « réponse masculine » comme référence du processus sexuel humain. Elle propose un schéma des multiples interactions entre les facteurs psychosociaux et le fonctionnement sexuel féminin (16).



*Figure 2 : modèle circulaire de la réponse sexuelle féminine d'après R. Basson, traduit de l'anglais par F. Cour (16,17)*

R. Basson met en évidence que l'absence de désir sexuel spontané n'empêche pas les femmes d'être réceptives à des stimuli sexuels extérieurs, notamment ceux venant de leur partenaire. Le désir n'est plus considéré comme l'étape précédant obligatoirement l'excitation sexuelle. S'appuyant sur des observations cliniques, elle introduit la notion de désir réactif, en lien avec des « bénéfiques » et « récompenses » non sexuels qui motivent la femme à engager (ou à poursuivre) une activité sexuelle. On peut citer par exemple : la recherche d'une plus grande proximité émotionnelle avec le partenaire, la réponse au désir du partenaire, se sentir bien, valorisée... (18). Les facteurs biologiques et psychologiques jouent ici un rôle de médiateur, venant faciliter ou inhiber l'impact des stimuli sexuels. R. Basson a eu une fonction décisive dans le système de classification des dysfonctions sexuelles féminines.

Au XXI<sup>e</sup> siècle, les neurosciences soulignent l'idée d'une nature cérébrale du désir, en ancrant les émotions (et par extension le désir) dans des circuits et réseaux neuronaux, visualisables par techniques d'IRM fonctionnelle notamment. Le siège de la sexualité est ainsi déplacé de l'appareil génital vers le cerveau. Le concept de « fonction sexuelle » féminine, organique et physiologique fait son apparition (19).

#### **4. Le trouble de l'intérêt ou de l'excitation sexuelle féminine selon le DSM-V**

La nouvelle formulation diagnostique du trouble du désir dans le DSM-V marque une volonté de s'éloigner des modèles linéaires de la réponse sexuelle humaine (tels que ceux de Kaplan ou Masters et Johnson), pour se rapprocher du modèle circulaire de Basson.

Les troubles du désir masculin et du désir féminin y sont désormais scindés en deux catégories différenciées. Le versant masculin conserve quasiment à l'identique sa définition initiale à savoir, celle d'une « déficience (ou absence) persistante ou répétée de pensées d'ordre sexuel ou érotique, ou de fantasmes et du désir d'activité sexuelle ». Le versant féminin est étiqueté « trouble de l'intérêt ou de l'excitation sexuelle féminine » (20). Il est caractérisé par une déficience ou une réduction significative de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle, se manifestant par au minimum trois des critères suivants :

- Absence ou diminution de l'intérêt pour l'activité sexuelle.
- Absence ou diminution des pensées ou des fantasmes sexuels ou érotiques.
- Peu ou pas d'initiation de l'activité sexuelle, et notamment absence de réceptivité aux tentatives d'initier une activité sexuelle de la part d'un partenaire.
- Absence ou diminution de l'excitation ou du plaisir sexuel dans presque toutes ou dans toutes (environ 75% à 100%) les situations de rencontres sexuelles
- Absence ou diminution de l'intérêt sexuel ou de l'excitation sexuelle en réponse aux signaux sexuels ou érotiques, internes ou externes (par exemple, écrits, verbaux, visuels.)
- Absence ou diminution des sensations génitales ou non génitales pendant l'activité sexuelle dans presque toutes ou dans toutes les rencontres sexuelles.

Ces symptômes doivent persister six mois minimum et être à l'origine d'une détresse significative. Ils ne doivent pas être mieux expliqués par une pathologie psychiatrique et ne sont pas dus aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale (20).

## **5. Des modèles qui occultent l'influence du contexte socioculturel**

Les modèles précédents envisagent la sexualité féminine comme une « fonction » autonome et ses dysfonctionnements comme une insuffisance du fonctionnement physiologique normal. C'est cependant occulter le contexte socioculturel dans lequel la sexualité s'inscrit forcément (19,21).

E. Kaschak et L. Tiefer réfutent les concepts physiologiques de la fonction sexuelle qu'elles considèrent comme inappropriés, ne saisissant pas l'essence de la sexualité féminine - indissociable de ses dimensions psychosociales et culturelles (22).

Pour Michel Bozon, sociologue « il n'existe de sexualité que socialement construite [...] et les limites même du sexuel sont culturellement et socialement mouvantes » (23).

Aujourd'hui, malgré les avancés indéniables pour les droits des femmes, permises entre autres par la révolution sexuelle ; les rapports de genre et de domination persistent et assignent les femmes à des types d'interactions sexuelles pour lesquelles elles ont parfois de bonnes raisons de ne pas éprouver de désir (19). John Bancroft, avance l'idée selon laquelle la diminution de l'intérêt sexuel n'est pas nécessairement dysfonctionnelle, mais serait au contraire, dans un certain nombre de situations, la seule forme de réponse adaptée (24).

La diminution du désir féminin ne se résume pas à une anomalie d'un fonctionnement physiologique normal.

## **6. Epidémiologie**

Une étude réalisée en 2021 sur 5025 femmes vivant dans cinq pays européens (Espagne, Italie, France, Allemagne, Royaume-Uni) montre qu'en France 35% des femmes se considèrent comme insatisfaites de leur vie sexuelle, ce chiffre plaçant notre pays en tête de classement (25). En 2006, 55% des femmes françaises disent avoir été confrontées à des difficultés sexuelles, et 47% parmi elles - soit 1 femme sur 4 au total, de trouble du désir (26). Malgré l'existence d'une hétérogénéité dans les études, le manque de désir apparaît comme le trouble sexuel le plus fréquent chez les femmes (27–31), atteignant une prévalence d'environ 20 à 40% (32). Ce trouble touche plus fréquemment les femmes que les hommes (33). Il est associé à une diminution de la qualité de vie, une diminution du niveau global de bonheur et de satisfaction avec le partenaire (34–36), ainsi qu'à une détresse psychologique fortement corrélée à l'augmentation des scores de dépression et d'anxiété (30,37).

Malgré ce retentissement non négligeable pour les patientes, la sexualité reste un sujet tabou, que les praticiens et professionnels de santé ont du mal à aborder en consultation (38–40). En France, 9% des médecins interrogent leurs patientes à ce sujet (38), alors qu'une majorité des patientes considèrent qu'il est normal que leur médecin les questionne sur leur intimité et attendent une attitude proactive de sa part (41).

De nombreuses thèses font apparaître l'abord de la sexualité comme partie intégrante du rôle du médecin traitant, du point de vue des patients (42–46) mais aussi des médecins (47–50). La World Organisation of National Colleges, Academic Associations of General Practitioners (WONCA) mentionne la sexualité comme comptant parmi les compétences du médecin généraliste, dans la prise en charge globale de ses patients (51). Certains travaux proposent une question ouverte de dépistage des dysfonctions sexuelles en consultation (52,53).

Notre recherche documentaire n'a retrouvé aucune thèse portant spécifiquement sur le désir sexuel féminin et nous a conduits à mener ce travail.

# **METHODE**

## **1. Objectif de l'étude**

L'objectif principal de ce travail était d'explorer les représentations et l'expérience sensible du trouble du désir sexuel féminin chez les patientes exprimant cette plainte en médecine générale.

L'objectif secondaire était de déterminer les attentes des patientes à l'égard de leur médecin.

## **2. Type d'étude**

Nous avons réalisé une étude qualitative transversale, au moyen d'entretiens semi-dirigés avec analyse inductive, inspirée de la théorisation ancrée.

Le choix d'une étude qualitative a été retenu pour appréhender au mieux la complexité d'un phénomène multidimensionnel – biologique, psychologique, socioculturel – à partir du vécu et du ressenti des patientes concernées.

Les mots-clés du MESH caractérisant l'étude étaient les suivants : sexual health ; sexual dysfunctions ; hypoactive sexual desire disorder; qualitative research ; general practice

## **3. Population étudiée**

Les critères d'inclusion étaient les suivants : patientes de sexe féminin, majeures et volontaires pour l'étude. L'échantillonnage a été réalisé selon la stratégie « raisonnée théorique ». Nous avons eu pour but une diversité maximale des différents facteurs pouvant à priori influencer les réponses : l'âge, l'orientation sexuelle, le statut matrimonial, le lieu d'habitation.

#### **4. Mode de recrutement**

Le recrutement s'est déroulé en deux phases :

Lors de la première phase, les patientes étaient recrutées en consultation de médecine générale par moi-même ou par un autre médecin généraliste, dès lors qu'une plainte de trouble de désir était évoquée par une patiente - spontanément ou en réponse à une interrogation du médecin. Les médecins généralistes participants ont été recrutés par effet « boule de neige ». A noter qu'ils avaient tous une activité de gynécologie médicale. Une fiche d'information, dont mes coordonnées (adresse mail universitaire), était remise aux patientes volontaires.

Devant le peu de participation, une deuxième phase de recrutement a ensuite été mise en place, par affichage dans les salles d'attente de ces mêmes médecins généralistes aidant au recrutement (douze affiches au total dans différents cabinets du Nord-Pas-de-Calais, affiche présentée en annexe 1).

Le nombre d'entretiens a été déterminé par la suffisance des données. Celle-ci fut obtenue au 17<sup>e</sup> entretien, puis confirmée par deux entretiens supplémentaires n'ayant pas permis l'obtention de nouvelles données.

Le recrutement s'est déroulé entre le 1<sup>er</sup> juin 2022 et le 15 septembre 2022.

#### **5. Mode de recueil des données**

Nous avons choisi d'utiliser, pour cette étude, des entretiens semi-directifs individuels, compte tenu de l'aspect intime et délicat de certaines questions. L'objectif était de laisser libre cours à la parole de chacun, sans craindre le jugement d'autrui dans le cadre d'entretiens collectifs.

Un premier guide d'entretien a été rédigé à partir des objectifs de l'étude et des données de la littérature. Il a été revu par la relecture et les conseils de cinq médecins généralistes ayant une activité de gynécologie et de sexologie. Deux entretiens tests ont été réalisés auprès d'une interne en médecine générale et d'une participante qui n'était pas dans le domaine de la santé,

afin de s'assurer de la clarté des questions posées. Le guide a évolué au cours des entretiens pour gagner en pertinence. Les premières et dernières versions de ce guide sont annexées en fin de document (annexes 4 et 4bis).

Les entretiens ont été réalisés dans différents lieux selon le choix des patientes : à leur domicile, à mon domicile, à la terrasse d'un café, en extérieur ou encore par téléphone.

Ces derniers ont été doublement enregistrés (smartphone et dictaphone) par sécurité. Ils ont ensuite été retranscrits intégralement par verbatims, mot à mot et manuellement, à l'aide de l'outil de retranscription en ligne « O'transcribe ».

L'anonymisation des données a été garantie par l'attribution d'un code associant la lettre P comme « Patient » suivi d'un numéro par ordre croissant, correspondant à l'ordre de réalisation des entretiens.

## **6. Analyse**

Nous avons réalisé un codage sur trois niveaux : codage thématique ouvert, codage axial puis codage intégratif, à l'aide du logiciel N'Vivo 12 et selon la méthode de Christophe Lejeune (54). Le recueil, de même que l'analyse, ont été faits au fur et à mesure dans une démarche itérative.

Afin de renforcer la validité interne de notre étude, les données ont été triangulées. En effet, un double codage a été réalisé sur environ les 2/3 du codage ouvert (soit 13 entretiens au total), par plusieurs autres investigateurs formés à la méthode qualitative (C.C, C.D, M.G, P.D.).

Une analyse inductive des données a ensuite été réalisée par théorisation ancrée ou « grounded theory » permettant l'émergence d'un modèle explicatif, en lien avec un phénomène observé. Celui-ci est centré sur les interactions sociales (55).

Cette étude a été confrontée aux critères de scientificité de la grille Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ), dont 29 critères ont pu être validés (annexe 3).

## **7. Aspect juridique**

Une demande auprès du Délégué à la Protection des Données de l'Université de Lille a été réalisée le 19 mai 2022 avant le début des entretiens, permettant une inscription de l'étude au registre DPO sous la référence 2022-170 (document disponible en annexe 5).

Un consentement écrit a été rempli par chaque participante (ou recueilli à l'oral lors des entretiens téléphoniques) au début des entretiens, concernant l'enregistrement et la retranscription des entretiens (document présenté en annexe 2). Les enregistrements audios ont été détruits à la suite de la retranscription.

# RÉSULTATS

## 1. Caractéristiques de la population

Dix-neuf entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre le 1<sup>er</sup> juin 2022 et le 15 septembre 2022.

L'entretien le plus court durait 15 minutes et 28 secondes, le plus long une heure et 40 minutes.

La durée moyenne était de 34 minutes et 42 secondes.

L'âge des participantes variait de 26ans à 82ans, avec une moyenne à 44,3 ans.

	Age	Lieu d'habitation	Profession	Genre	Orientation sexuelle	Statut matrimonial	Durée	Lieu de l'entretien
P1	33 ans	Urbain	Chargée de projet éducatif	Féminin cis	FSH	En couple	15min 28s	Domicile de la patiente
P2	48 ans	Semi-rural	Cadre en logistique	Féminin cis	FSFH	En couple libre	1h 40min	Domicile de l'investigatrice
P3	33 ans	Rural	Chargée de projet en médiathèque	Non binaire	FSFH	Célibataire	47min 32s	Terrasse d'un café
P4	29 ans	Rural	Puéricultrice	Féminin cis	FSH	Pacsée	29min 16s	Par téléphone
P5	33 ans	Urbain	Etudiante	Féminin cis	FSH	En concubinage	33min 43s	Terrasse d'un café
P6	30 ans	Urbain	Muséographe	Féminin cis	FSH	Célibataire	36min 37s	Par téléphone
P7	43 ans	Semi-rural	Conseillère en insertion professionnelle	Féminin cis	FSH	En concubinage	1h 13min	Domicile de la patiente

<b>P8</b>	37 ans	Urbain	Infirmière Diplômée d'Etat	Féminin cis	FSH	Instance de divorce	37min 16s	Domicile de l'investigatrice
<b>P9</b>	27 ans	Semi-rural	Professeure des écoles	Féminin cis	FSH	Pacsée	15min 40s	Par téléphone
<b>P10</b>	37 ans	Rural	Volontariat dans les fermes (« woofing »)	Féminin cis	FSFH	En couple	25min 11s	Par téléphone
<b>P11</b>	42 ans	Urbain	Chargée de projet dans l'informatique	Féminin cis	FSH	En concubinage	29min 57s	Par téléphone
<b>P12</b>	44 ans	Urbain	Médecin de santé publique	Féminin cis	FSH	En couple	24min 56s	Par téléphone
<b>P13</b>	55 ans	Urbain	Assistante export	Féminin cis	FSH	Mariée	28min 43s	Dans un café
<b>P14</b>	82 ans	Urbain	Retraitée, ancienne professeure des lettres	Féminin cis	FSH	Mariée	34min 36s	En extérieur
<b>P15</b>	68 ans	Urbain	Retraitée, ancienne chef d'entreprise dans le nettoyage	Féminin cis	FSH	Veuve, célibataire	17min 50s	En extérieur
<b>P16</b>	79 ans	Urbain	Retraitée, ancienne IDE libérale	Féminin cis	FSH	Mariée	18min 51s	Dans un café

<b>P17</b>	30 ans	Urbain	Diététicienne	Féminin cis	FSH	Célibataire	31min 34s	A la terrasse d'un café
<b>P18</b>	26 ans	Urbain	Cadre dans le monde associatif	Féminin cis	FSFH	Célibataire	34min 27s	Par téléphone
<b>P19</b>	67 ans	Urbain	Retraitée, ancienne cadre de la fonction publique	Féminin cis	FSH	Célibataire	24min 37s	Par téléphone

Tableau 1 : caractéristiques de la population et des entretiens.

*FSH : femme ayant des relations sexuelles avec des hommes*

*FSFH : femme ayant des relations sexuelles avec des femmes et des hommes*

## **2. Un désir sous l'influence de facteurs propres aux patientes**

### **2.1 Des facteurs qui majorent le désir**

Différents **facteurs psychologiques** ont été évoqués comme augmentant le désir sexuel tels qu'un état d'esprit serein, le fait d'être de bonne humeur ou encore une expérience sexuelle antérieure vécue positivement.

*P1 : je dirais aussi... Mmhh... Dans quel état psychologique je suis à l'instant T. [...] Ben si je suis dans une bonne phase ou pas. Je pense que ça, c'est quand même assez... J pense que ça joue beaucoup... Euh... Là pour moi j' dirais que c'est le plus déterminant.*

*P7 : mhhh... que la dernière fois se soit bien passée, principalement aussi j'ai remarqué.*

Plusieurs patientes ont insisté sur l'importance du sentiment d'avoir du **temps** : du temps à consacrer à l'autre...

*P12 : quand je sais que j'ai du temps devant moi, qu'on peut prendre le temps qu'on veut.*

P10 : *ben déjà d'avoir du temps devant moi, ça j'pense que c'est un truc qui dernièrement m'a un peu enlevé mon désir sexuel justement, parce que je savais que j'allais pas avoir de temps et... donc j'avais pas envie du coup.*

P13 : *Qu'est-ce qui me donne envie ? D'avoir le temps !*

... mais également du temps pour soi.

Une patiente a partagé ce sentiment d'être en constante sollicitation, et du désir qui peine à y trouver sa place.

P7 : *ben c'est sûr qu'avoir du temps pour soi... enfin d'abord du temps pour soi, puis après du temps pour l'autre, ça va épauler. Parce que sinon, euh... si on passe une journée complète, crevante ou pourrie... ben à 22h ça peut être compliqué. Moi le fait d'avoir la petite, elle est très collante alors j'ai mon ainée qui est très collante, j'ai un conjoint qui est très collant aussi... alors y'a un moment... "ouf"! [rires]. J'ai aussi besoin de temps pour moi, j'ai du mal à m'en mettre et ça forcément ça aiderait quand même pour pouvoir souffler quoi, ne plus être dans la sollicitation de l'autre tout le temps.*

Des **facteurs physiques** ont également été mentionnés, comme le fait de faire du sport.

P11 : *je pense aussi que le fait de faire du sport, ça peut aussi réveiller le désir quelque part, parce qu'on est.. notre corps est en éveil, et donc il nous envoie des bonnes vibes [rires]. Puis on est peut-être tout simplement plus alerte parce qu'on fait travailler les muscles, etc...*

P1 : *alors j'ai parlé de l'aspect psychologique, mais y'a aussi l'aspect physique. Si moi je me sens pas en conditions physiques euh... [...] Bah typiquement moi j'ai moins envie.*

Certains évènements de vie tels que la réussite professionnelle font partie des **facteurs sociaux** amplifiant le désir.

P5 : *alors j'ai remarqué que... euh... quand il y a des changements forts dans ma vie, ça pouvait susciter effectivement... ça pouvait être un booster du désir. Par exemple euh... quand j'ai appris... donc j'étais super heureuse quand j'ai appris que je pouvais intégrer l'école d'ergo. Donc là, je me suis imaginée tout ce que ça impliquait: le nouveau rythme, la nouvelle vie, le nouveau milieu etc... je sais que ça a fait un booster de libido.*

## 2.2 Des facteurs qui freinent le désir

### a) Certains traitements médicamenteux

La **pilule contraceptive** et les **traitements antidépresseurs** ont été mentionnés comme entraînant une baisse de désir.

P18 : *j'ai de l'histoire avec des médicaments, notamment antidépresseurs: ils ont pas mal diminué ma libido...*

P13 : *la pilule par exemple, quand on l'arrête : quel bonheur ! On a beaucoup plus de désir sans pilule, alors là c'est d'une évidence incroyable !*

### b) Certaines périodes de la vie

Ont été cités les **périodes de célibat**, le **confinement** en lien avec la pandémie de la COVID 19 ou encore la **séparation amoureuse**.

P2 : *mmhh... J'me suis posée la question vraiment à ma séparation...*

P7 : *au moment où je me suis séparée de mon ancien compagnon, il n'était pas question qu'un autre mec m'approche, je ne supportais plus du tout.*

P11 : *[...] en plus, après derrière y'a eu le confinement qui en a rajouté une couche.*

P10 : *j'ai souvent eu des moments de célibat assez longs dans ma vie, donc dans ces moments-là, y'a des creux c'est sûr.*

La **maternité, le post-partum, l'arrivée d'un enfant**, les bouleversements multiples que cela implique ont été évoqués comme un frein majeur au désir.

P9: *euh... pendant ma grossesse, extrêmement extrêmement extrêmement.*

P4 : *je dirais le post-partum... Enfin même la grossesse en fait, on va dire la maternité de manière générale. Euh... Oui, là il y a une grosse baisse de désir quand même parce que... [...] moi j'étais focus sur mon bébé pendant des mois, quoi... Le reste du monde n'existait plus, j'en avais rien à faire des autres [rires]. C'était vraiment moi, mon bébé mon bébé mon bébé.*

P7 : *et forcément la naissance d'un enfant, parce que ben on dort pas quoi, tout simplement... On dort pas, on mange pas, on a plus le temps.*

Dans certaines **situations personnelles difficiles**, l'esprit préoccupé, ne laisse pas la place au développement du désir.

P7 : *et ben quand la tête est ailleurs, elle est ailleurs hein [rires] ! [...] et là justement j'avais pas du tout de libido quoi. C'est parce qu'il fallait que la situation de garde avec ma fille soit réglée en fait, tant que ça n'était pas réglé, tout le reste n'était pas possible.*

### c) Des expériences traumatiques

Certaines patientes ont évoqué des **expériences traumatiques**, au premier rang desquelles on retrouve les **agressions sexuelles**. Celles-ci, surtout lorsqu'elles surviennent à un jeune âge, impactent leur rapport à leur propre corps et à leur sexualité avec des répercussions qui persistent à l'âge adulte. Une patiente témoignait de son état d'hypervigilance qui la coupe ou altère ses sensations corporelles.

P3 : *alors il y a la relation à mon corps, qui est très compliquée. Hmm... de part des troubles et des problématiques que j'ai. Du coup, j'ai pas tout le temps une vision de moi et de mon corps positive donc ça peut être difficile de me retrouver dans des moments d'intimité, et de me sentir*

*exposée. Et je pense que ça, c'est relaté directement, ou en tout cas y'a beaucoup de liens avec des agressions que j'ai subies à un jeune âge, et qui du coup viennent remonter un peu pendant l'acte sexuel... Pendant, avant, après... Y'a une sorte d'hypervigilance aussi par moment [...] et du coup y'a un aspect mental qui vient... s'activer et qui est très très très présent, qui vient sur-analyser toute la situation, ce qui fait que j'ai besoin de me concentrer pour revenir dans mon corps. Et parfois ça peut freiner aussi des choses. Mon corps il ressent moins, mal, euh... bizarrement ou pas du tout... ou trop, effectivement par moment. Et du coup ça peut être... ouais ça peut être un frein.*

Une autre participante a mis en avant le fait que la survenue d'une agression sexuelle dans **l'enfance**, qui n'a été ni reconnue ni prise en charge, majore le risque d'en subir à nouveau tout au long de la vie.

*P6 : et moi j'ai un passif en fait : quand j'étais enfant, à l'âge de cinq ans, y'a un autre enfant mais plus âgé, un adolescent de treize ans, qui euh... qui m'a agressée sexuellement. [...] Et en fait ce qui s'est passé ce jour-là, quand ça s'est passé, c'est que mon papa euh... a vu la scène, enfin il m'a vu avec ma culotte baissée, et en fait sa réaction ça a été de m'engueuler. Il m'a dit: "tu remontes ta culotte tout de suite et tu rentres à la maison!". Donc moi j'ai associé euh... enfin là c'était même pas mon désir personnel hein, parce qu'à cinq ans on a pas de désir, mais disons que le début de ma sexualité il a été totalement biaisé. [...] Après j'ai aussi été violée. J'ai vécu le viol conjugal avec deux de mes partenaires... Mais j'en avais pas conscience dans ces moments-là, parce que c'était euh... c'était... j'ai été aussi violée par un de mes camarades de classe quand j'avais 17 ans, et pareil j'en ai pas pris conscience... Et j pense que ça... ce premier épisode, ça a complètement biaisé ma manière de me voir, de m'approprier mon corps et de dire stop, de mettre les limites quand j'avais pas envie et quand mon "non" n'était pas écouté.*

Les **violences intrafamiliales** ont été citées par une autre patiente, sources de perturbations dans son rapport aux hommes.

P1 : *et en fait, j'ai un peu déconstruit ça mais euh... dans ma famille y'a eu de la maltraitance, y'a eu de la violence... et euh... en fait moi je pense que ça a directement impacté mon rapport avec les hommes... Et du coup ce rapport avec les hommes a beaucoup touché mon désir que j'avais. Je pense... Dans le sens où quand j'étais plus jeune, je voyais les hommes comme des gens violents, du coup j'ai eu beaucoup de mal à m'impliquer.*

Une autre participante a mentionné des **violences gynécologiques** subies à la suite de son premier accouchement, impactant négativement son désir. Ces pratiques étaient à l'origine d'une dyspareunie et d'une appréhension consécutive.

P14: *alors si, j'ai été confrontée à une baisse de désir après la naissance de mon premier enfant. Donc j'avais eu une épisiotomie, le médecin, pas très sympa, avait eu cette phrase terrifiante pour moi de dire: "je recouds court, c'est bien pour votre mari". [...] Donc moi j'étais plutôt bonne fille, j'avais 22 ans, j'suis optimiste de tempérament, j'ai entendu ça et euh... j'ai pas prêté attention. Mais nos premiers rapports sont arrivés assez vite en faisant attention, et puis là c'était pénible et douloureux donc j'ai eu une petite année difficile. J'appréhendais en fait.*

L'expérience d'une **première grossesse difficile** a été citée comme frein au désir, par crainte d'être à nouveau enceinte, tout particulièrement à une époque où la contraception n'était pas encore couramment répandue.

P16: *oui, quand j'étais enceinte de mon premier enfant, ma grossesse s'est pas très bien passée, j'ai dû rester alitée des mois et des mois... Et le fait que cette maternité s'est moins bien passée, ça a mis un frein pendant un p'tit moment dans la crainte de... parce qu'à l'époque on avait pas la pilule...[...] les moyens de contraception qu'on a maintenant. La pilule, elle est arrivée quand*

*moi j'avais déjà un certain âge, hein. Donc si tu veux, le fait d'avoir peur de recommencer une grossesse, qui est arrivée malgré tout très rapidement après notre mariage, a fait que ça a freiné...*

#### **d) Des facteurs physiques**

Les menstruations, les périodes d'ovulation, la préménopause ou la ménopause sont autant de périodes de **modification hormonale** semblant limiter le désir sexuel .

*P1 : j'sais pas... au moment par exemple des règles... Bah typiquement moi j'ai moins envie.*

*P9 : euh.... les périodes de règles, ovulation etc, ça influe.*

*P11 : et là... je sais pas, en fait ça a été une baisse de désir mais pas que sexuel en fait. J'ai eu une phase dont j'suis en train d'en sortir, mais j'étais pré-ménopausée officiellement, enfin diagnostiquée officiellement, c'est difficile je sais parce que la préménopause, on a pas tous les symptômes etc- en 2019. Et à peu près à ce moment-là, alors je sais pas si c'est une réaction à ça ou d'autres choses, mais j'ai eu une baisse d'envie de tout quoi...*

*P15 : peut-être après la ménopause, un peu moins de libido.*

Sans que l'effet de la ménopause ne soit pour autant **systematique**.

*P14 : non plus, non plus. Je m'en suis même pas rendu compte. On m'avait parlé, enfin mes copines ont mon âge, donc elles m'avait dit : bouffées de chaleur, baisse de libido etc... J'ai été ménopausée d'ailleurs très tardivement, peut-être parce que j'ai eu 4 enfants j'en sais rien, et... bah non rien...Alors du coup j'en ai parlé au Dr T. ma gynécologue avec qui je suis devenue amie [...] et elle m'a dit « non mais tu sais, te tracasse pas, c'est pas obligatoire tout ça. Tu vas pas guetter ça comme ça... » Alors j'ai dit bon bah ça va hein, je continue à faire du ski, du sport, à faire l'amour avec mon mari puis voilà [rires].*

Des **pathologies** ont été évoquées, à l'exemple du **syndrome dépressif**, où l'anhédonie et l'apathie n'épargnent pas la sphère sexuelle. Il existe, de surcroît, une interaction avec la prise des médicaments antidépresseurs, rendant l'identification de la source de cette baisse de désir peu aisée.

*P3 : moi j'ai eu des grosses périodes dépressives, dont une qui était très importante... Je ne sais pas... C'est la poule et l'œuf quoi, je ne sais pas si c'est la dépression qui du coup amène ça, ou si c'est les médicaments qui influent... bon bref, je sais que les médicaments ont aussi... ça peut jouer sur la libido, ou les choses comme ça, sur la baisse du désir etc.. Mais je pense aussi que c'est les conditions mentales qui font que... ou conditions psychologiques, émotionnelles qui font qu'on.... on ressent pas... on ressent pas grand-chose.*

*P7 : j'ai fait une dépression y'a 4 ans et demi, y'avait un contexte pour moi dramatique et à un moment la libido s'est amoindrie...[...] donc à un moment donné, y'a plus d'énergie pour rien quoi. C'est-à-dire que c'est pas que c'est impossible, mais le désir il est plus vraiment là, quoi. Parce qu'on est obsédé par euh... sa problématique qui est un mur, c'est tout.*

Les **infections vaginales et urinaires** peuvent également impacter négativement le désir.

*P13 : alors j'sais pas si c'est dans votre questionnaire, mais après c'est tous les ennuis comme les infections, les infections urinaires, les infections vaginales...[...] alors moi j'ai fait des infections urinaires énormes, j'avais la trouille d'avoir des rapports hein !*

Les **dyspareunies** par la douleur qu'elles entraînent sont à l'origine d'associations cognitives négatives pérennes.

*P17 : parce que j'ai des douleurs pendant les rapports sexuels, j'ai des dyspareunies profondes... [...] Et du coup, le...enfin pas le rapport sexuel en lui-même, mais la pénétration*

*c'est encore associé à la douleur en fait [...] ben déjà comme moi j'ai été... encore à l'heure actuelle, j'suis encore privée d'une partie de ce désir-là, notamment lié aux douleurs.*

Plus généralement, tous les types de douleurs ou de **sensations corporelles désagréables** semblent s'accompagner d'une baisse de désir. La **fatigue**, qu'elle soit liée à un manque de sommeil ou à un rythme de travail intense, est un facteur limitant largement revenu dans notre étude. Le désir ne semble pouvoir se développer chez la femme **en conditions physiques optimales**.

*P12: alors, ce qui freinera mon désir c'est par exemple si je me sens pas bien, si j'suis... j'sais pas, j'suis ballonnée, j'ai mal à la tête...*

*P16 : ah ben quand t'es un peu plus fatiguée, quand t'es... ben évidemment, t'as moins envie.*

*P5 : le rythme de travail. Si j'suis crevée, ben c'est foutu.*

*P8 : [la femme] Faut vraiment qu'elle soit bien à 100%, que... voilà qu'elle soit pas fatiguée, qu'elle soit dans un contexte...euh... propice à la relation intime.*

#### e) Des facteurs psychologiques

**L'image corporelle** joue un rôle très important, et apparaît comme un prérequis nécessaire à l'émergence du désir. Une vision négative de son propre corps (trop grosse, pas assez belle...) peut mener à une dévalorisation, à une baisse de **l'estime de soi**, à l'intime conviction de ne pas être désirable dans le regard de l'autre.

*P5 : alors, là j'suis en plein dedans: c'est euh... ma vision de moi-même et de mon propre corps. Est-ce que je me sens bien, ou pas... euh... est-ce que je me sens belle? Est-ce que je me sens grosse?*

*P11 : je sais que c'est lié au poids comme la première fois, en tout cas j'imagine que c'est lié au poids, parce que du coup mon rapport à mon corps n'est pas... forcément extrêmement*

*positif, donc j'ai du mal à projeter en me disant que quelqu'un d'autre va pouvoir éprouver du désir pour moi...*

*P12 : ben quand j'suis un peu en conflit avec moi-même, c'est quand même beaucoup narcissique hein. Quand j'me sens pas belle, quand j'me sens grosse [...] Et puis ça peut être dans le mois, y'a des jours comme ça où euh... j'suis pas en phase avec moi-même et du coup j'ai pas de désir parce que... voilà, j'ai envie de donner du plaisir mais je me dis quel plaisir il y aurait à faire l'amour avec une fille comme moi...*

La lubrification vaginale importante ou l'éjaculation féminine sont source **de honte** de son propre corps et freinent le désir.

*P3 : par exemple éjaculer. Ça c'est un truc qui m'a... surprise au début, énormément. [...]Et ça par exemple, c'est quelque chose qui se passe régulièrement quand je me masturbe, qui ne se passe pas régulièrement quand c'est quelqu'un d'autre qui va me masturber ou qu'il y a d'autres pratiques sexuelles. Mais si ça se passe avec une autre personne... et bah au début ça aurait pu me gêner, donc couper aussi une forme de désir... dans ma tête c'est un peu un "tue l'amour" quoi...*

Le **stress** ou une **humeur triste**, sans aller jusqu'au syndrome dépressif caractérisé, suffisent à inhiber le désir.

*P5 : si j'suis stressée, alors là c'est mort de chez mort.*

*P14: comment on se sent soi, les moments où on est plus cafardeux... voilà ça, ça peut effectivement freiner...*

*P17 : mon état d'esprit je pense, c'est-à-dire typiquement si j'suis de mauvaise humeur, ou préoccupée, quelque chose d'assez négatif ben ça prend le pas et y'a pas d'espace pour le désir je trouve, dans ces moments-là.*

### **3. Un désir sous l'influence de facteurs propres à leurs partenaires**

#### **3.1 Des facteurs qui majorent le désir**

Les patientes ont évoqué plusieurs **caractéristiques physiques** de leur partenaire qui augmentent leur désir. L'attraction physique et le charme du partenaire ont largement été cités. On peut ajouter certaines morphologies (hommes minces) et l'importance d'une bonne hygiène corporelle.

*P2 : faut vraiment que la personne me plaise physiquement, qu'il y ait un charme qui se dégage, qu'il y ait...quelque chose d'intéressant, quoi. Ça c'est le.. la première partie en fait on va dire : l'attraction physique. [...] Et vraiment, je ne suis attirée que par les mecs minces..*

*P6 : et vous me posiez tout à l'heure la question du désir, ben il vient aussi du visuel, par ce que je peux voir de la beauté du corps masculin.*

*P8 : euh.... alors... la propreté en fait, être propre sur soi j'trouve que c'est important, quelqu'un qui sent bon, j'trouve que c'est attirant...*

La **stimulation physique** par le contact charnel, les caresses, les baisers semblent également éveiller le désir.

*P11 : quand il y a une stimulation : les caresses, les baisers etc... Oui ça, ça peut être un stimulant physique on va dire.*

*P15 : surtout le contact charnel...*

*P8 : et puis après c'est des petits bisous, dans le cou, au niveau de l'oreille qui font monter le désir.*

Constater **le désir de son partenaire** joue également un rôle de boost au désir.

P11 : là en effet, ce qui peut l'éveiller avant même qu'on se touche c'est le fait de voir que quelqu'un a du désir pour moi, ou de le comprendre ou d'en parler.

P6 : ouais, le désir de l'autre.

P13 : j'ai envie qu'il soit euh.... qu'il ait envie de moi. Ça, c'est quelque chose de très important pour moi, ça me fait un bien fou de savoir qu'il ait envie de moi.

Mais se sentir **trop désirée** peut être intimidant et à l'origine de certains mécanismes de protection, qui paradoxalement inhibent le désir.

P3 : il peut y avoir des formes d'intimidation de la part de la personne désirée. Euh.... ou désirante aussi. [...] Dans le sens, de me sentir justement... trop désirée. Et ça, je pense que c'est beaucoup beaucoup lié encore une fois à des choses vécues... traumatisantes... qui font qu'il y ait une forme de vulnérabilité... très présente... Et des fois, j'ai....ça crée une forme de protection qui me coupe complètement de mes sensations et du coup aussi du désir...

Certains **traits de personnalité** contribuent à éveiller le désir, tels que la bienveillance et l'écoute des envies de sa partenaire ainsi que de son plaisir à elle.

P15 : la gentillesse de la personne...

P3 : avoir une sensation de bienveillance de la personne avec qui je suis...

P8 : donc avoir un homme attentif et à l'écoute de vos désirs, et en fait attendre que vous ayez atteint le 7e ciel pour pouvoir... et ben voilà et j'me dis ben c'est ça en fait, ça change beaucoup de choses.

Une patiente a décrit une attraction pour les personnes présentant un **trouble du genre**.

P2 : Je pense qu'il y a un côté qui m'attire beaucoup dans la recherche d'un... d'une personne, c'est pas que je la recherche spécialement mais c'est que je suis attirée par ces personnes, qui

*sont un peu dans le trouble... le trouble du genre. Pas spécialement parce qu'ils se déclarent transsexuels ou mmh... voilà, y'a pas besoin de case mais... parce que je vois dans leur manière d'être certains aspects qui ne vont pas forcément avec l'identité de genre de leur naissance. Du coup ça va au-delà de tout cisgenre quoi...*

### **3.2 Des facteurs qui freinent le désir**

Le **manque d'hygiène** ou **une odeur corporelle jugée désagréable** ont été identifiés comme freins au désir.

*P15 : des gens... pas nets, pas propres, voilà ça c'est un frein.*

*P8 : une personne qui ne prend pas soin d'elle, qui ne se lave pas... ouais ne pas prendre soin de soi, c'est vraiment le truc qui me freine.*

*P12 : j'suis très sensible aux odeurs: si l'autre sent pas bon, s'il y a une odeur qui me dérange, c'est rédhibitoire, ça me bloque.*

*P6 : ben ça dépend, après parfois des odeurs corporelles. Des fois, il va y avoir un super beau mec avec qui ça se passe bien et tout ça, et au moment où ça devient intime, j'peux être bloquée par une odeur. C'est pas forcément de la puanteur ou de la saleté hein, mais c'est juste qu'il y a des odeurs corporelles qui... qui font que je peux pas, et puis y'en a d'autres qui m'attirent beaucoup.*

Certaines **pathologies du partenaire** peuvent impacter la sexualité du couple, comme c'est le cas du cancer de la prostate, responsable de dysfonctions sexuelles masculines.

*P16: alors, problème de la part de mon mari, qui a été opéré d'un cancer de la prostate en 2002, il me semble il y a 20 ans, et euh... ce qui lui a posé beaucoup de problèmes et ce qui fait que, on a une sexualité qui s'est arrêtée un peu... qui a été beaucoup beaucoup ralentie à partir de ce moment-là.*

## **4. Les caractéristiques de l'interaction entre la patiente et son partenaire**

### **4.1 Des facteurs qui majorent le désir**

#### **a) Être en harmonie**

Une **entente harmonieuse** avec son partenaire constitue un climat favorable à l'éveil du désir.

P1 : *alors moi déjà l'envie sexuelle, moi je l'assimile beaucoup au fait d'être bien avec la personne.*

P5 : *y'a aussi la perception de mon copain: s'il va m'agacer. Voilà je... ça va pas du tout déclencher le désir. Alors que voilà, enfin c'est con hein, mais si tout se passe très bien entre nous... Ouais que tout roule... Ça va être plus favorable.*

Plusieurs participantes ont évoqué également la **complicité avec l'autre**, qui passe par la sensation de proximité, le « feeling » ou ce lien émotionnel réciproque difficilement descriptible.

P12: *alors... booster mon désir... la complicité avec l'autre. Si vraiment je me sens bien avec, si je me sens proche de l'autre, je vais avoir envie de lui.*

P8 : *la complicité... j'trouve que la complicité, ça joue un rôle très important.*

S'ajoute à cette complicité, l'**entente intellectuelle** et la profondeur du discours....

P17 : *après y'a aussi un truc c'est l'intelligence, la fluidité d'interaction avec de l'intérêt dans l'interaction aussi...*

P3 : *et aussi d'attraction intellectuelle, qui pour moi joue énormément. La preuve, récemment j'ai eu deux relations très courtes quoi [...], et avec le premier c'était cool mais sans plus, parce que justement je sentais qu'il y avait un truc de...mmhh... de... comment dire, de*

*complicité, et je dis pas forcément de complicité sexuelle parce que ça se passait très bien sexuellement parlant, mais de complicité aussi intellectuelle, des choses à se dire... de contenu quoi. Alors qu'avec la deuxième personne, il y a eu un aspect de contenu plus présent, en tout cas qui me parlait plus, et du coup ça s'est mieux passé pour moi.*

... qui ne revêtent cependant pas la même importance pour toutes les participantes.

*P2 : c'est ça, mais de base, je suis pas sapiosexuelle, du tout quoi. Je suis... enfin, c'est plus une option finale. [...] C'est plus le côté physique qui m'importe le plus.*

#### **b) Se sentir écoutée**

La **communication** avec le partenaire apparaît comme un facteur favorisant le désir en permettant de partager ses envies, et d'affirmer ses attentes en matière de sexualité. Echanger contribue à briser les non-dits et assure une écoute mutuelle.

*P19 : puis bon les hommes avec qui on est, on peut aussi en parler quand même. Moi j'sais que j'ai beaucoup parlé avec certains de... ce que je voulais ! Et ils m'ont dit ce qu'ils voulaient ! [rires]*

*P8: alors j'pense que c'est de pouvoir tout dire... la communication, tout dire à l'autre, tout... tous les désirs... ne pas avoir de secrets l'un pour l'autre.*

*P4 : euh... après au niveau couple forcément c'est d'être vraiment dans une communication, de pouvoir exprimer à son conjoint qu'il faut pas qu'on s'oublie, qu'il y a des choses qu'il faut éviter de passer à l'as. Je pense que vraiment communiquer là-dessus c'est important. Et que ça peut vraiment booster parce que forcément quand on en parle et ben l'autre peut se dire « ah ben tiens, je m'en rendais pas compte, hop je vais mettre en place des choses ».*

Communiquer sur le sexe est toutefois loin d'être évident et il peut exister un **tabou** au sein du couple.

P5 : *parce que ça montre bien que c'est quelque chose qui est aussi tabou, c'est-à-dire qu'avec mon copain, on en parle le moins possible. Moi j'suis assez pudique par rapport à tout ça...*

P1 : *et c'est un peu compliqué aussi de parler de ça dans le couple. Même si j'essaye d'ouvrir, et qu'on en parle et il est compréhensif, il connaît un peu mon histoire tout ça... Mais c'est pas simple.*

### c) Se sentir en sécurité

Un **climat de confiance**, où l'on se sent en sécurité, où le rythme de la femme est respecté, impacte positivement le désir

P10: *ben pas que ça aille trop vite, j'ai besoin de me sentir en confiance.*

P18 : *ben surtout les liens avec la personne, que je me sente en sécurité, que je sente que je puisse être... je ne sais pas si être en charge c'est les bons mots, mais poser les limites: dire non, dire oui, communiquer librement.*

Pour exister le désir doit être mutuel et consenti. De nombreuses patientes ont fait un **lien direct** entre la notion de **consentement** et leur **désir**.

P17: *euh... le consentement, ouais ça à fond. [...] Pour moi, dans ma tête, il ne peut exister que dans des relations où je me sens en sécurité, donc je rejoins encore une fois cette idée d'espace et de respect de mon opinion, de mon consentement. [...] C'est pour ça que le consentement moi j'trouve ça méga sexy parce que ça laisse... ça laisse l'espace au possible d'arriver...*

P6 : *la demande de consentement, c'est vraiment quelque chose qui booste mon désir.*

## 4.2 Des facteurs qui freinent le désir

Les **tensions dans le couple** ont été décrites comme un facteur inhibant le désir.

P9 : *je dirais quand y'a eu des tensions dans le couple forcément... C'était pas réconciliation sur l'oreiller, c'était plutôt laisse-moi tranquille et chacun dans son coin.*  
P5 : *puis quand mon mec m'énerve, quoi.*

L'instauration d'une **routine** joue aussi un rôle négatif.

P8 : *puis la routine. J'trouve que la routine, elle peut jouer beaucoup sur la libido aussi. [...]*  
*Ça doit pas être un prétexte, mais malheureusement ça fait partie des moments de la vie où on passe tous, et où la libido diminue justement à cause de cette routine.*

Peu de **plaisir**, l'absence systématique d'orgasme avec le partenaire ont un impact négatif sur le désir par la suite.

P13 : *oui, j'pense que y'a des femmes plus fan d'avoir une relation... [...]* voilà donc j'ai des orgasmes qui ne sont pas... et malheureusement je n'ai pas toujours d'orgasme à chaque fois.  
*Du coup je saute pas forcément au plafond pour... enfin j'suis pas celle qui en a le plus besoin entre mon mari et moi.*

Le **manque de considération** par le partenaire est un véritable frein. Certaines patientes ont regretté l'application d'une « recette de séduction », qui marcherait à coup sûr, sans que leurs attentes ne soient écoutées.

P11 : *ben après peut-être les relations avec l'autre, et le... disons le lien que l'autre personne a, à ce qui vous plait. Parce qu'avant d'être dans la relation dans laquelle je suis actuellement, j'ai eu d'autres relations dans lesquelles les hommes arrivaient avec une recette, qu'ils suivaient à la lettre [rires], en pensant "ah j'suis le roi du monde", alors qu'en fait, ben ça marche pas*

*comme ça. Et euh... ben moi ça marchait pas du tout, donc j'avais plus envie après. C'était un tue... un tue désir [rires].*

Une patiente déplore le fait que son **désir soit relégué au second plan**, après celui de son conjoint ; d'autant plus qu'il n'est lui-même pas attentif au plaisir de sa partenaire.

*P8 : Des fois il venait, il faisait euh... ce qu'il avait envie de faire, et il retournait sur le canapé. Et plusieurs fois j'ai été frustrée en fait. Voilà ce qui est important, c'est qu'il était très rapide en fait, très très rapide. Et pour moi c'était hyper frustrant, parce qu'en fin de compte j'avais l'impression que y'avait que son désir à lui qui comptait, et pas le mien. Donc j'avais l'impression d'être... un vide... excusez-moi l'expression mais voilà. Et qu'il m'écoutait pas en fait.*

Plus généralement, le sentiment de ne **pas être écoutée ou ne pas être respectée** en tant que personne, en dehors de la sphère sexuelle, est un frein au désir.

*P8 : en fait il était pas hyper attentionné non plus sur beaucoup de choses... il a pas fait attention à moi, sur ce que je disais, c'est comme s'il m'écoutait pas, si j'avais pas d'importance...  
P7 : c'est pas le cas de mon compagnon, mais si un moment donné on est dans un manque de respect ou quelque chose comme ça, c'est sûr que ça freine hein quand même... De respect de soi, pas forcément des insultes ou des choses comme ça. Par exemple s'il respecte pas des petites choses euh... un moment donné si on se sent floué, ça peut... ça coupe de l'autre personne et on a plutôt envie de prendre sa voiture et de partir quoi... c'est évident.*

La **charge mentale** et les multiples sollicitations quotidiennes (contraintes ménagères, gestion des enfants, gestion du repas...) prennent le pas sur le désir.

P12 : *c'est quand je suis détendue, quand j'ai pas d'échéance... voilà j'suis complètement libérée de toutes les contraintes ménagères...*

P4 : *je dirais la charge mentale de manière générale, la capacité à être euh... présent, disponible... Enfin voilà, par exemple quand on est en congés, on a plus de désir que quand on est à fond dans le travail, dans la vie de tous les jours... Donc oui gérer la charge mentale et l'accumulation des choses qu'on a à faire...*

P7 : *ben oui par exemple : on se lève à 6h du matin, on gère les enfants, on les cale à l'école, on va bosser, on fait des courses en ligne entre midi et deux, on s'occupe des devoirs, on fait à manger... voilà j'suis pas sûre qu'on ait tout de suite envie sur l'instant T quoi.*

Ressentir une **pression de la part du partenaire** est apparu comme un frein majeur et largement répandu. Se sentir oppressé par le désir de l'autre ne laisse pas la place au développement de son propre désir.

P17 : *ce qui influence mon désir sexuel aussi, quand j'suis avec quelqu'un, c'est l'espace que la personne me donne...euh.. parce que pour moi, si je suis en face de quelqu'un -et j'trouve qu'il y a beaucoup de garçons qui font ça- qui euh... déborde sur toi avec ses propres désirs, et que toi t'es comme ça [position figée et recroquevillée] tout le temps tout le temps, ben en fait du coup t'as pas d'espace. Enfin, moi je considère que j'ai pas d'espace dans ces situations-là, pour en avoir moi-même.*

P5 : *ah oui et ce qui va y avoir aussi, c'est euh.. le sentiment d'attente de l'autre. [...] Au début mon copain était très...donc il avait envie, moi j'avais pas envie euh... Et rien que le fait qu'il émette son envie, ça me... ça me crispait vachement en fait. Et euh... on en a parlé, je lui ai fait comprendre, ça a mis du temps... Mais il a compris que... malheureusement la balle n'était pas dans son camp, elle était dans la mienne et que moi j'avais besoin de vraiment pas me sentir oppressée... parce que sinon ça allait aggraver les choses.*

Certaines participantes cherchent à **satisfaire leur partenaire**, à lui faire plaisir, faisant spontanément passer son désir avant le leur.

*P3 : mais à des moments j'étais vraiment dans une sorte de besoin de satisfaire la personne, et du coup je me préoccupais beaucoup du désir de l'autre, plus peut-être que le mien [...].*

*P4 : je dirais ouais, quasiment pendant un an, je l'ai fait pour faire plaisir à mon conjoint. Après une fois qu'on était dans l'action ça allait bien, et j'étais bien et j'aimais bien. Mais le fait de provoquer, le fait de faire l'acte sexuel, ça pour moi... Je me disais « bon allez, vas-y go parce que sinon tu le feras pas quoi... ». Et après, une fois qu'on commençait ça allait bien, donc j'avais pas l'impression de me forcer, je me forçais à avoir envie en fait...*

Cette pression peut être majeure sans que pour autant les patientes **n'aient osé dire non** à leur partenaire, qui pour leur part n'ont pas cherché de consentement .

*P1 : j'ai aussi réfléchi à d'anciennes relations... euh... que j'avais eu avec eu certaines personnes, notamment par rapport à des rapports sexuels que j'avais pu avoir où... maintenant aujourd'hui à 33 ans je me dirais ben ça, je ne laisserais peut-être plus passer. Voire on m'a peut-être un petit peu forcée... Ou j'ai pas forcément su dire non. C'est plus les histoires de consentement, mais qui sont quand même en lien avec le désir. Parce que quand on se sent forcée, brusquée, ben on a moins envie les fois d'après, on se questionne...*

*P17 : mais euh... en tant que meuf dans une société patriarcale avec du sexisme, ben en fait y'a plein de fois où j'ai eu des relations sexuelles où on a pas tout à fait respecté mon consentement, même moi justement en performant ce rôle-là, consciente que y'a des choses que j'ai pas le droit de dire, pas le droit de faire... Ben y'a des fois en fait, où j'aurais dû arrêter une relation et je l'ai pas fait. Donc mon partenaire n'a pas prêté attention au fait qu'il fallait peut-être arrêter le truc, et moi j'ai pas non plus fait la démarche de. Donc euh... ça je sais que clairement ça m'a impactée.*

La prise de conscience du **viol conjugal** est souvent difficile ; d'autant plus que les patientes peuvent avoir à faire face à l'incompréhension de leur entourage.

P8 : *on m'a dit que c'était un viol conjugal, parce qu'en fait euh... alors que je disais non, il voulait, pour sauver notre foyer, pour machin, avec plein de prétextes... et la psychologue m'a dit, vous savez que c'est un viol conjugal, mais moi j'ai du mal à me dire que c'est un viol conjugal, parce que y'a pas de contexte de violence en fait. Et quand j'en parle à mes amies, j'en parle pas... j'en ai parlé à une amie, et elle m'a dit "mais j'comprends pas, t'as le droit de dire non", mais j'ai dit "t'es pas dans ma situation, tu sais pas comment ça se passe en fait".*

Cette pression peut prendre la forme d'une **culpabilisation délibérée** de la patiente par le partenaire ou d'un chantage affectif pour obtenir des relations sexuelles.

P8 : *ouais, pour sauver notre foyer, fallait qu'on ait une relation d'intimité. Je lui ai dit "j'ai pas envie, je n'ai pas envie, non". Il m'a dit "t'as pas envie de sauver ton foyer?". "C'est pas ça, c'est que j'ai pas envie". Donc il m'a obligée... enfin il m'a obligée... pour être tranquille... ben voilà, j'ai craqué alors que j'en avais pas envie...*

## **5. Les projections des patientes**

### **5.1 Des contextes qui encouragent le désir**

#### **a) Des contextes géographiques**

**L'environnement** semble jouer un rôle dans l'éveil du désir, en particulier les lieux confortables, ceux où l'on se sent bien. Le soleil, la chaleur, l'été sont des éléments associés à une augmentation du désir. Les **vacances**, vécues comme un lâcher-prise, une rupture avec le quotidien, sont souvent perçues comme un contexte propice au développement du désir.

P14 : *l'environnement c'est le lieu où je suis [...], quand je me sens bien, y'a de la musique, on est bien dans notre maison etc...*

P13 : *qu'est-ce qui l'influence... ben j'sais pas moi, la... la chaleur, le soleil, la nature me donnent plus envie...*

P4 : *moi j'pense aussi que c'est vachement le contexte : quand c'est les vacances, que y'a pas de pression, quand.... Enfin voilà, on est peut-être même un peu plus dénudé. Enfin voilà, c'est l'été, c'est cool, on se détend, c'est l'apéro... Tout ça c'est des choses qui boostent !*

P5 : *ou partir en vacances aussi. Vraiment euh... pas partir chez les parents mais partir vraiment en vacances, ça peut libérer, réveiller un peu l'envie.*

**Une odeur** associée à un endroit peut avoir un impact sur le désir.

P1 : *alors moi par exemple, je suis sensible aux odeurs. Et du coup euh... en fonction du lieu où on est, c'est bizarre mais genre s'il y a une bonne odeur et bien moi ça va me booster, et s'il y a une mauvaise odeur ça va me freiner... Vraiment l'odeur, je pense que c'est un truc particulier.*

Certains lieux **chargés de souvenirs et d'émotions** peuvent entraîner des phénomènes de reviviscence stimulant le désir.

P14 : *la première fois que j'ai rencontré mon mari, parce que je me suis pas posée de questions je pense, ça a été...un coup de foudre évidemment [...]. On est sorti, il y avait de la neige, etc... [...] oui la neige, on parlait tout à l'heure des boosts du désir, et ben la neige et le froid sont très stimulants pour moi ! Je pense qu'il y a des rappels...*

## **b) Des contextes humains**

Ne **pas avoir d'enfant à la maison** est revenu comme un facteur favorisant le désir.

P13 : *ne pas avoir les enfants... Oui ça, ça me donne envie.*

P9 : *ben par exemple, quand y'a pas d'enfant à la maison. Quand on arrive à faire garder le*

*petit, forcément on en profite un petit peu plus.*

*P8 : euh... un contexte... paradisiaque, sans enfant qui puisse intervenir... enfin vraiment être à deux quoi, l'homme et la femme...*

### **c) Une mise en scène**

La mise en scène de **scénarios**, l'instauration d'une **ambiance particulière** (lumière, musique, bougies...), changer d'environnement, permettent de rompre la routine.

*P4 : mmhh... j'pense que c'est des fois de mettre en place un peu une... j'allais dire une mise en scène mais c'est pas du tout euh... voilà par exemple des fois, il va endormir notre fille, ben en bas je me dépêche de mettre des petites bougies, d'installer le canapé d'une façon où on pourrait le faire dessus euh... de mettre des petits plaids partout et du coup, c'est plus la mise en scène qui excite un petit peu ...[...] Moi, ça peut être aussi de le faire dans un autre endroit, le soir dans la voiture, en revenant d'une soirée... Enfin des choses comme ça, tout ça c'est des petites choses qui pimentent un peu, qui font quand même plaisir.*

*P2 : par exemple, le faire dans ma voiture... dans des lieux différents... des situations improbables...*

Le **côté imprévisible**, l'inattendu, majorent le désir.

*P19 : trouver des jeux...des jeux qui sont pas conçus par l'autre, ça c'est bien aussi quand on sait pas où on va, quand on sait pas ce qu'on va faire.*

*P2 : par exemple, je sais pas moi, imaginez que vous rentrez chez vous: tout l'appart est dans la pénombre, y'a des petites bougies, des petits pétales de rose par terre.... Bon à priori, c'est pas pour jouer aux cartes quoi. Ben c'est là où le désir, il va se mettre en place. C'est-à-dire que c'est quelque chose qu'on a pas, qu'on avait pas prévu... qui survient en fait.*

P8 : *alors après, ça peut être totalement imprévisible aussi hein, ça, ça peut booster aussi. Enfin voilà une soirée qui est sympa, et puis voilà d'un coup ça s'emballe.*

**Le jeu de la séduction**, romantique, associé à un défi ou un challenge augmente le désir.

P8 : *après j'trouve qu'il faut qu'il y ait un contexte de romantisme. [...] un petit peu comme les films, j'sais pas : un petit diner, la complicité...*

P4 : *et puis c'est tout bête, mais une petite soirée entre copains arrosée et tout... Ben tout de suite on redevient un peu comme au début, à se chamailler, se titiller là-dessus et j'trouve que c'est pas mal aussi.*

P2 : *en plus il peut y avoir l'attrait de la nouveauté et du challenge.*

#### d) Des accessoires et des pratiques

**Certaines tenues ou accessoires** majorent le désir.

P12 : *mais oui j'ai déjà pensé, puis j'ai déjà essayé d'augmenter le désir par des tenues, par des... des lubrifiants, des lumières sympas, des p'tits accessoires pour euh... c'est surtout autour du préliminaire que je l'imagine.*

P9 : *ce que j'ai fait dans la journée, par exemple [...] si j'suis allée dans un magasin acheter de la lingerie, des choses comme ça.*

Les **pratiques sexuelles** qu'apprécient les patientes augmentent leur désir.

P3 : *ben moi je pense qu'il y a des pratiques sexuelles qui sont plus... qui me parlent plus que d'autres.*

P15 : *et puis... des gens trop entreprenants pour des choses un peu... trop osées, des choses vraiment...des façons de faire, vouloir avoir une relation peut-être brutale ou avec des appareils... qui m'intéressent pas, voilà.*

Une patiente a cité l'exemple des pratiques liées au **BDSM** (bondage, discipline, sadisme, masochisme) :

*P3 : ce lâcher-prise pour moi, ça peut venir beaucoup d'un côté contrôle de l'autre... d'un côté un peu BDSM souvent... d'un côté un peu brutal, qui peut être très excitant pour moi aussi...*

D'autres ont souligné l'importance des **préliminaires**.

*P8 : j'trouve avec le recul que les préliminaires c'est très important.*

*P11 : ben c'est la même chose que les caresses et les baisers quoi, ça fait monter le désir et ça augmente le plaisir aussi après.*

Les pratiques sont perçues comme étant très diverses et comme devant correspondre à chacun.

La **façon dont la sexualité est vécue** prime sur l'activité sexuelle en elle-même.

*P2 : il y a autant de sexualités que de gens, quoi. Moi ce que j'aime, ça peut très bien complètement déconcerter quelqu'un d'autre et ne pas plaire du tout.*

*[...] Et j'pense qu'en fait la sexualité, c'est important dans la mesure où c'est quelque chose de positif et de bien vécu... En fait, la sexualité en elle-même, c'est pas ça qui va apporter un bien-être. C'est la façon dont on vit cette sexualité qui va apporter un bien-être.*

#### e) Des facteurs favorisant certes, mais non créateurs de désir.

Toutes ces situations (ambiance, contexte, accessoires...) favorisent le désir ; mais ne sont **pas suffisantes** pour **créer un désir de toute pièce**.

*P12 : oui, après... c'est quand même très très psychologique, et même ces subterfuges-là ne fonctionnent pas si... Ben si j'ai pas envie, j'ai pas envie quoi. Pas évident de... C'est bien les bougies, le string, le machin... Mais si j'ai pas envie c'est quand même pas évident... c'est plus*

*un p'tit truc en plus, qu'amener vraiment du désir. J'ai l'impression que le désir ou bien je l'ai, ou bien il vient pas quoi...*

## **5.2 Des contextes peu propices au désir**

La **présence d'une tierce personne**, le **cadre professionnel** ou encore un **excès de planification** sont autant d'éléments qui ne prêtent pas au développement du désir.

*P18 : les côtés situationnels, c'est-à-dire si j'ai l'impression qu'il y a quelqu'un qui peut nous entendre ou rentrer dans la pièce, j'avais être un peu moins à l'aise.*

*P8 : mmhh.. ben par exemple, la belle-mère qui est à côté, ou mes parents... J'suis incapable de faire quoi que ce soit si y'a quelqu'un à côté.*

*P2 : oui bah si quand même légèrement, le... on va dire le cadre professionnel.[...] Et je repense à ce qui pourrait freiner mon désir, par exemple tout ce qui est téléguidé, où on sait qu'on va dans un endroit pour faire l'amour... J'pense aux clubs libertins par exemple, ça m'intéresse pas du tout... C'est comme... un voyage organisé quoi. Et j'ai pas envie de me forcer... Voilà... Plus c'est téléguidé, moins y'a de surprise, moins y'a de désir.... [...] Quand c'est trop policé, trop cadré, trop... normé, moi ça marche pas chez moi.*

Certaines **conditions météorologiques** sont associées à une diminution du désir.

*P10 : l'hiver, quand il fait froid [rires], j'ai moins envie.*

## **5.3 Nourrir son imaginaire érotique**

**L'imaginaire érotique**, qui tourne autour des fantasmes, des projections, de l'anticipation, joue un rôle primordial dans le désir féminin.

P1 : ouais je pense l'imaginaire, le contexte, l'anticipation de comment ça va se passer... Moi je sais que ça joue beaucoup. Quand je vais à un rendez-vous le soir par exemple, j'imagine... je mets une belle tenue parce qu'il peut se passer ça... Je me projette.

P3 : je crois que ça joue énormément tout ce qui est le fantasme, l'imaginaire...[...] un peu de voyeurisme aussi peut-être, ça peut m'émoustiller [...] imaginer que... qu'on nous regarde, qu'on est plusieurs... ça, ça peut booster mon désir !

Possiblement d'autant plus que l'entrée **tardive** dans la sexualité est perçue comme tardive.

P11 : après j pense que moi j'ai une sexualité assez « tardive », j'sais même pas si c'est le cas, mais en tout cas il s'est rien passé avant 21 ans concrètement, et du coup j'ai eu pas mal de temps pour travailler les fantasmes...

**Les lectures ou les scènes érotiques** cinématographiques nourrissent cet imaginaire.

P13 : ah si, un roman! Un beau roman où il y a une histoire d'amour, un beau roman un peu... un peu chaud, pas porno hein on est d'accord, mais avec une belle romance... Oui ça, ça m'inspire, oui.

P4 : peut-être regarder des séries ou des films, où il y a des fois petites scènes d'amour. Moi j'trouve que parfois c'est un peu excitant, puis hop ça nous refait penser que tiens, ce serait cool de faire pareil ou même juste de le faire quoi.

P16 : ça peut être... on va dire les lectures, parce que la lecture est plus imaginative.

La **pornographie** est bien différenciée de l'érotisme. Trop crue, elle n'attire pas, inspire peu.

P16 : on a vu dans notre temps, parce que ça se faisait sous le manteau donc on a vu des films pornos, qui n'étaient pas... j'trouvais pas ça tellement inspirant en ce sens que c'est... c'est pas suffisamment sentimental.

P19 : *par contre je suis absolument contre tout ce qui est vidéos, même explicatives je trouve que ça devient très vite très cru, et je suis pas sure que ça arrange les choses de voir... parce qu'on peut pas arrêter aussi facilement qu'un bouquin...*

Le seul fait de **s'interroger sur l'éveil du désir** permet d'ouvrir le champ des possibles et de laisser libre cours à son imagination. Ce qui en soit induit une forme de désir et encourage à s'interroger davantage. Il se crée une forme de cercle vertueux au développement du désir.

P3 : *en fait ce que je trouve cool, c'est que je peux me permettre d'imaginer... D'imaginer cette question... Et ça fait plaisir de savoir qu'il y a des gens qui sont dans le domaine [de la santé] qui vont les poser et du coup c'est rassurant, et c'est un peu ce qui m'a poussée aussi à répondre à tes questions... Alléluia, on en parle aussi de l'autre côté de la table quoi! [rires]. Euh... et... et je pense que rien que le fait de pouvoir se permettre cette question, ça peut éveiller du désir. Ça peut dire : je laisse un champ des possibles ouvert, ça peut être plein de choses différentes: ça peut être des rencontres, des objets, des... situations, des voyages... plein plein de choses, qui peuvent amener une euh... comment dire, un éveil du désir.*

## 5.4 Modélisation

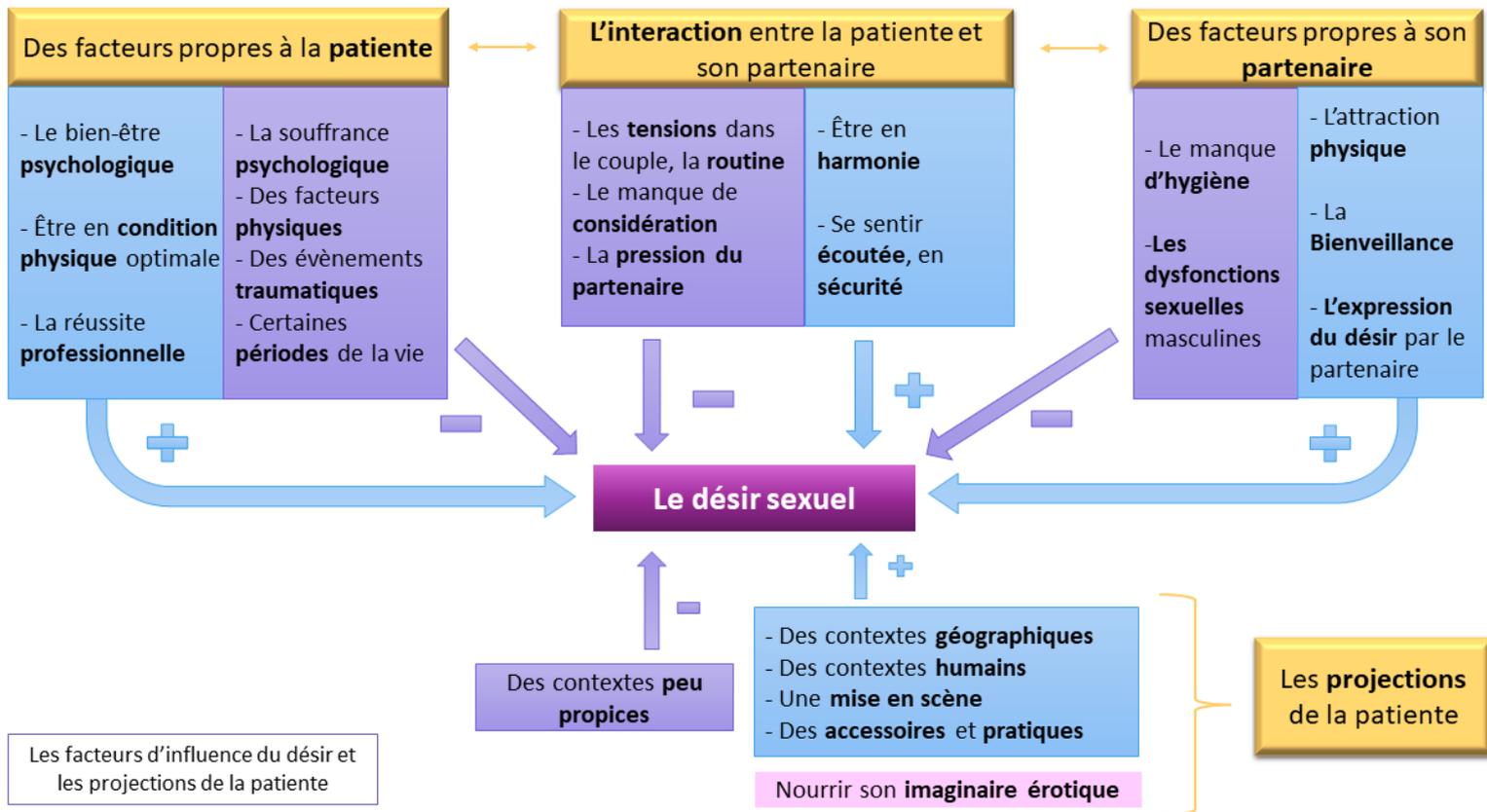


Figure 3 : Modélisation des facteurs d'influence du désir et des projections des patientes.

## 6. L'influence de la société

La société, par ses représentations, ses normes, ses tabous et ses injonctions, a largement été citée comme facteur majeur d'influence du désir sexuel.

### 6.1 Le modèle patriarcal

#### a) Le patriarcat et l'existence de rôles sociaux

Il est en grande partie fondé sur un **rapport de domination des hommes sur les femmes** encore ressenti à l'heure actuelle.

P1 : [...] notamment sur les rapports hommes/femmes, dans le sens où euh... quand j'ai eu des relations avec des hommes y'avait un truc de masculinité un peu à déconstruire, moi qui m'a

*toujours gênée. Où l'homme j'ai l'impression, dans les relations, veut toujours être fort... [...] ouais le côté dominant qui moi m'a souvent gênée dans les relations, où j'ai l'impression qu'il y a un dominant et un dominé.*

Socialement, la **place laissée au désir féminin** est infime au regard de celle du désir masculin.

*P17 : je sais que y'a des choses qui existent pour les hommes, parce que c'est un sujet dont on s'occupe, dont la science s'occupe...*

*P18 : mais j'suis super contente que vous fassiez cette étude parce que j'pense que la médecine et la société et les femmes auraient besoin de plus d'études sur le sujet...*

Plusieurs patientes ont évoqué le concept de **rôles sociaux**. Ils sont réducteurs, car ils enferment les femmes dans une certaine fonction, les résumant aux comportements spécifiques attendus.

Les femmes figures de mère ou d'institutrice ne se sentent plus désirables.

*P13 : après le premier enfant, on a du faire un petit point en disant " faut pas que tu me vois que comme la mère de tes enfants, faut que tu me regardes à nouveau comme une femme".*

*P17 : oui, bien sûr. J'pense qu'elle en joue plusieurs [en parlant de la société], de...euh... comment ça s'appelle attends... le fait de jouer un rôle un peu, tu vois... C'était Paul B.*

*Preciado qui avait utilisé ce terme-là, c'est euh... mince... performer! Performer un rôle de séduction, de féminité etc..*

*P7 : ben oui parce qu'il peut y avoir des difficultés de représentation... voilà comme le rôle de l'institutrice, y'a des personnes qui vont se dire "je ne suis qu'une mère" ou qu'une grand-mère ou autre chose et tout le reste euh... j'abdique. Ça peut se voir sur certaines personnes, on se dit « tiens elles sont pas si veilles, mais elles sont habillées comme quelqu'un qui a lâché l'affaire entre guillemets [rires] ». Y'a plus euh... y'a plus quoi. [...] Donc oui, ça va influencer sur tout le reste, parce que pour revenir au désir, si je suis une mère, je ne suis*

*plus la notion de sexualité, je ne suis plus visible en tant que femme pour les autres désirables...*

De manière difficilement compréhensible, les femmes figures de jeunes célibataires ou récemment séparées sont rapportées attirantes par les hommes.

*P7 : Ah oui d'ailleurs, le rôle, la représentation de la femme alors ça c'est fou, j'avais faire un petit aparté sur ma mère. Ma mère, quand elle s'est séparée de mon père, y'a eu des maris de ses copines qui lui ont fait des propositions, elle a complètement halluciné. Et quand moi je me suis séparée du père de ma fille, au boulot j'ai eu euh.... c'est pas la première fois que mon patron me faisait du rentre dedans, mais là il a recommencé, ainsi qu'un autre collègue qui s'était genre marié l'année d'avant. [...] ben oui elle est toute seule, un peu fragilisée... enfin je sais pas ce qu'ils se disent les mecs...[...] Est-ce que ça viendrait à l'idée d'une nana de se dire : tiens je vais m'envoyer en l'air avec mon collègue qui vient de se séparer, où ça a l'air galère ? Non j'y pense pas.*

#### **b) Des stéréotypes de genre**

**Des stéréotypes de genre** sont présents chez les patientes interrogées ; notamment l'idée selon laquelle le désir masculin est inépuisable et constant, par opposition au désir féminin.

*P12 : j'ai un partenaire, qui lui en revanche a envie tout le temps! Alors lui y'a pas de... voilà, je sais pas comment fonctionnent les hommes mais eux ils ont jamais de baisse de libido.*

*P18 : y'a cette idée qu'une femme n'a pas envie, elle a tout le temps mal à la tête, et l'homme c'est lui qui est toujours chaud...mhh.. qui prend le plaisir. Pour une femme c'est un déboire, pour un homme c'est... c'est un plaisir.*

*P8 : euh... ben disons qu'un homme et une femme ça réagit différemment. J'sais pas comment expliquer... c'est comme si un homme, enfin moi c'est mon expérience, il avait tout le temps*

*envie quasiment. Et une femme... j'trouve qu'elle a pas les mêmes désirs que l'homme, elle a pas la même libido du tout quoi...*

Cette croyance peut être source **de frustration** et de **culpabilité** pour ces patientes ; avec l'idée infondée de ne pas répondre au désir de leur partenaire.

*P12 : du coup j'culpabilise, parce que j'me dis « oh je vais pas le satisfaire aujourd'hui ».*

*P9 : ben au final c'est toujours ce côté que la société fait croire, et qui est encore ancré dans nos têtes, c'est le côté « les hommes, ils ont besoin de ça... » alors que bon, pas du tout... J'veux dire mon conjoint respecte tout à fait que j'ai pas envie. Mais euh... oui ce côté: « oh le pauvre, peut-être il a envie et moi j'ai pas envie alors euh... c'est triste pour lui ».*

Dans l'inconscient collectif, le désir féminin peut être **connoté négativement**, associé à quelque chose de malsain, voire stigmatisant.

*P6 : mais j'pense que... le regard qu'on pose sur... ben déjà le fait que le désir féminin soit pas trop reconnu dans la société dans laquelle on vit comme quelque chose de sain. Enfin ça commence à bouger, mais ça peut provoquer une forme d'inhibition en fait de mon propre désir. Parce que si t'éprouves du désir en tant que femme, en gros t'es considérée comme une salope ou... enfin voilà quoi.*

### c) Des attentes genrées

Si au regard des patientes interrogées, la société véhicule des **attentes différentes selon les genres** -certaines activités, certains comportements ou certains traits de caractère sont associés au genre masculin (faire des blagues peu élégantes, être honnête, aller droit au but...) ; et ce dès l'enfance (jouer à la guerre, au football) – elles ne peuvent toutes s'en détacher pour autant. A l'exemple de cette patiente qui se considère ainsi comme ayant un « caractère masculin ».

P2 : ça date depuis très longtemps, déjà quand j'étais toute petite, mes potes c'était des garçons. Je jouais à la guerre, ensuite j'ai joué au foot (j'étais la seule fille qui jouait au foot), au rugby.. J'étais vraiment garçon manqué quoi. Et euh... j'm'entends bien avec des garçons. [...] Et en plus de ça, euh... J'ai un caractère masculin, comme j'vous le disais. Hhm... Je pense que je suis un beauf en fait... Déguisé. [...] Ouais ouais ouais... J'suis capable de sortir de grosses conneries [rires]. J'vais vous donner un exemple récent là: là on visite un superbe château avec mon fils et puis sa nouvelle petite amie. Et puis euh... elle parle pas, elle est un petit peu naïve, timide quoi. Enfin voilà, et donc il y avait des paons et puis euh... du coup mhh... Elle m'dit : "ah ben comment faut faire pour qu'ils fassent la roue"? Et puis, mais je sais pas d'où c'est sorti de ma tête... J'ai dit : "bah soulève ta culotte". Et elle me regarde et me dit "ah bon?". Et c'est là où je me suis dit, mais vraiment j'suis un énorme bœuf quoi... C'est typiquement le genre de discours masculin... Vraiment de beaufitude quoi.

La **charge mentale** ou poids psychologique de la gestion des tâches domestiques et éducatives du quotidien, est perçue comme **dédiée à la femme**.

P7 : ben oui hein, c'est ça aussi, si on est tout le temps dans une sollicitation de la part déjà des enfants, alors si on se rajoute en plus avec le travail, les types d'impératifs qui euh... comment dire... écologiques, machin.. vous achetez une nourriture comme ça parce que c'est meilleur pour la santé, donc faut aller plutôt à tel endroit, il faut faire son tri, faut faire ça... [rires]. C'est plus une globalité. Comme on en demande beaucoup aux personnes en face, et j'ai cru comprendre, bon après y'a peut-être un biais mais c'est quand même la plupart du temps les femmes qui s'y collent, ben forcément ça rajoute une montagne de choses quoi... [...] J'pense que quelqu'un pour qui tout est cool toute la journée, ben forcément c'est plus facile d'être open. Et comme il semblerait que ce soit sur les femmes que pèse une bonne partie du quotidien, ben

*forcément ça n'aide pas quoi... la libido ben... peut-être qu'il faudrait dire ça comme ça: "descend les poubelles". [rires].*

Une **pression sociale importante** est ressentie par les patientes interrogées. Les injonctions sont multiples et concernent tous les domaines de la vie : la femme se doit d'être l'épouse idéale, la mère parfaite, une professionnelle performante, une amie investie, une sportive accomplie à l'alimentation saine...

*P4 : ben moi c'est quand même j'trouve euh...Entre guillemets on nous en demande beaucoup. Là je vois qu'on est parent, et donc euh...ben faut gérer en même temps l'enfant qui peut être malade, faut gérer euh... faut en même temps être hyper investi au travail, il faut en même temps être super présent et investi avec ses copains, sa famille, euh... bien faire à manger, manger sainement, faire du sport, etc... En fait à la fin euh... Des fois moi j'ai l'impression de devoir dire à mon conjoint « Hé j'peux pas être partout hein ». J'peux pas... On me demande d'être la femme parfaite dans tous les domaines de ma vie... Euh... Y'a un moment donné, si j'ai envie de dormir, j'ai envie de dormir quoi. Voilà, ça, ça influence hyper négativement parce que des fois j'ai l'impression que j'ai pas la place mentale pour ça en fait.*

Les patientes interrogées parlent d'une « **charge sexuelle** ». Pour elles, le poids d'une vie sexuelle épanouie repose sur les épaules de la femme.

*P4 : c'est la femme qui doit provoquer le désir chez son conjoint. C'est la femme qui doit euh... J'sais pas moi... Même si elle est réglée, hop il faut quand même faire des p'tites choses pour entretenir... Enfin j'ai toujours l'impression que c'est la femme qui doit faire quand même pas mal, même sexuellement parlant. Et donc du coup je trouve que ça met une petite pression supplémentaire.*

Du point de vue des participantes, le **conditionnement** des garçons et des filles dans des rôles sociaux dès leur plus jeune âge est à l'origine de **représentations et d'attentes différentes** de la sexualité. Elles ressentent toutefois que ces représentations sont de plus en plus **critiquées** et que les choses évoluent. Mais certaines persistent encore ; à l'exemple de la femme de 50 ans qui, après un certain âge, cesserait d'être désirable et serait vouée à la solitude en cas de séparation, par opposition à l'homme dans la même situation.

*P7 : et ben c'est vrai que quelqu'un qui divorce à 50 ans, moi je me dis une femme, déjà, elle a peu de chance de retrouver quelqu'un... alors qu'un homme, oui. Alors qu'en fait, c'est complètement idiot, dans le sens où maintenant moi j'me fais la remarque parfois avec des amis proches : je me dis, ben finalement on serait quand même bien tout seul sur certains aspects, parce que la vie de couple c'est pas forcément évident, c'est pas toujours fluide. Et c'est pas forcément synonyme de bonheur, et quand on est célibataire synonyme de malheur. Ça veut pas dire qu'il n'y a pas de célibataires malheureux hein, mais voilà les choses évoluent aujourd'hui, on regarde plus les personnes bizarrement. [...] On voit bien les représentations, les époques différentes... Donc euh... les mœurs évoluent, les réflexions se font.*

#### d) Un modèle hétéronormé

Les patientes interrogées ont évoqué **l'hétérosexualité** comme modèle social inconscient. Le regard sur l'homosexualité féminine est perçu comme négatif, voire professionnellement handicapant, par les patientes lesbiennes elles-mêmes.

*P10 : concernant mon statut de lesbienne , elle [en parlant de la société] aurait plus un rôle dévalorisant quoi, parce que je me vois pas forcément m'afficher en public.*

*P3 : mais ça peut être aussi une arrière-pensée de me dire, en fait si je parle de ma sexualité, ou de mon désir, ou de ce que j'aime tout simplement ça peut être mal vu aussi professionnellement parlant.*

Les **médias** sont jugés responsables de la promotion de modèle dominant ; tout particulièrement en ne diffusant pas d'images de couples gays ou lesbiens.

P10 : *enfin j'ai pas d'exemple autour de moi vraiment directe on va dire... Y'a pas trop de films ou de trucs à la télé. [...] ouais ouais, par les médias... ah ben oui, là y'a quasiment rien... Enfin si bien sûr, sur internet on peut trouver plein de trucs, mais les manuscrits ou à la télé y'a rien quoi, c'est complètement tabou.*

## 6.2 Une injonction à la sexualité pénétrative orgasmique

### a) Injonction au sexe

Les médias et les réseaux sociaux par leurs **injonctions au désir, aux relations sexuelles, à la jouissance** contribuent à l'hypersexualisation de notre société.

P2 : *alors en fait je trouve, à mon goût personnel, qu'il y a beaucoup trop d'injonctions au désir sexuel dans notre société. C'est-à-dire qu'en fait, c'est la norme. C'est-à-dire entre les publicités... les euh... tout ce qu'il y a autour de ça, les thèmes récurrents, les trucs... tout ce qui est magazines féminins, les reportages, les vidéos Facebook etc.. Et il y a beaucoup beaucoup de choses qui sont.... centrées là-dessus. Et en fait euh... je trouve que c'est pas bien. [...] j'trouve que vraiment... Y'a beaucoup trop d'injonctions... euh... à un genre de normalité, euh... et de... il faut faire.*

P5 : *alors je pense que... la société... euh... sous forme d'injonctions au désir, au plaisir, aux relations sexuelles... voilà peut me mettre énormément de pression.*

P17 : *y'a un poids aussi sur la sexualité en elle-même, d'existence de la sexualité, d'une certaine régularité de la sexualité...*

Cette pression perçue très tôt par les femmes peut être à l'origine **d'une entrée trop précoce** dans la sexualité....

P8 : *parce qu'en fin de compte, moi ma première relation sexuelle, elle était jeune et j'ai voulu faire comme ma meilleure amie, et je regrette.*

P6 : *ma première fois j'me suis dit: j'aurais ma première relation sexuelle avant mes 17 ans.*

P2 : *mais en gros moi, j'ai fait ma première expérience, j'avais 19 ans 3/4. J'pense que y'avait une petite alerte psychologique [rires].*

...et conduire à l'idée de la nécessité d'avoir des rapports **réguliers et très fréquents**.

P13 : *si, j'entends des blagues du style "matin, midi et soir", j'entends que la moyenne des français c'est... je sais plus, 1 fois par semaine, enfin d'après ce qu'ils disent. Oui j'entends des sondages comme ça, mais alors est-ce que ça m'influence ? Oh peut-être un peu! Parce que du coup avec mon mari on se dit, bon faut quand même qu'on essaye de le faire... Et la moyenne étant de... ouais ben on va se dire, faut quand même qu'on fasse au moins l'amour une fois par... par semaine. Oui donc y'a une petite influence peut-être, dans la quantité peut-être oui.*

P5 : *et euh... et effectivement je comprends bien que... d'un point de vue social, couple est égal à sexe. Et je comprends bien également à travers euh... ces éléments-là, que faire une fois l'amour par mois, c'est pas suffisant, y'a un problème. Donc ça, moi je le reprojette sur moi, sur mon couple, et j'me dis: putain y'a un problème. Mais est-ce que vraiment c'est un problème, tu vois ? Ça je sais pas...*

En fait, à avoir des relations sexuelles sans en avoir foncièrement envie, mais **pour se conformer à la norme sociale**.

P11 : *j'avais l'impression que, comme on se voit pas souvent, quand on se voyait il fallait, qu'on en ait envie ou pas, quelque part euh... j'sais pas, moi j'avais besoin peut-être plus de tendresse à certains moments alors que bon ben finalement ça dérivait en d'autres choses [...] Je sentais une forme d'obligation morale peut-être, vis-à-vis de la sexualité. [...] Je m'étais peut-être*

*autopersuadée que voilà c'était quelque chose qui était normal, à chaque fois qu'on se voyait, quand on se voit 2-3 fois par semaine seulement et qu'on habite pas ensemble.*

Cette pression, amplifiée par les **médias** qui véhiculent une image idéalisée du couple et de la sexualité, est source d'un sentiment de **culpabilité**.

*P4 : mais j'pense aussi avec les réseaux sociaux et tout ça... euh... on a une image du couple hyper amoureux, en continu et tout... Hyper euh... comme si c'était le début d'une histoire, et ça peut vachement fausser. On peut vite se dire « oh lala c'est pas normal si je ne ressens pas ça... ».*

*P5 : bah pareil en fait c'est con, mais je vois très bien, vu qu'on est dans une situation un peu ambiguë, un peu compliquée avec mon copain, et ben quand on regarde une série, ou un film et qu'il y a des petites blagues sur la sexualité, du style: « bah quoi, ça va pas avec ton mec? » « ah ouais non, ça fait un an qu'on a pas baisé ensemble, machin... ». Et ben ça me met hyper mal à l'aise, et en fait j'me rends compte à quel point on en parle tout le temps, tout le temps, tout le temps.*

#### **b) Injonction à la pénétration**

**L'absence de pénétration** est source de **difficultés** pour les patientes qui vivent une sexualité non pénétrative.

*P17 : et du coup, le...enfin pas le rapport sexuel en lui-même, mais la pénétration c'est encore associée à la douleur en fait, et ajouté au fait que moi en tant qu'individu femme, dans cette sexualité féminine, hétérosexuelle, y'a plein de trucs que j'commence à déconstruire, que j'ai déconstruits dans les rapports sociaux... mais qui me pèsent encore.*

### c) Injonction à l'orgasme vaginal

Les patientes interrogées voient dans notre société une **course à l'orgasme féminin**, vaginal de préférence. C'est devenu une fin en soi. Son absence peut être vécue comme une déception, voire une frustration pour la patiente et pour son partenaire, se croyant incapable de la satisfaire pleinement.

P13 : *et je sais que ça affecte aussi mon mari, dans le sens où voulant tout faire pour que ça se passe bien, quand je n'y arrive pas -parce que c'est pas lui, c'est moi- et bien... je sais que ça le déçoit... Y'a une première déception parce que je n'y suis pas allée, et c'est une déception pour lui en plus parce qu'il a pas... il estime qu'il n'a pas su me donner de plaisir. Ça, c'est vraiment quelque chose de très frustrant...*

P17 : *[à propos des injonctions de la société] : de l'orgasme vaginal, enfin vaginal intérieur on va dire. Ce qui n'est pas du tout mon cas à moi, donc du coup ça veut dire moi en tant qu'individu, réfléchir à ça, me positionner par rapport à ça et devoir l'expliquer aux autres, et du coup ça impacte aussi.*

### 6.3 La femme, objet de désir

Certaines patientes ont partagé le sentiment d'être parfois considérées comme **un objet de désir** – **en opposition à être sujet de désir**. Elles expliquent se sentir réifiées dans le regard de l'autre, que certaines tenues vestimentaires sont perçues à tort comme un appel au sexe. Elles déplorent cette image hypersexualisée de la femme.

P6 : *Euh... Ouais le fait aussi d'être réifiée, enfin que mon corps soit réifié. Moi j'me considère en tant que femme, mais j'suis aussi considérée comme une femme aux yeux des autres, le fait d'être fréquemment... enfin pendant un moment j'avais même l'impression que c'était constant, le fait d'être toujours ramené à euh... au désir que je pouvais provoquer dans le regard de l'autre.*

P7 : ça travaille sur la notion de la sexualité, parce qu'il y a celle de la sphère privée, y'a celle de « ça y est, on montre un bout de bras alors on est forcément sexuée », ça veut dire quelque chose, alors que c'est pas le cas... enfin y'a une connotation sexuelle qui ne devrait pas l'être.

P9 : une femme qui va mettre une jupe c'est forcément sexualisant. Une femme qui va montrer son décolleté ou qui ne va pas mettre de soutien-gorge et où on voit les tétons, c'est euh... c'est sexualisant.

## 6.4 L'influence de l'éducation et des facteurs culturels

### a) L'éducation familiale

Plusieurs patientes ont mentionné l'influence de leur **éducation** dans la construction de leur sexualité et de leur désir. Une éducation **rigide et fermée** peut inhiber le désir surtout lorsque l'on peine à se reconnaître dans le modèle traditionnel transmis. Le poids du jugement familial est non négligeable jusqu'à prendre parfois la forme d'images familiales intrusives survenant lors de l'acte sexuel.

P3 : je pense qu'effectivement ça a pu freiner. Par rapport à où j'en suis aujourd'hui... euh... J crois qu'il y a des choses sur lesquelles j'aurais été moins euh... en difficulté, si j'avais pu avoir un terrain un peu plus... hmm... libéré, en termes de paroles, de constructions...[...] y'a quelque chose que j'ai ressenti et que j'ai vécu beaucoup, c'est le côté jugement familial... Mhh... Dans une famille où on a beaucoup de mal à communiquer, et où effectivement... pareil je le relis un peu à la première question; les questions de sexualité, les questions de... du corps... de... de problématiques etc ne sont pas abordées, ou peu, ou pas avec sérénité en tout cas. Puis dans un truc un peu plus traditionnel on va dire, hétéronormé etc... Ben ça fait que oui, ça peut avoir des freins, ça les a eus clairement. Tout ce qui est par exemple dans une relation que j'ai eue très importante avec une fille, y'a eu tout un moment au tout début de la relation où euh... certaines visions familiales venaient m'impacter... beaucoup. Pendant la sexualité, pendant

*l'acte sexuel même... [...] J'avais vraiment une sorte d'image un peu... de vision très concrète d'une partie de ma famille derrière une porte quoi.*

La notion de **devoir conjugal** peut trouver ancrage dans les représentations et se transmettre au sein de la famille.

*P18 : je pense que c'est des convictions que j'ai dans ma tête et que j'essaye toujours de déconstruire. Et après euh... de mes expériences un peu plus personnelles, c'est que... euh... c'est que j'ai vu autour de moi dans ma famille, avec...mhh... les touchers... comment dire ça... ben, en fait, je regarde mes parents et euh... c'est exactement la réflexion de cette image de devoir conjugal que je vois en fait. Ma mère, elle avait pas envie, elle voulait pas être touchée, et euh... mon père s'imposait un peu. Je pense que j'ai grandi avec cette image.*

Une **vision libérée, décomplexée** de la sexualité au sein de la cellule familiale peut favoriser l'expression du désir.

*P19 : j'ai été élevée de façon très libre par mes parents, et donc y'avait pas de... non, je ne sentais pas en moi de frein, voilà. [...]. mais encore une fois, j'suis quand même une enfant des années 70 donc euh... ça compte, ça compte énormément. [...] ben parce que, en fait euh... moi j'en fait pas tout une affaire quoi. Et je sais que... ben c'est pas tout le monde. En plus à l'époque, bon tout allait bien quoi, j'étais assez libre, donc j'ai gardé cette liberté. Donc je peux en parler si j'ai un souci.*

## b) L'éducation religieuse

Des **croyanances religieuses ancestrales** ont un impact sur le désir et la sexualité.

*P8 : alors je ne sais pas si lors du mariage religieux, on ne m'a pas fait le mauvais œil. [...] Le mauvais œil vous savez c'est euh... la jalousie en fait. On vous met un truc justement pour euh...*

*Alors c'est vrai que soit on y croit, soit on y croit pas. Moi j'suis mitigée là-dessus, je ne sais pas en fait. [...] C'est des personnes souvent euh... c'est en Méditerranée, souvent les pays du Maghreb, ou même français d'origine magrèbine, c'est la jalousie. [...] En fait, j'me souviens d'une femme pendant mon mariage religieux, qui me regardait très méchamment[...] elle est décédée hein au jour d'aujourd'hui, mais en fait j'me demande si finalement, le mauvais œil, ça existe quand même pas, parce que depuis ce mariage ma libido n'a jamais été pareille...*

Certaines patientes ont évoqué les **représentations religieuses** rendant la sexualité indissociable de la **procréation**.

*P18 : ben moi aussi pour le contexte, j'suis polonaise et j viens d'une famille religieuse et euh... l'église, jouait un grand rôle sur euh... sur notre quotidien, elle a beaucoup d'impact. Mhh... moi je pense que ça a beaucoup joué sur les questions de... d'association sexe égal reproduction, et y'a pas forcément l'association avec le plaisir qui s'est fait naturellement...  
P3 [à propos de ce qui influence le désir] je pourrais dire même dans mon cas, qu'elle est très culturelle, peut être aussi liée en quelque sorte à une culture...mhh... je dirais pas une forme de pratique religieuse, mais quand même une culture religieuse qui a été présente aussi dans ma.... dans ma formation on va dire, dans ma vie.*

Une autre patiente a évoqué la situation particulière des **couples mixtes** (partenaires issus de religions différentes) comme une sorte de défi ou d'épreuve d'affirmation de leur identité face à leur entourage.

*P7 : Ça peut être euh... un couple qui se retrouve pas parce que c'est un couple mixte et y'a des choses qui sont difficiles et la société va plus peser quoi... j'veux dire une femme juive, un homme musulman, même maintenant, même en France il peut y avoir... si y'a des souffrances au sein des deux familles, ça va rebondir sur leur vie de couple et leur sexualité parce que...*

*c'est quand même assez particulier quoi, la représentation de la sexualité qu'il peut y avoir dans le monde musulman... en tout cas, de ce que nous on en perçoit, pour l'instant. Y'a des choses qui sont encore un peu archaïques, et voilà ça pourrait les mettre en difficulté.*

La religion accentue un certain **tabou** autour de la sexualité...

*P16 : je pense que ça vient de mon éducation aussi, éducation judéo-chrétienne, espagnole: la sexualité c'était quelque chose de tabou. Donc euh... pas question de... le corps, on le cachait...*

... et peut entraver la **communication** au sein du couple.

*P8 : parce qu'en fait si vous préférez mon mari -et j'trouve que ça joue énormément- mon mari une fois qu'on a eu notre fille, bon c'est un musulman, je l'ai épousé en toute connaissance de cause, il est devenu très très pratiquant. Et en fait la sexualité dans la religion [...] y'a beaucoup de choses taboues. [...] En fait, c'est comme si mon mari était pur, et que.. le fait d'avoir une relation sexuelle c'était pas...pas bien. Et pourtant on est mariés, on peut faire ce qu'on veut hein soi-disant. Mais en fait j'avais peur de lui parler de certaines choses, et... j'ai été bloquée sur beaucoup de choses et voilà...*

Certains rituels religieux incitent aux **relations non consenties entre époux**, c'est-à-dire au viol conjugal.

*P8 : mon mari m'a fait voir un imam, des roqyas, une dame qui fait de la médecine... enfin pas de la sorcellerie mais un truc un peu marabout. Donc pour ça, elle m'a dit « faut que tu dormes avec ton mari trois jours et trois nuits, et faut que vous ayez des relations intimes ». Donc mon mari a dit « t'as entendu ce qu'elle a dit, la dame ».*

### c) D'autres facteurs culturels

Les **droits des femmes**, loin d'être garantis de façon unanime dans les différents pays d'Europe, ont une influence directe sur la sexualité et le désir féminin.

P18 : *[à propos du risque de grossesse] Et là, il y a le contexte de Pologne où l'avortement est illégal [...]. Ouais... donc en fait, moi je savais déjà à l'époque qu'il y a des moyens de contourner un peu cette loi, et même je pouvais aller en France. Mais je pouvais pas le dire à un professionnel de santé, c'est pas exactement légal...enfin c'est illégal quoi. [...] La condition de la femme en Pologne, c'est ça...*

### 6.5 La sexualité féminine, un tabou

Paradoxalement à l'hypersexualisation ambiante, la sexualité reste un **tabou**. Perçue comme relevant de la sphère privée ou de **l'intime**, elle n'est que rarement l'objet d'échange avec l'entourage.

P19 : *moi la parole, les copains, les copines non, c'est même pas la peine. C'est pas parce qu'on est amis qu'on se comprend de ce point de vue-là. J crois que c'est tellement intime... j'trouve que c'est bien d'avoir euh... de pouvoir le faire tout seul dans son petit coin.*

P12 : *c'est un sujet que j'aborde pas avec mes amis, ou très très très peu, quelques-unes seulement, parce qu'elles sont un peu plus « trashes » et qu'elles sont plus euh... mais y'en a très peu, je les vois peu.*

C'est un **regret** pour certaines qui imaginent l'aborder avec leurs amis pour se libérer d'un certain poids.

P11 : *moi autour de moi, mes amis ont toujours refusé de parler de sexualité. Euh... à part voilà une ou deux personnes qui étaient assez ouvertes, mais ouais... c'est rarement facile d'en parler quoi. Je trouve ça dommage, mais bon... peut-être qu'ils considèrent que c'est un sujet très intime et qui tient du couple, et qui du coup, doit rester dans le couple, je ne sais pas... Je le*

*regrette un peu parce que du coup forcément, quand on a des mauvaises passes ou des passes un p'tit peu "sans", ça pourrait être sympa de partager là-dessus, justement pour prendre conscience que c'est partagé et que ça peut changer aussi...*

*P5 : après ouais... en parler autour de soi ça peut aider vachement, mais même ça moi j'ai du mal parce que j'suis assez pudique...*

Ce tabou existe aussi au sein de la **famille**. Certaines patientes auraient aimé avoir plus d'explications de leurs parents ; en imaginant parallèlement que ce n'est pas aisé pour eux.

*P8 : après, j'trouve qu'en fin de compte que c'est important, sans rentrer dans les détails, mais moi mes parents, enfin ma mère, ne m'a pas expliqué comment... euh... vivre une relation de couple. J'ai pas eu d'explication. [...] Sans parler de détails parce que ça reste sa mère, c'est délicat, mais c'est vrai que j'aurais peut-être aimé que... ma mère m'explique certaines choses.*

Une patiente a mis en opposition cette hypersexualisation ambiante avec une société perçue comme **moins permissive** que dans les années 70.

*P19 : non, non je pense que la société a ses... enfin pour moi la sexualité c'est intime, et en plus vu mon âge, euh... j'ai connu des années beaucoup plus faciles du point de vue de la sexualité... avant le SIDA par exemple, avant aussi... enfin c'était beaucoup plus permissif quand j'avais 20 ans, que maintenant. Et l'influence de cette société qui n'est plus du tout permissive, bien qu'on ait fait beaucoup de choses pour les homosexuels etc, pour moi c'est de la surface, c'est beaucoup plus... y'a beaucoup plus d'interdits. [...] Oh largement beaucoup plus d'interdits, largement. On peut plus montrer ses fesses à la télé hein, c'est clair, on peut plus... on peut plus parler crûment de certaines choses... en public.*

## 6.6 Se questionner sur sa normalité

Face au modèle de désir promu par les codes sociaux, les patientes **s'interrogent, se remettent en question**. Elles n'y retrouvent, dans ce modèle, ni d'éventuelles baisses de désir...

P1 : *ben moi je me questionne dans ces phases-là... Je me questionne parce que je me dis, est-ce que c'est normal ? Est-ce que c'est pas normal ? La question de la normalité en fait... Et j pense que ça c'est très sociétal de se dire, il faut avoir 2-3 rapports par semaine... Sinon c'est bizarre... Alors qu'en fait, maintenant que j'ai un peu plus lu, que je suis un peu plus déconstruite, j me dis ben en fait c'est pas forcément très grave. C'est juste la conception et y'a quand même ce truc de la société qui fait qu'on est... qu'on est conditionnée et qu'on se pose toujours la question en se disant « ben c'est peut-être pas normal ».*

P11 : *ben forcément quand nous on a plus ce désir, ou qu'il est en passe [rires], on se dit qu'on est pas normale, que... enfin voilà.*

P4 : *les injonctions de la société, j pense que ça peut jouer, parce qu'on va se poser plein de questions en se disant « peut-être que j'suis pas normale, ou peut-être que... »*

... ni désir exacerbé. Il en ressort un sentiment d' « **anormalité** ».

P2 : *Donc en fait je... j'ai jamais eu la... la sensation que j'étais pas dans la normalité. En fait je l'ai su après, quand... Euh du coup, mon homme en fait... il est parti euh... il m'a quittée, parce que je travaillais trop. Il a rencontré quelqu'un d'autre, mais dans sa tête il était pas stable et y'a eu toute une période où on couchait encore ensemble... Et en fait c'est là où j me suis rendue compte que j'étais pas normale, parce que c'est moche à dire, mais en fait il m'a sevrée progressivement... [...] C'est-à-dire qu'on est passé de 5 fois par semaine à 2-3 fois par semaine... Et euh... clairement, j'étais pas bien hein, j'étais en manque.*

Se comparer à d'autres couples peut avoir un côté **stimulant** et un impact positif sur le désir.

P4 : *Ben... oui et non, parce que si on voit des choses positives avec un couple, des idées de choses qu'ils mettent en place, des petites soirées en amoureux... ça peut nous donner des idées donc nous motiver à dire « ben tiens ça a l'air génial, ils ont l'air tellement bien... On va faire pareil » !*

### 6.7 Un impact à nuancer

L'impact de la société et à **nuancer**. Plusieurs patientes parviennent à s'affranchir du regard d'autrui, des attentes sociétales.

P16 : *non. Je me fous complètement de ce qu'on peut dire, de ce qu'on peut faire. Moi je regarde les autres vivre leur vie comme ils l'entendent, et moi je vis ma vie comme je le peux.*

P13 : *comme ça, à brûle-pourpoint j'ai envie de dire: je vois pas du tout ce que la société fait sur moi et sur ma vie sexuelle...*

P14 : *alors pas beaucoup, y'a pas beaucoup d'importance... Mon mari, ça peut paraître curieux pour vous, est le premier que j'ai connu, et le seul. Voilà, ça a très bien marché [rires], j'ai découvert beaucoup de choses. Et donc la société a eu un rôle... non, j crois pas que ça m'ait freiné.*

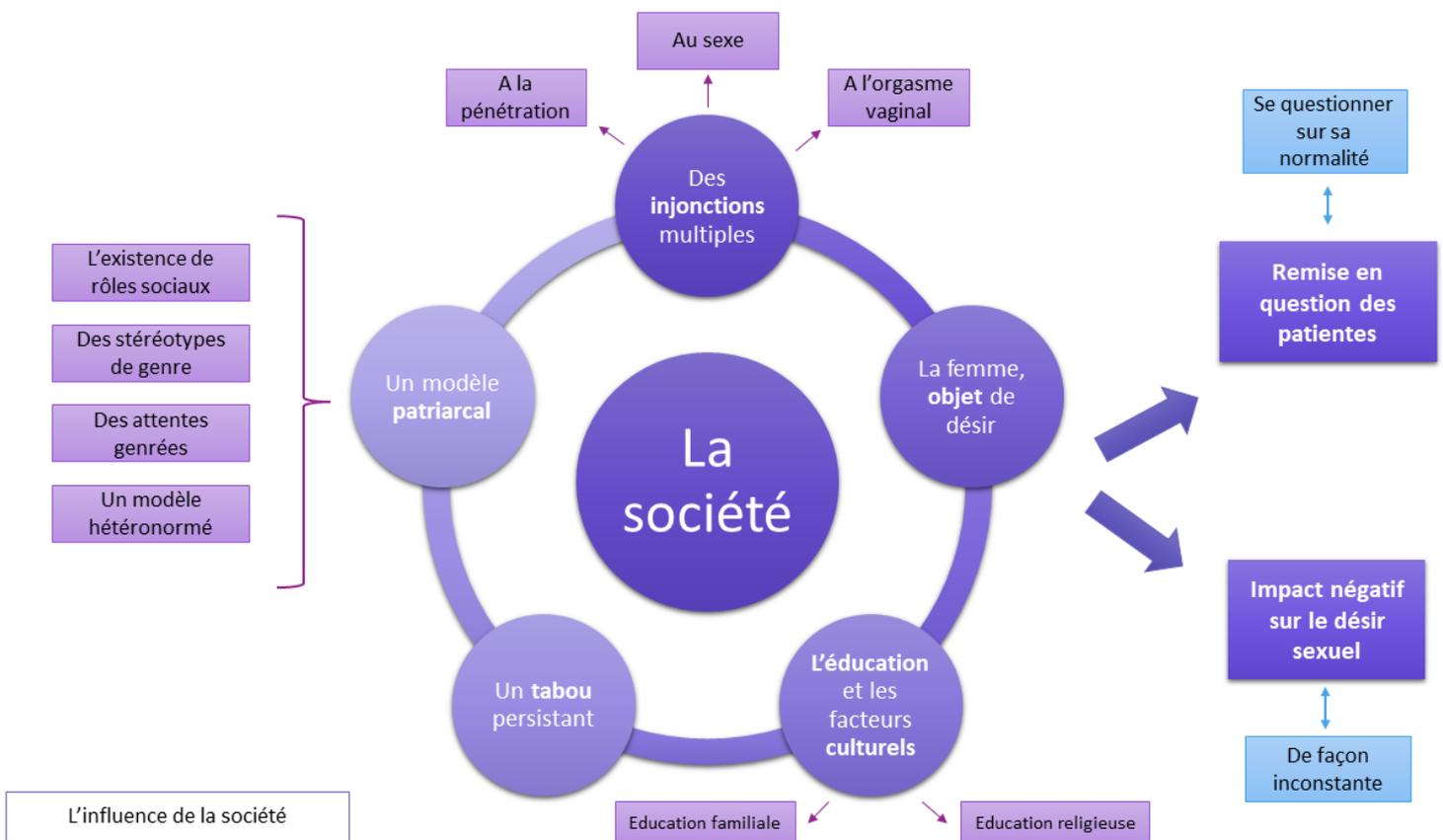
P15 : *non je ne crois pas, je réfléchirai un peu à la question, mais je ne crois pas. Non, y'a pas d'interaction.*

Il existe un possible lien avec **l'âge**. Les cinq patientes les plus âgées de notre étude ont déclaré ne pas être influencées par la société dans leur sexualité ; gagner en maturité avec l'avancée en âge permettrait cette mise à distance.

P19 : *et tout cela ne m'influence absolument pas sur euh... ma façon d'être, mes désirs, ma sexualité etc... Je pense qu'on est le produit de ce qu'on est à 20 ans, mais moins par la suite... on suit pas la mode, de ce point de vue-là [...] Au niveau de la sexualité, je ne pense pas qu'on*

*suive le cours du temps. On est quand même entre 15 et 40 ans très actifs, enfin pour certains, et donc euh... je pense que c'est là où on fait des choses en fonction de ce qui se fait à l'époque, voilà. Je le vois avec mes nièces, avec tous les jeunes que j'ai autour de moi, ils sont bien le produit de leur société d'aujourd'hui, et c'est normal.*

## 6.8 Modélisation



*Figure 4 : Modélisation représentant l'influence de la société sur le désir sexuel*

## 7. Les représentations du désir

### 7.1 Des définitions distinctes

La définition du désir n'est pas unanime chez les patientes interrogées. Certaines distinguent le **désir sexuel** - pulsion fugace du **désir d'amour** - profond et durable.

P19 : *pour moi le désir, on parle bien du désir, on parle pas de l'amour ou d'autres choses, le désir au niveau sexuel c'est d'abord quelque chose qui est extrêmement corporel. [...] Le désir n'a rien à voir avec l'amour, à mon avis. On peut aimer quelqu'un intellectuellement et pas du tout physiquement et l'inverse est tout à fait exact aussi... [...] je ne confonds pas euh désir sexuel et désir d'amour. [...] On peut être amoureux catholique, et au contraire on peut... [rires], ça se dit pas de nos jours, mais on peut très bien s'envoyer en l'air, et ne pas du tout avoir envie d'avoir cette personne-là avec soi tout un week-end.*

P11 : *euh... ben tout dépend dans quel contexte on l'entend, est-ce qu'on l'entend dans le contexte de la séduction ou d'une relation stable?*

**L'intimité, la durée** de la relation modifie les perceptions du désir.

P1 : *alors moi déjà l'envie sexuelle, je l'assimile beaucoup au fait d'être bien avec la personne. C'est-à-dire que j'ai déjà eu des rapports sexuels avec des personnes euh... un peu des « one shot » comme on dit. Et du coup ce n'était pas du tout satisfaisant et j'ai l'impression qu'il pouvait peut-être y avoir du désir après, mais y'avait jamais du désir sur le long terme. Alors que dans une relation un peu plus installée, y'a un truc un peu plus intime qui se forme et du coup j'ai l'impression que le désir est différent.*

Une patiente fait la différence entre le **désir**, envie de l'autre, et la **libido**, pulsion sexuelle indépendante d'un éventuel partenaire.

P2 : *la libido c'est une pulsion. Donc en fait euh... y'a pas besoin... d'avoir du désir. On peut avoir de la libido sans désir. J pense que pour désirer quelqu'un, il faut vraiment penser à la personne.*

## 7.2 Des associations multiples

Les représentations associées au désir sont personnelles et propres à chacune des patientes interrogées.

### a) Que signifie le désir ?

Chacune possède sa propre vision du désir et de ce qu'il signifie.

Le désir par essence associé à un début de relation est nécessairement **transitoire, temporaire**.

P11 : *ça a trait à quelque chose de temporaire en fait, c'est pour quelqu'un en particulier, voilà... Mais le maintenir comme ça à travers les années, c'est compliqué.*

Le désir, pour exister, implique une **absence**, une attente.

P4 : *quand on a du désir pour quelqu'un, souvent c'est qu'il est pas là tout de suite. Il faut une absence. Qui dit désir, dit quelque chose qu'on n'a pas, donc une attente. C'est ça le désir, il faut qu'il y ait une attente.*

Plusieurs participantes l'ont relié aux **sentiments amoureux**.

P8 : *Et je réinsiste beaucoup sur les sentiments et l'amour. [...] parce que si y'a pas d'amour j'trouve que c'est compliqué d'avoir du désir.*

P9 : *euh... ben déjà moi je relis ça aux sentiments. Donc c'est vraiment l'amour qui fait que.*

Le désir naît de la **complicité et de l'amusement** de la relation avec le partenaire.

P2 : *et aussi, quelque chose qui est vraiment important pour moi dans le désir, c'est le fait de pas se prendre au sérieux, de s'amuser... Vraiment de s'amuser. Et de voir que quand on se voit, ben on s'éclate en fait.*

Le désir peut difficilement s'envisager de façon isolée, il est lié à la **sphère conjugale**.

P17 : *c'est marrant parce que j'avais jamais réfléchi au désir tout seul ! Parce que souvent c'est associé à l'intimité, à la sexualité, au rapport à l'autre etc...*

P7 : *la libido finalement c'est relié à d'autres euh... d'autres choses quoi. [...] Et le problème de libido c'est relié à d'autres choses, c'est pas à mettre tout seul dans un petit coin quoi.*

#### b) Le désir idéal ?

De multiples représentations coexistent dans l'imaginaire de chacune quant au désir idéal.

Pour certaines, ce serait un désir **plus fort**, plus **visible**, plus **concret**, plus **spontané**, plus **constant**, plus **durable**, **mutuel ou partagé**.

P1 : *et ben j pense que le désir parfait ce serait d'avoir presque tout le temps envie. Enfin, avoir envie souvent.*

P17 : *mon désir idéal, il serait juste purement mécanique et physique en fait, avec tout ce que ça peut impacter tu vois de sécrétions, ce genre de choses...*

P11 : *mmh... Déjà j pense que comme j suis dans le cas d'une relation longue, c'est un désir qui serait régulier on va dire, et qui se maintiendrait dans le temps.*

P9 : *le désir sexuel idéal... Euh... que les partenaires, que ce soit deux ou plusieurs peu importe, que y'ait une connivence dans l'acte, que ce soit vraiment pas un plus un, mais un avec un, vraiment la connexion, le feeling.*

Pour d'autres il **n'existe pas**. L'imperfection ou quelque chose de l'ordre du fantasme sont inhérents au désir.

P3 : *ben j pense qu'il y a une touche de....course vers une chimère ou vers quelque chose qui est... justement de l'ordre du fantasme, et que si ce truc-là il est cassé, ça casse un peu aussi le désir en quelque sorte.*

*P18 : [silence]. Je pense pas qu'il y ait d'idéal... parce que chacun a des libidos différentes, et j'pense pas qu'il devrait y avoir de norme et d'idéal...*

### **7.3 Place de la sexualité**

La place accordée à la sexualité dans le couple et dans la vie au sens large des participantes est quelque chose de très personnel.

Certaines participantes **ne peuvent concevoir l'existence du couple** en l'absence de sexualité.

*P13 : on dit bien que, par exemple, un couple qui n'a pas de relation sexuelle c'est un des premiers points qui fait qu'un couple va partir un peu à vau-l'eau.*

*P7 : moi j'ai déjà été dans un couple où au bout d'un moment le sexe... on a complètement lâché l'affaire, et moi j'ai pété un câble c'était pas possible que ça continue comme ça. Voilà je l'ai trompé et puis en fait euh... c'est tout, ça pouvait plus se mettre en route. Donc je sais que c'est important.*

Au sein de certains couples, la sexualité est toute **naturelle**.

*P14 : en tout cas le désir... même encore ce matin, alors qu'on était crevé on s'est couché tard, bon il est sorti de la salle de bain moi j'étais pas habillée beaucoup non plus... voilà quoi, c'est aussi simple que ça. C'est pas compliqué pour nous.*

Une sexualité épanouie est perçue comme un **élément constitutif de la bonne santé**.

*P6 : voilà c'est aussi une question d'intérêt, je pense, de sa propre santé, de réappropriation aussi euh.. et là j'parle en général, mais le désir sexuel fait partie aussi d'une sorte de bonne santé.*

P17 : *je trouve que c'est...euh... selon l'OMS, dans la définition du bien-être, et bien il y a le bien-être sexuel aussi, et en fait ça concerne la vie de tout le monde.*

La sexualité est ressentie comme un **besoin** devant être assouvi,

P19 : *j'vous dis, le besoin aussi... Y'a quand même un besoin physiologique, euh... tout simplement. Un moment donné le plaisir solitaire ça va bien quoi, faut faire autre chose!*

une **énergie vitale**,

P2 : *c'est quelque chose qui nous rappelle qu'on est vivant en fait. Voilà, c'est une énergie vitale.*

dont l'intensité pousse parfois à faire entorses à ses propres **valeurs morales**.

P2 : *maintenant euh... j'ai un peu évolué sur euh... sur le côté plus de l'adultère ou autre, j'suis plus ouverte d'esprit là-dessus. Même s'il y'a un petit côté éthique qui me gêne, si la personne, elle a des arguments euh... concrets et valables... J'peux mettre un p'tit mouchoir sur mon éthique.*

L'activité sexuelle joue parfois le rôle de **remède** aux douleurs morales ou physiques.

P14 : *et à l'inverse, quand on enfin je -c'est un je- suis un peu nostalgique et cafardeuse, le rapport est sexuel est très important et me remet...voilà en forme.*

La sexualité n'occupe qu'une place **accessoire** chez certaines participantes, n'étant pas essentielle.

P10 : *mmh... non c'est pas un truc essentiel vraiment... si j'suis avec quelqu'un j'suis contente d'avoir du désir, mais si j'suis avec personne c'est pas... j'suis pas en manque.. J'serais plus en*

*manque d'affection, mais de sexe... Bon c'est déjà arrivé que j'sois en manque de sexe, mais vraiment ça dure pas longtemps quoi... C'est pas très important.*

*P4 : parce qu'en fait moi j'ai l'impression que le sexe est vraiment passé en plan inférieur quoi... C'est-à-dire que dans ma vie, j'aspire à : avoir une famille équilibrée, à être heureuse, et la sexualité c'est pas la priorité numéro 1...*

A certains moments de vie, le désir est **à peine considéré**; d'autant plus dans un contexte général de mal-être, où les sentiments négatifs prennent le dessus (tristesse, anxiété).

*P11 : là en ce moment, j'essaye de refaire un petit peu plus de sport pour aller mieux de manière générale. Peut-être pas forcément pour le désir, parce que j pense que c'est un peu quelque chose que je mets... qui vient après le reste en fait. [...] Je pense que je souffre d'autres choses, qui du coup prennent le pas sur ça.*

*P7 : donc euh... non tout ce que je voulais, c'était aller bien, parce que des fois on est tellement mal qu'on a qu'une envie c'est qu'il y ait un camion qui passe... donc la libido, ça passe au-dessus quoi.*

## 7.4 Le désir évolue

### a) Selon le temps de la relation

Le désir synonyme de **passion**, cette exaltation intense qui dépasse le champ de la raison...

*P19 : la passion ? Oh ben c'est... ne penser plus qu'à ça, et penser qu'à... qu'à être avec la personne et faire des galipettes! [rires]. Et surtout, renouveler toutes les expériences possibles et imaginables, parce qu'on est dans la passion. La passion, c'est pas raisonnable, c'est pas du tout raisonnable la passion... Et c'est ça c'est très fort évidemment, comme tout ce qui est pas raisonnable: sauter en parachute, faire du kayak... enfin voilà c'est du même ordre, sauf que là*

*c'est sexuel, mais c'est du même ordre c'est-à-dire en fait euh... la passion c'est... ben c'est la vie !*

... n'existe **qu'un temps**,

*P19 : la passion ça se... ben ça n'a qu'un temps. Et après bon ben, après c'est autre chose quoi. Toute passion finit par s'éteindre, et alors bon elle est remplacée, ou pas.*

pour devenir synonyme de **tendresse, de complicité, de projections communes**,

*P15 : au début c'est la fougue, et après bon c'est toujours un amour valable, mais dans la durée il est moins fougueux hein bon... mais il n'est pas nécessairement moins profond. Ça évolue, comme tout le monde.*

*P4 : pour moi quand on est en couple depuis longtemps, ça me semble normal que le désir se normalise dans le sens où ça devient un peu routinier... Et oui, on peut faire plein de trucs pour pimenter c'est trop cool, et il y a des fois on finit de faire l'amour et on se dit « wow là c'était ouf », et donc c'est trop bien, ça veut pas dire que c'est nul, mais ça veut dire que ça change, pour moi. Et il faut accepter cet état de changement du désir et que si on l'accepte pas, pour moi c'est pour ça que les gens s'en vont en fait.*

ou **s'éteindre définitivement**.

*P7 : justement avec un de mes anciens compagnons, à un moment on s'est dit que... ben je sais pas pourquoi, les premiers mois c'était normal et puis tout d'un coup... j'sais pas, on faisait autre chose... Ben peut-être parce que c'était un moment de notre vie où on avait tous les deux plus besoin de tendresse plutôt qu'autre chose, à cet instant, et que c'est resté une habitude... qui a duré dans le temps. Et après y'avait pas possibilité de retour en arrière là par contre...*

P19 : *ben justement quand je parlais de passion là, euh... quand la passion s'en va, y'a intérêt à avoir de l'amour derrière...parce que sinon... y'a plus rien.*

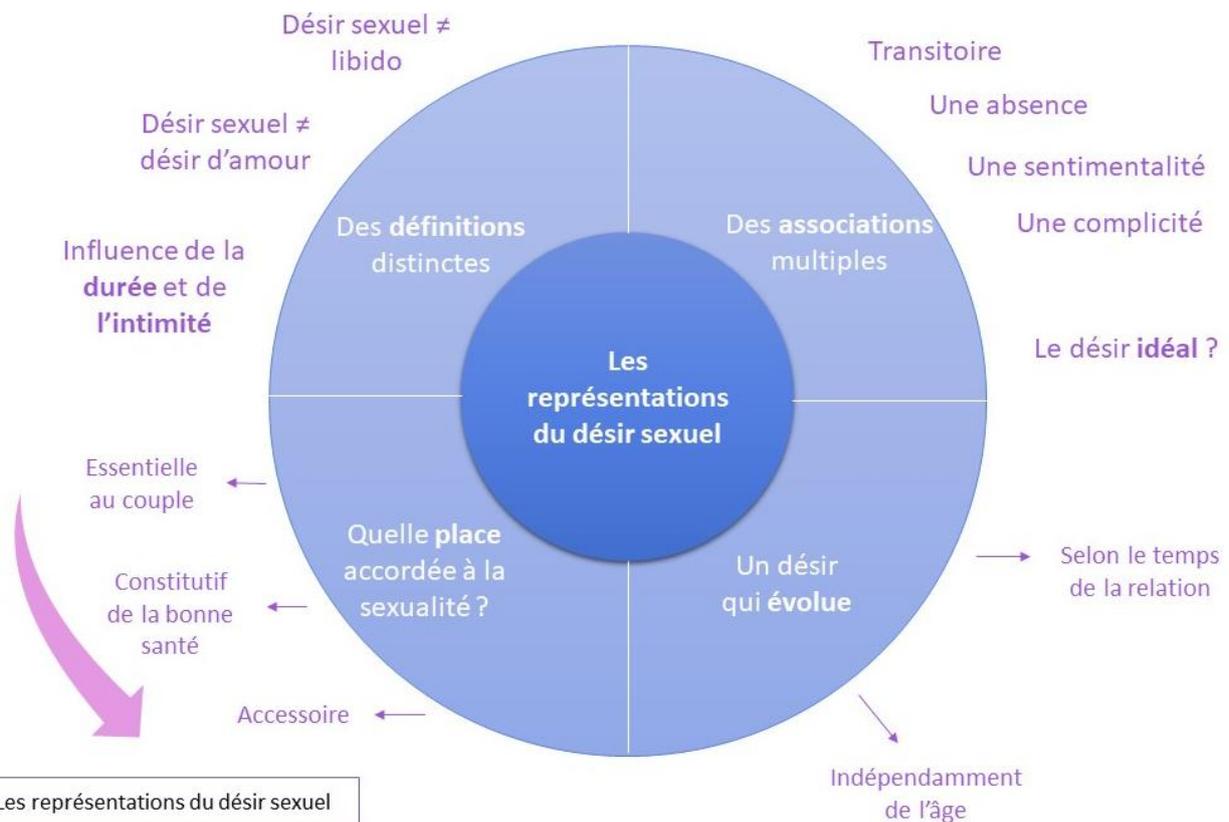
### b) Indépendamment de l'âge

L'avancée **en âge** ne s'accompagne pas d'une baisse de désir, même si les rapports sexuels sont moins fréquents.

P16 : *et puis, quand t'es jeune t'es peut-être plus enclin à pratiquer, puis quand tu avances dans l'âge c'est plus très souvent, enfin pas très souvent je m'exprime pas bien, mais on est plus autant...euh... t'as toujours autant de plaisir, autant de désir, mais c'est peut-être un peu moins fréquent, voilà.*

P14 : *[en parlant du désir] maintenant c'est pareil, alors moins souvent hein évidemment, mais quand même confortablement [rires].*

## 7.5 Modélisation



*Figure 5 : Modélisation des représentations du désir sexuel*

## 8. Les manifestations du désir

Décrire les manifestations du désir **n'est pas facile** pour les patientes interrogées.

P3 : *eah... et après je pense qu'il y a le côté un peu de...mhh.... j'crois qu'il y a.... en fait j'arrive pas à savoir si c'est du désir ou pas... mhhhh... ouais c'est compliqué comme question.*

*J'arrive pas à situer bien si ce que je dis c'est pertinent en fait.*

P6 : *j'sais pas comment l'exprimer en fait, j'vous avoue.*

P13 : *ah ça c'est un peu compliqué. Je...c'est un peu compliqué.*

Ces manifestations peuvent être séparées en deux catégories : les manifestations physiques d'une part et les manifestations psychiques d'autre part.

### 8.1 Manifestations physiques

La majorité des patientes ont exprimé ressentir des manifestations au niveau de **l'appareil génital** : des sensations de picotements, des contractions du périnée, une lubrification vaginale accrue, une sensation d'hypertrophie clitoridienne.

P14: *oui oui, alors ça se situerait plutôt au niveau du clitoris pour employer des mots techniques, mais enfin j'dirais du sexe proprement dit, c'est là où ça se passe, avec parfois des frissons, mais des choses très matérialisées, c'est pas seulement dans la tête.*

P2 : *ça fait des petits spasmes, au niveau des bulbes du clitoris, du périnée... et euh... je sens que mon clitoris est érectile et je.... on va dire que... j'fais des bulles aussi. Donc c'est... c'est très bouillonnant quoi.*

Quelques patientes ont rapporté des sensations au creux des **reins** et **du ventre**.

P19 : *au creux des reins [rires].*

P11 : *Et puis parfois j'pense que ça irradie un peu dans le bas-ventre. C'est vrai que c'est pas tout à fait comme les papillons, mais on a l'impression d'avoir des espèces de décharge, et de chaleur quoi...*

P13 : *mmh c'est le ventre, ça fait quelque chose dans le ventre. Quand le désir vient, c'est le ventre oui au départ, quand j'ai envie c'est par le ventre.*

Pour certaines, le désir rend les **zones érogènes** plus sensibles.

P3 : *après pour d'autres signes physiques, y'a des parties de mon corps qui sont très sensibles... mhhh... des zones érogènes qui sont plus sensibles que d'autres... euh... par exemple les oreilles [rires], c'est impressionnant.*

Pour d'autres, le désir se manifeste comme une **détente totale**, qui se diffuse à l'ensemble du corps.

P18 : *des muscles qui sont plus détendus... c'est assez énergétique aussi, je sens qu'il y a plus de sang qui circule...la peau qui devient plus sensible au toucher...*

Une patiente a exprimé comme parfois **désagréables** chez elle les manifestations du désir.

P3 : *j'pense que physiquement, y'a... y'a un côté d'agitation... de... parfois de douleurs. Des maux de ventre, des maux d'estomac, des maux de dos beaucoup. Ça peut être la nuque...*

## 8.2 Manifestations psychologiques

Les manifestations psychiques peuvent prendre la forme **d'images mentales** reliées à **l'imaginaire érotique, aux fantasmes,**

P11 : *ben de se dire, de s'imaginer en fait... en train d'essayer des choses, et ça éveille aussi du coup le désir physique après, derrière. Mais d'abord y'a un côté un peu de... de psychologique où on essaye de... de réfléchir à des choses nouvelles qu'on pourrait essayer, enfin un côté un peu inventif quoi, qui est intéressant je trouve.*

de **projections** avec l'autre.

P18 : *et après... envie d'aller plus proche, d'être plus proche de la personne, et de toucher, encore plus de toucher, d'être encore plus proche...*

P1 : *c'est plus la tête, pour moi c'est plus la tête, je suis plus cérébrale. Et je pense qu'avec mes émotions j'ai des fois un peu de mal. Du coup euh... moi c'est plus avec la tête où voilà... J'ai envie de la personne.*

P10 : *j'me sens émoustillée, ouverte... je ressens la joie, j'ai envie de partager.*

Ces manifestations psychiques et physiques peuvent être **co-existantes**.

P15 : *mental oui, mental déjà et puis aussi au sexe. C'est là où ça se passe.*

### **8.3 Leurs circonstances d'apparition**

Ces sensations peuvent apparaître de façon **soudaine et spontanée...**

P4 : *mmhh... ben moi souvent ça vient un peu d'un coup.[...] Toute seule d'un coup ça va être, tiens là j'ai envie de me faire plaisir.*

P7 : *ben j'sais pas sur le coup c'est fugace, j'avais y penser et puis pouf quoi, en me disant euh... voilà.. tiens sur le coup j'aimerais bien le faire. Et puis ça peut passer dans les 5 minutes parce que j'suis pas dans le bon endroit.*

... et peuvent être accentuées par des **stimulations externes**.

P4 : [...] *soit c'est provoqué vraiment par l'autre. Enfin l'autre j'veux dire l'autre, pas que humain c'est-à-dire un film un truc un petit bisou... Là d'un coup j'peux dire tiens j'ai envie.*

P10: *ben le toucher, s'embrasser... toucher des zones plus sensibles que d'autres... j'sais pas, se regarder dans les yeux, intensément.*

P15 : *comment je le ressens... euh... l'attirance physique, le toucher.. c'est vraiment ce qui déclenche.*

## **9. La masturbation**

### **9.1 Différentes fonctions**

La masturbation peut revêtir différentes fonctions.

Elle permet de **mieux connaître son corps**, d'éveiller son désir et son plaisir,

P6 : *l'effet que ça a pu avoir, c'est peut-être une augmentation de mon désir. Parce que ça m'a appris à mieux connaître mon corps, à l'apprécier, à mieux savoir comment me faire plaisir à moi-même et comment on pouvait me faire plaisir... donc oui j'dirais plutôt une augmentation par la connaissance, quoi.*

d'aller vers une **meilleure acceptation de son corps**,

P3 : [...] *ça m'a permis par exemple d'être plus libre sur euh... sur certaines... manifestations du désir, sur certaines manifestations corporelles et physiques qui m'ont semblé peut-être être gênantes pour certaines personnes, alors que maintenant je m'en fous un peu quoi...*

de **s'assurer du bon fonctionnement de ses capacités corporelles**, notamment dans les périodes de chute de désir,

P2 : ça a un côté rassurant aussi, enfin là pour le coup quand j'étais attirée par personne, je me suis dit "ah ouf je fonctionne encore". Parce qu'il y a ce côté mécanique de la masturbation.

de trouver un effet **relaxant**.

P17: ça dépend, il peut y avoir les deux, parfois ça va éveiller mon désir et parfois ça va juste m'aider à m'endormir quand j'suis fatiguée quoi. J pense que ça dépend de l'ambiance, si y'a une ambiance de sexualité ou pas autour, ça peut l'être. Et puis des fois c'est juste libérer les endorphines et dormir...

## 9.2 Un impact inconstant

Toutes les patientes ne sont pas adeptes de la masturbation.

Pour certaines d'entre elles, se masturber n'a **aucun lien avec son désir**.

P14: euh... alors, la masturbation je connais bien. Alors est-ce que ça modifie le désir... Non, en particulier si P. est pas là, ben c'est tout je me fais plaisir toute seule ça marche très bien, ça demande juste un effort plus grand... forcément c'est plus physique hein, voilà [rires]. Et est-ce que ça modifie... non, faudrait que j'y réfléchisse mais je ne vois pas... C'est deux choses séparées.

Pour d'autres, elle peut **diminuer l'envie d'activité sexuelle** avec un partenaire, dans la mesure où son propre désir est déjà assouvi.

P4 : Alors ça le modifie pas mais du coup ça l'assouvit au moment où j'en ai envie, et du coup ça modifie mon désir avec mon partenaire.[...] Je l'assouvis toute seule, donc j'suis trop contente c'est un bon moment pour moi, mais du coup forcément si le soir il a un peu envie bon ben j'me dis ok quoi. Mais c'est pas moi qui vais provoquer le truc puisque j'ai assouvi mon

*désir quoi... J'ai eu envie, je l'ai fait, j'étais contente... Et donc du coup hmmm... ça joue sur le désir de couple mais pas sur mon désir perso.*

Pour certaines patientes, la masturbation a une **connotation négative**. Elle est associée à quelque chose de sale, de malsain ou de triste. Elle peut être vécue comme un rejet de l'autre.

*P6: mhh... ben déjà, pour moi accepter que la masturbation c'est quelque chose de sain, ça a été une étape dans ma vie. C'est assez récent, j'ai 30 ans et ça doit dater de mes 27 ans à peu près.*

*P8: en fait c'est bizarre mais j'vois la masturbation comme quelque chose de... je sais pas dire si c'est quelque chose de naturel, ou de pas bien en fait... Moi j'vois ça comme une chose...mhhh... tabou. En fait j'suis mitigée, j'me dis d'un côté c'est normal, et d'un côté c'est pas bien, vous voyez ?*

*P12 : c'est quelque chose que j'envisage hein, mais euh... y'a une espèce de... pas de dégoût mais... quand même dans la masturbation, je mets un peu de dégoût et un peu de tristesse.*

La masturbation peut être génératrice **d'émotions négatives** telles que de la culpabilité ou de la honte.

*P3 : alors c'est très complexe, je pense, parce que c'est quelque chose qui n'est pas très spontané pour moi. Euh... ça l'est de plus en plus. Ça l'a été, je pense, à un très très jeune âge pour moi, très spontané, mais toujours lié à une sensation de... il y a quelque chose de négatif.*

*[...] culpabilité oui, j'crois que c'est un truc très moral, très moralisant. Et on en revient à la société, etc...*

Le développement d'habiletés auto-érotiques semble être dépendant de **normes socioculturelles et religieuses**, le plus souvent restrictives, voire répressives, au sujet de la masturbation.

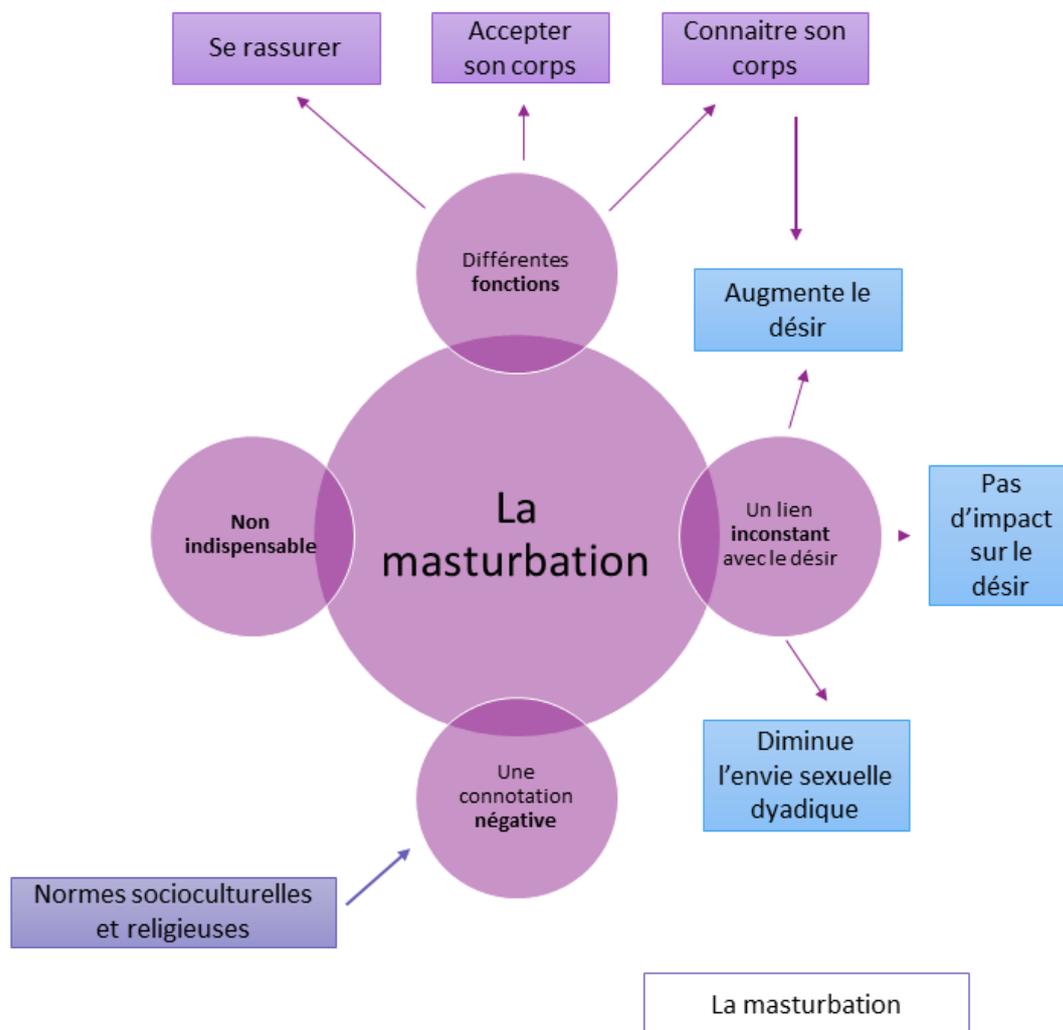
*P8 : mais j'sais pas, j'suis tellement dans un contexte de vie religieuse en fait.. c'est comme si c'était tabou. [...] vis à vis de mon mari, de moi-même en fait j'ai tellement eu des choses dans la tête, ben en fait j'me dis c'est pas bien... C'est pas bien la masturbation, c'est pas bien du tout.*

*P16: pour moi, c'est quelque chose... si c'est toi, il manque quelque chose. Si tu veux, pour ma part j'avais besoin de mon partenaire. Je pense que ça vient de mon éducation aussi, éducation judéo-chrétienne, espagnole: la sexualité c'était quelque chose de tabou.*

L'absence d'activité masturbatoire peut ne **pas** générer de sentiment de manque.

*P16: non parce que en fait, si tu n'y penses pas et si tu n'en as pas entendu parler, ça peut pas te manquer. Ce que tu ne sais pas ne te manque pas.*

### 9.3 Modélisation



*Figure 6 : Modélisation concernant la masturbation*

## **10. Les conséquences d'une baisse de désir**

### **10.1 Un panel de sentiments négatifs**

Une baisse de désir sexuel peut être source de **ressentis négatifs** tels qu'une anxiété, une tristesse de l'humeur, une culpabilité ou encore une frustration.

P5 : ouais ça me fait déprimer franchement. J'me dis euh... mais qu'est-ce qu'il se passe quoi. Qu'est-ce qu'il se passe, est-ce que c'est de ma faute ? Voilà donc y'a un sentiment de malaise, de culpabilité qui est assez immense, euh...

P17 : j'pense que ça m'a rendue un peu triste aussi, et j'en ai souffert bien sûr...

#### a) Une souffrance, pour son couple

La baisse de désir peut être à l'origine d'une inquiétude pour **le couple** ; un désir asymétrique fait craindre le départ du partenaire ou la possibilité de relations extra-conjugales.

P5 : je me dis que ça peut pas durer, euh... enfin que voilà on peut pas être dans une relation aussi inégale à ce niveau-là, et faire que ça dure quoi ça peut pas marcher [...]. Ça alimente mon stress, mes angoisses... mes angoisses qu'il me quitte pour ça, qu'il rêve d'une autre...

C'est davantage **la crainte de ne pas satisfaire l'autre que l'absence de désir en soi** qui est source de souffrance, pour les patientes sollicitées.

P1 : je dirais ça, mais alors peut être plus pour le compagnon en face. Pas forcément par rapport à moi, parce que je le vis pas forcément mal. [...] Mais euh... parce qu'on est deux dans une relation, du coup je me dis peut-être que la personne en face, elle a peut-être envie de plus et moi j'ai moins envie... Tu vois ? Ça, ça peut être gênant.

P4 : moi je m'en fous, ça me va très bien comme ça, d'être un peu moins dans l'excitation etc, par contre ça m'angoisse pour mon couple. J'me dis bon ben si moi j'ai moins ça, ben mon conjoint en vrai c'est sûr que oui... Euh... Bon ben est-ce qu'il va pas vouloir aller retrouver ça avec quelqu'un d'autre...

L'**interprétation** d'une baisse de désir est **fonction du statut conjugal** des patientes interrogées.

P15: *mmh... tout ça dépend, si je suis en couple oui ça c'est autrement, mais dans mon cas actuel, ben j'ai pas une interprétation particulière parce que bon, ça me manque pas pour le moment.*

Ressentir une baisse de désir peut être d'autant plus **coûteux** sur le plan psychologique, lorsque cela demande un effort de réassurance ou d'explication pour ne pas peiner l'autre.

P3 : *[...] Donc tu vas quand même devoir rassurer, euh... essayer de faire comprendre, essayer de... oui de rassurer, je pense qu'il y a beaucoup ce côté réassurance. Du coup c'est pas une souffrance en tant que telle, c'est un effort qui est coûteux et qui amène aussi de la souffrance.*

Pour certaines participantes, la baisse de désir est considérée comme un **indicateur** d'une relation de couple dysfonctionnelle.

P17 : *pour moi ça doit m'alerter aussi... enfin c'est ce que je me dis maintenant, plus adulte et plus mûre, qu'en fait le désir il est important, en tout cas dans une relation où y'a de la sexualité. Et que rester dans une relation où y'a pas de sexualité, pas de désir c'est peut-être un indicateur aussi du fait que ça marche pas correctement, dans ce binôme-là quoi.*

#### **b) Une souffrance, pour soi**

La baisse de désir peut être à l'origine d'une véritable **souffrance personnelle**. Certaines patientes ne conçoivent pas leur existence sans activité sexuelle, indépendamment de tout autre chose.

P3 : *j'pense que oui. J'en ai souffert parce que je... J'en ai souffert moi, parce que j'pense que c'est quelque chose d'important.*

P7 : *mmh.... avec mon conjoint où y'avait plus rien du tout c'était une souffrance oui, parce que moi, je me voyais pas comme ça dans 10 ans hein, ça c'était pas possible malgré tout.*

D'autres ont évoqué ce sentiment d'avoir un **corps dysfonctionnel, défaillant, incomplet,**

P17 : *ben, sur ce qui relève juste de ma relation à moi, ce truc de me dire « ben en fait mon corps il fonctionne pas ». Tu vois y'a un truc quelque part qui est cassé, qui marche plus, et ça, ça m'attristait parce que je me sens amputée d'une partie de ma sexualité finalement.*

P18 : *parce que... je sentais qu'en fait, c'est comme si dans ma tête moi je ressentais l'envie, mais dans mon corps ben ça suivait pas... Ben c'était embêtant, c'est comme si mon corps il était pas connecté, comme si y'a quelque chose qui défailloit, de défaillant.*

P2 : *j'étais tellement attirée par personne, que j'avais vraiment l'impression que j'étais cassée...*

voire **pathologique,**

P17 : *et puis aussi, toujours lié à cette pensée que j'ai d'avoir un corps qui est en partie dysfonctionnel, ben du coup j'suis un peu partagée entre « est-ce que c'était mon corps qui dysfonctionnait de toute façon » slash « moi en relationnant avec les autres ». Donc j'ai toujours été un peu tiraillée entre ces deux réflexions-là : il est possible que ce soit juste mon corps qui déconne, et qui déconnera de toute façon avec tout le monde, ou alors euh... même s'il est pas méga performant, il est aussi possible que c'est ma façon de relationner...*

nécessitant d'agir pour **trouver l'origine du problème.**

P17: *ah si, y'a un truc que ça a pu me faire faire, ça m'a engagée à beaucoup tromper mes partenaires, parce que ma question elle était : "est-ce que c'est avec ces personnes-là que ça marche pas, ou est-ce que ça se passerait différemment dans un autre contexte, avec quelqu'un de différent?". Donc il y avait un truc un peu expérimental d'aller essayer, de voir si le problème était situé là, par exemple.*

Une baisse de désir récurrente peut générer un **sentiment d'impuissance et de fatalité** à l'origine d'une véritable **détresse** psychologique.

P5 : *c'est un schéma que je connais déjà, par rapport à mes autres relations. J'ai eu d'autres longues relations...[...] et y'a eu toujours un peu le même schéma qui s'est passé: au bout d'un an, le désir s'éteint chez moi... très rapidement, et souvent c'est euh... comment dire... c'est... d'un côté pas de l'autre. [...] J'en souffre parce que j'me dis que y'a quelque chose qui cloche, chez moi et/ou dans notre couple. Euh... Ouais ça représente un poids énorme sur mes épaules.*

## 10.2 Une souffrance inconstante

Toutefois, toutes les baisses de désir ne sont pas associées à une souffrance. Certaines patientes y voient une manifestation **temporaire**, transitoire.

P11 : *J'ai un rapport au désir assez irrégulier. [rires] Je sais que j'ai pu éprouver beaucoup de désir à une période de ma vie qui était assez... ouverte, assez...euh... voilà je faisais beaucoup de choses etc. Et puis bon y'a d'autres phases où il se ralentit, où il disparaît...*

P18 : *parce qu'après c'est pas constant non plus, ça fluctue mais... c'est comme ça.*

P13 : *tout au long de ma vie, oui il y a eu des hauts et des bas, des fois ça marche, des fois ça marche pas.*

D'autres y sont **indifférentes**.

P13 : *ben que ça passera, c'est pas...oui non c'est comme ça.*

P19 : *oh ben j'ai pas réagi du tout, on est très bien, quand on a pas de désir j'vois pas pourquoi on essayerait d'en avoir. [...] c'était pas un problème, puisqu'il y en avait plus.*

P16 : *[en réponse à la question : en avez-vous souffert ?] non, non. Puis j'vais te dire j'me suis jamais fait de nœuds à la cervelle avec ça. C'est la vie. J'suis un peu philosophe.*

La tendresse, le fait de se sentir bien avec la personne, la construction de projets communs sont décrits comme autant de **substitutions** au désir d'activité sexuelle.

P16 : *bon, ben on peut vivre aussi sans hein ! A nos âges, pas au tiens! [rires]. Mais à nos âges... Voilà, la tendresse remplace beaucoup de choses.*

P4 : *j'pense qu'après on trouve notre bonheur dans autre chose que le désir sexuel... C'est dans le fait de fonder une famille ou d'avoir des projets communs, ou d'acheter une maison... Enfin c'est des trucs bêtes, mais qui forgent un couple et qui font passer, pour moi, le sexe pas du tout au premier plan...*

P1 : *ben on va dire que je fais moins l'amour que peut-être au début, notamment lorsque j'étais avec mon compagnon. Je pense que ça s'est plus espacé, mais fondamentalement ça va en fait dans ma vie parce qu'on a plein d'autres trucs qu'on partage, on est très bien.*

P15 : *maintenant tu peux avoir un autre ressenti, tu n'es pas obligée de coucher avec quelqu'un pour avoir un amour pour quelqu'un hein, donc si t'as une baisse de régime à certains moments tu peux très bien compenser différemment, par l'attirance, par le toucher, pas le flirt tout simplement...*

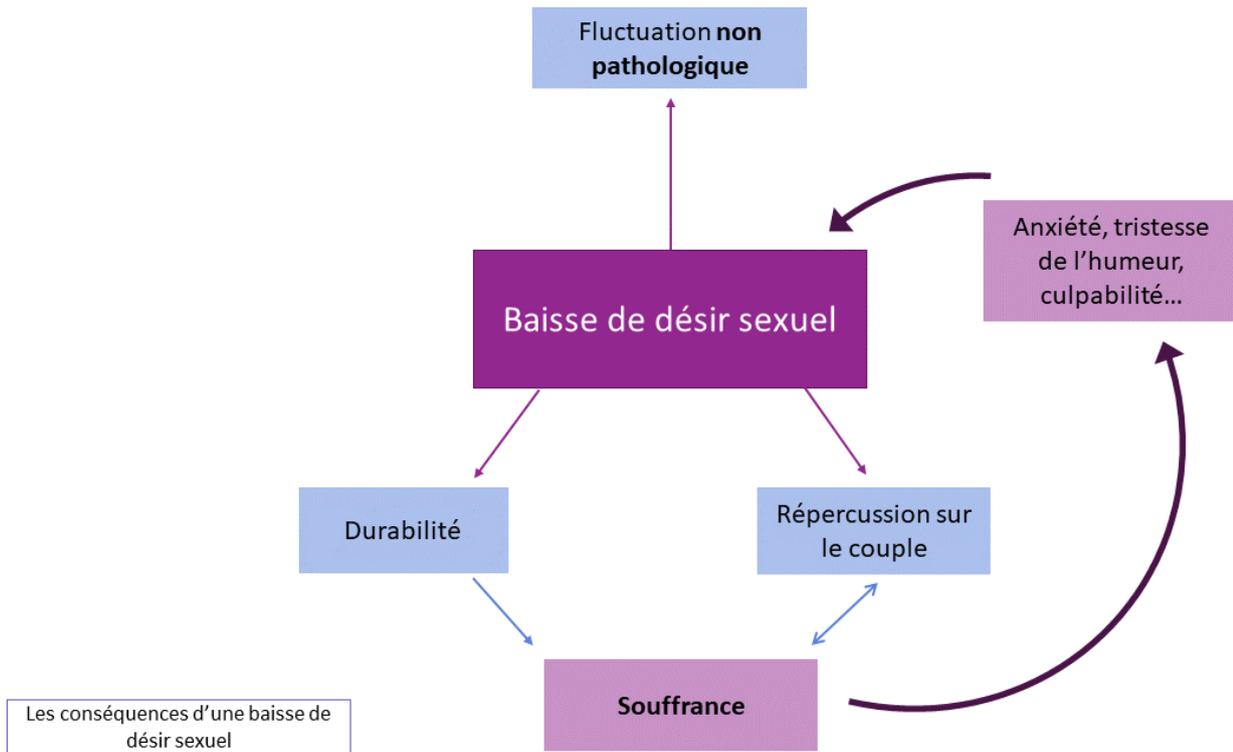
**Une baisse de désir prolongée et ses répercussions sur le couple** sont les principales **motivations** à la **consultation** spécifique d'un professionnel.

P7 : *[...] après la naissance de la petite ça n'a pas été une souffrance, parce que ça je savais que ça allait revenir. [...] Parce qu'un manque de libido c'est pas... ça peut être une souffrance quand c'est une durabilité et que ça interroge le couple, sinon c'est pas une vraie souffrance quoi...*

P12 : *mais si ça avait dû durer et mettre mon couple en péril, euh... ouais j'pense que j'aurais consulté.*

P11 : *J'pense que si mon conjoint en souffrait, j'aurais réfléchi peut-être à consulter.*

## 10.3 Modélisation



*Figure 7- Modélisation des conséquences d'une baisse de désir sexuel*

## 11. Des attitudes proactives pour entretenir le désir

### 11.1 Déconstruire les normes sociétales

Pour s'en dégager, certaines patientes cherchent à **déconstruire** les injonctions et normes sociétales.

#### a) Via la libération de la parole

Parler de la baisse du désir avec son entourage permet d'exprimer **ses questionnements, ses doutes**, ses expériences...

P3 : *après j'ai eu la chance d'échanger, de parler, de discuter, de vivre, de sentir des choses avec des personnes qui ont été très sensibles à la question et avec qui on a beaucoup parlé*

*aussi de tout ça. Ça m'a permis de pouvoir me confronter... aussi aux mêmes questionnements d'autres personnes qui ressentait peut-être la même chose, ou complètement le contraire.*

... et de réaliser qu'ils peuvent être **partagés**. Cette libération de la parole permet un allègement de la charge émotionnelle et une prise de recul.

*P4 : j'ai ma sœur, il y a pas longtemps elle m'appelée et... [...] elle me dit : « roh des fois j'ai l'impression que... ben que j'ai pas envie quoi ». Alors que ça fait un an qu'elle est avec son copain. Et du coup je lui dis : « ben c'est normal en fait, t'as le droit de pas avoir envie tout le temps. Puis ça fait un an, vous commencez à avoir une routine de vie de couple... C'est normal quoi ! » Et en fait, elle m'a redit il y a pas longtemps qu'elle en avait parlé avec plein d'amies autour d'elle, et qu'en fait sur quatre personnes et ben les quatres ont répondu qu'elles aussi n'avaient pas envie parfois. Et je lui dis « mais tu vois tu n'es pas toute seule ». En fait on est toutes pareilles en fait.*

Certaines patientes, en quête de conseils et de réassurance, se tournent vers **internet**, les **réseaux sociaux**, les **forums de discussion** ou certaines **associations**.

*P5 : [...] sur les forums de discussion euh... style Doctissimo etc... déjà voir si ça concerne d'autres personnes, comment elles l'ont géré, donner des idées... des façons de voir les choses différemment aussi...*

*P12 : oui j'ai déjà regardé des petites vidéos sur le désir, des p'tits reportages ou des témoignages qui sont assez sympas, qui déculpabilisent un peu, qui donnent des idées...*

*P10 : ben peut-être plus dans des assos justement de sensibilisation autour du sexe... J'sais pas des assos LGBT, des trucs comme ça.*

Au sein du **couple**, cette libération de la parole favorise une sexualité épanouie.

P4 : *j'pense qu'en fait comme on en parle pas, on reste dans des non-dits, alors que peut-être juste euh.... Moi au début ça me stressait, je me disais "oh lala il va croire que j'ai jamais envie"... Puis hop on en parle, et puis c'est bon, c'est libéré...*

P8 : *on se dit tout, et en fait ça change beaucoup de choses, de pouvoir parler de tout, de tout, ça a changé beaucoup de choses dans ma vie intime. Voilà j'suis obligée de faire une différence... Moralité : faut parler de tout avec son conjoint, sans tabou, et en discutant si y'a un truc qui va, qui va pas... La communication, c'est hyper important.*

**L'humour** peut être utilisé pour transmettre implicitement certains messages, mettre en avant le caractère assez universel de certaines difficultés.

P4 : *et même dans des sketches humoristiques... L'autre fois on regardait euh... j'sais plus... le Marrakech du Rire un truc comme ça , et il y en a une qui fait un sketch sur sa vie de couple et on se regarde l'air de dire "ben tu vois, t'es pas tout seul hein à vivre ça"...*

P16 : *j'vais remettre ça encore une fois, vu mon âge, on en parle beaucoup moins, ou alors c'est en blaguant. Parce qu'on est un bon groupe, on réveillonne tous les ans ensemble depuis 50 ans, et il est rare qu'on fasse une réunion sans que le sujet ne soit évoqué, mais sur le mode de la plaisanterie.*

#### **b) Via l'acquisition du savoir**

Les **lectures féministes** sont une source largement prisée par les patientes interrogées pour comprendre les injonctions de l'inconscient collectif et s'aider à les déconstruire.

P1 : *mhhh alors après moi je lis beaucoup de livres notamment sur le féminisme, et je sais que ça m'a pas mal déconstruite là-dessus. [...] La question de la normalité en fait... Et j'pense que ça c'est très sociétal de se dire, il faut avoir 2-3 rapports par semaine... Sinon c'est*

*bizarre... Alors qu'en fait, maintenant que j'ai un peu plus lu, que je suis un peu plus déconstruite, j'me dis ben en fait c'est pas forcément très grave.*

*P9 : moi en plus j'suis quelqu'un qui lit beaucoup tout ce qui est sur le féminisme, la libération de la sexualité chez la femme, les choses comme ça.*

*P18: toute ma vie adulte est autour de la déconstruction de ce que la société essaye de me dire...*

La **diversité des sources d'informations** citée par les patientes sollicitées - livres, articles de magazine, podcasts, internet et réseaux sociaux, conférences spécialisées – est un marqueur notable de l'intérêt à se cultiver au sujet de la sexualité.

*P2 : "Orgasme et moi" par exemple, "Clitéralise best" un truc comme ça... [...] J'aime bien les comptes qui sont assez féministes, inclusifs aussi, qui sont ouverts à toutes les sexualités.*

*P10 : des revues, des magazines. Je lis "Causette", des fois y'a des trucs pas mal dedans... Ouais des revues spécialisées...*

*P17 : des podcasts, j'écoute beaucoup de podcasts.*

*P8 : ou peut-être dans les centres sociaux, parfois des temps de parole avec des spécialistes.*

### c) Via l'affirmation de son désaccord

Certaines patientes **affirment leurs désaccords**, s'élèvent contre les stéréotypes de genre et défendent une image de la femme libre.

*P9 : une femme qui va mettre une jupe c'est forcément sexualisant. [...] Alors du coup, moi je me dis, si c'est sexualisant et ben non moi j'suis pas d'accord donc bah je vais le faire [rires].*

Sortir de la norme peut même avoir un **côté excitant**, lié à l'interdit.

P10 : *si, ça peut avoir du coup un impact parce qu'il y a un p'tit peu de... enfin peut-être moins maintenant, mais au début c'était un peu comme un truc caché, donc c'était cool. C'était un truc interdit un peu quoi.*

Enfin, certaines patientes **s'engagent au sein de réseaux de lutte et d'associations féministes**, et portent ainsi leur combat sur la scène publique. Une autre participante utilise **l'art** pour véhiculer des messages et ouvrir le dialogue sur ces problématiques.

P3 : *mais ça peut être aussi des réseaux de lutte, euh... des réseaux d'engagement où ce genre de questions est posé aussi comme une priorité politique, comme une priorité... ouais sociale, de réflexion aussi...*

P6 : *moi c'est des thématiques aussi auxquels je m'intéresse, enfin pas exactement sous cet angle là mais euh... du coup le métier que je fais, je le fais parce que j'suis engagée et que je pense que l'exposition est un endroit où on peut ouvrir le dialogue, où on peut se poser des questions. Que l'art est un très bon moyen de rentrer dans ces questions, qu'elles soient scientifiques ou sociologiques...*

## 11.2 Se réapproprier son corps et son désir

### a) Se réapproprier son corps

Cultiver le désir passe par **une réappropriation de son corps** et de sa **féminité**. Féminité qui a pu être rejetée en contre-réaction à l'image hypersexualisée de la femme véhiculée par la société.

P6 : *j'pense qu'au début de ma vie sexuelle d'adolescente, je me suis moi-même réifiée, j'ai eu des phases de rejet. Là j'suis plutôt dans une période où j'ai envie qu'on me foute la paix, mais je me réapproprie mon corps aussi dans le sens où j'ai eu toute une phase où du coup je voulais plus qu'on pose le regard de désir sur moi, donc entre guillemets je m'enlaidissais quoi... enfin*

*c'est pas s'enlaidir, mais tout ce qui faisait qu'on semble plus jolie je ne le faisais plus: le maquillage, l'épilation... et puis en fait c'est des choses aussi que j'aime faire, donc quand j'ai envie de le faire, je me le réapproprie et c'est pas pour ça que... c'est pas pour séduire que je le fais, c'est juste pour moi. C'est quelque chose que je me réapproprie.*

#### **b) Se réapproprier son désir**

L'espace de son propre désir est également quelque chose qui peut être investi et travaillé.

Penser son désir comme une réponse au désir de l'autre n'apparaît **pas comme satisfaisant.**

*P6 : j'ai dû avoir deux rapports sexuels sur les 6 derniers mois qui étaient pas ouf parce que c'était dans un contexte de soirée, après avoir bu, où c'est plus le désir de l'autre qui m'a fait dire « bon allez vas-y ». Comme je dis très vulgairement « ça fait du bien par où ça passe de temps en temps », mais en fait non. Enfin voilà, des occasions qui se sont présentées auxquelles j'ai répondu et qui n'ont pas été plus satisfaisantes que ça donc euh... ça veut pas dire que j'ai pas ressenti du plaisir, mais finalement bon c'était... bof.*

Penser son désir comme une conformation aux attentes sociétales n'apparaît **pas non plus comme satisfaisant.**

Certaines patientes font état d'un véritable processus de **réappropriation de leur désir pour lui-même.**

*P11 : j'suis un peu dans une phase où justement j'essaye de le... de le réapprivoiser pour moi-même, c'est-à-dire sans ressentir d'obligation morale, euh... ni de performance ni de fréquence. J'pense que finalement c'est pas le nombre de positions qu'on a essayées ou pas essayées, c'est pas très important par rapport à comment... voilà quand on en a envie, quand on est dans un bon moment... enfin j'sais pas comment expliquer, mais en tout cas j'suis plus dans cette idée que... nécessairement il faut la sexualité dans un couple, parce que c'est sa santé. J'pense que...*

*j'suis en exploration d'autres choses qui correspondent à notre couple et à mes envies du moment quoi.*

La **consommation de stupéfiant** est **contre-productive** dans cette démarche.

*P6 : j'suis en pleine mutation, jusqu'alors euh... je... je n'avais quasiment que des rapports sexuels sous stupéfiants, enfin quand je dis stupéfiants c'est alcool ou après avoir fumé un pétard. C'est le moment où ça débloquent, enfin où je me désinhibais suffisamment pour avoir un rapport sexuel. Et là j'suis dans une phase de ma vie où je préfère ne pas en avoir, plutôt que... que ce soit faussé par la consommation de substances.*

Laisser place au désir n'implique **pas nécessairement le désir**.

*P17 : l'espace... que ce soit physique ou émotionnel, mais l'espace. En fait avoir l'impression que je peux... qu'il y a de la place pour qu'il puisse exister ce désir et en même temps que j'sois pas obligée. Si j'ai plus envie, si je change d'avis, voilà... Pas de pression. [...] En ce sens qu'il a le droit d'exister ou de ne pas exister, de s'arrêter à un moment...*

### **11.3 Cultiver son désir**

#### **a) Le désir appelle le désir**

Certaines patientes mettent avant la nécessité de **cultiver son désir, de s'y investir**.

*P4 : après j'dirais que... ce qui influence, c'est aussi l'énergie qu'on y met. Euh... J pense que si on s'investit pas ou plus, bon ben forcément ça a une grosse incidence sur le désir. Donc on va dire l'investissement personnel et de couple euh... savoir un peu entretenir ça...*

Le **désir appelle le désir**. Être à l'initiative des premières manifestations du désir éveille le désir.

P5 : et donc j'me suis dit bah il faut peut-être que je me remette un peu en selle, euh... que voilà le désir appelle le désir. Parce qu'en fait j'ai l'impression que j'me suis enfermée dans un réflexe un peu de protection: c'est-à-dire que même physiquement je ne me laisse plus toucher, plus caresser etc quoi... C'est... tenir la main, ouais ok bon 5-10 minutes, puis après ça me... ça me saoule quoi. Je rejette un peu... donc j'me suis dit qu'il fallait que j'essaye de casser ce schéma, en réintroduisant des caresses euh... des baisers longs par exemple, des baisers profonds... voilà, en engendrant par moi-même une nouvelle dynamique, qui je l'espère, marchera peut-être.

Inversement en l'absence d'intérêt notable, le **désir diminue**.

P19 : ben oui oui, c'est un peu comme... c'est un peu comme le sport [rires]. Le sport cérébral ou le sport physique, moins on entretient par exemple sa mémoire ou moins on entretient ses jambes, moins ça marche! Et ben je pense que le désir sexuel, c'est la même chose. Et en fait ça n'a rien à voir avec le temps qui passe, enfin moi je sais que le désir sexuel ne baisse pas avec le temps, tout simplement parce que ça dépend, qui est là [rires].

P16 : ce qui fait que, bah quand tu ne pratiques plus, ben ça s'étirole et puis ça s'arrête.

## b) Expérimenter

Plusieurs patientes avec la volonté d'**éveiller leur désir** ont expérimenté **les sex-toys, les films érotiques** ou **la masturbation**.

P18 : parce qu'après y'a le côté plus expérimental, tester de nouvelles choses et ça c'est cool, j'aime bien. J'utilise beaucoup de sex-toys toute seule, et j'ai beaucoup fait avec mon ex-copain et c'est... ben c'est cool ça change, et ça permettait de découvrir ce qui plaît.. à moi, ce qui plaît à lui, ce qui nous fait plaisir. Et aussi, on découvre nos corps...

P9 : *ben oui on est très ouverts sur ça nous, donc euh... les films érotiques euh... chatter en ligne avec des gens, des objets sexuels... on est très très ouverts!*

Les participantes n'envisagent pas qu'un traitement **médicamenteux puisse être une réponse à une baisse de désir.**

P12: *alors pas de façon médicamenteuse, ça je... j'imagine pas.*

P19 : *rien de... pas de médicament, pas de chose comme ça hein, pas de truc aphrodisiaque, pour moi c'est de la foutaise tout ça.*

Une patiente a évoqué **l'exploration d'une sexualité non pénétrative** comme une forme d'expérimentation.

P14 : *avant d'être mariés, c'est ce qu'on sait faire, hein [rires]. Ben bien sûr, nous on est d'une génération... en particulier dans la famille de P., famille très catholique etc, nous on s'est connus bibliquement parlant, le soir de notre mariage... Mais bien sûr qu'avant, on avait exploré beaucoup de choses! [rires]. Donc ça posait pas de... on a su faire autrement !*

Certaines participantes, malgré leur volonté, n'ont **pas trouvé** de modalités d'exploration de leur sexualité.

P17 : *enfin... oui et non... Oui parce que ça m'a déjà effleuré l'esprit, et non parce que là spontanément je... je sais même pas ce qui existe.*

P7 : *euh... oui j'y ai déjà réfléchi sans vraiment trouver de solutions particulières, mais euh... oui ça m'est déjà arrivé d'y réfléchir. Mais voilà, j'ai pas trouvé de solutions ni concrètes ni autres.*

## 11.4 Travailler sur soi

**Être en harmonie avec soi-même** semble primordial pour une interaction épanouissante avec autrui.

Une bonne estime de soi apparaît comme un **prérequis** au désir.

P6 : *j'trouve que c'est hyper important dans toutes les relations qu'elles soient sexuelles ou pas, d'être aussi stable... enfin comment dire, d'être bien avec soi, avant d'interagir avec les autres.*

P11 : *j'aurais pas forcément pensé à d'autres choses à part le sport et rétablir une image de moi positive.*

Un prérequis, qui n'est **pas suffisant à lui seul**.

P5 : *je fais des cours de muscu, beaucoup de cardio. Je fais attention à mon alimentation etc. Ça me fait beaucoup de bien psychologiquement, mais j'suis en train de me rendre compte qu'en fait, c'est pas la clé de mon désir, puisque là mon désir ne... ça n'appelle pas le désir. [...] Mais je pense que j'ai au moins besoin de me dire qu'il y a ça qui est coché, pour espérer peut-être euh.. réenclencher le désir.*

Pour certaines patientes, il est nécessaire de **se réconcilier** avec son **histoire personnelle** et **familiale** pour espérer améliorer les éventuelles difficultés en lien avec le désir.

P1 : *il y a beaucoup de phases où j'ai pas vraiment envie en fait. Mais j'pense que y'a un truc intrafamilial intimement lié à mon histoire qui fait que... voilà... Il faut que je m'extraies de ça, mais je n'ai pas encore fait tout le chemin qui m'amène jusqu'à ça... [...] Et du coup je me dis tant que je n'ai pas déconstruit tout ça, c'est peut-être normal aussi que mon corps ne soit pas en phase avec ma tête ...*

## 11.5 Sensibiliser

Les patientes ont insisté sur l'importance de **sensibiliser** la population en général, sur la sexualité au sens large, à l'exemple de stands d'informations portant sur le consentement dans les festivals ou les concerts.

P10 : *j'étais à un festival cet été et il y avait un stand d'infos et de sensibilisations. C'était « paradisiac field » dans l'Avesnois, et il y avait une "safe zone" où tu pouvais aller, et y'avait plein de sensibilisations par rapport au consentement, à la drague... parce qu'on a de fausses idées là-dessus quoi.*

Certaines patientes estiment qu'il est de leur rôle d'informer les **adolescentes** en tant que mère, notamment sur la sexualité et la contraception.

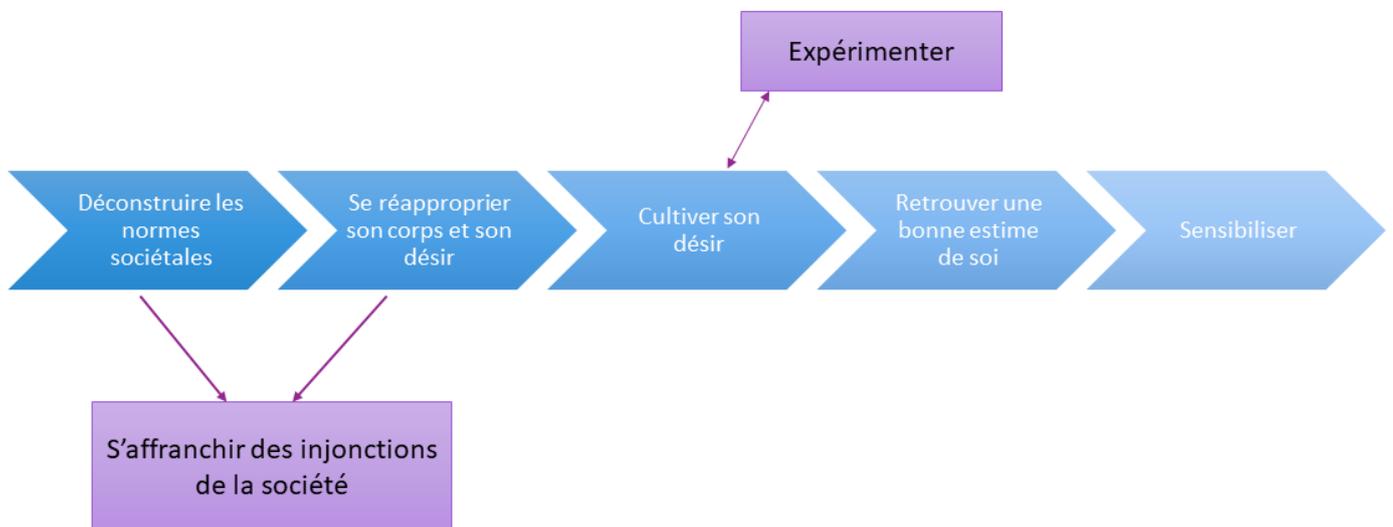
P2 : *après moi, quand j'ai eu mes propres enfants... mmhh...on va dire que je leur ai... rien masqué ou quoi que ce soit. Je leur ai dit: bah vous ferez comme vous voulez, mais moi j'vous conseille de prendre votre temps. J'vous conseille pas de rien faire, au contraire, faites des expériences et tout mais... prenez votre temps pour euh... aller plus loin...*

P14 : *avec ma fille, ça a été assez clair , "tu vis ta vie, fais pas de connerie, voilà les conneries qu'on peut faire. T'en feras peut-être hein, mais en tout cas celles-là tu peux les éviter de telles et telles façons".*

P19 : *euh... quand j'étais plus jeune, ma mère a parlé un peu sexualité avec moi... euh... donc voilà, bon surtout pour éviter que j'ai des enfants... voilà donc on partait chercher la pilule. [...]*Voilà donc, moi j'avais la chance d'avoir une mère qui pouvait en parler, d'autres pas...

## 11.6 Modélisation

Les attitudes proactives des patientes pour entretenir le désir



*Figure 8 : Modélisation des attitudes proactives mises en place par les patientes, pour entretenir le désir*

## 12. Les attentes des patientes sur la question du désir

### 12.1 A propos du médecin généraliste

#### a) Des qualités humaines

Les patientes ont exprimé différentes attentes au sujet du médecin généraliste, notamment des **qualités d'écoute** et de **considération**. Elles attendent de leur médecin qu'il ne se focalise pas seulement sur l'aspect somatique, mais **qu'il prenne le temps** de poser des questions d'ordre psychologique et de s'intéresser à leurs ressentis et à leur vécu.

P17 : *mais en fait j'pense que pour que les gens puissent se confier, et se sentir soignés... c'est important quelqu'un qui nous considère. Être considérée, ça participe au soin, je trouve...*

P10 : *enfin moi je vais jamais chez le médecin, mais j'aurais pas tendance à me confier... c'est un vieux monsieur... J'y suis allée justement l'année dernière, j'ai fait une crise d'urticaire et bon ben voilà il m'a posé aucune question d'ordre psychologique alors que bon c'était clair que c'était ça... Ça a duré 5 minutes quoi. Donc j'vais pas lui parler de ma vie sexuelle, ça c'est sûr.*

P3 : *bah j'pense que c'est important que.... qu'un médecin, il soit précis et à l'écoute de ce qu'on dit.*

Le praticien doit également faire preuve de **bienveillance et de non-jugement** et se montrer **ouvert d'esprit** pour créer un lien de confiance et permettre aux patientes de se livrer.

P2 : *c'est vraiment ce que j'aime chez lui: la bienveillance sans jugement. Voilà c'est vraiment dans l'idée d'être utile aux autres, mais sans imposer euh... un quelconque dogme ou quoi que ce soit, quoi.*

P6 : *la bienveillance, le non-jugement. Parce que mine de rien, même dans le corps médical c'est pas automatique et ça c'est quelque chose de très important.*

P17 : *j'attends de l'ouverture d'esprit aussi. Euh... par exemple, moi j'suis assez ouverte d'essayer des médecines alternatives. Quand j'en parle, je... j'apprécie que mon soignant ne dise pas que c'est de la merde [sic] ce que je raconte en fait...*

Les patientes accordent davantage leur confiance à un médecin **conscient de ses limites**, qui reconnaît ne pas tout savoir, plutôt qu'à un médecin se présentant comme omniscient.

P6 : *mais j'ai l'impression qu'on ne peut pas tout savoir sur tout, et qu'un bon médecin généraliste qui répond correctement aux problématiques sur le désir sexuel, c'est un médecin généraliste aussi qui connaît ses propres limites sur ces questions-là.*

Une patiente a souligné l'importance d'un médecin **sensibilisé** aux problématiques de genre et de rapports sociaux. Entendre un médecin tenir des propos sexistes est rédhibitoire

*P17 : être au courant de la réalité de c'est quoi être une femme en fait dans... et politiquement, et socialement dans cette société patriarcale, quelles peuvent être les problématiques euh.. de genre, de pression...euh... de légitimité, etc... Enfin clairement, moi je me verrais pas être en face d'un soignant, homme ou femme, qui soit sexiste par exemple, enfin qui me dise des choses sexistes. Là je me casse, et je viens plus jamais voir la personne.*

Trouver le médecin qui convient n'est **pas aisé**.

*P6 : mais faut aussi connaître le bon réseau, connaître les bonnes personnes, écouter les copines qui ont vu tel praticien qui est super...*

#### b) Des compétences techniques

En plus des qualités humaines, un certain nombre de compétences techniques sont recherchées.

Une **spécialisation en gynécologie** (via l'acquisition d'un diplôme universitaire par exemple) est appréciée, de même qu'une **formation spécifique en sexualité**.

*P8 : ben peut-être savoir qu'elle est spécialisée là-dedans, en voyant sur doctolib par exemple "troubles de la sexualité". On se dit "bon ben voilà elle est spécialisée là-dedans, donc on y va quoi".*

*P3 : il m'a fallu deux ans pour trouver mon médecin généraliste, je l'ai trouvée et je la quitterai plus jamais je pense. Elle est vraiment trop forte. Parce qu'elle est médecin et gynéco.*

L'utilisation par le médecin d'un **vocabulaire adapté** et **franc**, sans fausse pudeur, permet également de faciliter l'abord de ces questions.

P18 : *peut-être aussi quand je sens que la personne n'est pas très à l'aise avec le sujet, avec le vocabulaire, essaye de... d'utiliser les mots un peu... j'sais pas... genre n'utilise pas les mots directement, mais des sous-entendus... Ben ça me dérange et du coup, ça fait que je fais moins confiance, je pense, à en parler... Je sens que ça gêne...*

Le praticien doit donc **adopter une posture professionnelle**, qui n'est pas celle de l'ami ou du confident.

P3 : *je traîne pas les pattes pour aller voir le médecin [...]quand j'y vais en fait j'en sors toujours en me disant : j'ai passé un moment où j'étais moi-même, j'ai parlé avec une personne de confiance, professionnelle, pas une pote mais quelqu'un qui me dit les choses, qui m'aide à avancer... et qui a pu m'aider énormément aussi, sur les questions de désir, de sexualité... de couple.*

### c) L'impact de l'âge et du genre du médecin

Le **genre** et l'**âge** du médecin généraliste influent sur l'abord de la question du désir en consultation. Les patientes ont rapporté se sentir plus à l'aise avec un médecin **femme**.

P10: *ben faudrait que ce soit une femme, j'pense.*

P16: *alors peut-être que c'est plus facile d'en discuter avec une femme qu'avec un homme, parce qu'une femme elle va comprendre ce que tu vas expliquer, alors qu'un homme il a pas les mêmes réactions, même s'il est médecin. Il va pas comprendre le phénomène féminin comme une femme peut le comprendre.*

Certaines patientes considèrent l'exploration de la sexualité dans le champ médical comme une question **d'actualité**. Un médecin perçu comme **trop âgé** le sera aussi comme moins réceptif et moins ouvert d'esprit.

P6 : *ben ouais, et j'crois que vous, vous faites partie de cette nouvelle génération de soignants qui seront certainement ouverts vraiment plus à ces questions, parce que c'est des questions, je crois, qui sont contemporaines. Et il y a aussi des soignants de la génération de nos parents qui étaient des précurseurs et qui sont ouverts à ces questions, mais dans le commun des mortels c'est pas... comment dire... c'est pas la majorité qui a cette ouverture d'esprit je trouve, et qui pour moi est essentiel.*

#### d) L'influence de ses propres représentations

Les patientes voient en leur médecin un être humain imprégné **de ses propres représentations socioculturelles**, de son histoire personnelle, chez qui il peut exister des **tabous**.

P3 : *on est des humains aussi, donc ça peut impacter aussi les médecins de... parler de certaines choses. J'veux dire voilà... c'est pas des robots quoi... Vous êtes pas des robots. [...] et je me dis oui, en fait il y a jamais autant de temps pour des questions qui sont peut-être encore un peu... taboues, même dans le milieu médical qui est censé être le premier milieu qui doit les soulever.*

La présence de **signes religieux** dans le cadre de la consultation (port du voile, crucifix) est un frein à l'abord de la sexualité.

P8 : *j'ai mon médecin traitant justement qui porte le voile, et je reviens sur la religion parce que j'trouve que c'est important, ben en fait je serais incapable de lui parler de ça. [...] Oui oui, ça pourrait être un frein parce que je sais pas, il y a cette barrière de la religion, et je trouve que c'est dur de parler sachant qu'il y a plein de tabous...*

## 12.2 A propos de la relation médecin-patiente

Les participantes insistent sur l'importance de la **relation de confiance** avec leur médecin. Cette confiance dans le lien permet l'abord de tout type de sujet, en particulier ceux en rapport avec l'intimité.

P15: *un médecin généraliste, tu dois avoir une confiance totale et pouvoir en parler, parler de tout d'ailleurs...*

P8: *ben j pense qu'il y a une relation de confiance qui doit vraiment se mettre en place, parce que comme c'est intime, c'est toujours compliqué.*

L'abord des questions liées au désir nécessite une **juste distance médecin-patiente**. Une certaine proximité est nécessaire, une trop grande proximité est un frein.

P14: *nous, notre médecin généraliste est devenu un ami et ces questions-là sont simples. [...]*  
*Non, ça a pas été un frein du tout, au contraire.*

P15 : *je suis certaine que si je devais avoir un souci de cet ordre, je lui poserais et on en parlerait parce qu'on est vraiment très liés...*

P16: *alors moi j'avais pas pouvoir te répondre là-dessus parce qu'en fait tous les médecins que j'ai côtoyés, qui devaient me suivre, c'était des copains. Donc c'était des sujets qu'on abordait pas. [...]* *Trop près, donc on en parle pas.*

## 12.3 A propos des missions du médecin

Les patientes interrogées ont de nombreuses attentes de ce que doit faire le médecin autour de la question du désir.

### a) Aborder la question du désir

La majorité des patientes attendent de leur médecin qu'il **aborde la problématique du désir** en consultation, car certaines n'oseraient pas le faire spontanément. Les avis divergent

cependant sur la façon d'aborder la question. Certaines optent pour **un abord systématique**, d'autres privilégient un **dépistage plus orienté** selon les problématiques de la patiente.

P13 : *ouais, j'pense que j'suis assez coincée, et j'pense que la question pourrait très bien venir du médecin. En tout cas, quand je dis à un médecin que j'ai un peu mal par exemple... on peut me poser la question, on peut parler de désir sexuel : « Comment se passe votre désir sexuel, comment se passe la relation sexuelle... ? »*

P17 : *j'trouve que c'est en effet une question qui devrait être posée, tout le temps, souvent, à tous les âges...*

P16 : *si t'as des problèmes, qu'il ou elle [le médecin généraliste] ressent que t'as des problèmes et qu'elle l'aborde c'est normal, ça fait partie de son métier. Si elle sent que t'as des problèmes de cet ordre, sinon y'a pas de raison, ce serait comme un cheveu sur la soupe.*

Une patiente précise qu'aborder la question du désir peut se faire dès **l'adolescence**.

P9 : *ben à partir de l'adolescence par exemple euh... pas non plus être rentre dedans parce que c'est vrai que l'adolescence, c'est une période délicate au niveau psychologique... mais essayer d'en parler un peu plus, de l'aborder en tout cas.*

Dans tous les cas, cet abord doit se faire de façon **adaptée à la patiente** et avec tact.

Nombre d'entre elles évoquent une **consultation dédiée de gynécologie**, cadre idéal pour aborder la question du désir et de la sexualité sans paraître intrusif.

P19 : *moi j'vous dis, c'est vraiment son attitude. Je pense que ça doit démarrer avec des questions euh.. médicales: voilà, est-ce qu'on a eu quelque chose déjà... Puis après ça dépend de la pathologie des gens, j'pense qu'il y en a qui ont des soucis et d'autres moins... En fait je pense vraiment que ça dépend énormément de... du rapport psychologique avec la personne.*

P12 : *effectivement s'il [le médecin généraliste] a une compétence gynéco, si j'suis sur une consultation gynéco, j'aurais plus de facilité à aborder ce problème-là, mais dans une consultation qui serait, du coup, dédiée à l'aspect gynéco...*

P5 : *par exemple, là où ça a été simple d'en parler avec ma gynéco (qui est en fait une médecin généraliste, mais que je vois que pour l'aspect gynéco), c'est qu'en fait on parlait de ma contraception. [...] Et ça a été pour moi la porte d'entrée euh... pour lui expliquer que... je lui ai demandé: « est-ce que le cuivre peut avoir un rapport avec la libido, avec le désir ? ».*

#### b) Mettre en évidence les facteurs inhibant le désir

Les patientes attendent du médecin généraliste de savoir explorer les différents facteurs pouvant impacter le désir : **somatiques**,

P12 : *repérer l'éventuel problème somatique qu'il y aurait derrière.*

P18 : *ou bien de faire les tests ou des examens. Je sais pas, je crois qu'il y a des maladies qui peuvent influencer aussi le désir.*

#### **psychologiques ou sociaux.**

P12 : *après euh... au-delà de l'écoute, j'pense qu'il peut peut-être lancer une alerte éventuellement sur un problème psychologique, ou de couple.*

P18 : *de faire une sorte de diagnostic aussi, au niveau de ce qui peut naturellement avoir un impact sur la libido comme le stress, les relations émotionnelles...*

Pour certaines patientes, l'abord de la question du désir en consultation par le médecin peut mener à une **prise de conscience** de la patiente et induire une modification consécutive de ses comportements.

P4 : après je pense que c'est intéressant aussi de détecter si... on ne fait pas l'amour que par plaisir de l'autre euh... pour éventuellement faire germer une petite graine dans la personne...  
Moi j'avoue que je m'en suis posée des questions des fois... Et j pense qu'on s'en pose tous, en se disant peut-être qu'une fois, on l'a fait et à la fin on se rend compte que ça nous a pas fait plaisir, mais il y a peut-être des gens qui ne réfléchissent pas à ça... qui inhibent complètement... Et du coup je me dis peut-être que le rôle du médecin, c'est de planter des petites graines de temps en temps en disant « ben tiens euh... est-ce que... est-ce que voilà, est-ce que tout va bien dans votre couple , est-ce que y'a quelque chose dont vous voudriez parler » ?

Les patientes ont insisté sur le rôle majeur du médecin dans le **dépistage des violences conjugales et sexuelles** et **l'accompagnement** des victimes.

P7 : le père de mon ainée, j'me suis rendue compte de..., et pourtant j'ai fait psycho, c'est en allant au centre d'informations du droit de la femme et de la famille que j'ai réalisé les violences. Moi je lis tout ce qui traîne, et y'avait une plaquette sur les conséquences de la violence à la maison pour les enfants, donc je la lis. Et forcément on lit un peu les symptômes de ce qu'est la violence, pas forcément physique, et c'est là où je me dis "oh bah putain, c'est ce qui est arrivé à la maison!". Et moi je... je m'étais... jamais j'avais mis ce terme-là sur la situation. Donc je pense qu'un médecin peut renvoyer justement ça.

Certaines patientes attendent du médecin des **propositions de solutions concrètes**, un **accompagnement** dans le cadre de troubles du désir.

P15 : ben qu'il me conseille [...], proposer des solutions, essayer des choses.

P11 : [à propos des attentes vis-à-vis du médecin] peut-être plutôt une forme d'accompagnement.

### c) Travailler en collaboration avec d'autres acteurs

Les patientes attendent de leur médecin qu'il les **oriente** si nécessaire vers des confrères ou des professionnels paramédicaux spécifiquement formés à la question d'une éventuelle baisse de désir. Passer la main n'est pas vu comme un échec ou une incompétence par les patientes, mais au contraire comme **une marque de professionnalisme** d'un médecin conscient de ses propres limites.

*P12 : je pense qu'il faut qu'il propose de passer la main à des professionnels ou des psychologues, des sexologues qui sont... certainement déjà peut-être mieux formés, qui ont plus de temps... [...] Je serais pas du tout vexée, je trouverais ça professionnel au contraire.*

*P15 : c'est mon médecin, j'ai une relation de confiance, et lui pourrait m'aiguiller pour aller chez quelqu'un d'autre si nécessaire ou s'il était pas à même de me prendre en charge.*

En dehors de leur médecin généraliste, concernant les troubles du désir, les patientes se tournent vers **d'autres professionnels du corps médical ou paramédical** - gynécologues, sages-femmes, sexologues, psychologues, psychiatres ; mais aussi vers des pratiques non conventionnelles.

*P3 : oui, alors sur l'aspect euh.... médical on va dire, moi j'ai un suivi psychologique en psychothérapie depuis des années des années, et récemment [...] j'ai aussi un suivi psychiatrique. Et dans ces suivis-là, il y a aussi des questions de désir qui ressortent régulièrement.*

*P9 : la sage-femme et la gynéco... C'est déjà deux spécialistes qui peuvent nous guider...*

*P17 : moi j'suis assez ouverte d'essayer des médecines alternatives.*

Le **coût financier** de certaines thérapies non prises en charge par la sécurité sociale est un frein aux soins des troubles du désir.

P8 : *tout ce qui est sexothérapeute, sexologue c'est payant donc ça a un coût, faut avoir les moyens de se payer tout ça...*

P17 : *je sais qu'il y a des techniques qui vont peut-être... la relaxation, le tantrisme tout ça...mais euh... mais déjà, c'est peu accessible, souvent ça coûte cher donc c'est pas donné à tout le monde.*

#### d) Assurer le suivi gynécologique classique

Certaines patientes attendent de leur médecin généraliste qu'il soit apte à prendre en charge les différentes problématiques **gynécologiques courantes** ; d'autant plus qu'elles pourraient avoir un impact sur le désir.

P4 : *je pense que c'est important, de temps en temps, de par exemple faire le point sur la contraception. Parce que moi par exemple, je vois que la pilule a vachement joué... Juste de dire "bon ben voilà vous en êtes où, au niveau du désir sexuel ?" Parce que finalement, on se rend compte que tiens, là je ressens que depuis que j'ai commencé cette pilule j'ai vachement moins envie...*

Tout au moins qu'il s'assure du **bon suivi gynécologique** de ses patientes – y compris s'il est assuré par un gynécologue ou une sage-femme régulièrement ; de la réalisation des différents **dépistages organisés** tels que le frottis cervico-utérin ou la mammographie.

P1 : *et du coup peut-être avoir un suivi un peu plus régulier que si j'allais chez la gynéco...*

P13 : *est-ce que toutes les femmes vont vraiment chez leur gynéco? Est-ce qu'elles font leurs bilans, leurs mammos... ? Moi je pense être favorisée, mais est-ce qu'il y a des jeunes femmes ou d'un certain âge qui n'y vont jamais? Ça, le médecin me le demande jamais... Ce serait intéressant de demander: « est-ce que vous voyez régulièrement la gynéco, êtes-vous à jour de vos dépistages... ? »*

#### e) Faire de la prévention

Les patientes interrogées attendent du médecin généraliste qu'il ait une part de responsabilité dans l'**éducation sexuelle** notamment **des plus jeunes**, avec l'abord du **consentement** par exemple.

*P9 : quand on est jeune, on va pas forcément tout de suite chez le gynécologue, on parle pas forcément de ces sujets. Donc on devient jeunes adultes avec des... ben des stéréotypes en tête sur plein de choses, et puis on évolue et au final on se rend que c'est faux... Donc ouais, j pense que c'est important que le médecin généraliste ait une part, pas de responsabilité, mais disons une part d'action dans ce domaine.*

Le médecin généraliste doit pouvoir accompagner les adolescentes dans la découverte de leur sexualité par une **attitude attentive et bienveillante** en leur assurant la confidentialité des échanges.

*P14 : nous notre copain médecin, qui était beaucoup plus âgé que moi, il était très sympa avec mes enfants. J'ai dit à mes enfants : "vous allez voir Renée. Vous avez des soucis, vous avez fait une connerie, vous allez voir Renée. J'suis pas obligée de passer par toutes vos angoisses et toutes vos conneries. Moi j'suis votre mère, je suis là pour vous soutenir, mais.. voilà, vous avez quelqu'un de référence vous pouvez y aller". [...] Et d'ailleurs, ils en parlent encore avec beaucoup d'admiration, mais je ne veux pas savoir ce qui... ça a été une relation à eux.*

Les patientes attendent de leur médecin généraliste qu'il soit en mesure de délivrer une **information sur les risques** liés à l'activité sexuelle, en particulier concernant les infections sexuellement transmissibles.

P10 : *enfin y'a mille types de sexualités... donc qu'il me sensibilise, qu'il me parle aussi des risques.[...] ouais bah peut-être de la sensibilisation vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles.*

#### 12.4 Des ambivalences

Si certaines patientes considèrent le médecin généraliste comme **personne-ressource de première ligne**, ayant un rôle **légitime** et à même de les accompagner dans leurs questionnements liés au désir,

P18: *mmhh... ben j'pense que ça doit être la première personne vers laquelle on se tourne, si on a des premiers... enfin si on a des soucis.*

P15: *[à la question, avez-vous d'autres interlocuteurs] non, non... Vraiment pas. J'aurais ce problème, je vais chez mon médecin, tu vois? Voilà.*

P3 : *Et du coup je crois que y'a mmh... ouais une précision, un soin... Comme le "care", le soin vraiment, prendre le soin de ce que l'autre dit, de la parole de son patient... et de l'accompagner dans ça, dans ses questionnements, que ce soit savoir comment gérer un traitement, comment soigner une plaie ou comment être à l'aise dans des questions de genre... C'est un peu une personne-ressource je pense.*

d'autres limitent son rôle aux **problématiques somatiques** et préfèrent se tourner vers un **gynécologue ou un psychologue**.

P11: *j'aurais pas pensé à en parler au généraliste, moi j'aurais plutôt pensé à en parler par exemple à un psychologue.*

P5: *alors, en tant que femme, j'aurais naturellement plus tendance à m'orienter vers la gynéco, spontanément hein vraiment sans fondement particulier, que vers un... un médecin.*

P19: *eah... moi j'irais pas trop confier tout ça à un médecin généraliste, parce que j'ai pas de souci physique.*

P12 : *peut-être que comme c'est du rôle de l'intime, ça peut aussi perturber le.. les relations avec le médecin généraliste, qui sont des relations effectivement assez intimes et de confiance, mais c'est vrai que la sexualité est tellement...eah... j'dirais pas tabou, mais c'est tellement personnel, et enfoui que... bon voilà j'me dis mélanger l'angine avec le désir... bon... voilà.*

## 12.5 Des facteurs intrinsèques impactant le discours

### a) Des facteurs favorisant le discours

Certains **événements de vie** à l'exemple de la maternité, l'exercice de **certaines professions** – métiers du soin, activité professionnelle centrée sur la femme et l'enfant – ont été rapportés comme facteurs facilitant l'abord de la question du désir en consultation.

P4 : *Euh oui, mais parce que j'suis devenue aussi maman et quand on est maman je trouve qu'on est... ça dépend du suivi qu'on a bien sûr, mais moi avec ma sage-femme j'ai parlé de tout. Ce que je faisais pas forcément avant d'ailleurs... [...]Et donc en fait on parle de nos cycles, on parle de désir... [...] C'est des sujets que d'un coup, on se met à aborder j'allais dire presque naturellement, et du coup moi depuis que je suis devenue maman, j'ai pas trop de tabous là-dessus.*

P17: *ben c'est toujours un sujet extrêmement intime, après sur moi, mon positionnement... après c'est aussi que j'suis paramédicale, donc je rentre aussi dans l'intimité des gens avec le métier que je fais, et en tant que patiente j'me dis, évidemment si j'suis en face de quelqu'un avec qui je me sens bien [...], ben autant donner le maximum d'informations à la personne pour qu'elle puisse me proposer une prise en charge la plus efficace et précise possible.*

## b) Des facteurs limitant le discours

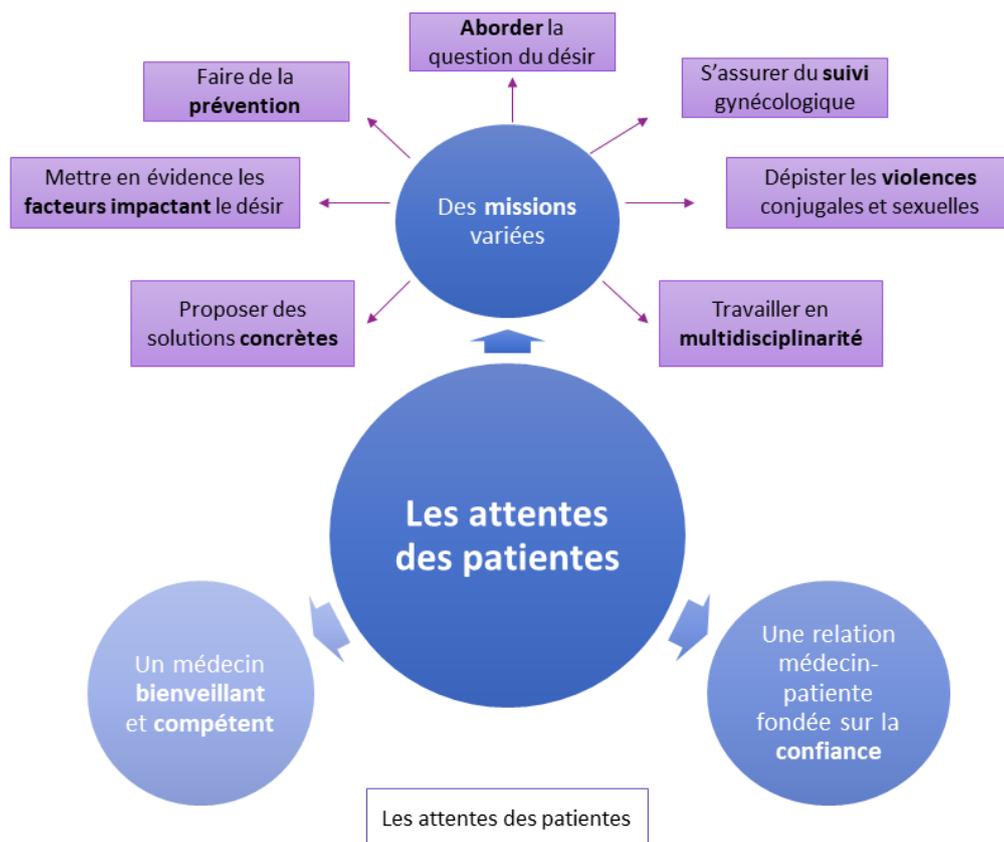
La **pudeur**, le sentiment de **honte**, le **déni**, l'impression de **déranger le médecin** ont été évoqués comme facteurs limitant l'abord de la question du désir en consultation.

P8 : *j'trouve qu'il y a toujours ce sentiment de honte de parler de ça: "ben j'ai un problème" et comme ça atteint l'intimité, c'est toujours délicat.*

P12 : *j'trouve que c'est très agressif, de la part du patient, d'aborder ça avec son médecin traitant, qui toutes les 15 minutes doit changer de thématique, de problème, de... je me dis voilà, je trouverais ça peut-être un peu déplacé. C'est pas tellement mal à l'aise mais... comment dire... ouais j'trouve que ça a pas lieu d'être, j'aurais pas envie de l'emmerder [sic] avec ça.*

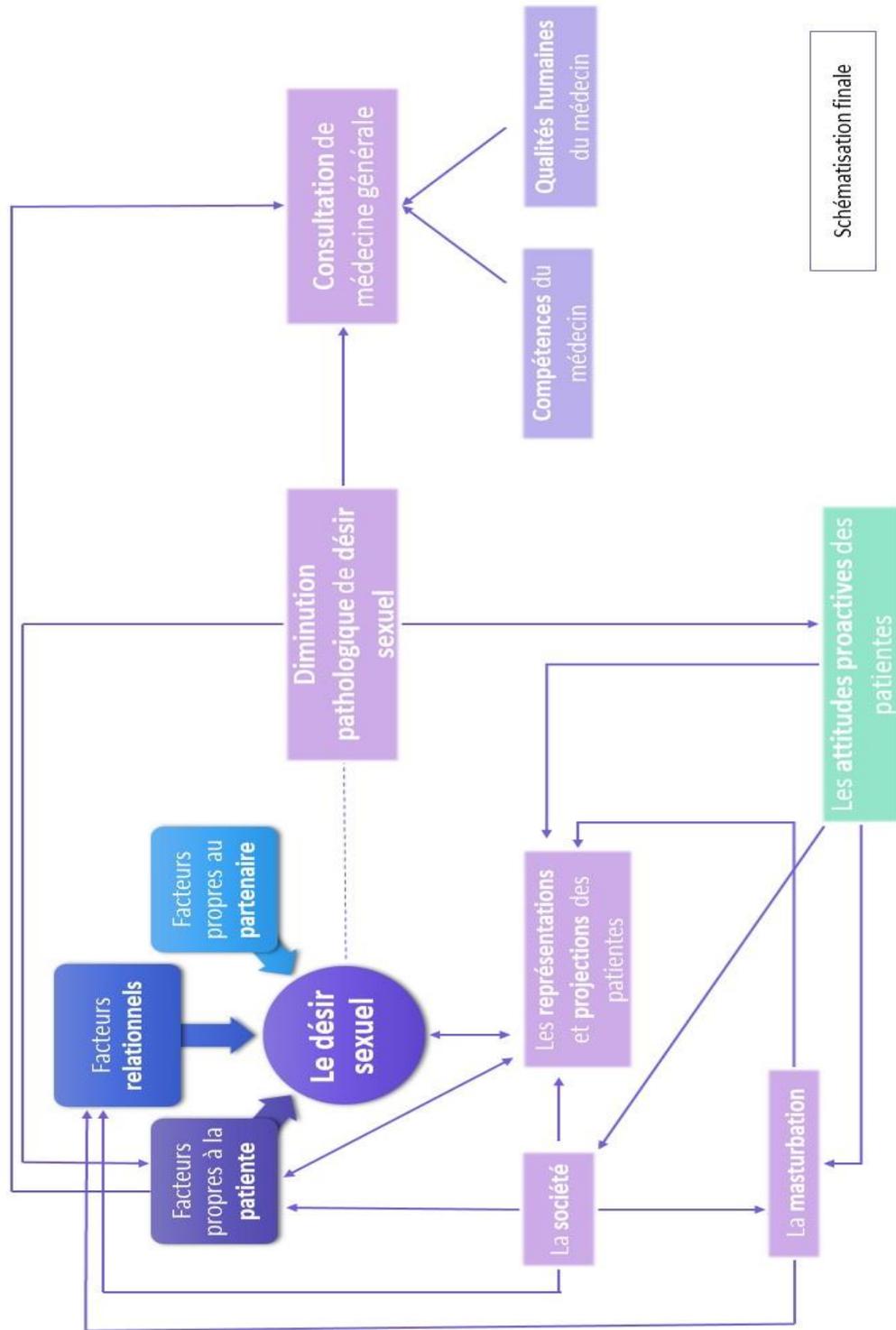
P7: *j'pense que c'est plus le fait de le dire à quelqu'un que ça y est, c'est tangible quoi, y'a vraiment un problème, parce qu'on le dit à quelqu'un de la sphère médicale. Alors qu'avant, on pouvait peut-être se voiler la face, ou quelque chose comme ça.*

## 12.6 Modélisation



*Figure 9 : Modélisation des attentes des patientes sur la problématique du désir*

### 13. Modèle explicatif final



*Figure 10 : Modèle explicatif global concernant les représentations des troubles du désir sexuel féminin.*

# DISCUSSION

## 1. Forces et limites de l'étude

### 1.1 Points forts méthodologiques

#### a) Une étude originale

Cette étude est la **première étude** portant sur les troubles du désir sexuel féminin de patientes consultant en médecine générale.

En conséquence, nous avons fait le choix méthodologique d'une **étude qualitative**. Les entretiens semi-dirigés ont permis une liberté d'expression et le partage de témoignages intimes et authentiques. Le facteur temps n'était pas un problème, car les entretiens étaient tous programmés à l'avance.

#### b) Mode de recrutement de l'échantillon

L'échantillonnage a été **orienté par la théorie**, au fur et à mesure de son émergence. Nous avons recherché une diversité maximale des participantes et des expériences, à l'exemple des patientes les plus âgées interrogées à la fin du recrutement (l'âge maximal des participantes était de 82 ans), dans le but d'obtenir un éclairage différent des précédents.

#### c) Rigueur de la méthode

Une **triangulation des données** réalisée par plusieurs investigateurs externes à l'étude et formés à la recherche qualitative a permis d'augmenter la validité interne de ce travail.

De plus, le recueil s'est poursuivi jusqu'à apparente saturation considérée comme **suffisance des données**. Les trois derniers entretiens - 17, 18 et 19 - n'ont pas apporté de données nouvelles.

Enfin, cette étude, évaluée par la **grille COREQ** (disponible en annexe 3), respecte un total de 29 critères sur 32.

## 1.2 Limites méthodologiques

### a) Biais d'investigation

Tout d'abord on constate un **manque d'expérience** du chercheur, novice dans l'exercice de la recherche qualitative. Le risque d'induire des réponses selon ses propres représentations est inévitable, malgré les tentatives pour rester le plus neutre possible. Afin de diminuer ce risque, deux entretiens tests ont été réalisés dans le but de s'approprier la méthode (utilisation de questions ouvertes, posture adéquate, relances...).

L'analyse et le codage étaient également soumis à la subjectivité, avec un risque d'erreur dans l'interprétation des données, toutefois minimisé par la triangulation des données.

### b) Biais de volontariat

Les patientes volontaires avaient possiblement un intérêt préexistant et une certaine culture de la thématique de l'étude. Ce profil de patientes est possiblement **non représentatif** de l'ensemble des patientes souffrant de troubles du désir sexuel.

### c) Biais d'échantillonnage et de sélection

Malgré nos efforts pour obtenir un échantillon le plus diversifié possible sur différents critères à priori significatifs, l'âge minimal des participantes était de 27 ans et on ne comptait aucune patiente transgenre.

De plus, les posters ont été affichés, pour leur majorité, au sein de cabinets de médecine générale pratiquant une activité de gynécologie médicale, orientant donc potentiellement leur patientèle, ce qui peut être à l'origine d'un **biais de sélection**.

### d) Critère d'inclusion et définition d'un trouble du désir

Nous avons fait le choix d'inclure des patientes ne correspondant pas toujours aux critères du DSM-V du trouble de l'intérêt ou de l'excitation sexuelle féminine. Notre questionnaire portant notamment sur les **limites du normal et du pathologique** sans à priori, nous avons ancré notre analyse à partir de **l'expérience sensible** des patientes.

## **2. Discussion des résultats et comparaison aux données de la littérature**

### **2.1 Les facteurs d'influence du désir**

Notre étude a mis en évidence des facteurs d'influence multiples du désir, en concordance avec la littérature existante.

#### a) Des facteurs biomédicaux

**L'épisode dépressif** apparaît comme la pathologie ayant le plus fort impact sur le désir. Plusieurs études montrent une corrélation entre les scores de dépression et un faible désir sexuel (56–58). Sans que l'on ne puisse réduire la physiopathologie complexe de la dépression à son aspect neurobiologique pur (59), la dysrégulation des systèmes noradrénergiques et sérotoninergiques a un impact sur les voies du désir.

Pour autant, les dysfonctions sexuelles représentent **la première cause d'interruption précoce de traitement antidépresseur** malgré une efficacité sur le syndrome dépressif (60,61). Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa) sont décrits comme les plus pourvoyeurs de troubles du désir, affectant plus de 50% des patients (jusqu'à 73% pour la Venlafaxine et 71% pour la Paroxétine) (62,63). En cohérence avec la littérature, les patientes que nous avons interrogées ont évoqué une baisse de désir lors d'épisodes dépressifs ou lors de la prise de traitements antidépresseurs.

Toute pathologie de la **sphère urogénitale** peut entraver le désir, au premier rang desquelles l'incontinence urinaire et les infections urinaires récidivantes. Ces pathologies ont aussi un impact négatif sur l'excitation sexuelle et l'orgasme (64).

**Les dyspareunies**, quelles qu'en soient leurs origines, sont largement associées à une baisse de désir et à une forte altération de la fonction sexuelle (65–67). Elles sont aussi responsables

d'émotions négatives telles que la honte ou la culpabilité ; d'anxiété ou de dépression (68). S'installe alors possiblement un cercle vicieux où l'altération consécutive de l'estime de soi aggrave le trouble du désir.

Certaines pathologies chroniques citées dans la littérature : dysthyroïdie, diabète, cancer du sein et de la sphère urogénitale... (69) n'ont pas été retrouvées dans notre étude.

La **ménopause** a été évoquée par trois patientes. Elles partagent une expérience différente de leur désir à cette période : absence d'impact (P14), étape charnière sans plus de précision (P11) ou baisse de désir (P15). Différentes études retrouvent un déclin de la fonction sexuelle avec la ménopause (70,71), le manque de désir atteignant une prévalence de 40 à 50% chez les femmes ménopausées (71). Les explications mises en avant évoquent l'intrication de facteurs biologiques dont une diminution des taux d'œstrogènes, elle-même corrélée aux dysfonctions sexuelles (72) ; et de facteurs psychosociaux multiples (73,74). Parallèlement, la souffrance en lien avec une baisse de désir diminue avec l'âge (35). La diminution de l'activité sexuelle peut être compensée par l'affection réciproque qu'éprouvent les partenaires l'un pour l'autre (75). Cela rejoint le témoignage de la patiente P16, qui affirme que la tendresse remplace « beaucoup de choses ».

Certains **traitements pharmacologiques** connus de la littérature comme pouvant interférer avec le désir ont été retrouvés dans notre travail. La prise d'une **contraception oestroprogestative** a été évoquée dans notre étude comme ayant un impact négatif sur le désir, de façon non unanime. Les données de la littérature sont hétérogènes à ce sujet.

Une étude souligne une diminution significative du désir des patientes prenant une contraception par rapport à celles n'en prenant pas, bien qu'aucune association directe entre la prise d'une contraception et le risque de dysfonction sexuelle féminine n'ait été mise en évidence (76).

Plusieurs études suggèrent une absence de modification du désir sous pilule oestroprogestative (POP), pour 85% des patientes selon Pasteur et al. (77,78).

Une autre étude rapporte qu'un cinquième des utilisatrices de POP rapporte des effets indésirables d'ordre sexuel et environ la moitié d'entre elles interrompent leur contraception en raison de ces effets – notamment baisse de désir ou de plaisir (79).

L'anneau vaginal, l'implant contraceptif et les progestatifs injectables (acétate de méthoxyprogestérone) semblent être les dispositifs contraceptifs les plus à risque de troubles du désir (80–83).

A contrario, la prise d'une contraception, par le dégageant de la crainte d'une grossesse non désirée, a été identifiée comme ayant un impact favorable sur la sexualité (78,84). Une patiente de notre étude (P16) a évoqué la crainte d'une grossesse non désirée comme un frein au désir.

La **définition du DSM-V** du trouble de l'intérêt ou de l'excitation sexuelle féminine exclut les baisses de désir liées à la prise d'un traitement médicamenteux. Confrontées à une baisse de désir source de souffrance, les patientes de notre étude attendent des « solutions concrètes » de leur médecin. Il n'est pas légitime de leur refermer la porte, d'écarter leur plainte ou de la normaliser sous prétexte d'effet indésirable médicamenteux. Le médecin doit être en mesure de dépister, d'entendre ces troubles et de proposer un ajustement thérapeutique le cas échéant.

#### b) Des facteurs psychologiques

Plusieurs patientes de notre étude ont mentionné une **mauvaise image corporelle** et une **mauvaise estime de soi** comme des freins majeurs au désir. De nombreuses études vont en ce sens (85–87). Les cognitions autoévaluatives liées à une faible estime de soi peuvent être à l'origine de pensées automatiques (par exemple : « je suis grosse/laide »), associées à des émotions négatives, qui vont avoir un impact négatif sur la réponse sexuelle. Ces pensées

négatives présentes pendant l'acte sexuel écartent les femmes des signaux érotiques. Ce processus de distraction cognitive contribue à diminuer le désir sexuel et l'excitation sexuelle (88).

Dans notre étude, le **stress**, une **humeur triste** ou encore le **sentiment de honte** inhibent le désir. Ces résultats rejoignent plusieurs études antérieures qui font aussi état d'un impact négatif de ces états psychologiques sur le désir (35,89,90). Dans une étude de 2022, Bittoni et al. montrent qu'au contraire, l'anxiété induirait une augmentation du désir chez certaines patientes (91). Cela suggère qu'il existe une variabilité individuelle importante des mécanismes d'action des facteurs d'influence du désir. Ils sont à considérer en fonction de la personnalité, des apprentissages antérieurs, des stratégies d'adaptation et du type de relation amoureuse.

Dans notre étude comme dans la littérature existante, les **expériences traumatiques**, en particulier les **violences sexuelles**, d'autant plus dans l'enfance, peuvent altérer le développement émotionnel, entraîner des schémas cognitifs inadaptés (92), et être responsables de dysfonctions sexuelles sur le long terme dont très fréquemment de baisse de désir (59,93).

### c) Des facteurs relationnels

Nous retrouvons dans notre étude les données de la littérature : **les tensions** dans le couple, les difficultés à **communiquer** et à exprimer ses besoins sexuels, ses désirs et ses peurs semblent avoir un impact négatif sur le désir (94). A l'inverse, une **entente harmonieuse**, un sentiment de **complicité**, la **confiance en la relation** sont associés à une augmentation du désir (95).

Les patientes interrogées ont évoqué **une transformation du désir** à mesure du temps passé avec le partenaire, de quelque chose initialement « passionnel » vers quelque chose de « plus profond ». Ce qui rejoint les données connues : la fréquence des ébats amoureux décroît avec l'avancée dans le temps de la relation (96). Murray, Milhausen et Klusmann ont mis de plus en

évidence une baisse de désir charnel chez les femmes, à mesure que la durée de la relation augmente, avec en parallèle une augmentation du désir de tendresse (97,98).

Jusqu'alors une éventuelle détresse ou souffrance associée à ces évolutions n'avait pas été évaluée. Nous montrons ici que la baisse de désir ne **s'accompagne pas toujours d'une souffrance** ; dans la mesure où la construction d'autres projets avec le partenaire est possible (P14, P1).

## 2.2 Le poids de la société

### a) Un modèle normatif hétérocentré

Les patientes ont souligné l'impact du modèle patriarcal hétéronormé sur leur sexualité. Regorgeant d'injonctions et de stéréotypes de genre, il est générateur de doutes et d'inquiétudes. Cette norme structurante du « **rapport pénétratif, hétérosexuel et monogame** » reste encore à l'heure actuelle ancrée dans nos sociétés occidentales (99). Dans l'enquête « Contexte de la sexualité en France » seuls 1,7% des femmes et 2,2 % des hommes ont rapporté pour dernier rapport sexuel une séquence au cours de laquelle il n'y avait pas eu de pénétration (100). Malgré des pratiques oro-génitales de plus en plus fréquentes, et d'autant plus chez les plus jeunes, la définition même de ce qu'est un « vrai » rapport sexuel ou un rapport sexuel « accompli » reste étroitement associée à la pénétration vaginale (101).

Plusieurs patientes de l'étude ont utilisé le terme de « **préliminaires** » en insistant sur leur importance et leur rôle dans l'éveil du désir (P8, P11). Le Dictionnaire de l'Académie française définit « préliminaire » comme « ce qui annonce, rend possible quelque chose de plus important » (102). Cette sémantique communément employée – ici même chez des femmes s'interrogeant sur leur sexualité – fait de la pénétration l'essence même de l'activité sexuelle dans l'inconscient collectif.

Ce n'est pourtant pas immuable, la sexualité féminine semble gagner en autonomie et s'affranchir progressivement de cette vision purement « pénétrative ».

Ces dernières années, la **sexualité non pénétrative** gagne en popularité et s'inscrit de plus en plus dans le répertoire sexuel de nombreuses femmes et hommes, notamment chez les plus jeunes et les plus diplômés, qui semblent se distancier des normes dominantes (103).

Le sondage sur la sexualité réalisé par l'IFOP en 2019 montre une progression des pratiques autoérotiques féminines - 76% des femmes interrogées déclarent s'être déjà masturbées, soit 4 fois plus que dans les données du Rapport Simon en 1972 (104) - et une diversification des pratiques dyadiques. Un autre chiffre à retenir : les hommes ne sont que 56% à considérer qu'un rapport sexuel doit comporter une pénétration.

#### b) Une dualité dans les représentations de la sexualité masculine et féminine

Les patientes interrogées dans notre étude opposent un **désir masculin semblant ne jamais se tarir** à un **désir féminin plus fluctuant** et associé aux sentiments amoureux.

Ces représentations semblent fortement ancrées dans les esprits. Dans l'enquête « Contexte de la sexualité en France », 75% des femmes et 62% des hommes interrogés pensent que les hommes auraient « par nature plus de besoins sexuels que les femmes » (105). Les femmes interviewées sont quatre fois plus nombreuses que les hommes à avoir fréquemment accepté des rapports sexuels alors qu'elles n'en avaient pas vraiment envie. Les hommes sont deux fois plus nombreux à affirmer qu'ils ne se sont jamais trouvés dans cette situation. Cette volonté de satisfaire l'autre et de faire passer ses désirs avant les siens, se retrouve également dans les résultats de notre étude (P3, P4).

Pour Jeffrey Weeks, historien et sociologue, ce point de vue est devenu conventionnel et dominant depuis le XIXe siècle (1). La sexualité féminine est envisagée comme tout à fait différente, mais fondamentalement complémentaire de la sexualité masculine. Elle est réactive, réceptive, animée par « l'instinct de reproduction » ou par « le baiser expert de l'amant : l'homme » (106). Le désir féminin est par conséquent passif, secondaire, situé du côté de

l'émotionnel, de la tendresse et de l'amour. Le désir masculin est lui spontané, inné, autonome, focalisé sur l'objectif final : le rapport sexuel (107,108).

Cette dichotomie n'est pas remise en question dans les modalisations de la réponse sexuelle féminine, y compris les plus récentes. Le modèle circulaire de Basson de 2001 part du postulat que les femmes, plus souvent que les hommes, s'engagent sans désir spontané dans une relation sexuelle. Elles auraient pour moteur fondamental la volonté d'augmenter **l'intimité émotionnelle** avec leur partenaire (16). Marilène Vuille, sociologue et spécialiste en études de genre, critique ce modèle – qui, par le préconçu d'un désir sexuel masculin spontané et désir féminin réactif - véhicule l'injonction faite aux femmes d'avoir à rester sexuellement disponibles pour leur conjoint, en toutes circonstances (107).

### c) La persistance de dynamiques de genre

Plusieurs patientes interrogées ont déjà ressenti une **pression** de la part de leur partenaire pour obtenir un rapport sexuel (P5, P8, P17). Certaines ont exprimé leurs difficultés à dire non à leur partenaire, notamment dans des relations où leur consentement n'était pas toujours recherché (P1, P17). Plusieurs participantes ont été victimes de violences sexuelles (P3, P6, P8). Une patiente (P8) décrit la manipulation psychologique dont usait son ex-mari (chantage affectif, culpabilisation) pour obtenir des relations sexuelles, et le difficile chemin de la prise de conscience du viol conjugal.

Ces témoignages rejoignent le constat dressé par l'Observatoire national des **violences faites aux femmes** : celles-ci ne reculent pas. Les derniers chiffres du ministère de l'Intérieur indiquent une augmentation de 21% du nombre de victimes de violences conjugales entre 2020 et 2021. Il s'agit essentiellement de violences physiques et 87% des victimes sont des femmes (109). Le nombre de femmes âgées de 18 à 75 ans victimes de viols ou de tentatives de viols

s'élèvent à 94 000 par an, perpétrés dans 91% des cas par une personne connue de la victime. Dans 47% des cas, il s'agit du conjoint ou de l'ex-conjoint (110).

E.D. Widmer souligne l'importance du **type des interactions conjugales** dans la compréhension du désir sexuel (111). Les interactions dévalorisant l'autonomie des partenaires, où les inégalités de genre sont importantes, sont associées à un faible désir.

Le rapport du Haut Conseil à l'égalité (HCE) publié en janvier 2023 révèle une **persistance du sexisme en France**, avec une aggravation de ses manifestations les plus violentes. Parmi les hommes de 25 à 34 ans, près d'un quart estime qu'il faut parfois être violent pour se faire respecter. Tous âges confondus, 40% des hommes trouvent normal que les femmes interrompent leur activité professionnelle pour s'occuper de leurs enfants. 80% des femmes estiment être moins bien traitées que les hommes en raison de leur sexe, dans plusieurs domaines (la rue et les transports, le foyer, le monde professionnel, l'école...) et 37% des femmes disent avoir déjà subi des relations sexuelles non consenties (112).

Pour lutter contre toutes les manifestations du sexisme et ses causes, le HCE propose un **plan d'urgence global** sous la forme de **10 recommandations** avec pour mesures clés l'augmentation des moyens financiers et humains de la justice, la régulation des contenus numériques pour lutter contre les stéréotypes de genre et les représentations dégradantes des femmes ou encore l'interdiction de la publicité des jouets genrés.

#### d) Un double paradoxe

**L'hypersexualisation** de notre société, par ses références omniprésentes dans l'espace public (télévision, média, internet, objets commerciaux ou publicités), impose une **vision normative performante de la sexualité** qui pèse sur le désir des patientes interrogées (P2, P4, P5, P6, P8, P11, P13, P17).

Il est établi que les **médias** et les **réseaux sociaux** sont à l'origine d'une modification délétère de l'appréhension de la sexualité, notamment chez les adolescents d'autant plus vulnérables (113). Certains auteurs dénoncent les dangers de ce phénomène (114) qui pourrait être à l'origine d'un désir défaillant (115).

Paradoxalement, s'oppose à cette hypersexualisation le **tabou de sa propre sexualité**, dont on ne parle pas, car elle appartient à la sphère de l'intime (P5, P12, P18, P19). Dans les sociétés occidentales, héritières d'une tradition judéo-chrétienne, l'interdit sexuel est intimement lié à la morale religieuse. La sexualité non procréative a longtemps été associée au péché, au vice ou à la débauche ; et le désir sexuel féminin refréné (116). Plusieurs patientes ont évoqué l'influence de la religion sur leur sexualité (P2, P8, P16, P18). Certaines regrettent un modèle traditionnel rigide, associant sexualité à la procréation (P18), et peu inclusif (P2), rendant la construction de l'identité sexuelle parfois complexe.

Malary et al. ont montré que les valeurs culturelles et religieuses peuvent toutes impacter négativement le désir sexuel, en particulier chez les femmes qui grandissent dans des cultures et des religions très restrictives (116).

Tout aussi paradoxalement, s'oppose à cette hypersexualisation **la représentation négative et malsaine d'un désir féminin assumé**.

S'il semble évident pour l'homme de reconnaître les manifestations de son désir dès lors qu'il apparaît, il n'en est pas de même chez la femme qui semble davantage peiner à identifier les sensations en lien avec son désir (118). Dans notre étude, la majorité des patientes (P1, P3, P6, P8, P11, P13) se sont trouvées en difficulté pour répondre à la question : « *comment ressentez-vous le désir ?* ».

Pour autant, une femme qui répond aux injonctions du modèle sociétal de sexualité en vigueur est par là même disqualifiée. Dans l'inconscient collectif, un homme collectionnant les

conquêtes féminines tel Dom Juan est admiré de ses pairs ; une femme adoptant un comportement similaire aura toutes les chances d'être déshonorée. Une participante de notre étude (P6) explique comment elle a elle-même inconsciemment inhibé son désir de crainte d'être stigmatisée.

#### e) Une influence de la société à pondérer selon l'âge ?

La sexualité des personnes âgées n'est pas épargnée par **les stéréotypes**. Elle est le plus souvent perçue comme honteuse ou inexistante. Ces représentations peuvent être à l'origine de difficultés d'ordre sexuel (119).

Nos travaux montrent que les patientes les plus âgées ne ressentent **pas l'impact des facteurs sociétaux sur leur désir**. On peut émettre l'hypothèse qu'une certaine maturité permet de prendre du recul et de s'affranchir des normes sociales ; nous n'avons retrouvé aucune référence bibliographique à ce propos.

### 2.3 Une définition du DSM-V insuffisante

Les résultats de notre étude montrent que le **désir sexuel est fluctuant** et varie en fonction de multiples facteurs. Ses infléchissements ne sont pas toujours considérés comme problématiques par les patientes interrogées. La **persistance dans le temps** et les **répercussions sur le couple** sont, elles, considérées comme facteurs sources de souffrances, pouvant les amener à consulter un professionnel.

Dans les études antérieures, la prévalence des troubles du désir varie fortement en fonction des critères diagnostiques retenus. Si dans les larges études de population, la prévalence de la baisse de désir est de 20% à 39% ; elle est de 8% à 10% pour la souffrance associée à la baisse de désir (120,121).

Les critères diagnostiques du DSM-V du trouble de l'intérêt ou de l'excitation sexuelle féminine comportent, entre autres, une durée minimale des troubles d'au moins six mois et l'existence d'une détresse significative associée.

Cette classification révisée du DSM-V continue de **faire débat** au sein de la communauté scientifique. Certains experts mettent en avant l'absence de validation de cette nouvelle catégorie diagnostique dans la littérature (122). Selon eux, un grand nombre de femmes atteintes de troubles de désir et d'excitation d'intensité modérée serait exclu du diagnostic, qui se focaliserait sur les cas sévères (123).

La Classification Internationale des Maladies (CIM), dont la 11e version est appliquée depuis janvier 2022, conserve, elle, la catégorie de « trouble du désir sexuel hypoactif » (CIM11 code HA00), correspondant à l'ancienne classification du DSM IV (124).

D'autre part, d'autres auteurs s'inquiètent d'une **pathologisation excessive** de la sexualité féminine (125,126). Ils rappellent le fait que les altérations temporaires de la fonction sexuelle peuvent être des **réactions adaptées et compréhensives** à de nombreux facteurs de stress environnementaux (tels que l'anxiété, la dépression, les inégalités au travail, les expériences de violence et de maltraitance...), autant de facteurs qui ne figurent pas dans cette définition du DSM-V (127).

#### **2.4 Le rôle du médecin généraliste**

La grande majorité des patientes interrogées estiment que leur médecin généraliste a **un rôle à jouer** dans cette problématique du désir. Que ce soit via un dépistage systématique ou plus orienté selon leurs problématiques, elles attendent de leur médecin **l'abord de cette question** en consultation. Cela rejoint les travaux antérieurs sur le sujet.

Une étude réalisée sur 96 patientes en 2017 révèle ainsi que 81% des patientes seraient favorables à ce que l'histoire sexuelle fasse partie intégrante de la consultation de médecine

générale (50% sous la forme d'un dépistage systématique, 30% sous la forme d'un dépistage ciblé) (128).

Malgré cette importance accordée à la sexualité au sein de la consultation médicale, les résultats de notre étude montrent que les patientes n'osent pas toujours aborder le sujet ; ce qui est cohérent avec la littérature (129,130), la crainte d'embarrasser leur médecin apparaissant comme le frein principal. Du côté du médecin, plusieurs études ont exploré **les réticences à l'abord de la sexualité**. Le manque de légitimité, la peur d'être intrusif, le manque de temps et de formation, une pudeur à aborder ces sujets et l'influence de ses propres représentations semblent être les principaux obstacles (131–135).

On constate un décalage entre les craintes des médecins et les attentes des patientes, qui ont proposé d'évoquer cette question du désir par le **prisme de la gynécologie**, au sein d'une consultation dédiée, pour permettre l'abord de l'intimité sans être intrusif. Différentes études ont déjà montré l'intérêt d'une consultation dédiée à la santé sexuelle (136–138).

Les participantes soulignent l'importance **d'une attitude** et d'une **posture adaptées du médecin généraliste** dans l'abord de la question du désir, en cohérence avec la littérature existante. Il est attendu que son approche soit centrée sur la patiente et son vécu, bienveillante, non jugeante voire déculpabilisante (139,140). Véhiculer une vision inclusive et optimiste de la sexualité semble faciliter le dialogue, en permettant aux patientes de se sentir plus à l'aise (141). La **relation de confiance** avec son médecin, construite au fil du temps, apparaît comme un déterminant majeur (142).

Des **missions spécifiques** du médecin généraliste sont attendues par les patientes : le dépistage de problématiques liées au désir, l'exploration des facteurs d'influence du désir, des mesures concrètes à mettre en œuvre face aux troubles du désir, une collaboration multidisciplinaire. Pour aider le praticien au diagnostic des troubles du désir sexuel, plusieurs **échelles de dépistage** ont été proposées. L'échelle anglophone « **Decreased Sexual Desire Screener** » a

été validée par l'Agence Fédérale américaine des produits Alimentaires et Médicamenteux depuis 2005 (143). Il s'agit d'un auto-questionnaire en 5 points conçu pour la pratique clinique à destination des médecins de premiers recours, qui permet le diagnostic d'un trouble du désir hypoactif tel défini par le DSM-IV (144). A notre connaissance, il n'existe pas d'échelle qui prenne en compte le contexte socioculturel des patientes.

**Le modèle PLISSIT** (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy), développé en 1975 par J. Annon, est un outil d'évaluation et de gestion des problématiques sexuelles (145). Il est divisé en quatre étapes traduites ainsi : **autorisation** (posture du médecin, attitude et questions ouvertes permettant d'encourager l'abord du désir en consultation), **informations limitées** (information sur la fonction sexuelle et les facteurs d'influence du désir), **suggestions spécifiques** (recommandations, mesures concrètes pour prendre en charge le trouble) et **thérapie intensive** (orientation vers un spécialiste, thérapies individuelles ou de groupe). Cette approche permet la mise en œuvre de stratégies appropriées et efficaces, et apparaît comme une méthode de conseil simple et efficace en pratique clinique (146). A notre connaissance, son application en soins primaires n'a pas été évaluée en France.

### **3. Perspectives**

Une nouvelle étude sur un échantillon représentatif de la population cible permettrait de **quantifier** les facteurs de pondération des différentes variables, identifiées ici comme intervenant dans les éventuels troubles du désir féminin.

Une autre étude exploratoire sur le **désir sexuel masculin** permettrait d'apporter un éclairage complémentaire à notre travail. Les conséquences négatives des stéréotypes de genre n'épargnent pas les hommes, qui se voient imposer l'obligation d'être sexuellement performant dans un modèle où leur désir, plus qu'encouragé, est exigé (147).

## CONCLUSION

Une baisse de désir est majoritairement décrite comme une fluctuation normale par les femmes concernées. Elle est pathologique lorsqu'elle est durable dans le temps, lorsqu'elle a un impact délétère sur la conjugalité, ou lorsqu'elle est source de souffrance.

La majorité des patientes interrogées estiment que le médecin généraliste a un rôle clé à jouer dans l'exploration du désir sexuel féminin. Prévention, dépistage, solutions concrètes et coordination pluridisciplinaire sont attendus; idéalement sur un temps de consultation spécifiquement dédié.

Les injonctions sociétales multiples et parfois paradoxales, sur la base de représentations patriarcales ancrées dans l'inconscient collectif, imposent aux femmes un modèle normatif de sexualité peu désirable.

A notre connaissance, ce poids prépondérant des facteurs socioculturels n'apparaît pas dans la littérature médicale ni dans les différentes nosologies successives.

La modélisation des multiples facteurs d'influence du désir sexuel féminin et de leurs interactions complexes ne permet pas une réponse univoque aux problématiques de baisse de désir. Mais des connaissances sont indispensables au médecin, qui, pour y répondre, doit être capable de les intégrer dans une approche singulière et holistique centrée patiente.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Weeks J. *Sexualité*. Lyon: Presses universitaires de Lyon; 2014. (SXS).
2. Allyn D. *Make love, not war: the sexual revolution, an unfettered history*. 1st ed. Boston, Mass: Little, Brown; 2000. 381 p.
3. Santé sexuelle - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
4. Bajos N, Bozon M, Beltzer N, éditeurs. *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé*. Paris: Découverte; 2008. 609 p.
5. Giles J. *The nature of sexual desire*. Westport, Conn: Praeger; 2004. 218 p. (Critical perspectives on culture and society).
6. Kaplan HS. *The sexual desire disorders: dysfunctional regulation of sexual motivation*. New York: Brunner/Mazel; 1995. 332 p.
7. Meston CM, Frohlich PF. The Neurobiology of Sexual Function. *Arch Gen Psychiatry*. 1 nov 2000;57(11):1012.
8. Trudel G. *La baisse du désir sexuel: méthodes d'évaluation et de traitement*. Paris: Masson; 2003. (Médecine et psychothérapie).
9. Freud S. *Psychologie collective et analyse du moi*. Paris; 1921. 92 p.
10. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. *Sexual behavior in the Human Male*. Bloomington, Ind: Indiana University Press; 1948. 1 p.
11. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH. *Sexual Behavior in the Human Female*. Bloomington, Ind: Indiana University Press; 1953. 896 p.
12. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Bronx, NY: Ishi Press International; 1966. 366 p.
13. Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther*. mars 1977;3(1):3-9.
14. Guelfi JD, Pichot P. *DSM-III-R, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris Milan Barcelone: Masson; 1989.
15. Wood JM, Koch PB, Mansfield PK. Women's sexual desire: A feminist critique. *J Sex Res*. août 2006;43(3):236-44.
16. Basson R. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *J Sex Marital Ther*. 2001;27(5):395-403.
17. Cour F, Droupy S, Faix A, Methorst C, Giuliano F. Anatomie et physiologie de la sexualité. *Prog En Urol*. juill 2013;23(9):547-61.

18. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 10 mai 2005;172(10):1327-33.
19. Vuille M. Le désir sexuel des femmes, du DSM à la nouvelle médecine sexuelle. *Genre Sex Société* [Internet]. 1 déc 2014 [cité 20 déc 2021];(12). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/gss/3240>
20. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
21. Giami A. Fonction sexuelle masculine et sexualité féminine. Permanence des représentations du genre en sexologie. *Communications.* avr 2007;(81):135.
22. Kaschak E, Tiefer L, éditeurs. *A new view of womens sexual problems.* New York: Haworth Press; 2001. 226 p.
23. Giraud F. Michel Bozon, *Sociologie de la sexualité. Lectures* [Internet]. 25 sept 2009 [cité 15 nov 2022]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/797>
24. Bancroft J. The medicalization of female sexual dysfunction: the need for caution. *Arch Sex Behav.* oct 2002;31(5):451-5.
25. Kraus F. Observatoire européen de la sexualité féminine [Internet]. IFOP. [cité 26 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/observatoire-europeen-de-la-sexualite-feminine/>
26. Colson MH, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. *J Sex Med.* janv 2006;3(1):121-31.
27. Davison SL. Hypoactive sexual desire disorder. *Curr Opin Obstet Gynecol.* août 2012;24(4):215-20.
28. Simon JA. Low sexual desire--is it all in her head? Pathophysiology, diagnosis, and treatment of hypoactive sexual desire disorder. *Postgrad Med.* nov 2010;122(6):128-36.
29. Mimoun S. Qu'est-ce que le trouble du désir sexuel hypo-actif ? *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 janv 2011;39(1):28-31.
30. Pettigrew JA, Novick AM. Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: Physiology, Assessment, Diagnosis, and Treatment. *J Midwifery Womens Health.* nov 2021;66(6):740-8.
31. Brotto LA, Smith KB. Sexual desire and pleasure. In: Tolman DL, Diamond LM, Bauermeister JA, George WH, Pfaus JG, Ward LM, éditeurs. *APA handbook of sexuality and psychology, Vol 1: Person-based approaches* [Internet]. Washington: American Psychological Association; 2014 [cité 9 janv 2023]. p. 205-44. Disponible sur: <http://content.apa.org/books/14193-008>
32. Both S. Recent Developments in Psychopharmaceutical Approaches to Treating Female Sexual Interest and Arousal Disorder. *Curr Sex Health Rep.* 2017;9(4):192.

33. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Curr Psychiatry Rep.* 1 juin 2000;2(3):189-95.
34. Parish SJ, Hahn SR. Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sex Med Rev.* avr 2016;4(2):103-20.
35. Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, DeRogatis LR, Giraldi A, Parish SJ, et al. Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clin Proc.* janv 2017;92(1):114-28.
36. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. *Med Clin North Am.* juill 2019;103(4):681-98.
37. Clayton AH, Maserejian NN, Connor MK, Huang L, Heiman JR, Rosen RC. Depression in premenopausal women with HSDD: baseline findings from the HSDD Registry for Women. *Psychosom Med.* avr 2012;74(3):305-11.
38. Nicolosi A, Buvat J, Glasser DB, Hartmann U, Laumann EO, Gingell C, et al. Sexual behaviour, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: the global study of sexual attitudes and behaviors. *World J Urol.* sept 2006;24(4):423-8.
39. Mishra VV, Nanda S, Gandhi K, Aggarwal R, Choudhary S, Gondhali R. Female sexual dysfunction in patients with endometriosis: Indian scenario. *J Hum Reprod Sci.* 2016;9(4):250-3.
40. Lemaire A, Colson MH, Alexandre B, Bosio-leGoux B, Klein P. Pourquoi les patients qui ont des difficultés sexuelles ne consultent-ils pas plus souvent ? D'après une enquête française de l'ADIRS. *Sexologies.* janv 2009;18(1):32-7.
41. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13178.
42. Dusz Laura. Abord de la sexualité en médecine générale / Laura Dusz ; sous la direction de Dany Jawhary - Sudoc [Internet]. [cité 26 nov 2021]. Disponible sur: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Qc2RAJHqThQJ:https://www.sudoc.fr/219818487+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr>
43. Fievet C. Comment aborder le sujet de sexualité en consultation de médecine générale: enquête qualitative auprès de patientes à la Réunion [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2014 [cité 17 nov 2021]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01133386>
44. Françoise D. Comment aborder la sexualité des patients en médecine générale ? Étude comparative de deux techniques d'approche [Internet]. 2020 [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02500670>
45. Lucile F. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par leur médecin traitant au cours d'une consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. [Nantes]: Université de Nantes; 2021.

46. Morin A. L'abord de la sexualité en médecine générale: freins et facteurs facilitants [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2017.
47. Baurain M. Parlons sexualité ! Les médecins généralistes sont-ils prêts à améliorer leur abord de la santé sexuelle avec leurs patients ? [Internet] [Thèse d'exercice]. 2018 [cité 17 nov 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01956357>
48. Kalo-Modja F, Yana J. L'abord de la sexualité en consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. 2021.
49. Gillet C. Attentes et besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle en consultation [Internet] [Thèse d'exercice]. [2014-....., France]: Université de Bordeaux; 2018 [cité 17 nov 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02042789>
50. Dausques C. L'abord de la sexualité des adultes en médecine générale: étude quantitative des pratiques et représentations de médecins généralistes hommes et femmes [Thèse d'exercice]. [1971-2013, France]: Université Bordeaux-II; 2013.
51. Europe W, Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale - Médecine de famille. WONCA Europe 2002 (Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille) [Internet]. World family doctors Caring for people Europe; 2002. 52 p. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org>
52. Pradier M. Évaluation des dysfonctions sexuelles féminines en médecine générale dans les Hauts-de-France. 2018-2021, France; 2020.
53. Teillant C. Évaluation du ressenti des médecins généralistes sur le questionnaire systématique de leurs patients concernant la sexualité: étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes des Alpes-Maritimes. 2020.
54. Héas S. Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Lectures [Internet]. 10 mai 2015 [cité 8 nov 2022]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/17952>
55. Starks H, Brown Trinidad S. Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qual Health Res.* déc 2007;17(10):1372-80.
56. Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, Bagby RM. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord.* déc 1999;56(2-3):201-8.
57. Frohlich P, Meston C. Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *J Sex Res.* nov 2002;39(4):321-5.
58. Bartlik B, Kocsis JH, Legere R, Villaluz J, Kossoy A, Gelenberg AJ. Sexual dysfunction secondary to depressive disorders. *J Gend-Specif Med JGSM Off J Partnersh Womens Health Columbia.* 1999;2(2):52-60.

59. Bitzer J, Giraldi A, Pfaus J. Sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in women. Introduction and overview. Standard operating procedure (SOP Part 1). *J Sex Med.* janv 2013;10(1):36-49.
60. Cassano P, Fava M. Tolerability issues during long-term treatment with antidepressants. *Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr.* 2004;16(1):15-25.
61. Hu XH, Bull SA, Hunkeler EM, Ming E, Lee JY, Fireman B, et al. Incidence and duration of side effects and those rated as bothersome with selective serotonin reuptake inhibitor treatment for depression: patient report versus physician estimate. *J Clin Psychiatry.* juill 2004;65(7):959-65.
62. Landén M, Högberg P, Thase ME. Incidence of sexual side effects in refractory depression during treatment with citalopram or paroxetine. *J Clin Psychiatry.* janv 2005;66(1):100-6.
63. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry.* 2001;62 Suppl 3:10-21.
64. Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Dehò F, Fabbri F, et al. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *Eur Urol.* mai 2004;45(5):642-8; discussion 648.
65. Abdo CHN, Valadares ALR, Oliveira WM, Scanavino MT, Afif-Abdo J. Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women: associated factors classified according to their importance. *Menopause N Y N.* 2010;17(6):1114-21.
66. Ferrero S, Esposito F, Abbamonte LH, Anserini P, Remorgida V, Ragni N. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertil Steril.* mars 2005;83(3):573-9.
67. Denny E, Mann CH. Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. *J Fam Plann Reprod Health Care.* juill 2007;33(3):189-93.
68. Facchin F, Buggio L, Dridi D, Barbara G, Vercellini P. The Subjective Experience of Dyspareunia in Women with Endometriosis: A Systematic Review with Narrative Synthesis of Qualitative Research. *Int J Environ Res Public Health.* 18 nov 2021;18(22):12112.
69. Cour F, Bonierbale M. Troubles du désir sexuel féminin. *Prog En Urol.* juill 2013;23(9):562-74.
70. Dennerstein L, Alexander JL, Kotz K. The menopause and sexual functioning: a review of the population-based studies. *Annu Rev Sex Res.* 2003;14:64-82.
71. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E, Burger H. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil Steril.* 1 avr 2002;77:42-8.
72. Dennerstein L, Guthrie JR, Hayes RD, DeRogatis LR, Leher P. Sexual function, dysfunction, and sexual distress in a prospective, population-based sample of mid-aged, Australian-born women. *J Sex Med.* oct 2008;5(10):2291-9.

73. Dennerstein L, Lehert P, Burger H, Dudley E. Factors affecting sexual functioning of women in the mid-life years. *Climacteric J Int Menopause Soc.* déc 1999;2(4):254-62.
74. Leventhal JL. Management of Libido Problems in Menopause. *Perm J.* 2000;4(3):29-34.
75. Brotto LA, Petkau AJ, Labrie F, Basson R. Predictors of sexual desire disorders in women. *J Sex Med.* mars 2011;8(3):742-53.
76. Huang M, Li G, Liu J, Li Y, Du P. Is There an Association Between Contraception and Sexual Dysfunction in Women? A Systematic Review and Meta-analysis Based on Female Sexual Function Index. *J Sex Med.* oct 2020;17(10):1942-55.
77. Pastor Z, Holla K, Chmel R. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept.* févr 2013;18(1):27-43.
78. Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. *J Sex Med.* sept 2012;9(9):2213-23.
79. Sanders SA, Graham CA, Bass JL, Bancroft J. A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception.* juill 2001;64(1):51-8.
80. Boozalis A, Tutlam NT, Robbins CC, Peipert JF. Sexual Desire and Hormonal Contraception. *Obstet Gynecol.* mars 2016;127(3):563-72.
81. Sergent F, Clamageran C, Bastard AM, Verspyck E, Marpeau L. [Acceptability of the etonogestrel-containing contraceptive implant (Implanon)]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* sept 2004;33(5):407-15.
82. Oddsson K, Leifels-Fischer B, de Melo NR, Wiel-Masson D, Benedetto C, Verhoeven CHJ, et al. Efficacy and safety of a contraceptive vaginal ring (NuvaRing) compared with a combined oral contraceptive: a 1-year randomized trial. *Contraception.* mars 2005;71(3):176-82.
83. Espitia De La Hoz FJ. One-year incidence of low libido in women using levonorgestrel subdermal implant as contraception. Cohort study. Armenia, Colombia, 2014-2019. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 30 mars 2021;72(1):33-42.
84. Blumenstock SM, Barber JS. Hormonal Contraception Use and Sexual Frequency across Young Women's Intimate Relationships. *J Sex Res.* 18 avr 2022;1-14.
85. Sanchez DT, Kiefer AK. Body concerns in and out of the bedroom: implications for sexual pleasure and problems. *Arch Sex Behav.* déc 2007;36(6):808-20.
86. Dosch A, Ghisletta P, Van der Linden M. Body Image in Dyadic and Solitary Sexual Desire: The Role of Encoding Style and Distracting Thoughts. *J Sex Res [Internet].* 2016 [cité 7 févr 2023];53(9). Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/240791>
87. La Rocque CL, Cioe J. An evaluation of the relationship between body image and sexual avoidance. *J Sex Res.* juill 2011;48(4):397-408.

88. Géonet M, De Sutter P, Zech E. Les facteurs cognitifs dans le désir sexuel hypoactif féminin. *Sexologies*. 1 janv 2013;22(1):10-8.
89. Bozman AW, Beck JG. Covariation of sexual desire and sexual arousal: the effects of anger and anxiety. *Arch Sex Behav*. févr 1991;20(1):47-60.
90. Janssen E, Macapagal KR, Mustanski B. Individual Differences in the Effects of Mood on Sexuality: The Revised Mood and Sexuality Questionnaire (MSQ-R). *J Sex Res*. oct 2013;50(7):676-87.
91. Bittoni C, Kiesner J. Sexual Desire in Women: Paradoxical and Nonlinear Associations with Anxiety and Depressed Mood. *Arch Sex Behav*. 2022;51(8):3807-22.
92. Leonard LM, Follette VM. Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: review of the empirical literature and clinical implications. *Annu Rev Sex Res*. 2002;13:346-88.
93. Meston CM, Heiman JR. Sexual abuse and sexual function: an examination of sexually relevant cognitive processes. *J Consult Clin Psychol*. juin 2000;68(3):399-406.
94. Trudel G, Boulos L, Matte B. Dyadic Adjustment in Couples with Hypoactive Sexual Desire. *J Sex Educ Ther*. 1 mars 1993;19(1):31-6.
95. J C, P N. Predictors of women's sexual desire: the role of psychopathology, cognitive-emotional determinants, relationship dimensions, and medical factors. *J Sex Med [Internet]*. févr 2010 [cité 9 févr 2023];7(2 Pt 2). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19912503/>
96. Jaspard M. V / Les comportements sexuels contemporains. In Paris: La Découverte; 2017. p. 89-114. (Repères). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sociologie-des-comportements-sexuels--9782707196392-p-89.htm>
97. Murray SH, Milhausen RR. Sexual desire and relationship duration in young men and women. *J Sex Marital Ther*. 2012;38(1):28-40.
98. Klusmann D. Sexual motivation and the duration of partnership. *Arch Sex Behav*. juin 2002;31(3):275-87.
99. Jackson S. Genre, sexualité et hétérosexualité : la complexité (et les limites) de l'hétéronormativité. *Nouv Quest Féministes*. 2015;34(2):64-81.
100. Bajos N, Bozon M, Beltzer N, éditeurs. *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé*. Paris: Découverte; 2008. 609 p.
101. Andro A, Bachmann L, Bajos N, Hamel C. *La sexualité des femmes : le plaisir contraint*. *Nouv Quest Fem*. 2010;29(3):4-13.
102. Monier F. *Dictionnaire de l'Académie Française [Internet]*. *Dictionnaire de l'Académie Française*, 9e édition. [cité 10 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9P4042>

103. Andro A, Bajos N. La sexualité sans pénétration : une réalité oubliée du répertoire sexuel: In: Enquête sur la sexualité en France [Internet]. La Découverte; 2008 [cité 10 févr 2023]. p. 297-314. Disponible sur: <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france-2008--9782707154293-page-297.htm?ref=doi>
104. Simon P. Le comportement sexuel des Français. *Popul Fr Ed.* mai 1973;28(3):665.
105. Ferrand M, Bajos N, Andro A. Accords et désaccords : variations autour du désir. In: Enquête sur la sexualité en France [Internet]. Paris: La Découverte; 2008 [cité 5 févr 2023]. p. 359-80. (Hors Collection Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293-p-359.htm>
106. Trachman M. *Sexualité, J. Weeks*: Presses universitaires de Lyon, Lyon (2014). 310 p. *Sociol Trav.* 1 mars 2016;58(1):111-3.
107. Vuille M. Le jeu de l'amour et du déterminisme : compréhensions expertes et profanes du désir sexuel des femmes [Internet]. *Sexuer le corps. Huit études sur des pratiques médicales d'hier et d'aujourd'hui.* Éditions HETSL; 2019 [cité 11 janv 2022]. Disponible sur: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:130714>
108. Lutz A. A la recherche de la pilule rose: la fabrication de la dysfonction sexuelle féminine. Enjeux politiques et scientifiques autour du traitement pharmacologique des problèmes sexuels des femmes [Internet]. Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques; 2012 [cité 11 févr 2023]. Disponible sur: [https://serval.unil.ch/notice/serval:BIB\\_S\\_000000017685](https://serval.unil.ch/notice/serval:BIB_S_000000017685)
109. l'Intérieur M de. Interstats Analyse n°53 - Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2021 [Internet]. <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Interstats-Analyse-n-53-Les-violences-conjugales-enregistrees-par-les-services-de-securite-en-2021>. [cité 12 févr 2023]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Interstats-Analyse-n-53-Les-violences-conjugales-enregistrees-par-les-services-de-securite-en-2021>
110. Debauche A, Mazuy M, Lieber M. L'enquête VIRAGE (VIolences et RApports de GENre). *Cah Genre.* 2019;66(1):37-50.
111. Widmer ED, Ammar N. Désir sexuel et styles d'interactions conjugales. *Sexologies.* 1 oct 2013;22(4):150-8.
112. Pierre-Brossolette S. Rapport 2023 sur l'état du sexisme en France : le sexisme perdure et ses manifestations les plus violentes s'aggravent - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. 2023 [cité 12 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/stereotypes-et-roles-sociaux/travaux-du-hce/article/rapport-2023-sur-l-etat-du-sexisme-en-france-le-sexisme-perdure-et-ses>
113. Cour F. Évolution sociétale de la sexualité. *Prog En Urol.* juill 2013;23(9):832-7.
114. Poirier L. *Hypersexualisation? : guide pratique d'information et d'action.* Lumière Boréale CALACS Baie-Comeau [Internet]. 2009 [cité 5 févr 2023]; Disponible sur: <https://www.lumiereboreale.qc.ca/bibliotheque?doc=249>

115. Kjellberg G. Réflexions sur une prévention en sexologie. *Rev Med Suisse*. 2010;4(241):606-9.
116. Bonnet M. De quelques représentations possibles du péché originel: Topique. 25 juin 2009;n° 105(4):143-60.
117. Malary M, Khani S, Poursaghar M, Moosazadeh M, Hamzehgardeshi Z. Biopsychosocial determinants of hypoactive sexual desire in women: a narrative review. *Mater Socio-Medica*. déc 2015;27(6):383-9.
118. Arlin P, Ploton F. Sexuellement incorrect: libérez votre désir le sexe n'a pas de genre ! Paris: Éditions de La Martinière; 2017.
119. Syme ML, Cohn TJ. Examining aging sexual stigma attitudes among adults by gender, age, and generational status. *Aging Ment Health*. 2016;20(1):36-45.
120. West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, Kalsbeek WD, Borisov NN, Thorp JM. Prevalence of Low Sexual Desire and Hypoactive Sexual Desire Disorder in a Nationally Representative Sample of US Women. *Arch Intern Med*. 14 juill 2008;168(13):1441-9.
121. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual Problems and Distress in United States Women: Prevalence and Correlates. *Obstet Gynecol*. nov 2008;112(5):970-8.
122. Balon R, Clayton AH. Female Sexual Interest/Arousal Disorder: A Diagnosis Out of Thin Air. *Arch Sex Behav*. 1 oct 2014;43(7):1227-9.
123. Clayton AH, DeRogatis LR, Rosen RC, Pyke R. Intended or Unintended Consequences? The Likely Implications of Raising the Bar for Sexual Dysfunction Diagnosis in the Proposed DSM-V Revisions: 1. For Women with Incomplete Loss of Desire or Sexual Receptivity. *J Sex Med*. 1 août 2012;9(8):2027-39.
124. Harrison JE, Weber S, Jakob R, Chute CG. ICD-11: an international classification of diseases for the twenty-first century. *BMC Med Inform Decis Mak*. 9 nov 2021;21(6):206.
125. Mitchell K, Graham C. Two Challenges for the Classification of Sexual Dysfunction. *J Sex Med*. 1 janv 2008;5.
126. Binik Y, Brotto L, Graham C, Seigraves R. Response of the DSM-V Sexual Dysfunctions Subworkgroup to Commentaries Published in JSM. *J Sex Med*. 1 juill 2010;7:2382-7.
127. Gardey D, Hasdeu I. Cet obscur sujet du désir. Médicaliser les troubles de la sexualité féminine en Occident. *Trav Genre Sociétés*. 2015;34(2):73-92.
128. Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. *Sexologies*. juill 2017;26(3):136-45.
129. Kingsberg S. Just ask! Talking to patients about sexual function. *Sex Reprod Menopause*. 1 déc 2004;2(4):199-203.

130. Sarkadi A, Rosenqvist U. Contradictions in the medical encounter: female sexual dysfunction in primary care contacts. *Fam Pract.* avr 2001;18(2):161-6.
131. Ports KA, Barnack-Tavlaris JL, Syme ML, Perera RA, Lafata JE. Sexual health discussions with older adult patients during periodic health exams. *J Sex Med.* avr 2014;11(4):901-8.
132. O'Connor SR, Connaghan J, Maguire R, Kotronoulas G, Flanagan C, Jain S, et al. Healthcare professional perceived barriers and facilitators to discussing sexual wellbeing with patients after diagnosis of chronic illness: A mixed-methods evidence synthesis. *Patient Educ Couns.* mai 2019;102(5):850-63.
133. Dyer K, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United kingdom. *J Sex Med.* nov 2013;10(11):2658-70.
134. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. « Opening a can of worms »: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract.* oct 2004;21(5):528-36.
135. Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. In: *Singuliers généralistes* [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010 [cité 14 févr 2023]. p. 147-68. (Métiers Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-p-147.htm>
136. Bartoli S. Aborder la sexualité en médecine générale: Attentes, opinions et représentations des hommes : enquête qualitative menée par seize entretiens semi-directifs en Charente-Maritime et en Côtes d'Armor - [Internet] [Thèse d'exercice]. [cité 17 nov 2021]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/52602>
137. Kingsberg SA. Identifying HSDD in the family medicine setting. *J Fam Pract.* juill 2009;58(7 Suppl Hypoactive):S22-25.
138. Gris P. Aborder la sexualité en médecine générale, le cas du trouble du désir sexuel féminin : Quels sont les freins et les éléments facilitateurs à sa prise en charge ? Regards croisés entre sexologues et médecins généralistes. 2019.
139. Lamont J, Bajzak K, Bouchard C, Burnett M, Byers S, Cohen T, et al. No. 279-Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC.* juin 2018;40(6):e451-503.
140. Hatzichristou D, Rosen RC, Derogatis LR, Low WY, Meuleman EJH, Sadovsky R, et al. Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. *J Sex Med.* janv 2010;7(1 Pt 2):337-48.
141. Bakhai N, Ramos J, Gorfinkle N, Shields R, Fields E, Frosch E, et al. Introductory Learning of Inclusive Sexual History Taking: An E-Lecture, Standardized Patient Case, and Facilitated Debrief. *MedEdPORTAL J Teach Learn Resour.* 28 déc 2016;12:10520.
142. Huberland V. Un abord inclusif de la sexualité en médecine générale : revue qualitative rapide de la littérature | AMUB. *Rev Médicale Brux.* 2020;41(6):323-534.

143. Pyke RE. FDA Decisions on Measures of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: A History, With Grounds to Consider Clinical Judgment. *Sex Med Rev.* 1 avr 2021;9(2):186-93.
144. Clayton AH, Goldfischer ER, Goldstein I, DeRogatis L, Lewis-D'Agostino DJ, Pyke R. Validation of the Decreased Sexual Desire Screener (DSDS): A Brief Diagnostic Instrument for Generalized Acquired Female Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD). *J Sex Med.* 1 mars 2009;6(3):730-8.
145. Annon JS. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *J Sex Educ Ther.* 1 avr 1976;2(1):1-15.
146. Tuncer M, Oskay ÜY. Sexual Counseling with the PLISSIT Model: A Systematic Review. *J Sex Marital Ther.* 1 avr 2022;48(3):309-18.
147. Angel K, Nicolas C. *Demain le bon sexe: les femmes, le désir et le consentement.* Bordeaux: Éditions du Détour; 2022. 102 p.

## ANNEXES

Annexe 1 : affiche mise en place dans les salles d'attente de médecins généralistes, réalisée sur [www.canva.com](http://www.canva.com) en collaboration avec Marine Dandois



**PARLONS ENFIN DU DÉSIR SEXUEL FÉMININ !**

**Thèse : exploration des représentations et de l'expérience sensible des troubles du désir sexuel chez la femme.**

Chère patiente,

Je m'appelle Sofia Dandois, je suis étudiante en médecine générale à Lille.

Je réalise ma thèse de fin d'études sur **les représentations des troubles du désir sexuel chez la femme**. Je cherche notamment à **explorer le ressenti et le vécu de ces troubles en tant que patiente**. Il s'agit en effet d'une problématique fréquente (touchant jusqu'à une femme sur quatre), mais peu abordée en médecine générale.

En pratique, je réalise des courts entretiens dans lesquels nous explorerons le désir sexuel via une dizaine de questions. Nos échanges seront strictement confidentiels et anonymisés.

Le but de ce travail est de comprendre ce qui peut modifier votre désir, pour se détacher de certains préjugés ou aprioris. **L'objectif final est de mieux aborder la santé sexuelle de la femme**. Si vous êtes intéressée par ce projet, parlez-en à votre médecin.

Je vous remercie par avance pour votre temps,  
Au plaisir de vous rencontrer,

**SOFIA DANDOIS**  
Mail : [safia.dandois.etu@univ-lille.fr](mailto:safia.dandois.etu@univ-lille.fr)

Annexe 2: formulaire d'information et de consentement remis aux patientes avant les entretiens

**N° d'identification du participant :**

---

*Exploration des représentations et de l'expérience sensible des troubles du désir sexuel chez la femme.*

---

**RECHERCHE QUALITATIVE auprès de patientes de médecine générale, partageant une plainte de trouble de désir sexuel en consultation.**

**Introduction :**

Je m'appelle Sofia Dandois, et suis étudiante en 9<sup>e</sup> année de médecine générale. Je réalise ma thèse sur les représentations et l'expérience des troubles du désir sexuel chez la femme.

En effet, les troubles du désir constituent le motif le plus fréquent de difficultés d'ordre sexuel, et peuvent fortement impacter la qualité de vie. Pourtant, malgré les attentes de nombreuses patientes, il s'agit d'une problématique peu abordée en consultation de médecine générale.

Le but de ce travail est de comprendre ce qui peut modifier votre désir, pour se détacher de certains préjugés ou aprioris. L'objectif final est de mieux aborder la santé sexuelle de la femme.

**Réalisation de l'entretien :**

Cet entretien sera réalisé par Sofia Dandois, selon vos disponibilités, dans un endroit calme de votre choix. Il durera environ 20 à 30 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

**Qu'est ce qui se passe si je participe ?**

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre expérience, votre vécu de la sexualité et du désir sexuel.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Avec votre autorisation, les entretiens seront enregistrés pour permettre une analyse approfondie.

**Comment sera traitée l'information recueillie ?**

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Sofia Dandois, avec l'aide de son directeur de thèse le Dr Guillaume Serron.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse de médecine générale de Sofia Dandois, et peuvent éventuellement être publiés par la suite.

**Merci de noter vos initiales dans chaque case :**

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
  
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
  
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
  
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
  
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) \_\_\_\_\_

Signature (investigateur) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Annexe 3 – Grille COREQ, traduction française

N°	Item	Guide questions/description
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
<b>Caractéristiques personnelles</b>		
1. Sofia Dandois	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2. Validation du 2ème cycle des études médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD
3. Interne en médecine générale	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Femme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Initiation à la recherche qualitative	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
<b>Relations avec les participants</b>		
6. Inconnus	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Interne en médecine générale réalisant une étude sur les troubles du désir	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche
8. Interne en médecine générale	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>		
<b>Cadre théorique</b>		
9. Analyse inspirée de la théorisation ancrée	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu

<b>Sélection des participants</b>		
10. Echantillonnage raisonné théorique	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif
11. Téléphone, adresse mail, face à face	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel
12. Dix-neuf participantes	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude?
13. Une par emploi du temps non compatible	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons? Contexte
14. Domicile, endroits extérieurs (café, parc)	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail
15. Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Genre, âge, lieu d'habitation, orientation sexuelle, statut matrimonial, profession	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date
<b>Recueil des données</b>		
17. Oui. Guide d'entretien testé au préalable auprès d'une interne en médecine générale et d'une participante.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Oui	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21. 34 minutes 42 secondes en moyenne (entretiens individuels uniquement)	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22. Oui (suffisance des données atteinte)	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?

23. Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
<b>Analyse des données</b>		
24. Quatre. L'auteur et trois chercheurs pour le codage thématique et l'auteur seul pour le codage axial et sélectif.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Non	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. QSR NVivo 12	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
<b>Rédaction</b>		
29. Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

D'après Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):50-4.

## PREMIERE VERSION DU GUIDE D'ENTRETIEN

### I. Informations des patientes

- Age
- Lieu d'habitation (ville, semi-rural, rural)
- Profession
- Orientation sexuelle
- Statut matrimonial

### II. Facteurs d'influence du désir sexuel

*Rappel aux patientes : sachez qu'il est tout à fait possible de ne pas répondre à une question, ou d'interrompre l'entretien à tout moment si vous ne vous sentez pas à l'aise.*

1. **Qu'est-ce qui booste votre désir ? Qu'est-ce qui le freine au contraire ?**
2. **Quel rôle joue la société sur votre désir sexuel ?**

*Relances : il y a-t-il certaines choses dans la société qui influent sur votre sexualité ?*

### III. Représentations du désir sexuel

3. **Comment ressentez-vous le désir sexuel ?**
4. **Qu'est-ce qu'un désir sexuel idéal selon vous ?**
5. **A quelle(s) occasion(s) avez-vous été confrontés à une baisse de désir sexuel ?**

*Relances : Racontez-moi la dernière situation où vous n'étiez pas satisfaite de votre désir sexuel ?*

6. **Comment avez-vous réagi ?**

*Relances : en avez-vous souffert ? Considérez-vous cela comme un problème ?*

7. **Avez-vous déjà réfléchi à des moyens d'augmenter votre désir sexuel ?**

*Relances : En avez-vous trouvé ? Lesquels ?*

8. **Est-ce que la masturbation modifie votre désir sexuel ? Si oui, comment ?**

### IV. Attentes des patientes par rapport au médecin généraliste

9. **Que pensez-vous du rôle du médecin généraliste dans ces questions de sexualité ?**

*Relances : Quelles sont vos attentes vis-à-vis de lui ?*

10. **Avez-vous d'autres sources d'information ou d'autres interlocuteurs ?**

## **I. Informations des patientes**

- Age
- Lieu d'habitation (ville, semi-rural, rural)
- Profession
- Genre
- Orientation sexuelle
- Statut matrimonial

## **II. Facteurs d'influence du désir sexuel**

*Rappel aux patientes : sachez qu'il est tout à fait possible de ne pas répondre à une question, ou d'interrompre l'entretien à tout moment si vous ne vous sentez pas à l'aise.*

### **1. Qu'est-ce qui influence votre désir sexuel ?**

*Relances : Qu'est-ce qui boost votre désir ? Qu'est-ce qui le freine au contraire ?*

### **2. Quel rôle joue la société sur votre désir sexuel ?**

*Relances : il y a-t-il certaines choses dans la société qui influent sur votre sexualité ?*

## **III. Représentations du désir sexuel**

### **3. Comment se manifeste le désir sexuel chez vous ?**

*Relances : comment le ressentez-vous ? Où le ressentez-vous ? Dans quel contexte ?*

### **4. Qu'est-ce qu'un désir sexuel idéal selon vous ?**

*Relances : imaginez que vous une baguette magique avec vous... Qu'est-ce que vous feriez ? Comment serait le désir parfait à vos yeux ?*

### **5. A quelle(s) occasion(s) avez-vous été confrontés à une baisse de désir sexuel ?**

*Relances : Racontez-moi la dernière situation où vous n'étiez pas satisfaite de votre désir sexuel ?*

### **6. Comment avez-vous réagi ? Quelles conclusions en avez-vous tiré ?**

*Relances : en avez-vous souffert ? Considérez-vous cela comme un problème ?*

**7. Avez-vous déjà réfléchi à des moyens d'augmenter votre désir sexuel ?**

*Relances : En avez-vous trouvé ? Lesquels ?*

**8. En quoi la masturbation impacte votre désir ?**

#### **IV. Attentes des patientes par rapport au médecin généraliste**

**9. Que pensez-vous du rôle du médecin généraliste dans ces questions de sexualité ?**

*Relance : Quelles sont vos attentes vis-à-vis de lui ?*

**10. Comment vous sentez-vous à l'idée de l'évoquer avec votre médecin traitant ?**

*Relance : Qu'est-ce qui vous y freine, vous y encourage ?*

**11. Avez-vous d'autres sources d'information ou d'autres interlocuteurs ?**



**RÉCÉPISSÉ**  
**ATTESTATION DE DÉCLARATION**

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

**Responsable du traitement**

<b>Nom</b> : Université de Lille	<b>SIREN</b> : 13 00 23583 00011
<b>Adresse</b> : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	<b>Code NAF</b> : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

**Traitement déclaré**

<b>Intitulé</b> : Trouble du désir sexuel chez la femme: étude qualitative en Nord-Pas de Calais explorant les représentations et l'expérience sensible de patientes de médecine générale.
<b>Référence Registre DPO</b> : 2022-170
<b>Chargé (e) de la mise en œuvre</b> : M. Dominique LACROIX <b>Interlocuteur (s)</b> : Mme. Sofia DANDOIS

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 19 mai 2022

Délégué à la Protection des Données

**AUTEURE : Nom :** DANDOIS

**Prénom :** Sofia

**Date de soutenance :** 11 avril 2023

**Titre de la thèse :** Troubles du désir sexuel chez la femme : une étude qualitative explorant l'expérience sensible et les représentations de 19 patientes dans le Nord-Pas-de-Calais

**Thèse - Médecine - Lille « 2023 »**

**Cadre de classement :** Médecine générale

**DES + FST/option :** DES de médecine générale

**Mots-clés :** santé sexuelle, trouble de l'intérêt ou de l'excitation sexuelle féminine, trouble du désir sexuel hypoactif, médecin généraliste, représentations, soins primaires.

**Résumé :**

**Introduction :** La sexualité fait partie intégrante de la bonne santé. Le trouble du désir est la dysfonction sexuelle féminine la plus fréquente. Il reste peu abordé en consultation de médecine générale. Les travaux récents ont amené à l'inscrire dans le DSM-V comme une insuffisance du fonctionnement physiologique, sans tenir compte des facteurs socioculturels. L'objectif de ce travail était d'explorer le plus largement possible les représentations et l'expérience sensible du trouble du désir sexuel féminin, chez les patientes exprimant cette plainte en médecine générale.

**Méthode :** Etude qualitative transversale par entretiens semi-dirigés auprès de 19 patientes.

L'échantillonnage a été réalisé selon la stratégie « raisonnée théorique ». Le recrutement s'est déroulé en deux phases (initialement directement en consultation de médecine générale, secondairement par l'intermédiaire d'un affichage en salle d'attente). Les verbatims d'entretien ont fait l'objet d'une analyse inductive inspirée de la théorisation ancrée.

**Résultats :** Une baisse de désir est majoritairement décrite comme une fluctuation non pathologique par les femmes concernées. Elle est source de souffrance lorsqu'elle est durable dans le temps ou lorsqu'elle a un impact délétère sur la conjugalité. Le développement d'une attitude proactive d'entretien du désir est fréquent chez les patientes interrogées. Les facteurs d'influence du désir sexuel féminin sont multiples et leurs interactions sont complexes et singulières. Les injonctions sociétales multiples et parfois paradoxales sur la base de représentations patriarcales ancrées dans l'inconscient collectif imposent aux femmes un modèle normatif de sexualité peu désirable. La majorité des patientes interrogées estiment que le médecin généraliste a un rôle clé à jouer dans la problématique du désir. Prévention, dépistage, solutions concrètes et coordination pluridisciplinaire sont attendus; idéalement sur un temps de consultation spécifiquement dédié. Une relation médecin-patiente fondée sur la confiance et une attitude d'écoute bienveillante, dénuée de jugement, sont des déterminants majeurs dans l'abord de cette question.

**Conclusion :** Les femmes font état d'un modèle sociétal normatif de la sexualité peu désirable. Une baisse de désir n'est pathologique que lorsqu'elle est durable dans le temps, qu'elle a un impact délétère sur la conjugalité ou qu'elle est source de souffrance. Cette problématique fait partie des prérogatives du médecin généraliste. Celui-ci, pour y répondre, doit être capable d'intégrer l'ensemble des facteurs d'influence du désir et leurs interactions, dans une modélisation singulière et holistique centrée patiente.

**Composition du Jury :**

**Président :** Pr François MEDJKANE

**Assesseurs :** Dr Judith OLLIVON, Dr Audrey LOMBART

**Directeur de thèse :** Dr Guillaume SERRON