

Résumé

La fonction sexuelle est une composante essentielle de la vie, et son dysfonctionnement peut avoir un impact négatif sur le bien-être de tout individu. La dysfonction sexuelle féminine a été classée en troubles du désir, de l'excitation, de l'orgasme et de la douleur. Peu de choses sont connues sur les problèmes sexuels chez les femmes Marocaines. Dans ce contexte, nous nous sommes intéressés dans notre travail, à étudier le trouble du désir hypo-actif chez une population de femmes marocaines. Nous avons cherché également à déterminer les facteurs qui y sont associés.

Notre étude a concerné 800 femmes recrutées lors de la consultation de médecine générale dans un centre de santé urbain à la ville de Settat, à 60 km au sud de Casablanca, pendant la période allant du Septembre 2018 jusqu'à Février 2020. Via un questionnaire comportant plusieurs aspects se rapportant aux conditions démographiques, socioéconomiques, prises médicamenteuses et autres. Nous avons étudié 400 femmes « cas » souffrant de trouble du désir hypo-actif que nous avons comparé avec 400 femmes « témoin » ne présentant pas de trouble du désir hypo-actif. Il s'agit d'une étude cas-témoins. Ainsi, nous avons procédé à un appariement des deux groupes de femmes étudiées selon l'âge, l'éducation sexuelle et l'utilisation de la contraception. Nous avons procédé à une analyse descriptive des données des cas et des témoins suivie par une étude uni-variée et en dernier lieu une analyse multivariée.

Les résultats de l'analyse uni variée ont montré que les variables suivantes ont impacté significativement le désir sexuel hypo actif chez les femmes étudiées :- Le bas niveau socio-économique, L'analphabétisme, Le caractère traumatisant du premier rapport sexuel, L'image érotique de soi, La ménopause, Le diabète, La prise médicamenteuse, Le stress, Le manque de l'activité physique. L'analyse multivariée a montré que la probabilité de survenue du désir sexuel hypo actif augmentaient significativement avec le bas niveau socioéconomique (rapport de côtes, OR = 1,13), la prise médicamenteuse (OR = 1,082), la présence du stress (OR = 1,159), le caractère traumatisant du premier rapport sexuel (OR = 2,214) et la ménopause (OR=1,178).

Mots clés : Sexualité féminine, Désir sexuel hypo actif, facteurs favorisants, retentissement sur la femme.

Summary

Sexual function is an essential component of life, and its dysfunction can have a negative impact on the well-being of any individual. Female sexual dysfunction has been categorized into disorders of desire, arousal, orgasm, and pain. Little is known about sexual problems among Moroccan women. In this context, we are interested in the present work, to study the hypo-active sexual desire in a population of Moroccan women. We also sought to determine the factors associated with it.

Our study involved 800 women recruited during the general medicine consultation in an urban health center in the city of Settat, 60 km south of Casablanca, during the period from September 2018 to February 2020. Via a questionnaire comprising several aspects relating to demographic, socioeconomic, drug intake and other conditions. We studied 400 "case" women suffering from hypoactive desire disorder whom we compared with 400 "control" women not presenting with hypoactive desire disorder. This is a case-control study. Thus, we proceeded to a pairing of the two groups of women studied according to age, sex education and use of contraception. We carried out a descriptive analysis of the data of the cases and the controls followed by a univariate study and finally a multivariate analysis.

The results of the univariate analysis showed that : - Illiteracy, low socio-economic level, The traumatic nature of the first sexual intercourse, The erotic self-image, Menopause, Diabetes, Taking medication, Stress and Lack of physical activity significantly impacted hypoactive sexual desire in the women studied. - The multivariate analysis showed that the probabilities of occurrence of hypoactive sexual desire increased significantly with low socioeconomic level (odds ratio, OR = 1.13), drug intake (OR = 1.082), the presence of stress (OR = 1.159), the traumatic nature of the first sexual intercourse (OR = 2.214) and menopause (OR = 1.178).

Keywords: Female sexuality, Hypoactive Sexual Desire (DSH), factors favoring DSH, repercussions of DSH on women.

ملخص

تعد الوظيفة الجنسية عنصرًا أساسيًا في الحياة، ويمكن أن يكون لخللها تأثير سلبي على رفاهية أي فرد. تم تصنيف الخلل النشاط الجنسي الأنثوي إلى اضطرابات الرغبة، والإثارة، والنشوة الجنسية، والألم ولا يُعرف سوى القليل عن المشاكل الجنسية بين النساء المغربيات. في هذا السياق قمنا بدراسة اضطراب "الرغبة الجنسية ناقصة النشاط" لدى مجموعة من النساء المغربيات وسعينا أيضًا إلى تحديد العوامل المرتبطة لهذا الاضطراب. تضمنت دراستنا 800 امرأة تم انتقا نهن خلال الاستشارة الطبية في مركز صحي حضري في مدينة سطات، 60 كم جنوب الدار البيضاء، خلال الفترة من سبتمبر 2018 إلى فبراير 2020. من خلال نموذج استطلاع يتألف من عدة جوانب تتعلق بالعوامل الديموغرافية، الاجتماعية والاقتصادية وتناول الأدوية وغيرها من الشروط تم دراسة 400 امرأة "حالة" يعانين من اضطراب "الرغبة ناقص النشاط" وقارناها بـ 400 امرأة "شاهد" لا يعانين من اضطراب نقص في نشاط الرغبة الجنسية وهكذا، قمنا بالافتراض بين مجموعتين من النساء تمت دراستهن وفقًا للعمر والتربية الجنسية واستخدام وسائل منع الحمل. أجرينا في هاته الدراسة تحليلًا وصفيًا لـ 400 امرأة "حالة" و 400 امرأة "شاهد" و اتبعناه بدراسة أحادية المتغير وأخيرًا تحليل متعدد المتغيرات. أظهرت نتائج التحليل أحادي المتغير أن المتغيرات التالية: تدني المستوى الاجتماعي والاقتصادي، الأمية، الصفة المولمة لأول اتصال جنسي، الصورة الذاتية المثيرة، سن اليأس، مرض السكري، تناول الدواء، الضغط، نقص في النشاط الجسدي أثرت بشكل كبير على الرغبة الجنسية لدى النساء الخاضعات للدراسة. أظهر التحليل متعدد المتغيرات أن احتمالية حدوث اضطراب "الرغبة الجنسية ناقصة النشاط" زادت بشكل ملحوظ مع انخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي (نسبة الأرجحية = 1.13)، تناول الدواء (نسبة الأرجحية = 1.082)، وجود الإجهاد (نسبة الأرجحية = 1.159). الألم خلال أول اتصال جنسي (نسبة الأرجحية = 2.214) وانقطاع الحيض (نسبة الأرجحية = 1.178).

الكلمات المفتاحية: الجنس عند المرأة، الرغبة الجنسية ناقصة النشاط، العوامل المساهمة، التأثير على المرأة.



Université Hassan 1^{er}
Centre d'Études Doctorales en Sciences
et Techniques & Sciences Médicales



Faculté des Sciences et Techniques
Settat

THÈSE DE DOCTORAT

Pour l'obtention de grade de Docteur en Sciences et Techniques

Formation Doctorale: Sciences et Techniques

Spécialité: Science de la Santé

Sous le thème

Etude des facteurs influençant le dysfonctionnement sexuel
Chez la femme.

Présentée par :

Hakima Bouhahi

Soutenue le: 17 Novembre 2022

A la Faculté des Sciences et Techniques de Settat devant le jury composé de :

Pr. Said Hilali	PES	Faculté des Sciences et Technique, Université Hassan I	Président
Pr. Amal Bouziane	PH	Université Mohammed VI des Sciences de la Santé Casablanca	Rapporteur
Pr. Ibtissam Youlyouz	PH	Institut Supérieur des Sciences de la Santé, Université Hassan I	Rapporteur
Pr. Hind Aassila	PH	Faculté des Sciences et Technique, Université Hassan I	Examineur
Pr. Khadija Dari	PES	Faculté des Sciences et Technique, Université Hassan I	Examineur
Pr. Bahya Charaf	PES	Faculté des Sciences et Technique, Université Hassan I	Directeur de thèse

Année Universitaire: 2022/2023

Hakima Bouhahi

Etude des facteurs influençant le dysfonctionnement sexuel Chez la femme.

Année Universitaire : 2022/2023

DEDICACES

A mon cher Papa Abdessalam:

J'aurai bien voulu que vous soyez là pour assister à ce jour mémorable de ma vie. Tu nous as appris depuis le bas âge que la recherche du savoir est une vie qui mène à une source de richesse immense. Tu t'es totalement investi pour notre éducation. Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de la morale et du travail bien fait Vos admirations et prières me manquent tellement. Que dieux le tout puissant et le miséricordieux vous accueillent dans son paradis éternel.

A ma Mère Zhor :

Les mots me manquent pour te signifier mon amour, ma reconnaissance, mon admiration. Quels sacrifices n'as-tu pas consentis pour tes enfants, que de nuits blanches passées à nos côtés, je ne pourrais te remercier assez pour tes apports inestimables tant sur le plan financier, matériel que moral. Ta générosité, ton amour pour ton prochain, ton courage, ta modestie et ton humilité ont fait de toi une femme exemplaire. Tu resteras toujours pour moi la femme modèle, chère maman puisse ce travail contribué au couronnement de tes sacrifices consentis.

A mon mari Youssef :

Ton soutien et tes encouragements ont été pour moi une source de courage, de confiance et de patience. Que ce travail soit le témoignage de mon respect et ma grande considération, ma reconnaissance et de mon amour sincère.

A mes deux fils Yassine et Marouane :

Présents dans tous mes moments de la vie par leur soutiens moral et patience .Je vous souhaite un avenir plein de joie, de bonheur, de réussite et de sérénité.

A mes frères et sœurs

Je vous dédie cette thèse pour vous exprimer mes sincères reconnaissances et mon affection.

J'espère que ce travail sera pour vous le témoignage de mon attachement fraternel.

A mon confrère Dr Kettani Said : C'est grâce à vos orientations et vos remarques que nous avons pu mener ce travail jusqu'à sa fin. Qu'il nous soit permis de vous témoigner notre vive reconnaissance et notre profond estime, et Au personnel du centre de santé PAM particulièrement Mme Zahra Haqabi et Mme Ghnim Jamila

A toutes les femmes qui ont pris le temps de répondre au questionnaire et qui ont permis ce travail de thèse

A tous ceux que j'oublie.

REMERCIEMENTS

A NOTRE PROFESSEUR ET PRÉSIDENT DE THESE Said Hilali :

Vous nous avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant la présidence de notre jury de thèse Votre présence au sein de notre jury constitue pour moi un grand honneur.

A NOTRE PROFESSEUR ET RAPPORTEUR DE THESE le professeur Amal Bouziane :

Vous nous faites un grand bonheur en acceptant de juger notre travail. Veuillez trouver ici, cher Professeur, l'expression de notre reconnaissance et de nos sincères remerciements. Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse.

A NOTRE PROFESSEUR ET RAPPORTEUR DE THESE Ibtissam Youlyouze :

Vous nous faites un grand bonheur en acceptant de juger notre travail. Vous nous avez honoré d'accepter avec grande sympathie de siéger parmi notre jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements

Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre reconnaissance et de nos sincères remerciements

A NOTRE PROFESSEUR ET EXAMINATEUR Hinde Aassila :

Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse. Nous vous remercions pour votre estimable participation. Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude pour votre bienveillance et votre simplicité avec lesquelles vous nous avez accueillis. Veuillez trouver ici, cher professeur, le témoignage de notre grande estime et de notre sincère reconnaissance

A NOTRE PROFESSEUR ET EXAMINATEUR Khadija Dari :

Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous sommes très sensibles à votre gentillesse et à votre accueil très aimable. Veuillez croire, professeur, en nos sentiments les plus respectueux.

A NOTRE PROFESSEUR ET RAPPORTEUR DE THESE madame le professeur Bahya Charaf :

Nous vous remercions vivement de nous avoir fait l'honneur de diriger ce travail sans ne jamais épargner aucun effort pour nous guider dans le chemin sinueux de la recherche. Sans votre Claire voyance, vos corrections méticuleuses, ce travail n'aurait pu être préparé et dirigé dans des conditions favorables. Veuillez chère Professeur, trouvez dans ce travail l'expression de notre grande estime et nos sentiments les plus sincères.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES FIGURES.....	4
TABLE DES TABLEAUX.....	6
LISTE DES ABREVIATIONS	7
RESUME.....	8
INTRODUCTION.....	9
RAPPEL BIBLIOGRAPHIQUE	11
I - HISTORIQUE DE LA SEXOLOGIE	11
II. HISTOIRE DE LA SANTE SEXUELLE.....	14
IV .NOTION DU DESIR SEXUEL FEMININ.....	19
IV-1- <i>La réponse sexuelle normale.</i>	19
IV-1-1- <i>La phase de désir :</i>	20
IV-1-2- <i>La phase d'excitation :</i>	20
IV-1-3- <i>La phase de plateau :</i>	21
IV-1-4- <i>La phase orgasmique :</i>	21
IV-1-5- <i>La phase de résolution :</i>	22
IV-2- <i>Le désir sexuel féminin</i>	23
IV-2- 1- <i>Définition</i>	23
IV-2-2-Rôle des hormones dans le désir sexuel féminin	27
IV-2-2-1- <i>Les œstrogènes :</i>	28
IV-2-2-2- <i>La progestérone</i>	29
IV-2-2-3- <i>Les androgènes</i>	31
IV-2-2-4- <i>La prolactine</i>	32
IV-2-2-5- <i>L'ocytocine</i>	33
IV-2-2-6- <i>Le cortisol</i>	33
IV-2-2-7- <i>La déhydroépiandrostérone (DHEA)</i>	33
IV-2- 3- <i>La régulation neuroendocrinienne</i>	34
IV-2- 3- 1- <i>La dopamine</i>	34
IV-2- 3- 2- <i>La sérotonine</i>	34
IV-3- <i>Désir sexuel et fonctionnement du couple</i>	34
V- TROUBLES SEXUELS CHEZ LA FEMME	36
V-1- <i>Troubles du désir</i>	37
V-1-1- <i>Le désir sexuel hypo actif :</i>	38
V-1-2- <i>Aversion sexuelle :</i>	40
V-1-3- <i>Excès de désir :</i>	40
V-2- <i>Troubles de l'excitation (insuffisance) :</i>	40
V-3- <i>Troubles de l'orgasme.</i>	41
V-3-1- <i>Anorgasmie.</i>	41
V-3-2- <i>Orgasme insatisfaisant</i>	41
V-3-3- <i>Orgasme retardé :</i>	41
V-4- <i>Vaginisme :</i>	41
V-4- 1- <i>Le vaginisme primaire</i>	42
V-4- 2- <i>Le vaginisme secondaire</i>	42
V-5- <i>Dyspareunie :</i>	42
V-5- 1- <i>Les dyspareunies superficielles ou d'intromission :</i>	43
V-5-2- <i>Les dyspareunies de présence :</i>	43
V-5- 3- <i>Les dyspareunies profondes</i>	43
V-6- <i>Paraphilies</i>	43
V-6-1- <i>Définition</i>	43
V-6-2- <i>Différents types de paraphilies Selon l'objet:</i>	44
V-6-3- <i>Transsexualisme</i>	44

Etude des facteurs influençant le dysfonctionnement sexuel Chez la femme.

VI- ÉPIDEMIOLOGIE ET PREVALENCE DU TROUBLE DU DESIR SEXUEL FEMININ	45
VII -ETIOLOGIES DU TROUBLE DU DESIR HYPO ACTIF	46
VII-1-Facteurs médicaux et médicaments liées au DSH.....	46
PATHOLOGIE	47
EXEMPLE	47
VII-2-Le type de personnalité de la femme	48
VII-3- Ménopause et DSH.....	48
VII-3-1-Modifications biologiques de la sexualité des femmes à la ménopause.	49
VII-3-2- Modifications sur les phases de l'activité sexuelle au cours de la ménopause.....	50
VII-3-2- 1-Phase de désir :	50
VII-3-2-2- Phase d'excitation et plateau :.....	50
VII-3-2- 3- Phase d'orgasme :.....	50
VII-4--La durée du mariage et DSH.....	50
MATERIEL ET METHODES	52
I-TYPE ET PERIODE D'ETUDE.....	52
II-POPULATION D'ETUDE.....	52
II-1-Critères d'inclusion :	52
II-2- Critères d'exclusion.....	52
III-DEROULEMENT DE L'ENQUETE	53
IV-DEFINITIONS ET OUTILS.....	53
V-CONSIDERATIONS ETHIQUES :	55
VI-ANALYSES STATISTIQUES :	55
RESULTATS	57
I- RESULTATS DESCRIPTIFS ET ANALYTIQUES	57
I-1- Age des femmes	57
I-2- Education Sexuelle.....	57
I-3- Contraception utilisée	58
I-4- Les différents types du désir sexuel hypo actif (DSH).....	58
I-5- Niveau d'instruction de la femme.....	59
I-6- Age du mariage de la femme	60
I-7 Le statut professionnel de la femme.....	62
I-8-Age du mari	62
I-9-Niveau d'instruction du mari	63
I-10-Le statut professionnel du conjoint	65
I-11- Caractère traumatisant du premier rapport sexuel.....	66
I-12- Fréquence des rapports sexuels / Semaine.....	68
I-13-Initiative Sexuelle	69
I-14-Relation Image érotique de soi et désir sexuel hypoactif.....	70
I-15- Conditions socio-économiques et désir sexuel hypoactif.....	71
I-16- Pathologies gynécologiques et désir sexuel hypo actif.....	72
I-17- Impact des maladies chroniques sur le désir sexuel hypoactif.....	73
I-18- Impact de la prise médicamenteuse sur le désir sexuel hypoactif.....	75
I-19- Impact du Stress sur le désir sexuel hypo actif.....	76
I-20- Pratique de l'exercice physique sur le désir sexuel hypo actif.....	77
I-21- Retentissement psychique du désir sexuel hypo actif sur la femme: (Anxiété, nervosité et dépression).....	78
I-22-Alimentation et désir sexuel hypo actif.....	79
I-23-Impact de l'éducation familiale de la femme sur le désir sexuel hypoactif	80
II- ANALYSE MULTIVARIEE DES FACTEURS PREDICTEURS DU DESIR SEXUEL HYPO ACTIF	80
DISCUSSION	82
I-ASPECTS SOCIODEMOGRAPHIQUES	82
I-1-Age de la femme	82
I-2-Niveau d'instruction de la femme	82
I-3-Age du mari.....	82

Etude des facteurs influençant le dysfonctionnement sexuel Chez la femme.

<i>I-4-Niveau d'instruction du mari</i>	82
<i>I-5-Profession du mari</i>	83
II -CARACTERISTIQUES DE LA SEXUALITE FEMININE.	83
<i>II-1- Age de la femme au premier rapport sexuel</i>	83
<i>II-2-Caractère traumatisant du premier rapport sexuel</i>	84
<i>II-3-Fréquence des rapports sexuels par semaine</i>	84
<i>II-4-Image érotique de soi</i>	85
III-STATUT SOCIO-ECONOMIQUE	86
<i>III- 1-Niveau socioéconomique</i>	86
<i>III-2-conflit familiaux</i>	87
IV- MENOPAUSE	88
V-MALADIES CHRONIQUES	89
VI-PRISE MEDICAMENTEUSE	90
VII- LE STRESS	91
VIII-ACTIVITE PHYSIQUE	92
IX-RETENTISSEMENT DU DESIR SEXUEL HYPO ACTIF	92
CONCLUSION	94
PERSPECTIVES	96
<i>I-1- PRISE EN CHARGE POSSIBLE PAR LE MEDECIN GENERALISTE.</i>	96
<i>II- LES PERSPECTIVES PSYCHOTHERAPIQUES</i>	99
<i>III-PERSPECTIVES PHARMACOTHERAPIQUES</i>	101
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	103

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Trois axes de la santé sexuelle

Figure 2 : Schéma de l'anatomie du clitoris

Figure 3 : Schéma de l'appareil génital féminin

Figure 4: Différentes étapes physiologiques de l'acte sexuel.

Figure 5 : Modèle de la réponse sexuelle selon Masters et Johnson (1970)

Figure 6 : Cycle de la réponse sexuelle chez la femme faisant intervenir la notion d'intimité selon le modèle de Basson

Figure 7 : Réponse sexuelle circulaire

Figure 8 : Evolution du taux d'œstrogène en fonction de l'âge

Figure 9 : Variations de la production d'hormones œstrogènes et progestérone chez la femme

Figure 10: Production d'androgènes dans les glandes surrénales, les tissus périphériques et les ovaires.

Figure11 : Baisse des niveaux de testostérone chez la femme

Figure 12 : Désir sexuel et fonctionnement du couple

Figure 13 : Différents facteurs responsables de la baisse d'activité sexuelle chez la femme

Figure14 : Principales étiologies du désir sexuel hypo actif

Figure 15 : Différentes étiologies des dysfonctions sexuelles chez la femme

Figure 16 : Les différents types de désir sexuel hypo actif

Figure 17 : Différents types de désir sexuel hypo actif

Figure 18 : Répartition des femmes selon l'âge du mariage de la femme étudiée.

Figure 19 : Répartition des femmes étudiées selon l'âge de leur mari

Figure 20. Répartition des femmes enquêtées selon le statut professionnel de leur conjoint

Figure 21 : Répartition des femmes selon Le caractère traumatisant du premier rapport sexuel.

Figure 22: Répartition des femmes selon la fréquence des rapports sexuels par semaine

Figure 23: Répartition des femmes selon la prise l'initiative sexuelle lors de l'acte sexuel

Figure 25 : Répartition des femmes selon les conditions socio-économiques
24 : Répartition des femmes selon l'image érotique de soi.

Figure 26: Répartition des femmes selon les pathologies gynécologiques

Figure 27: Répartition des femmes selon les maladies chroniques.

Figure 28: Répartition des femmes selon la prise médicamenteuse

Figure 29: Répartition des femmes étudiées selon le facteur stress.

Figure 30: Répartition des femmes selon la pratique sportive.

Etude des facteurs influençant le dysfonctionnement sexuel Chez la femme.

Figure 31 : Répartition des femmes selon le type de retentissement psychique

Figure 32 : Répartition des femmes enquêtées selon le facteur alimentation.

Figure 33 : Référentiel de prise en charge des troubles sexuels par le médecin généraliste, élaboré par Achamalala.

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Conditions médicales à long terme qui entraînant le DSH chez la femme

Tableau 2 : Médicaments affectant le désir sexuel chez la femme

Tableau 3: Répartition des femmes selon l'âge

Tableau 4: Répartition des femmes selon l'éducation sexuelle

Tableau 5: Répartition des femmes enquêtées selon les moyens de contraception utilisés

Tableau 6 : Répartition des femmes enquêtées selon leur niveau d'instruction

Tableau 7 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon niveau d'instruction des femmes étudiées

Tableau 8 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon le début de l'activité sexuelle

Tableau 9 : Répartition des femmes étudiées selon leur statut professionnel

Tableau 10 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon la profession des femmes étudiées

Tableau 11 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon l'âge du conjoint

Tableau 12: Répartition des femmes selon le niveau d'instruction du conjoint

Tableau 13 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon le niveau d'instruction du conjoint

Tableau 14 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon le statut professionnel de leur conjoint.

Tableau 15 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon le Caractère traumatisant du premier rapport sexuel.

Tableau 16 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon la fréquence des rapports sexuels par semaine.

Tableau 17 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon l'initiative sexuelle.

Tableau 18: Comparaison « cas » versus « témoins » selon l'image érotique de soi.

Tableau 19 : Comparaison des « cas » versus « témoins » selon les facteurs socioéconomiques.

Tableau 20: Comparaison cas versus témoins selon les pathologies gynécologiques.

Tableau 21 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon la pathologie chronique.

Tableau 22: Comparaison « cas » versus « témoins » selon la prise médicamenteuse.

Tableau 23 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon le facteur stress.

Tableau 24 : Comparaison des « cas » versus « témoins » selon l'activité physique

Tableau 25 : Comparaison des « cas » versus « témoins » selon le retentissement psychique

Tableau 26 : Répartition des femmes enquêtées selon leur éducation familiale

Tableau 27 : Analyse multivariée des facteurs prédictifs du désir sexuel hypo actif

LISTE DES ABREVIATIONS

DSH : Désir sexuel hypo actif

DSF : Dysfonction sexuel féminin

TAS : Aversion extrême persistante ou récurrente et évitement de tout contact sexuel

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

FMC : Formation médicale continue

DSM-IV : Manuel Diagnostique et Statistique des Désordres Mentaux, quatrième édition

DSM-III : Manuel Diagnostique et Statistique des Désordres Mentaux, troisième édition

DSM-V : Manuel Diagnostique et Statistique des Désordres Mentaux, cinquième édition

DHEA : La déhydroépiandrostérone

HADS : L'échelle d'anxiété et de dépression à l'hôpital

RESUME

La fonction sexuelle est une composante essentielle de la vie, et son dysfonctionnement peut avoir un impact négatif sur le bien-être de tout individu.

La dysfonction sexuelle féminine a été classée en troubles du désir, de l'excitation, de l'orgasme et de la douleur.

Peu de choses sont connues sur les problèmes sexuels chez les femmes Marocaines. Dans ce contexte, nous nous sommes intéressés dans le présent travail, à étudier le désir sexuel hypo-actif chez une population de femmes marocaines. Nous avons cherché également à déterminer les facteurs qui y sont associés.

Notre étude a concerné 800 femmes recrutées lors de la consultation de médecine générale dans un centre de santé urbain à la ville de Settat, à 60 km au sud de Casablanca, pendant la période allant de Septembre 2018 jusqu'à Février 2020.

Via un questionnaire comportant plusieurs aspects se rapportant aux conditions démographiques, socioéconomiques, prises médicamenteuses et autres. Nous avons étudié 400 femmes « cas » souffrant du trouble du désir hypo-actif que nous avons comparé avec 400 femmes « témoin » ne présentant pas de trouble du désir hypo-actif. Il s'agit d'une étude cas-témoins. Ainsi, nous avons procédé à un appariement des deux groupes de femmes étudiées selon l'âge, l'éducation sexuelle et l'utilisation de la contraception.

Nous avons procédé à une analyse descriptive des données des cas et des témoins suivis par une étude univariée et en dernier lieu une analyse multivariée.

Les résultats de l'analyse uni variée ont montré que- L'analphabétisme , bas niveau socio-économique, Le caractère traumatisant du premier rapport sexuel , L'image érotique de soi-, La ménopause, Le diabète , La prise médicamenteuse, Le stress et Le manque de l'activité physique ont impacté significativement le désir sexuel hypo actif chez les femmes étudiées :

- L'analyse multivariée a montré que les probabilités de survenue du désir sexuel hypo actif augmentaient significativement avec le bas niveau socioéconomique (rapport de côtes, OR = 1,13), la prise médicamenteuse (OR = 1,082), la présence du stress (OR = 1,159), le caractère traumatisant du premier rapport sexuel (OR = 2,214) et la ménopause (OR=1,178).

Mots clés : Sexualité féminine, Désir Sexuel Hypo actif (DSH), facteurs favorisant le DSH, retentissement du DSH sur la femme.

INTRODUCTION

La sexualité est une interaction complexe de multiples facettes, y compris des facteurs anatomiques, physiologiques, psychologiques, développementaux, culturels et relationnels (187). Aussi la sexualité est un processus complexe coordonné par les systèmes neurologiques, vasculaires et endocriniens (166). Ainsi, la fonction sexuelle est multifactorielle (33,155, 195).

La sexualité humaine est un sujet très sensible pour les humains en général et pour les femmes dans la culture arabo-berbéro-islamique conservatrice, en particulier. Les femmes hésitent à en parler ou à demander de l'aide en raison des contraintes socioculturelles concernant leur vie sexuelle (106).

Une plainte sexuelle ne peut être considérée comme un trouble sexuel que lorsque les critères diagnostiques et statistiques des dysfonctionnements sexuels sont réunis et lorsque ce problème sexuel a causé une détresse personnelle (116).

La dysfonction sexuelle féminine DSF a été classée en troubles du désir sexuel, de l'excitation sexuelle, de l'orgasme et de la douleur sexuelle.

Le désir sexuel hypo actif (DSH) est décrit comme « une absence persistante de fantasme sexuel ou un manque de désir sexuel ; et causant un stress marqué ou des difficultés interpersonnelles » déclaré par le consensus de 2016 de la Société internationale pour l'étude de la santé sexuelle des femmes (80). Il s'agit du plus courant des 4 troubles de la DSF et il touche environ 10 % des femmes adultes dans le monde (114) et doit être soigneusement évalué et traité par les professionnels de santé (147).

Le DSH peut être primaire, quand il a toujours été faible ou absent. Cela touche une minorité de femmes. Le DSH secondaire correspond à un désir qui était présent, mais qui diminuait ou disparaissait progressivement ou brutalement. Le DSH situationnel se produit dans certaines situations ; alors que le DSH généralisé apparaît dans n'importe quelle situation et indépendamment du partenaire (204).

Le désir sexuel hypo actif peut avoir un impact négatif sur la qualité de vie des femmes. Une fonction sexuelle altérée peut avoir des effets néfastes sur l'estime de soi, le sentiment d'intégrité et les relations interpersonnelles des femmes. C'est aussi et souvent bouleversant sur le plan émotionnel. Si la sexualité féminine est perturbée, les conséquences que cela peut entraîner incluent la discorde familiale, le divorce, et également sur la reproduction (51).

Le DSH est un problème médical multi-causal et multidimensionnel qui affecte négativement la santé physique, psychologique et émotionnelle de la femme (peur, dépression, fatigue, anxiété, stress) (2).

L'absence d'éducation sexuelle et les rapports sexuels forcés et le type de rapports sexuels étaient des facteurs de risque importants (126, 209).

Dans ce contexte, nous nous sommes intéressées à la réalisation d'une enquête chez des femmes marocaines, consultant dans un centre de Santé urbain à Settat. La population de femmes étudiées comportait un groupe souffrant d'un désir sexuel hypo actif, comparé à un autre n'ayant pas ce trouble ; et ce dans le but de déterminer les facteurs reconnus favorisant ce trouble ainsi que le retentissement du DSH sur les femmes enquêtées.

Les facteurs étudiés comportaient des facteurs sociodémographiques, conjugaux, cliniques médicamenteux, sexuels et autres.

Les objectifs de notre étude sont les suivants:

- Déterminer les facteurs sociodémographiques influençant la survenue du désir sexuel hypo actif.
- Identifier les différentes pathologies chroniques qui sont liées à l'émergence du désir sexuel hypo actif
- Etablir le lien entre la prise de certains médicaments et l'apparition du DSH
- Evaluer le retentissement de la ménopause et des caractéristiques de la sexualité sur le désir sexuel
- Evaluer le lien entre le stress, l'activité physique et le désir sexuel hypo actif.

RAPPEL BIBLIOGRAPHIQUE

I - Historique de la sexologie

La première description de l'impuissance sexuelle est égyptienne, on la trouve dans les papyrus de Kahun qui constituent le plus ancien traité de médecine connu et datent d'environ 2000 ans avant Jésus-Christ. Les troubles de l'érection y sont décrits selon deux types nosographiques : «L'homme est incapable d'accomplir l'acte sexuel » soit de façon naturelle, soit de façon surnaturelle, par charme ou maléfice. Une première tentative de description épidémiologique et physiopathologique est tentée par Hippocrate au Ve siècle, qui décrit l'impuissance comme la conséquence d'une pratique excessive de l'équitation, ainsi l'impuissance serait plus fréquente chez les hommes riches. De l'antiquité à la renaissance, les connaissances en matière de physiologie de l'érection évolueront peu, fixées sur le concept original décrit par Aristote et mettant en cause l'âme ombre invisible dont le souffle anime le corps humain. Léonard de Vinci sera le premier à remettre en cause le fait unanimement admis depuis Aristote que l'érection du pénis était produite par de l'air sous pression. Il produit en 1504 le premier texte sur la physiologie vasculaire de l'érection qui restera méconnue jusqu'au XXe siècle, protégée dans les royales collections du château de Windsor. Les premières publications marquantes ont été celles d'Alfred Kinsey, en 1948 et 1953, avec des résultats épidémiologiques sur le comportement sexuel féminin et masculin, mais aussi une description des réactions sexuelles physiques et psychologiques. (115)

En occident, au début du XIX siècle, les chercheurs notamment en biologie du développement affirmaient que le comportement sexuel se définissait par le coït phallovaginal dans un but uniquement reproductif. La recherche du plaisir par le rapport sexuel, la masturbation ou d'autres pratiques étaient considérées comme des déviations de l'instinct ou des pathologies. Au fil du temps, de nombreux chercheurs ont pu démontrer que le comportement sexuel de l'Homme n'est pas uniquement centré sur l'exécution innée des réflexes copulatoires (comme le démontrait le comportement de reproduction des mammifères) mais sur la stimulation des zones érogènes génitales dans le but d'obtenir des récompenses sexuelles définissant la notion de comportement érotique. Dans son ouvrage de synthèses et de références, le Docteur en neurosciences, Serge Wunsch, décrit l'évolution vers ce comportement érotique par des modifications cérébrales qui induisent un découplage du contrôle hormonal. (222) .Si les hormones sont indispensables à des phases critiques du développement génital, les activités sexuelles, elles sont devenues continues et ne dépendent plus du cycle hormonal. Il en conclut que la reproduction et la sexualité sont deux activités qui peuvent être distinctes chez l'humain.

- Système de récompense et système somatosensoriel (223).Chez l'Homme, la sexualité est basée sur le système de récompense qui procure des sensations conscientes de plaisir sexuel. Il joue un rôle majeur dans le développement du désir amoureux, du désir sexuel et de l'attachement. D'un point de vue

neurobiologique, le système de récompense est situé en position latérale du cerveau permettant le développement et l'apprentissage des comportements favorables à l'espèce. En position médiane, se situe le système aversif ou dit de « punition » à l'origine des sensations de souffrances qui permet l'apprentissage, notamment des comportements d'évitement de danger. Ces deux systèmes ambivalents ont pour but de réguler et de maintenir la survie de l'espèce. La sexualité humaine étant principalement basée sur la stimulation des zones érogènes, le système somatosensoriel est en lien étroit avec le système de récompense. Le système somatosensoriel est constitué de nombreux récepteurs superficiels (par exemple tactiles) et profonds (par exemple proprioceptifs : récepteurs neuromusculaires et viscéraux). Il collecte au niveau central toutes les informations sensorielles provenant du corps. Le corps peut être à l'origine de différents types de plaisirs somatosensoriels ; Agréable pour les zones pileuses également appelées zones hédoniques ; Sensuel pour les zones érogènes secondaires ; Erotique pour les zones érogènes primaires. Les zones hédoniques constituent quasiment toute la surface corporelle exceptée la paume des mains et la plante des pieds. Selon une étude de Master et Johnson, réalisée sur 10 000(135) cycles de réponses les deux zones les plus érogènes du corps sont le pénis et le clitoris. A l'époque, on distinguait deux types de zones érogènes :

- Les zones érogènes primaires c'est à dire génitale, pénis et clitoris.

-Les zones érogènes secondaires (orales, récepteurs profonds vaginal, anales). La stimulation de ces zones procure une sensation consciente de plaisir intense et cette activation du système de récompense est à l'origine de la répétition des activités érotiques. On parle alors de dynamique érotique basique.

Facteurs influençant la sexualité. (223)

La sexualité humaine est basée sur la dynamique érotique basique, celle-ci étant fondée sur des facteurs innés et acquis en lien étroit avec le système somatosensoriel : première influence majeure. Cependant, la sexualité humaine reste influençable par de nombreux facteurs : la culture, la morphologie, l'âge, les émotions etc. Chez les êtres humains, Serge Wunsch distingue deux principaux facteurs modulant la sexualité:

- Cognitif, désignant les processus mentaux se rapportant à la connaissance, la mémoire, le langage, le raisonnement, l'apprentissage, l'intelligence, les croyances.

- Socio-culturel tel que l'éthique, les valeurs, la morale, les normes, la hiérarchie, la parenté, l'alliance. La sexualité humaine se construit selon la société, les croyances, les cultures et les normes. Ce sont les cognitions : seconde influence majeure. Très variable d'une société à une autre, les activités érotiques s'en retrouvent modifiées : certaines seront interdites, considérées comme immorales et d'autres seront

valorisées. (223). En 1968, William Masters, gynécologue, et Virginia Johnson, psychologue, ont publié une étude anatomophysiologique des réactions sexuelles humaines, après observation clinique des comportements et enregistrement des variations anatomiques et physiologiques du déroulement des rapports sexuels. Ils ont décrit une réponse sexuelle féminine en quatre phases Ils ont décrit une réponse sexuelle féminine en quatre phases, identiques à celles de l'homme : excitation, plateau, orgasme et résolution(135).Hélène Singer Kaplan dix ans plus tard a insisté sur l'acteur principal de la réponse sexuelle féminine, le désir comme une phase précédant l'excitation et étant à la base de tous les autres et a proposé trois phases, couramment reprises couramment reprises actuellement en médecine sexuelle : le désir, l'excitation et l'orgasme(105). Plus récemment, Rosemary Basson a proposé que ces trois phases de la réponse sexuelle féminine soient organisées non pas de manière linéaire, mais circulaire afin de prendre en compte les multiples interactions, notamment neuro-hormonales du cycle de la réponse sexuelle chez la femme(26). La sexualité humaine étant influençable, elle reste en perpétuelle évolution.

II. Histoire de la santé sexuelle.

L'approche au début du 20ème siècle concernant la sexualité se voulait une approche hygiéniste. La création dans les années 1910 de centres antivénéériens y a contribué ainsi que la lutte dans les années 1980 contre l'épidémie du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). Elle se voulait également institutionnelle. La légalisation de la contraception orale en 1967 et le vote de la loi Veil au parlement concernant l'interruption volontaire de grossesse en 1975 en ont été l'illustration. Les premières études en santé sexuelle dans les années 1970 ont concerné l'homme. Les troubles de l'érection et les autres dysfonctions masculines ont été en premier plan avec l'apparition de traitements chirurgicaux puis médicaux. En 1982, des injections intra-caverneuses de papavérine pour induire une érection ont été testées pour la première fois avec succès. En 1998, le Viagra était commercialisé. (53) .Au départ on observait deux approches distinctes : le raisonnement urologique centré sur le « sexe » et le raisonnement psychiatrique. Bien plus tard, à l'aube des années 2000, la santé sexuelle a évolué. Elle ne s'est plus limitée uniquement à un organe (le pénis) et s'est ouverte aux questions liées à la sexualité féminine. Le champ de la médecine sexuelle, très médical en premier lieu, est devenu plus ouvert en développant les dimensions psychologiques et relationnelles.

Des institutions anciennes de près de 100 ans comme l' « American Urological Association » (AUA) ont connu, en particulier à partir des années 1980 un essor considérable. D'autres comme l' « International Society for the Study of Women's Sexual Health » (ISSWSH), plus récente ; créée en 1998, a pris également sa place parmi les sociétés de santé sexuelle. L'émergence de la santé sexuelle est assez récente et elle ne cesse de croître(53) .Au départ, la santé sexuelle était à visée hygiéniste, tantôt avec une approche institutionnelle, souvent très médicalisée pour enfin arriver à une approche plus globale, de bien-être, comportementale comme définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Le 20ème siècle a permis la connaissance des mécanismes de procréation entraînant des progrès sociaux et une certaine maîtrise de la reproduction. Le 21ème siècle a pour objectif l'avènement de la science sexuelle avec l'analyse et le contrôle des risques. La finalité est que chaque individu ait le droit, comme le stipule l'OMS depuis 1994, à prétendre à une 'bonne santé sexuelle. (165)

L'OMS a repris une définition de la santé sexuelle établie par un groupe d'experts internationaux datant de 2002 (221). La santé sexuelle a été définie comme : «Un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité ; il ne s'agit pas simplement d'une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité(figure,1). Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles(127), ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre et préserver la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés(168).

Sarah Hawkes s'est appuyée sur la définition de l'OMS pour faire la synthèse des différents droits en santé sexuelle.(91).

Ces droits étaient :

- Le droit à l'information en santé sexuelle.
- Le droit à l'accès aux soins en santé sexuelle et reproductive.
- Le droit à l'éducation en santé sexuelle.
- Le droit de choisir son partenaire sexuel.
- Le droit à une relation sexuelle consensuelle.
- Le droit d'accéder au mariage de manière libre et consentie.
- Le droit d'avoir des enfants ou non.
- Le droit au respect de son intégrité physique.
- Le droit d'avoir une vie sexuelle.

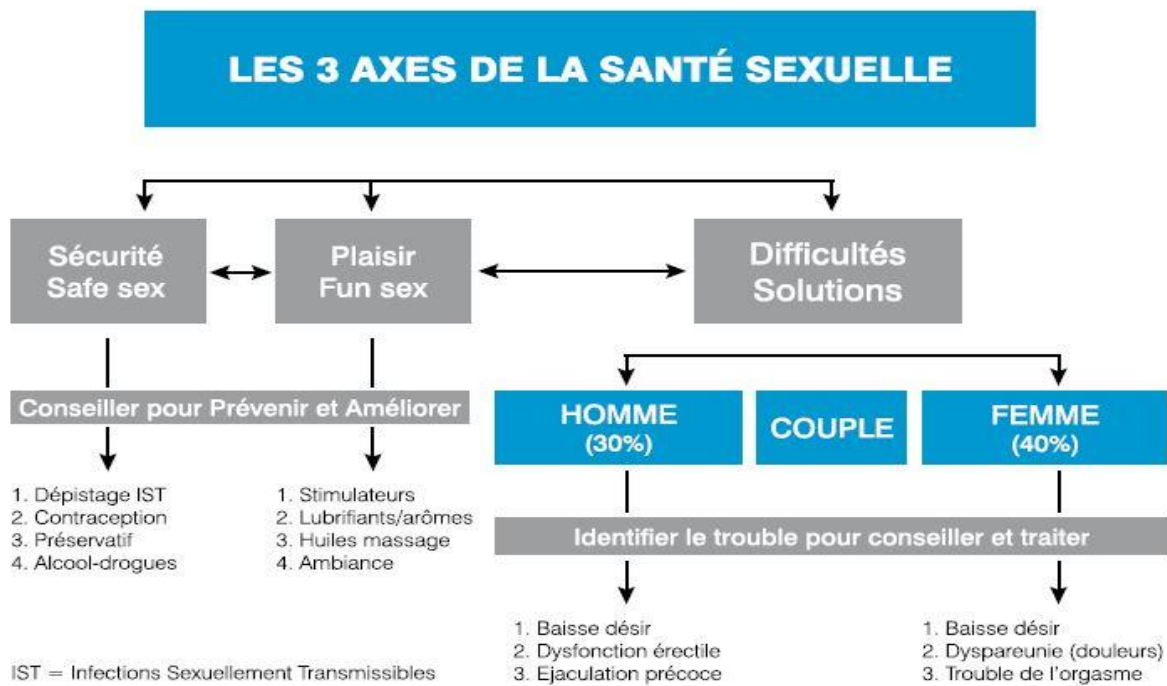


Figure 1: les trois axes de la santé sexuelle (221)

III-Anatomie de l'appareil génital féminin.

Suite à des dissections détaillées de cadavres féminins ; l'urètre périnéal est encastré dans la paroi vaginale antérieure et est entouré de tissu érectile dans toutes les directions sauf à l'arrière où il se rapporte à la paroi vaginale. ».

L'IRM et la microdissection présentent un compte-rendu complet de l'anatomie Clitoridienne (86)

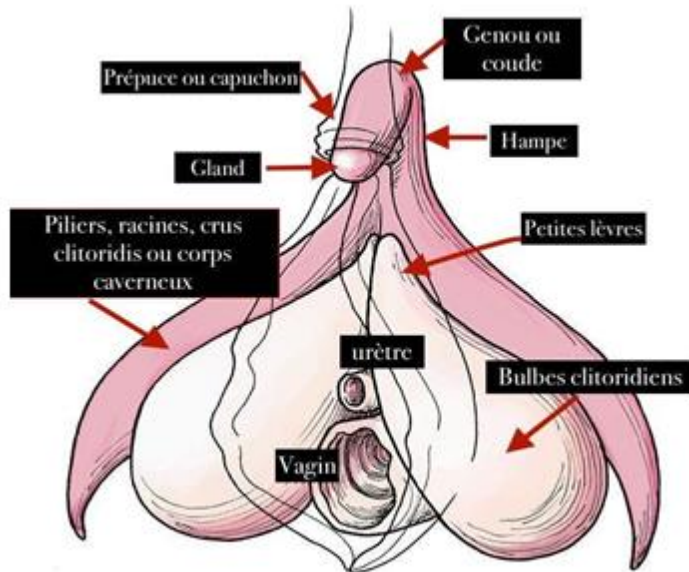


Figure 2: Schéma de l'anatomie du clitoris (186)

On y retrouve la base embryologique commune aux 2 sexes, puisque le gland (seule partie externe du clitoris) est prolongé par deux corps caverneux et deux corps spongieux (les bulbes clitoridiens), qui se gorgent de sang au moment de l'excitation sexuelle. Elle constitue l'unique organe humain strictement dédié au plaisir. Mais le fait que cette structure soit interne et majoritairement non visible ne permet pas à la femme d'en avoir conscience. Raison pour laquelle son anatomie a été décrite si tardivement, Il a fallu attendre 1998 pour qu'Helen O'connell, chirurgienne urologue, précise l'anatomie du sexe féminin (85). et peut-être aussi pour laquelle le plaisir féminin était et reste encore ce « continent noir » décrit par Freud. De plus, il a fallu attendre la rentrée 2017 pour qu'un manuel de sciences de la vie et de la terre représente une coupe anatomique complète de l'appareil génital féminin (186)(figure2). .

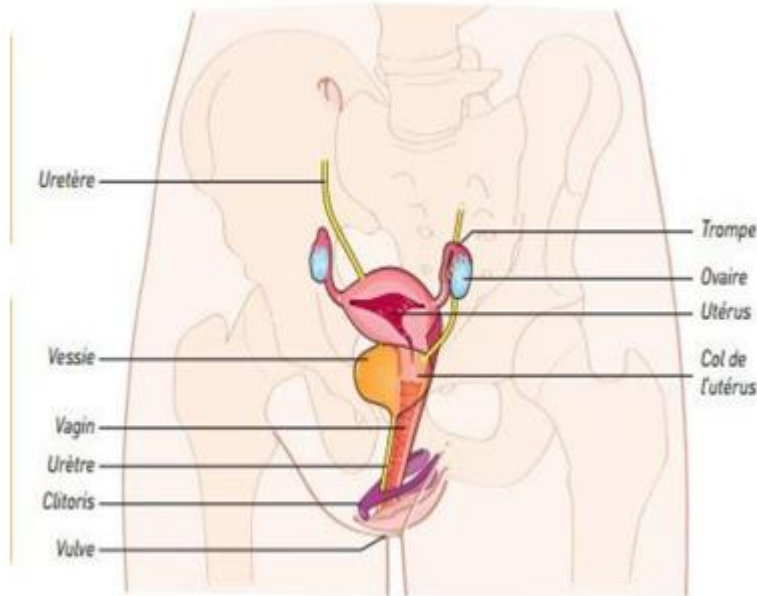


Figure 3 : Schéma de l'appareil génital féminin avec la représentation correcte du clitoris.(211)

Concernant le vagin, comme pour tout organe, des variations de taille et de forme existent d'un individu à un autre, mais aussi chez une même femme selon le niveau d'excitation et lors des rapports sexuels. La longueur moyenne est d'un peu plus de 6 cm selon des mesures faites par IRM, avec une largeur d'environ 3 cm sachant que l'endroit le plus étroit est situé au niveau de l'entrée du vagin, et il s'allonge jusqu'à 11-12 cm pendant l'excitation sexuelle. (211,105)(figure3)

La totalité de la paroi vaginale antérieure (y compris la vessie et les tissus péri-urétraux) était sensible chez la plupart des femmes examinées, et 64% d'entre elles auraient à cette occasion appris comment atteindre l'orgasme directement. Toutes les autres parties du vagin avaient une sensibilité médiocre.

Des études anatomiques sur des cadavres humains de sexe féminin (100), confirmaient l'existence anatomique du point G en identifiant chez toutes un complexe neurovasculaire distinct, où le système nerveux parasympathique autonome était le plus représenté. La localisation (côté gauche et droit du vagin) et la taille du point G étaient variables. Les études menées sur des sujets vivants par biopsies avaient, elles, des résultats contradictoires(112,215) Bien qu'aucune structure compatible avec un point G n'ait été identifiée, les auteurs ont conclu que le vagin n'était pas un organe passif mais une structure dynamique avec un rôle actif dans l'excitation sexuelle et les rapports sexuels.

L'innervation du clitoris et du vagin est régie par le système nerveux autonome (donc involontaire) via :

-le nerf pudendal pour le clitoris, anciennement « nerf honteux » ;

-le nerf pelvien pour le vagin, le col utérin, le rectum et la vessie ;

-le nerf hypogastrique pour l'utérus, le col et les glandes de Skene (dites aussi prostate féminine en raison d'une même origine embryologique que celle de l'homme) ;

-et le nerf vague qui innerve les viscères en se ramifiant jusqu'au col utérin, et ne passe pas par la moelle épinière. (167,168)

IV .Notion du désir sexuel féminin.

IV-1-La réponse sexuelle normale.

La réponse sexuelle est une vraie expérience psychophysiologique. L'excitation est déclenchée par des stimuli psychologiques et physiques, les niveaux de tension sont ressentis physiquement et émotionnellement.

La première enquête à grande échelle sur le comportement sexuel de la femme fut réalisée par Alfred Kinsey, (115) auteur du rapport qui défraya la chronique dans les années 1950. Les résultats furent publiés en 1954 : « Le comportement sexuel de la femme ». La première partie de cette étude expose des résultats statistiques alors que la deuxième partie décrit la physiologie et la psychologie des réactions sexuelles. Le cycle linéaire traditionnel de la réponse sexuelle féminine a d'abord été construit par Masters et Johnson psychologue, publie un livre « Les Réactions sexuelles » expliquant les différentes phases des réactions sexuelles(135). Cette étude anatomophysiologique des réactions sexuelles humaines se fit par observation clinique des comportements et enregistrement des variations anatomiques et physiologiques du déroulement des rapports sexuels. La réaction sexuelle féminine a été composée de quatre phases : excitation ou excitation, plateau, orgasme et résolution(22). Le cycle illustre une séquence ordonnée de réponses physiologiques, commençant par l'excitation sexuelle et culminant dans l'orgasme et la résolution, et chaque étape a des réponses génitales et extra génitales associées(185). Kaplan a proposé un modèle alternatif en 1979 et a introduit le concept de désir dans les réponses sexuelles normales. Dans ce modèle, le désir conduit à l'excitation puis au plateau, suivi de l'orgasme et de la résolution. Ce modèle était destiné à refléter la réponse sexuelle des hommes et des femmes ; cependant, les chercheurs ont reconnu que certaines femmes n'avaient pas vécu les quatre phases du cycle. En tant que tel, ce modèle a été critiqué car il ne reflète pas l'expérience réelle d'une femme. (185)

Dans le modèle de cycle de réponse sexuelle circulaire de Basson, la réponse sexuelle d'une femme consiste en des phases superposées d'ordre variable(22). Le désir sexuel peut ne pas être présent au départ. La femme évalue son excitation subjective par la façon dont elle trouve le stimulus sexuellement excitant et par les émotions et les cognitions simultanées générées par l'excitation. Cette modulation de son excitation subjective semble être plus cohérente que la modulation variable par rétroaction de la vasocongestion

génitale. La satisfaction sexuelle peut se produire sans orgasme. Alternativement, des orgasmes peuvent être ressentis avant l'excitation maximale, et d'autres orgasmes peuvent survenir au pic d'excitation et pendant sa résolution très progressive. Ainsi, pour les femmes, l'orgasme et l'excitation ne sont pas des entités particulièrement distinctes. (22)

Dans le DSM-IV(11) (Manuel Diagnostique et Statistique des Désordres Mentaux, quatrième édition) le cycle de la réponse sexuelle de la femme et de l'homme est décrit en quatre phases :

1. Désir
2. Excitation,
3. Une phase de plateau
4. Orgasme
5. Résolution. (177)

La réponse sexuelle est une expérience psychophysiologique. L'excitation se déclenche par des stimuli psychologiques et physiques, tels que les fantasmes, stimuli visuels, tactiles, auditifs ou olfactifs. Master et Johnson, deux chercheurs américains, décrivent plusieurs phases caractérisant la réponse sexuelle : la phase d'excitation, le plateau, l'orgasme et la résolution(135) . En 1977, H. Kaplan a rajouté le concept de désir, juste avant la phase d'excitation'(108). (figure 4) La fonction sexuelle est un processus biologique complexe, à composantes multiples, qui met en jeu non seulement ses effecteurs périphériques, mais aussi leur vascularisation, leur innervation, des voies et des centres médullaires et cérébraux.

IV-1-1-La phase de désir :

Le désir est le premier temps, il consiste en des fantasmes imaginaires concernant la sexualité et un désir d'accomplir un acte sexuel. C'est la capacité de se projeter dans la relation sexuelle(59). Chez la femme, le désir sexuel est parfois ambigu, car il peut être confondu avec le désir affectif(44). La libido est régulée par des sécrétions ovariennes (œstrogènes et androgènes), elles-mêmes commandées par l'axe hypothalamo-hypophysaire.

IV-1-2-La phase d'excitation :

L'excitation est de durée variable, dépendant de l'intensité et de l'efficacité de la stimulation mais aussi de l'âge. Cliniquement, plusieurs modifications anatomiques sont observées :

- Un effacement des grandes lèvres qui s'aplatissent contre le périnée
- Le gonflement des petites lèvres
- Une vasocongestion avec transsudation vaginale lubrifiante

- L'allongement et la dilatation du vagin dans sa partie postéro-supérieure d'environ 25% par relaxation des muscles lisses de la paroi vaginale
- Un effacement des plis du vagin
- Une tumescence du gland du clitoris par augmentation de l'afflux sanguin
- Une érection et une augmentation de la taille des mamelons.

IV-1-3-La phase de plateau :

Elle correspond au maintien d'un niveau d'excitation élevée, plus ou moins longtemps et aboutit normalement à l'orgasme. Au cours de cette phase, se développe et s'amplifie la lubrification vaginale ; le tiers externe du vagin subit une congestion vasculaire. Les muscles bulbo-caverneux se contractent, les bulbes s'engorgent et se raffermissent, réduisant le diamètre de l'orifice d'entrée du vagin de 30%. Les muscles péri-vaginaux serrent la base du pénis et le vagin prend une forme de poire : rétréci à l'entrée et élargi dans le fond.

Le tiers externe du vagin ainsi contracté et la turgescence des petites lèvres forment ce que l'on nomme la « plate-forme orgastique ».

La ballonnisation du fond du vagin réalise un réceptacle pour le sperme à venir et l'obturation de l'orifice vaginal empêche son écoulement

IV-1-4-La phase orgasmique :

Elle débute quelques secondes avant la réponse musculaire. Celle-ci s'exécute par des contractions musculaires de 0.8 en 0.8 secondes. L'onde orgasmique débute au niveau des muscles de la plate-forme orgastique et diffuse à tout le pelvis avec des réactions générales sympathiques (hypertension artérielle, mydriase, tachycardie, horripilation, contraction aréolaire) et parasympathiques (salivation, rougeur cutanée, transpiration, vasodilatation). L'orgasme dure normalement entre 3 et 25 secondes, et est associée à une faible baisse de l'état de conscience. La femme peut avoir plusieurs orgasmes successifs, à condition que la stimulation sexuelle ne s'interrompe pas. A cet orgasme dit clitorido-valvulaire, Fox, Perry et Whipple ainsi que G. Tordjman oppose un orgasme profond produit par une stimulation coïtale ou digitale de la zone du fascia de Halban (plus connue sous terme « point G ») situé entre la muqueuse vaginale et le système vésico-urétral. Il y a parfois « éjaculation » par contraction des glandes péri-urétrales(203)

IV-1-5- La phase de résolution :

Elle est caractérisée par un sentiment de relaxation physique et mentale, une détente musculaire et une impression de bien-être.

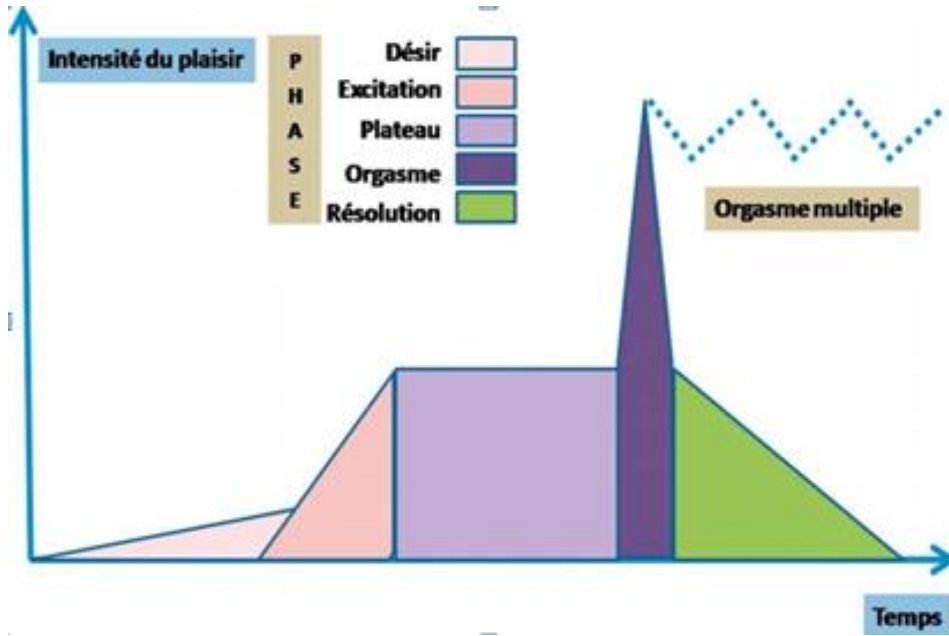


Figure 4: Les différentes étapes physiologiques de l'acte sexuel.(185)

IV-2- Le désir sexuel féminin

IV-2- 1- Définition

Dans la plupart des conceptions, le désir sexuel est une phase qui précède toutes les autres, mais également qui les transcende, motivant l'individu à poursuivre l'activité sexuelle. Le désir comporte une dimension biologique, neuroendocrinienne et psychoaffective subjective, qui rend sa définition et sa description difficile

Kaplan fût la première à intégrer le désir sexuel dans son modèle en 1977. Elle le définit comme « une motivation forte, un besoin généré par processus neurophysiologiques spécifiques, qui pousse les hommes et les femmes à rechercher ou à répondre à des stimulations sexuelles. Kaplan considérait en effet le désir sexuel comme la première phase « normale » de l'activité sexuelle humaine. . (107)

Le modèle du célèbre couple de sexologues américains William Masters (1915-2001) et Virginia E. Johnson (1925-2013), découpe la « réponse sexuelle » humaine en quatre phases : les préliminaires, l'excitation, l'orgasme et la résolution . La phase des préliminaires est la plus succinctement décrite. Elle est toutefois d'un intérêt crucial car c'est la seule à faire intervenir la notion de désir (les autres phases font état de sensations, notamment de plaisir et de détente) et c'est également la seule qui ne signale aucune différence entre les hommes et les femmes. . (135)(figure 5)

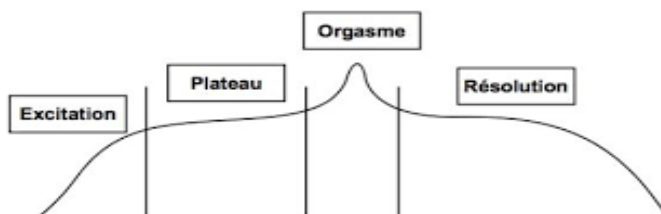


Figure 5 : Modèle de la réponse sexuelle de Masters et Johnson (1970) (135)

Les termes « désir sexuel », « intérêt sexuel », « énergie sexuelle », « libido », « appétit sexuel », « pulsion sexuelle » s'utilisent de façon indifférente selon les auteurs (49). Il est défini comme une énergie, une pulsion psychobiologique précédant et accompagnant l'excitation, qui s'alimente de deux sources : une exogène, sensorielle, et l'autre endogène correspondant aux fantasmes et aux idées sexuelles. Cette force propulsive développe chez une personne l'envie d'avoir un acte sexuel qu'il soit individuel ou dyadique. La définition de désir inclut donc une dimension cognitive, affective, comportementale, interpersonnelle ou individuelle. Le désir sexuel est ainsi sous l'influence de différents facteurs : des intervenants chimiques comme les hormones et des neurotransmetteurs mais aussi des facteurs psychologiques.

La définition la plus complète est proposée par Trudel(206). « 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. »

Suite aux travaux de Basson (22,29,30,31), on distingue également, le désir « basal, spontané », en relation avec des stimuli intrinsèques, biologiques, affectifs, fantasmatiques et cognitifs, et un désir « réactif », venant en réponse à une stimulation sexuelle

Le désir dans le cycle de réponse La première phase de cycle correspond au désir «spontané » ou « inné ». Il varie selon les périodes du cycle menstruel sous l'influence des hormones. En effet au niveau de l'hypothalamus, un grand nombre de récepteurs aux oestrogènes, à la progestérone et aux androgènes sont présents et ceux-ci exercent un contrôle sur l'humeur et la réponse sexuelle. D'autres facteurs entrent en jeu comme l'âge et la durée de la relation. Le désir spontané augmente au début d'une nouvelle relation et il diminue avec l'âge. Ce cycle sexuel commence avec le développement d'une pensée sexuelle, un fantasme, une odeur ou après s'être remémoré un épisode agréable. Un autre type de désir intervient pendant l'acte sexuel. Ce désir sera secondaire à une excitation physique adéquate : c'est le désir réactif. Rosemary Basson l'illustre bien dans son schéma de cycle de réponse sexuelle féminine(24)(figure 6)

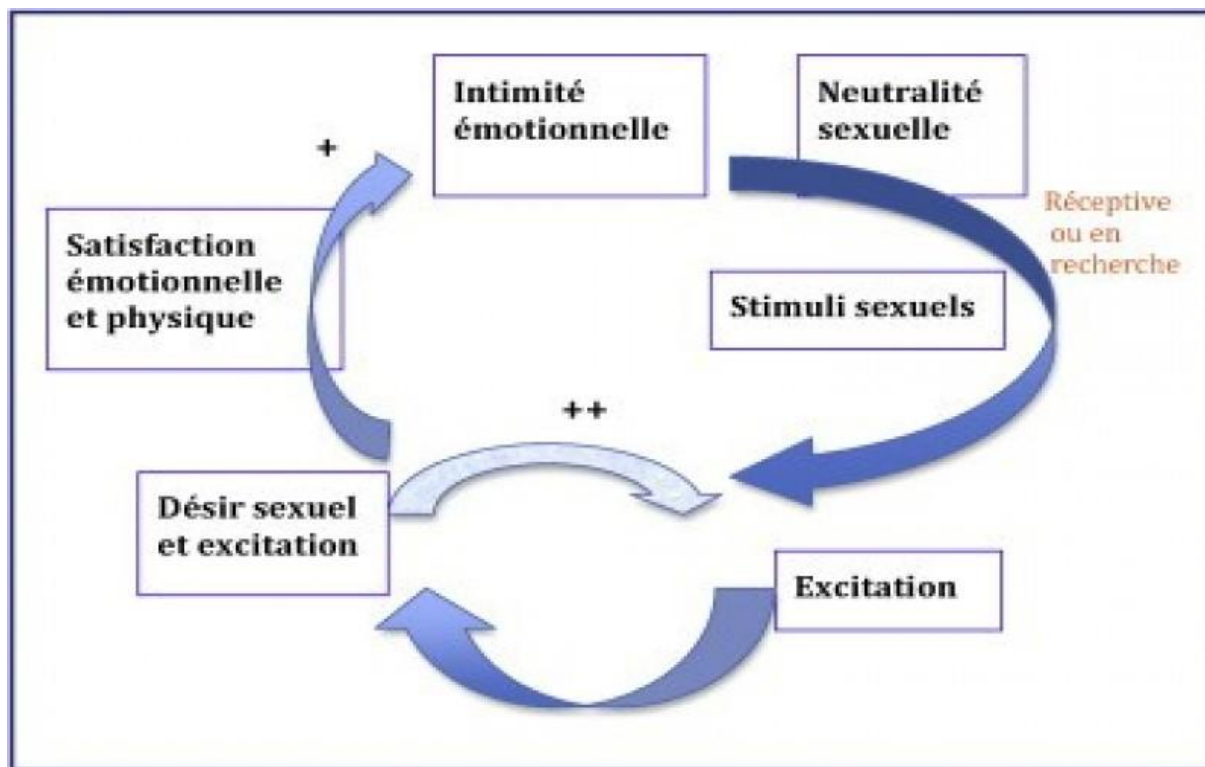


Figure 6 : Cycle de réponse sexuelle chez la femme faisant intervenir la notion d'intimité. Adapté du modèle réalisé par Basson al et, 2001. (24)

Rosemary Basson montre que la motivation sexuelle de la femme est plus complexe qu'une simple présence ou absence de désir. Pour pouvoir initier une relation sexuelle, la femme doit augmenter son rapprochement émotionnel avec son partenaire, augmenter son bien-être et sa propre image. Il faut qu'elle se sente attirante, féminine, appréciée, aimée et/ou désirée et ne doit pas se sentir anxieuse ou coupable de l'irrégularité des rapports sexuels dans son couple (22).

Ce n'est pas nécessairement la conscience d'un désir sexuel qui est la raison pour laquelle la femme engage une relation sexuelle. Elle le fait pour montrer son amour à son partenaire, pour son plaisir ou tout simplement parce que son partenaire le souhaite. Des facteurs comme la fatigue, un manque d'intérêt pour la sexualité, un problème physique ou un manque de partenaire régulier diminue cette motivation. L'engagement dans la sexualité par la femme doit également tenir compte du contexte sociohistorique, de la religion, des attitudes culturelles, de l'âge, de l'orientation sexuelle et de bien d'autres facteurs. Les femmes, en pratique, ne dissocient pas la notion scientifique de désir et d'excitation. Elles s'inquiètent plus à propos de leur excitation subjective que physiologique (22). Chez les femmes le côté psychologique semble donc plus important dans la réponse sexuelle que chez l'homme. La réponse sexuelle chez les femmes n'est donc pas une succession de phases, les femmes pouvant éprouver excitation sexuelle, orgasme et satisfaction, sans désir, et pouvant ressentir désir, excitation et satisfaction sans orgasme. Tout comme l'activité mentale inhérente au désir sexuel est influencée par le biologique et notamment les hormones, qui agissent sur les différents stimuli, en augmentant leur action ou en les inhibant. Par ailleurs, il est difficile de distinguer très clairement la phase de désir sexuel de la phase d'excitation sexuelle, elles se chevauchent et s'entremêlent.

Les quatre types de désir sexuel: fusionnel, d'enfant, de décharge et coïtal. Le désir sexuel fusionnel, très présent au début des relations, utilise les rapports sexuels pour répondre à des besoins d'ordre affectif et émotionnel. La relation sexuelle est, à ce moment, un moyen pour se sentir plus proches l'un de l'autre. Dans le désir sexuel d'enfant, la sexualité répond à un besoin de grossesse et elle est donc, encore une fois, un moyen plutôt qu'un but. Dans ce dernier cas, après la grossesse, souvent le couple ne se comprend plus au niveau sexuel car le moteur pour l'un des partenaires n'est plus présent. Dans le désir sexuel de décharge, le rapport sexuel est le moyen pour soulager la tension: tout se passe au niveau de la génitalité et l'orgasme devient un soulagement. Le désir sexuel coïtal est recherché pour combler les besoins affectifs et les besoins génitaux et conduit à une harmonisation entre le haut (siège des émotions) et le bas (siège de l'excitation sexuelle) du corps.

Quand on parle de désir sexuel, il faut toujours considérer les facteurs qui peuvent l'influencer, en font partie le contexte et la relation de couple, mais également les expériences passées, le type d'imaginaire, les

attentes, le sentiment identitaire, l'estime de soi ou le rapport au corps. . (25,108) (figure 7)

Le désir sexuel se caractérise par 3 dimensions fondamentales: la dimension biologique (pulsion), la dimension psychologique (motivation) et la dimension sociale (aspiration) (173).

Quelques années plus tard, le DSM-IV(11) introduit une modification terminologique dans la nomination des étapes du processus sexuel à l'aune duquel les dysfonctions sont établies. Les phases d'excitation, d'orgasme et de résolution restent inchangées, mais la première phase se nommait « préliminaires » contre celui de « désir ».

Il y a une distinction entre le « désir spontané », qui correspond à un besoin spontané de stimulation sexuelle, et le « désir répondant » qui surgit suite à une stimulation sexuelle et motive à s'engager dans l'activité sexuelle. Ainsi, le seul manque de désir, de fantasmes ou de pensées sexuelles spontanés décrit comme facteur clé d'une pathologie n'est alors nullement synonyme de trouble, impliquant qu'une absence de désir ne soit pas toujours pathologique et que l'apparition de celui-ci repose sur de multiples facteurs (22 ;29)

Le désir sexuel féminin est plus souvent considéré comme « indirect, secondaire, se nourrissant de la relation et de la tendresse, dans un réseau émotionnel complexe et la libido, processus physiologique en, lien notamment avec le cycle hormonal. Le désir sexuel est un processus psychologique, cognitif, qui pourrait être influencé par la volonté de la personne.

Pour parler du trouble du désir Il faut réunir au moins 3 critères parmi les suivants selon DSMV. (9)

- L'absence d'intérêt pour l'activité sexuelle (absence de désir sexuel) ;
- une diminution marquée de l'intérêt sexuel (diminution de désir sexuel) ;
- une absence de fantasmes sexuels ;
- une absence de pensées sexuelles ou érotiques ;
- des refus de la part de la femme d'avoir une relation sexuelle avec son partenaire
- une absence de sentiment de plaisir pendant la relation sexuelle.

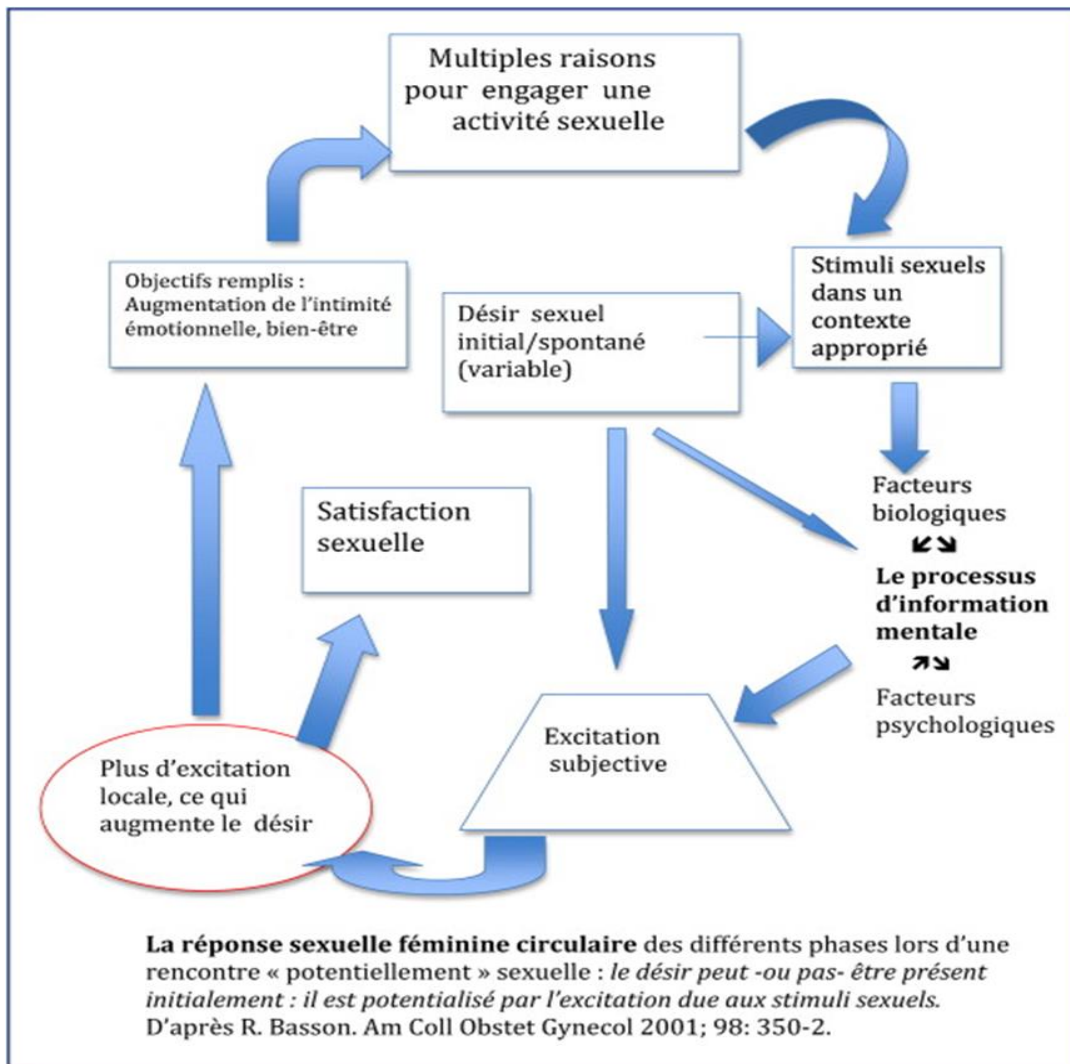


Figure 7 : la réponse sexuelle circulaire (25)

IV-2-2-Rôle des hormones dans le désir sexuel féminin

Le contact entre le cerveau (système nerveux) et les organes génitaux est assuré par certaines hormones (système endocrinien) produites par les ovaires. La dimension hormonale du désir sexuel dépend de la testostérone et de l'estradiol. La première, c'est l'hormone mâle, elle est produite par les ovaires et elle est surnommée "hormone du désir"; la deuxième est une hormone plutôt féminine, elle est produite par les ovaires et elle est responsable de la lubrification vaginale et du mucus cervical. Autres hormones sont impliquées dans la sexualité, par exemple la prolactine qui a un effet inhibiteur sur la sexualité et qui est produite par l'hypophyse. (147,107).

IV-2-2-1-Les œstrogènes :

Les œstrogènes dans le cycle Pendant la phase folliculaire, sous le contrôle de la LH, le cholestérol va être transformé en androgènes. Ces androgènes vont ensuite diffuser vers les cellules de la granulosa où ils vont être aromatisés, par une aromatase stimulée par la FSH, en œstrogènes, essentiellement en œstradiol 17 β ou E2. Quand les cellules de la granulosa sont matures, elles acquièrent des récepteurs à la LH et peuvent donc être stimulées par l'hormone lutéinisante pour produire de l'œstradiol. Qui va exercer un rétrocontrôle négatif sur la synthèse de LH et FSH. C'est en fin de phase folliculaire que l'augmentation transitoire de la concentration en E2 pendant plus de 48 heures au-dessus d'un certain seuil, va exercer un rétrocontrôle positif sur l'hypophyse en augmentant sa sensibilité à la GnRH par augmentation du nombre de ses récepteurs. Une décharge de LH va alors avoir lieu provoquant l'ovulation une quarantaine d'heures après le pic d'hormone lutéinisante.

En plus de leurs rôles au niveau du tractus génital (restitution de l'endomètre en début de cycle, sécrétion de la glaire au niveau du col utérin, stimulation des canaux galactophores de la glande mammaire), les œstrogènes vont également avoir un rôle périphérique (stimulation de la croissance, de la minéralisation osseuse et de la maturation squelettique, répartition du tissu adipeux de façon gynoïde), dont une action sur la synthèse des protéines hépatiques (angiotensinogène, facteurs de coagulation et les lipoprotéines) en particulier sur la SHBG dont ils augmentent la synthèse, les œstrogènes sont responsables du développement de la vulve, du vagin, de l'utérus et des seins. Ces derniers agissent alors sur la silhouette féminine, de par leurs actions respectives sur la répartition des muscles et des graisses. (55)

-Les œstrogènes et désir:

Les œstrogènes augmentent la libido en ayant un effet direct sur des neurones de l'hypothalamus au niveau de l'aire supra chiasmatic. Des études montrent que les œstrogènes ont un rôle dans le désir sexuel féminin mais d'après la plupart des chercheurs ce rôle serait seulement minime(19). En effet, des études montrent qu'il n'y a pas de différence significative dans les concentrations en œstrogènes chez les femmes avec ou sans diminution du désir, et d'autres ne montrent pas d'augmentation de la libido suite à la seule administration d'œstrogènes(81). Les œstrogènes ont un impact sur les organes des sens. Ils sensibilisent la peau qui est un récepteur clé pour les stimuli sexuels externes (200). De faibles niveaux d'œstrogènes entraînent une sécheresse et une atrophie vulvo-vaginales en plus d'initier des modifications de la fonction génitale par une perception sensorielle réduite et une diminution du flux sanguin clitoridien

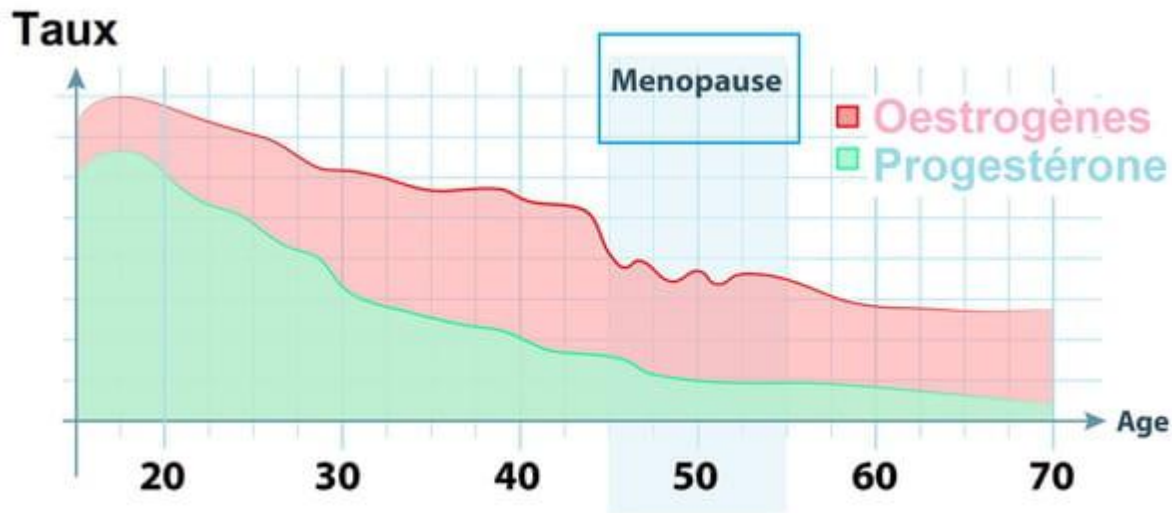


Figure 8 : Evolution du taux d'œstrogène en fonction de l'âge (13)

Comme il est évident, entre l'âge de 20 et 40 ans, il y a une augmentation de la production d'hormones sexuelles, avant qu'une baisse graduelle ne se produise pendant la ménopause et les années post-ménopausiques de 45 ans et plus (figure8). Au contraire, d'autres chercheurs soutiennent que, sur la base de résultats longitudinaux, les problèmes relationnels et d'autres facteurs non biologiques peuvent avoir un impact important sur l'expérience sexuelle globale des femmes autres que les seuls changements ménopausiques (13) Par exemple, les recherches de la Massachusetts Women's Health Survey ont indiqué que le début de la ménopause contribue à réduire le désir sexuel(. Néanmoins, l'anxiété, la dépression et d'autres changements dans les relations, y compris les conflits dans la famille, l'état de la relation, la fonction sexuelle et la santé d'un partenaire, peuvent contribuer à une DSE substantielle(138).

IV-2-2-2-La progestérone

La progestérone va circuler pour 2% sous forme libre, 80% liée à l'albumine et 18% liée à la Trans cortine. Elle va servir d'intermédiaire de synthèse dans tous les tissus sécréteurs d'hormones stéroïdiennes(55) . Elle va avoir un rôle sur la muqueuse utérine afin de lui donner une structure optimale pour la nidation(144). Elle va également préparer la glande mammaire à la sécrétion du lait et être thermogénique.

-Progestérone et désir :

Il existe une discordance entre les différentes études menées sur l'effet de la progestérone sur le désir sexuel féminin. Certaines études montrent que la progestérone aurait un effet négatif sur le désir sexuel(24). Ainsi sa diminution en période prémenstruelle contribuerait à l'augmentation du désir prémenstruel. (138)

D'autres études vont dans le même sens en montrant que les contraceptifs oraux, augmentant le taux de progestérone, diminuent l'intérêt sexuel de la femme. La progestérone en diminuant les récepteurs ostrogéniques tend à diminuer la libido et l'afflux sanguin au niveau de la zone génitale (139). Cependant une étude montre que le traitement par œstrogène associé à la progestérone chez les femmes hystérectomisées augmenterait plus le désir que le traitement par œstrogènes seuls. En revanche, la majorité des études montrent que le traitement par la progestérone n'a pas d'influence sur le désir sexuel quel que soit l'âge de la femme.

Des études ont montré que les contraceptifs oraux, augmentant le taux de progestérone, diminuent l'intérêt sexuel de la femme. La progestérone en diminuant les récepteurs ostrogéniques tend à diminuer la libido et l'afflux sanguin au niveau de la zone génitale(81) (figure 9). Cependant une étude montre que le traitement par œstrogène associé à la progestérone chez les femmes hystérectomisées augmenterait plus le désir que le traitement par œstrogènes seuls. En revanche, la majorité des études montrent que le traitement par la progestérone n'a pas d'influence sur le désir sexuel quel que soit l'âge de la femme.

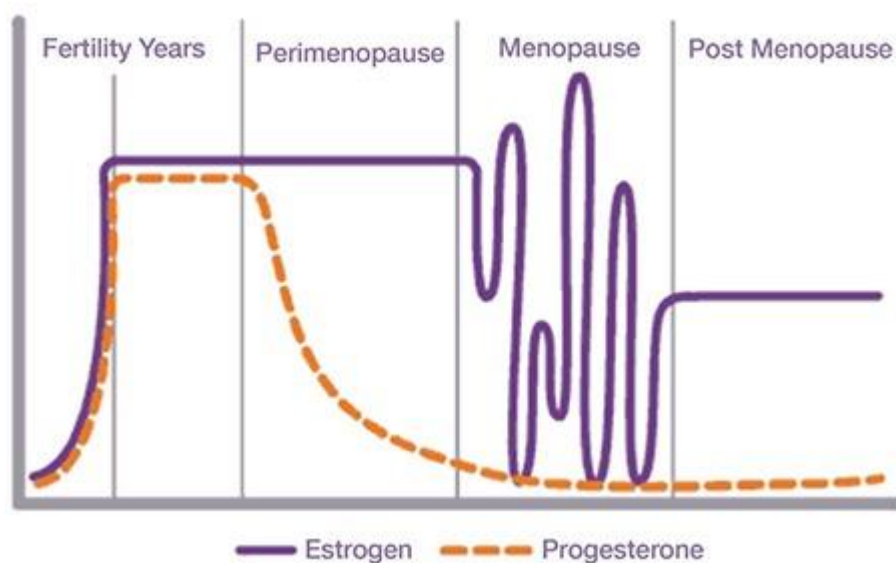


Figure 9 : les variations de la production d'hormones œstrogènes et progestérone tout au long de la vie de la femme.(81)

Comme en témoigne la figure 9, il existe une forte variation de la production d'œstrogènes pendant la ménopause, et ces niveaux de fluctuations contribuent à une diminution de la libido sexuelle chez les femmes. En outre, les personnes péri- et post-ménopausées peuvent souffrir de DSH en raison de faibles niveaux ou d'un déficit dans la production d'hormones œstrogènes (200, 43)

IV-2-2-3-Les androgènes

Chez les femmes, les androgènes sont des stéroïdes C19 générés à partir du cholestérol, dont les principales sources de libération proviennent des glandes surrénales, des tissus périphériques et des ovaires. La stéroïdogénèse des androgènes chez la femme. Les androgènes sont libérés par les tissus périphériques tels que les tissus cutanés, musculaires et adipeux. La testostérone (T) représente le produit final de la voie des androgènes et qu'elle résulte de la conversion de l'androstènedione (A) présente dans le plasma. La moitié des androgènes proviennent des ovaires, 25 % des androgènes sont produits dans les glandes surrénales et les 25 % restants proviennent de la conversion d'androstènedione dans les tissus périphériques. De plus, le principal précurseur de l'androstènedione et des androgènes de la testostérone est la déhydroépiandrostérone (DHEA), dont la moitié est produite dans les glandes surrénales et 20 % est produite à partir des ovaires ; 30% est dérivé du sulfate de déhydroépiandrostérone (DHEAS) qui circule dans le sang (figure10). Pendant la post-ménopause, la DHEA, qui est la principale source d'androgènes, subit une baisse allant jusqu'à 60 %, ce qui entraîne une hypo androgénie, qui peut affecter la réponse sexuelle normale chez les femmes (44)

L'œstradiol et la testostérone étant tous deux liés à la même protéine de transport : la SHBG, toute modification de cette protéine va entraîner une perturbation de la concentration en hormone libre et donc va influencer sur le désir.(71)

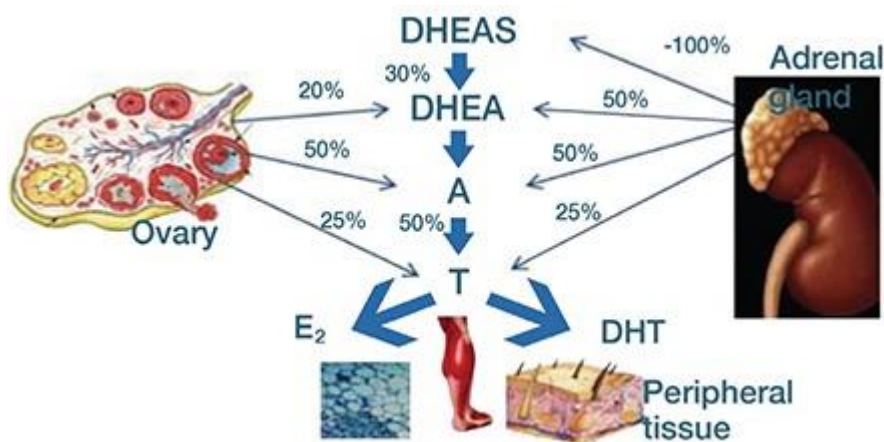


Figure 10: Production d'androgènes dans les glandes surrénales, les tissus périphériques et les ovaires.(44)

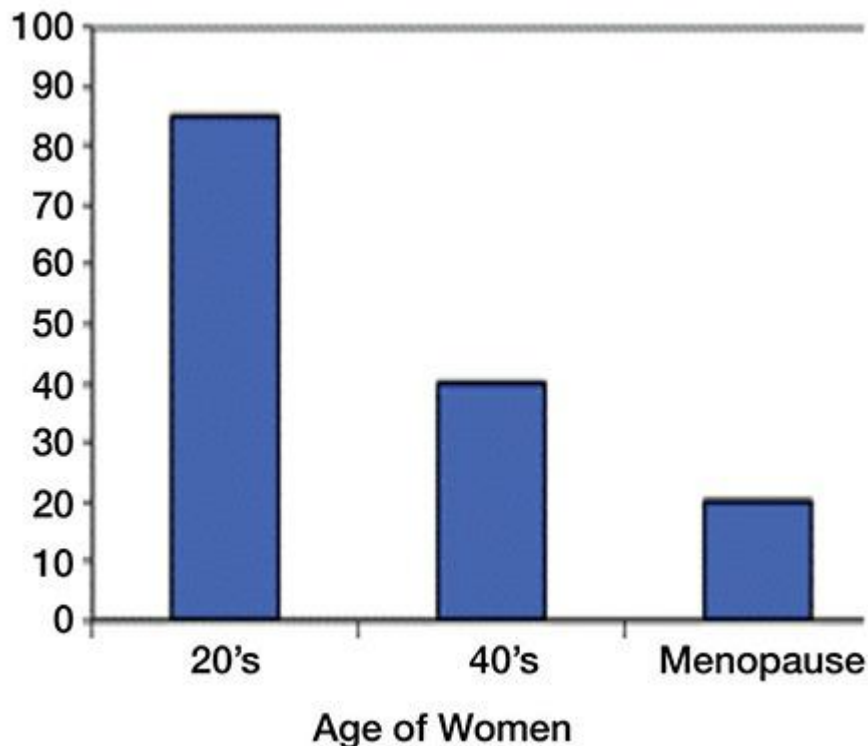


Figure11 : baisse des niveaux de testostérone chez la femme avec l'âge, les niveaux de testostérone diminuent et qu'au moment où une femme atteint la ménopause, les niveaux de testostérone sont presque le quart de ce qu'ils étaient au début de la vingtaine (193).

La figure 11 montre en outre qu'avec l'âge, les niveaux de testostérone diminuent et au moment où une femme atteint la ménopause, les niveaux de testostérone sont presque un quart de ce qu'ils étaient au début de la vingtaine. Selon Simon et al.(193) une réduction aussi sévère des niveaux de testostérone fait prendre du poids aux femmes, se sentir déprimées et fatiguées, et bloque complètement la majeure partie de leur libido.(figure 11)

IV-2-2-4- La prolactine

La prolactine est une hormone antéhypophysaire sécrétée par les cellules lactotropes dont le taux suit un rythme nyctéméral avec un maximum nocturne entre 4h et 10h. La sécrétion sera cependant augmentée dans certaines circonstances non pathologiques comme le stress (chirurgical ou psychologique), l'exercice physique, la relation sexuelle, pendant la grossesse avec un pic au moment de l'accouchement dû à la chute brutale des œstrogènes et de la progestérone, et lors du post partum quand il y a stimulation du mamelon. (88,175)

Le taux de prolactine a un impact sur le désir sexuel .Une concentration importante diminue l'intérêt sexuel .ce que l'on retrouve chez les personnes atteintes d'hyperprolactinémie secondaire à un adénome

antéhypophysaire et chez les femmes allaitantes (mais cela pourrait être également le résultat d'autres facteurs psychologiques entraînant une perturbation de l'humeur avec anxiété et dépression).

IV-2-2-5-L'ocytocine

Cette hormone est synthétisée au niveau de deux noyaux (para ventriculaire et supraoptique) de l'hypothalamus, puis va être transportée dans l'hypophyse où elle va être stockée dans des granules au niveau de corpuscules nerveux. Elle va être libérée dans la circulation générale après stimulation par des influx nerveux dus à des mécanorécepteurs situés au niveau du col de l'utérus (au cours du travail) et après succion du mamelon (pendant l'allaitement). Elle va ainsi favoriser la contraction des cellules myoépithéliales et permettre la lactation. Cette hormone augmente également pendant la phase d'excitation et la phase d'orgasme avec une augmentation en rapport avec l'intensité de l'orgasme. Elle va alors apporter une sensation de satisfaction ou de satiété après la relation sexuelle. Des études ont montré que dans certains cas, l'administration d'ocytocine synthétique pour faciliter l'allaitement serait liée à l'augmentation du désir sexuel et de la lubrification vaginale. Enfin, l'ocytocine est connue pour être « l'hormone de la tendresse » car elle favorise le comportement affectueux dans les interactions non sexuelles.

Le taux de prolactine a un impact sur le désir sexuel (142). Une concentration importante diminue l'intérêt sexuel (24,184) ce que l'on retrouve chez les personnes atteintes d'hyperprolactinémie secondaire à un adénome antéhypophysaire et chez les femmes allaitantes (mais cela pourrait être également le résultat d'autres facteurs psychologiques entraînant une perturbation de l'humeur avec anxiété et dépression). (175)

IV-2-2-6-Le cortisol

Le cortisol est un glucocorticoïde synthétisé par le cortex de la glande surrénale. Il est libéré après stimulation par l'ACTH antéhypophysaire elle-même sécrétée sous l'effet du CRF (Corticotropin Releasing Hormone ou corticolibérine) hypothalamique. La sécrétion de cortisol suit un rythme nyctéméral avec une concentration maximale vers 8h. Les cas d'hypercortisolismes chroniques (syndrome de Cushing) sont corrélés avec une diminution de la libido alors qu'en aigu les glucocorticoïdes paraissent l'augmenter (142).

IV-2-2-7-La déhydroépiandrostérone (DHEA)

La DHEA et la DHEAs sont des stéroïdes sécrétés presque exclusivement par la zone réticulée de la corticosurrénale. La principale action biologique de ces hormones est liée à leur conversion en androgènes (androstènedione, testostérone et déhydrotestostérone) et en œstrogènes (œstradiol) par des enzymes dans les tissus périphériques.

Le pic de production est atteint entre 18 et 25 ans, ensuite, ces concentrations vont en décroissant avec l'âge.

Cette diminution est liée à une baisse de la sécrétion surrénalienne (12). Chez la femme de plus de 70 ans, ceci est à l'origine d'une diminution de la libido qui s'explique par la diminution de l'effet androgénique de la DHEA (197).

IV-2- 3- La régulation neuroendocrinienne

IV-2- 3- 1-La dopamine

La 3-hydroxytyramine (dopamine ou DA) est un des nombreux neurotransmetteurs du cerveau. Elle est spécifiquement synthétisée dans le CNS et de la rétine. La dopamine a également un rôle dans le système de récompense en rapport avec la quête de plaisir. Chez la femme, la dopamine est impliquée dans le désir sexuel de façon directe en agissant au niveau central ou indirectement par l'intermédiaire de la prolactine (197).

IV-2- 3- 2- La sérotonine

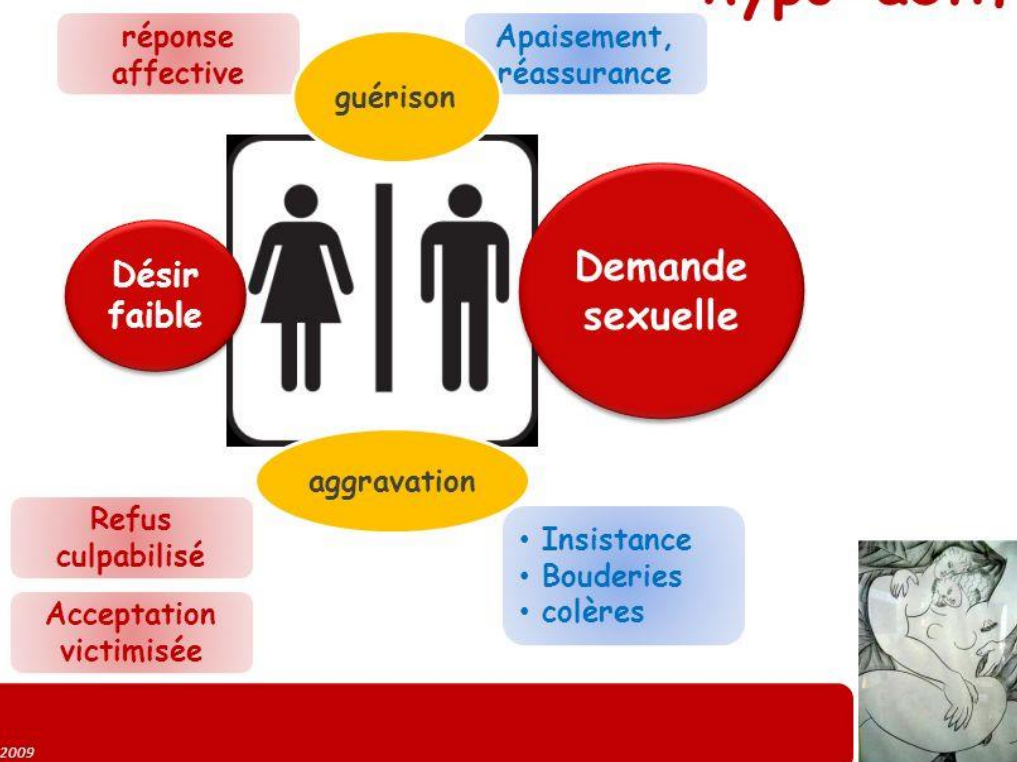
Le noyau raphé est la principale source de sérotonine du système nerveux central. La sérotonine est impliquée dans diverses fonctions telles que la motivation, la gestion des émotions et la régulation de diverses fonctions limbiques. L'évidence de l'implication de la sérotonine dans la dépression vient principalement des études de déplétion du tryptophane, un acide aminé essentiel à la synthèse du neurotransmetteur. Une augmentation au niveau central de la transmission sérotoninergique est susceptible de diminuer l'activité sexuelle en diminuant le désir sexuel et en inhibant l'orgasme (87).

IV-3-Désir sexuel et fonctionnement du couple.

L'importance des dimensions sociales du désir et de la satisfaction sexuels a été soulignée (8, 30,82). Elle ressort de l'impact de plusieurs transitions et événements de vie auxquels doivent faire face les individus et les couples (78). Le mariage, la venue des enfants et l'affirmation de leur rôle central dans le contexte familial ont un effet considérable sur le fonctionnement conjugal (73,111). La transition à la parentalité est en effet associée à une hausse de la conflictualité conjugale, à une baisse de la qualité de la relation, et à un affaiblissement du désir sexuel chez les femmes (111,217). D'autres individus, au contraire, valorisent l'autonomie de chacun dans le cadre conjugal et familial (218) (figure12). La nécessité de préserver au sein du couple les territoires, les prérogatives, les activités et les intérêts personnels surpasse alors le besoin de similitude et de consensus. La relation conjugale ne doit pas représenter un obstacle à la recherche de l'épanouissement individuel. Si l'effet de l'individualisation sur les relations de couple est maintenant relativement bien compris, on sait encore très peu de choses sur le lien entre l'autonomie dans le couple et le désir sexuel, qui constitue pourtant une dimension centrale de l'intimité. (38,74) Une seconde dimension du fonctionnement conjugal tient à l'égalité dans le couple. L'interdépendance relationnelle, est alors favorisée

par la différenciation sexuelle des rôles conjugaux, et est indispensable au développement de l'intimité. D'autres études affirment que la différenciation sexuelle des rôles et du pouvoir, parce qu'elle implique des inégalités entre les conjoints, est corrélée à la perte de désir sexuel, cinq styles d'interactions conjugales ont été mis en avant dans plusieurs publications récentes (78, 111,218).

Logique de couple dans le désir sexuel hypo-actif



MH. Colson, Marrakech, 2009

Figure 12 : Désir sexuel et fonctionnement du couple (218)

Les couples de style Parallèle se caractérisent par une forte tendance à la différenciation. Ce sont des couples où le pouvoir décisionnel est sexué, tout comme les rôles fonctionnels et relationnels. Cette différenciation s'accompagne d'une forte routinisation. En termes de cohésion, on constate que ces couples sont à la fois peu fusionnels et très fermés. Les couples de style Compagnonnage se distinguent par une tendance prononcée à la fusion et à l'ouverture. La différenciation sexuée, en revanche, est peu marquée. Il s'agit donc de couples fusionnels, ouverts, indifférenciés. Les couples de style Bastion se caractérisent, au contraire, par la fermeture, la fusion et la différenciation sexuée. Dans ces couples, le repli sur le foyer conjugal est perçu comme souhaitable et les contacts externes considérés avec prudence. En revanche, la

fusion est à son niveau maximal. La répartition des rôles et du pouvoir est très sexuée et rigide. Le style d'interaction Cocon se caractérise par un haut niveau de fusion et de fermeture tout à la fois. Un cinquième style, Association, concerne des couples qui ont un faible niveau de fusion. Ils sont à la fois autonomes et ouverts, et présentent une distribution relativement égalitaire du pouvoir et des rôles. Les couples de style Association et Parallèle présentent davantage de problèmes intimes que les couples de style Compagnonnage, Bastion ou Cocon (111, 217,74). Les probabilités de séparation de ces styles d'interactions sont aussi différentes. Les normes construites à travers les interactions sociales cadrent en effet la perception de la sexualité et les fonctions qui lui sont dévolues (124,82).

Les couples fondés sur l'autonomie et la valorisation de l'égalité entre les partenaires réfèrent leur intimité à une logique de développement personnel sans doute très exigeante et devant donner lieu à une plus grande pluralité de pratiques et d'attentes en matière sexuelle. Dans ce cadre normatif, la sexualité revêt sans doute une importance moindre, une fois la reproduction assurée. La vie à deux et la fidélité ont une signification différente selon que l'on valorise le nous—couple conçu comme un collectif ou la recherche de l'épanouissement individuel et la satisfaction sexuelle joue un rôle considérable dans la qualité de la relation de couple. Plusieurs auteurs (38,74) ont montré la présence de déclencheurs dans l'environnement (une activité sexuelle). Lorsque l'anxiété est présente de manière régulière durant les rapports sexuels, elle va être considérée comme une composante stable de ceux-ci et « marquer » l'événement comme stressant. Par conséquent, dès qu'une situation semblable se présente, l'anxiété va surgir et s'accompagner de pensées négatives. Ainsi, chez une femme qui ressent régulièrement de l'anxiété par rapport à son corps durant les rapports, l'engagement dans une activité sexuelle active automatiquement son image de soi et s'accompagne de pensées négatives vis-à-vis de son corps. (218)

V- Troubles sexuels chez la femme

Les troubles de la sexualité féminine ont trop longtemps été sous-estimés et le sont encore dans certains pays où, la pression socioculturelle, ou religieuse, freine l'émancipation féminine (figure13). Le développement des études et des traitements agissant sur les troubles de l'érection montre que l'on s'intéresse plus volontiers à l'agent masculin, alors que la sexualité féminine et aussi celle du couple dans sa dualité sont encore trop souvent occultées. (59)

Tableau 1. Facteurs pouvant contribuer à la baisse de l'activité sexuelle (D'après réf. 2).
Aspects psychologiques <ul style="list-style-type: none">• Attitude préalable face à la sexualité• Coutumes et croyances religieuses à l'égard de la sexualité• Sentiments à l'égard du partenaire• Durée de la relation avec le partenaire• Capacité sexuelle du partenaire• Stress familiaux, professionnels• Image négative de soi
Maladies psychiques <ul style="list-style-type: none">• Anxiété, dépression• Autres maladies psychiatriques
Maladies physiques <ul style="list-style-type: none">• Sécheresse vaginale sur hypo-œstrogénisme• Incontinence, descente de matrice• Maladies chroniques (insuffisance rénale, cardiaque, diabète)• Cancers : sein, utérus
Médicaments <ul style="list-style-type: none">• Antidépresseurs (SSRI), neuroleptiques, stupéfiants• Antihypertenseurs, bêtabloqueurs, méthylidopa• Antiandrogènes (spironolactone, cyprotérone acétate, drospirénone)

Figure 13 : les différents facteurs responsables de la baisse d'activité Sexuelle chez la femme (118)

Depuis toujours, le dimorphisme sexuel a opposé dans le désir la femme et l'homme : le désir masculin, captatif, primaire, se focalise sur l'objectif final, c'est-à-dire le rapport sexuel, selon un mécanisme relativement simple de besoin et de récompense. Contrairement au désir féminin, étant indirect, secondaire, il se nourrit de la relation et de la tendresse dans un réseau émotionnel complexe en miroir .

V-1-Troubles du désir

Les troubles du désir correspondent le plus souvent à une insuffisance/absence du désir ou à un désir sexuel hypo-actif entraînant une souffrance personnelle. Les différences entre la femme et l'homme concernant le désir sexuel apparaissent clairement dans une étude de Colson et al (48), qui ont mis en évidence que 30 % des femmes avaient des pensées sexuelles dans la journée contre 60 % des hommes. Le désir sexuel féminin est souvent spontanément absent même chez des femmes qui peuvent, par ailleurs, être satisfaites sexuellement. L'existence d'une souffrance est indispensable pour parler de trouble du désir.

Le désir sexuel hypo actif, ou la baisse du désir est défini dans le DSM-IV(11) comme étant une déficience persistante ou récurrente dans le désir d'avoir une activité sexuelle mais également une absence de

fantasmes. De plus, ce problème cause une détresse personnelle mais également dans le couple

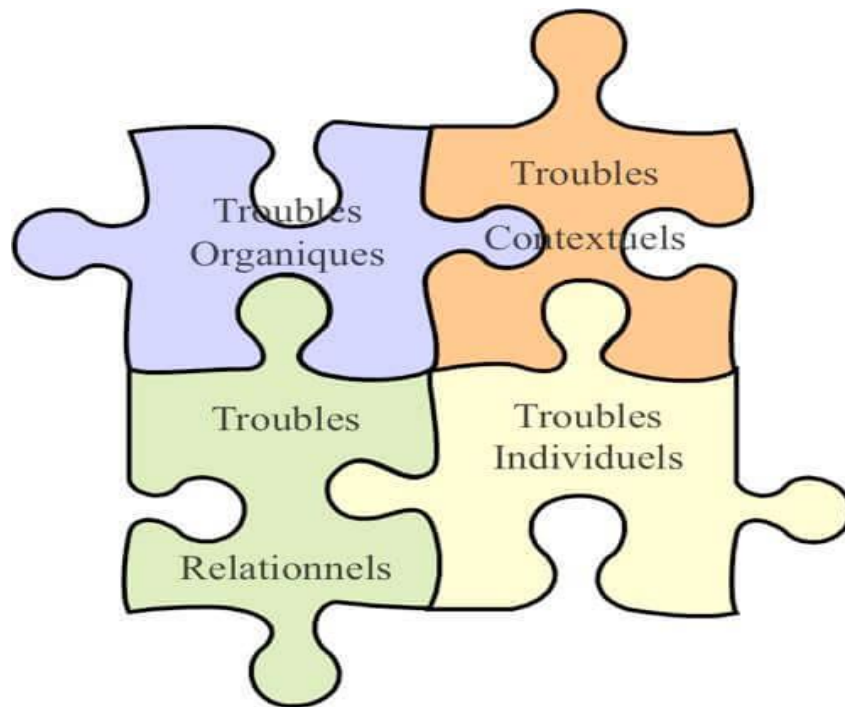


Figure14 : Principaux étiologies du trouble du désir sexuel hypo actif(76)

V-1-1- Le désir sexuel hypo actif :

Il représente la dysfonction sexuelle la plus répandue, touchant près de 10 à 60% des femmes selon l'âge et les critères de sévérités(182). La problématique du désir sexuel est fortement médiatisée et prend grande place au sein des divers comités scientifiques organisés sur le thème de la sexualité. De nos jours, une absence de désir sexuel, ou un DSH est facilement stigmatisée et entraîne des difficultés interpersonnelles significatives pour les femmes mais aussi pour les hommes. Ces derniers ne répondent alors plus au critère de la norme culturelle qui est que nous devons faire l'amour et prendre du plaisir, sinon, nous ne sommes pas « normaux ». C'est dans ce type de climat que les individus peuvent développer un dysfonctionnement sexuel tel que le désir sexuel hypo actif.. (11)

Les « troubles du désir sexuel » sont apparus au sein du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III) (10) en 1980, concernant alors les deux sexes. Au sein du DSM-IV(11), les troubles du désir sexuel et de l'excitation sexuelle pour les femmes étaient réparties en deux catégories distinctes.

a) Une déficience ou une absence de fantasmes sexuelles et de désir pour les activités sexuelles. Le jugement sur cette déficience ou cette absence est faite par le clinicien en tenant compte de variables qui affectent le fonctionnement sexuel de la personne comme l'âge et le contexte de vie de la personne

- b) Cette perturbation provoque une détresse importante ou des difficultés interpersonnelles ;
- c) Cette dysfonction n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'axe I (à l'exception d'une autre dysfonction sexuelle) et n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une drogue ou à un autre problème de santé. ». (10, 100,117)

Au moins trois critères sont requis parmi les six suivants pour établir le diagnostic :

1. Aucun/Faible intérêt pour les activités sexuelles
2. Peu/pas de pensées/fantaisies sexuelles
3. Peu/pas d'initiation, et rejet des approches de l'autre
4. Peu/pas de plaisir pendant les rapports sexuels, plupart du temps (75%)
5. Peu/pas d'intérêt ou excitation sexuel en réponse aux stimuli sexuels/érotiques
6. Peu/pas de sensations génitales/non-génitales lors des rapports sexuels, la plupart du temps

Il est également important de justifier si la dysfonction sexuelle est présente en tout temps, c'est-à-dire depuis que la personne est active sexuellement ou bien acquise, apparue après une période de fonctionnement normal.(76). Celle-ci peut aussi être généralisée ou situationnelle, donc limitée à certains partenaires, stimulations, ou situations. Enfin, elle peut être classée comme étant faible, modérée ou sévère en fonction de la détresse associée. Le DSH est causé dans une grande majorité par une dépression, une image corporelle négative, des séquelles d'abus sexuel ou d'autres troubles de la personnalité. Il en vient alors d'aborder ces différents facteurs prioritairement afin d'établir un diagnostic adéquat. D'autres dysfonctions sexuelles pouvant causer un DSH par « contrainte ». Les comorbidités sont donc à étudier avec vigilance.(96)

En effet, le désir sexuel est affecté par une multitude de facteurs aussi bien cognitifs, interpersonnels, relationnels, comportementaux ou biologiques. (76) (figure 14). Pour comprendre et traiter efficacement ce trouble il est donc primordial de prendre le temps d'étudier les facteurs influençant ce désir afin d'aider le couple à trouver un équilibre apaisant entre leurs désirs sexuels et affectifs propre à chacun d'entre eux. Il n'y a donc pas une réponse parfaite et unique pour chaque femme souffrant de ce trouble. Du fait de l'ensemble de ces facteurs, une prise en charge individualisée mais aussi globale du couple, avec les attentes et les besoins de chacun doit être pris en compte.(182) Du fait des différentes conséquences de cette baisse

de désir, on observe en général un impact négatif sur le fonctionnement psychologique et conjugal qui va alors impacter encore plus le désir sexuel, qui favorisera en retour l'aggravation du fonctionnement psychologique et conjugal.

On en distingue plusieurs causes

- désir sexuel hypo-actif primaire (jamais éprouvé de désir) ;
- désir sexuel hypo-actif secondaire après une période du désir normal :
- causes organiques : dépression, iatrogène médicamenteuse : antidépresseurs, neuroleptiques, tamoxifène ; ménopause chirurgicale)
- causes circonstancielles ou psychologiques : choc émotionnel, omission des Préliminaires, dysfonction sexuelle du partenaire, , nudité mal acceptée, conditions sociales de la vie du couple, stérilité (rapport sexuel inutile).

V-1-2-Aversion sexuelle :

Cet état correspond à une conduite visant à éviter d'avoir des rapports sexuels entraînant une souffrance personnelle. La cause est essentiellement psychique. Il faut toutefois veiller à éliminer une névrose phobique. (96)

V-1-3-Excès de désir :

Elle correspond à une exagération des besoins sexuels (hypersexualité ou nymphomanie), à la recherche permanente de nouveaux partenaires (comportements de séduction permanente).

L'excès de désir peut être également une manifestation de troubles psychiatriques comme l'état maniaque ou la psychose.

Devant ce phénomène, il faut savoir éliminer un problème organique sous-jacent :

- Neurologique (tumeur frontale ou temporale, épilepsie partielle, syndrome démentiel) . -Toxique (intoxication alcoolique aiguë).
- Iatrogène (dopaminergiques, antidépresseurs ,corticothérapies).

V -2-Troubles de l'excitation (insuffisance) :

Il s'agit d'un problème en rapport avec le degré d'excitation sexuelle organique ou psychique suffisant

entraînant une souffrance personnelle. Chez la femme, le trouble de l'excitation se définit comme une difficulté ou une incapacité à maintenir une lubrification vaginale satisfaisante et compatible avec la réalisation de l'acte sexuel jusqu'à son terme. Le DSM IV(11) le définit comme : «Incapacité persistante ou répétée à atteindre, ou à maintenir jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel, une activité sexuelle adéquate (lubrification, intumescence). (50). La lubrification résulte d'une transsudation à travers les parois de la muqueuse vaginale à partir de la stimulation érotique physique ou psychique. Il s'agit en fait d'un processus vasocongestif intéressant les plexus veineux, péri vaginaux et péri utérins(192). Le phénomène de lubrification vaginale chez la femme est en fait l'équivalent de la survenue de l'érection chez l'homme. Dans les deux cas, cela dépend des conditions physiologiques adéquates mais aussi, et en même temps, d'un contexte psychologique favorable (144) .C'est chez la femme post ménopausée que le trouble est le plus fréquemment rencontré (210).

V-3- Troubles de l'orgasme.

(48) On distingue :

V-3-1-Anorgasmie.

C'est une absence d'orgasme malgré une stimulation et une excitation adéquate entraînant une souffrance personnelle.(11)

V-3-2-Orgasme insatisfaisant

V-3-3-Orgasme retardé :

La stimulation et l'excitation sont jugées excessives par la femme.

V-4- Vaginisme :

Il s'agit d'une contraction musculaire prolongée ou récidivante des muscles du plancher pelvien (releveurs de l'anus et adducteurs) qui entourent l'ouverture du vagin interdisant la pénétration.

Vaginisme : « Spasme involontaire, répété ou persistant, de la musculature du tiers externe du vagin perturbant les rapports sexuels » (144). Il s'agit de la contraction réflexe, involontaire, des muscles péri vaginaux et releveurs de l'anus. Ce symptôme est la cause féminine la plus fréquente de «non consommation du mariage». D'après certaines études, cela concerne 12 à 17% des femmes qui consultent pour une dysfonction sexuelle. (104, 152)Le plus souvent il s'agit d'un trouble psychologique, mais une cause locale doit toujours être écartée en premier. L'examen gynécologique (si possible car la femme refuse toute pénétration, que ce soit médicale (toucher vaginal), hygiénique ou sexuelle) est ici très important pour éliminer cette exceptionnelle cause organique : une inflammation locale (infection bactérienne, mycose,...) ; un traumatisme périnéal ou malformations vaginales congénitale (agénésie, hypotrophie,...) ; un hymen scléreux et résistant.(50, 104, 152)

V-4- 1- Le vaginisme primaire

Est souvent d'origine psychologique. Il peut avoir comme cause :

-le rigorisme religieux, le conformisme social avec culpabilisation des plaisirs du corps.

-un traumatisme affectif : viol, inceste ; -une tendance homosexuelle latente ;

-le rejet du partenaire (symbolise le refus d'une relation vécue comme état d'infériorité avec un homme que l'on méprise).

V-4- 2-Le vaginisme secondaire

Doit faire rechercher une cause organique par un examen gynécologique complet :

-Traumatisme gynécologique : vaginite mycosique, vaginite à trichomonas vaginite atrophique de la ménopause.

-Traumatisme obstétrical : déchirure, épisiotomie mal réparée.

-Traumatisme iatrogène : cobalthérapie. Le traitement du vaginisme correspond avant tout au traitement spécifique d'une lésion organique. En l'absence de lésion organique, il faut envisager une séance de traitement psychosomatique avec explication anatomique (appareil génital), exploration de son corps (surmonter l'angoisse).

Le vaginisme a un bon pronostic quand la femme accepte de faire ce travail personnel sur son corps.

V-5- Dyspareunie :

Elle correspond à des douleurs déclenchées par les relations sexuelles. La dyspareunie a été une des premières dysfonctions sexuelles à être reconnue comme telle à l'époque de la Grèce antique. (192, 160).

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition (DSM-IV) (11), a proposé une définition : « Douleur génitale persistante ou répétée associée aux rapports sexuels chez la femme ». Ces douleurs survenant soit au moment de la pénétration, soit pendant, soit après le rapport sexuel, le rendant ainsi difficile. Cette plainte, est essentiellement féminine, s'observe avec une fréquence notable: 24% des femmes interrogées dans l'enquête de Spira se sont plaintes de l'existence de dyspareunies (5% souvent et 19% parfois) (144,146).

On distingue 3 types de dyspareunie :

V-5- 1-Les dyspareunies superficielles ou d'intromission :

- une étroitesse pathologique : une bride hyménale, une hypoplasie vaginale, une atrophie vaginale avec au maximum un lichen scléro-atrophique.
- une myorrhaphie trop serrée des releveurs après une cure de prolapsus, cicatricielles scléreuses du périnée après épisiotomie ou déchirure obstétricale.
- Un herpès, un eczéma vulvaire, une fissure anale, mycose, bartholinite, des condylomes

V-5-2- Les dyspareunies de présence :

- une vaginite avec état inflammatoire important.
- une mycose souvent associée à un prurit vulvaire
- atrophie muqueuse (ménopause) ou après une castration chirurgicale
- sécheresse pathologique des muqueuses génitales
- raccourcissement vaginal postopératoire

V-5- 3- Les dyspareunies profondes

(Balistiques ou de choc) de cause toujours organique :

- Inflammation pelvienne : cervicite, annexite, cellulite pelvienne
- Endométriose : rechercher les nodules bleutés du fond vaginal au spéculum et des nodules au toucher des ligaments utérosacrés.

Les dyspareunies ont un bon pronostic quand la cause est traitée suffisamment tôt.

V-6-Paraphilies

V-6-1-Définition

La paraphilie (du grec para « auprès de, à côté de » et philia « amour, porter de l'intérêt à ») est un mot apparu au XXe siècle pour décrire des pratiques sexuelles qui diffèrent des actes traditionnellement considérés comme normaux. Communément, la paraphilie est une sexualité atypique ou marginale. Selon le DSM-IV(11), ce sont des impulsions sexuelles répétées et intenses, et fantasmes sexuellement excitants ou

comportements impliquant : des objets inanimés (fétichisme), l'humiliation ou la souffrance (non simulée) du sujet lui-même ou de son partenaire (sodomasochisme), des enfants ou individus non consentants (pédophilie, exhibitionnisme, voyeurisme, frotteurisme, sadisme, nécrophilie), se prolongeant au moins 6 mois, causant du désarroi ou une détérioration du fonctionnement social, occupationnel ou autre domaine important.

V-6-2-Différents types de paraphilies Selon l'objet:

- Humain : inceste, pédophilie, gérontophilie, nécrophilie ;
- Non humain : fétichisme, zoophilie... Selon l'objectif (le but recherché) :
- Plaisir de la vue : exhibitionnisme, voyeurisme ;
- Plaisir de la souffrance : sadisme, masochisme ;
- Plaisir localisé : bouche, urètre, anus.

V-6-3- Transsexualisme

Le DSM-IV(11) classe le transsexualisme dans les troubles de l'identité sexuelle, les caractéristiques diagnostiques sont :

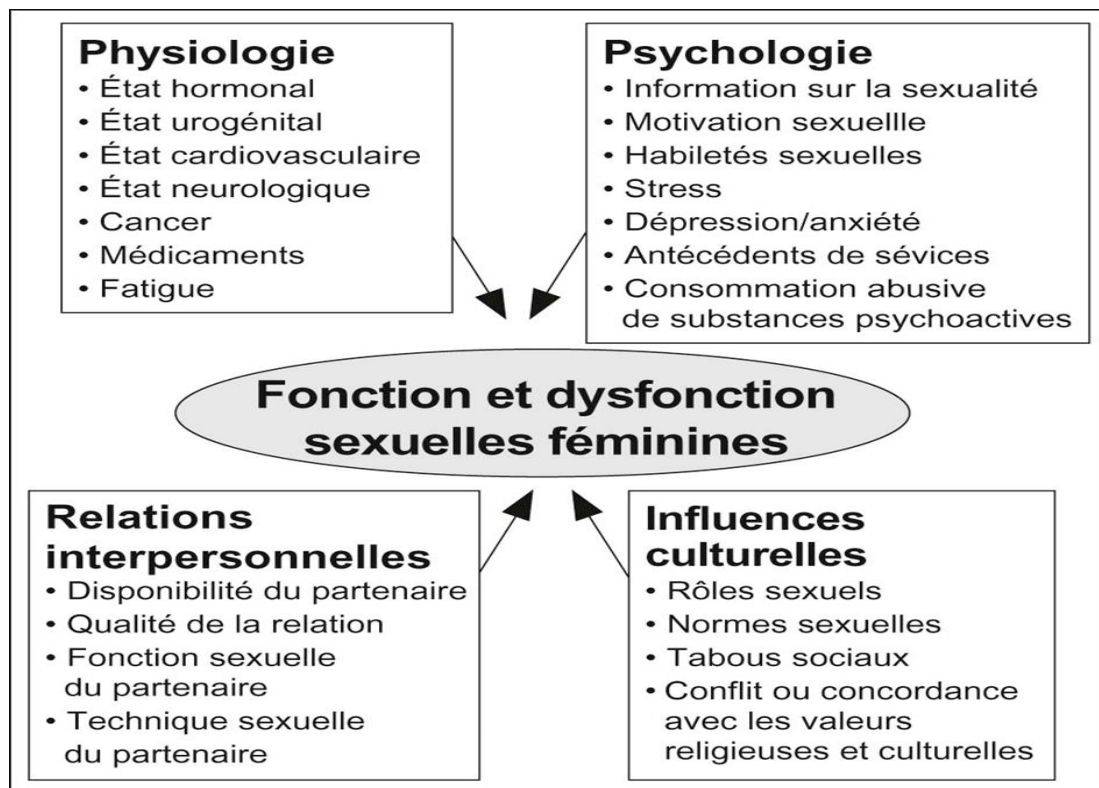
- Identification intense et persistante à l'autre sexe.
- L'expression d'un désir d'appartenir à l'autre sexe.
- L'adoption fréquente des conduites où l'on se fait passer pour l'autre sexe.
- Un désir de vivre et d'être traité comme l'autre sexe.
- Le patient a la conviction qu'il possède les sentiments et les réactions typiques de l'autre sexe. (70)

Sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante(7).

Le patient a la volonté de se débarrasser de ses caractères sexuels primaires et secondaires par : des Traitement hormonal, intervention chirurgical, tenue vestimentaire.

Le patient pense que le sexe avec lequel il /elle est né(e) n'est pas le bon.

La souffrance est significative et s'associe à une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.



Réimprimé à parti de <http://www.womeningovernment.org/files/file/a-z/SherylKingsburg.pdf> avec la permission de l'auteur.

Figure 15 : les différentes étiologies des dysfonctions sexuelles chez la femme(118)

VI- Épidémiologie et Prévalence du trouble du désir sexuel féminin

Les croyances sur la sexualité féminine sont influencées par la culture, l'éducation et la religion. Pendant la plus grande partie de l'existence humaine et dans de nombreuses sociétés, les femmes ont été considérées comme des biens et soumises aux hommes (161).

Peu d'études sur la dysfonction sexuelle féminine ont été menées dans des pays non occidentaux. Chez les femmes turques, 48% avaient un problème de désir (163).

Une autre étude a été menée sur un échantillon représentatif d'une population de 728 femmes casablancaises âgées de 20 ans et plus avait montré que 19% avaient un problème du désir et 15% avaient une aversion sexuelle(106). Une étude à la bande de Gaza concernant 325 femmes ayant des dysfonctions sexuelles, 28% avaient un problème de désir(131).

Dans une étude Saoudienne, il y avait un risque élevé de prévalence (60% avec prédominance du trouble du désir (133). Alors que dans une étude Nigérienne, le problème de désir était présent dans 39% (162).

Bien qu'une grande hétérogénéité existe dans sa prévalence, le manque de désir sexuel apparaît comme le trouble sexuel le plus commun chez les femmes dans toutes les recherches s'intéressant à l'épidémiologie des dysfonctions sexuelles (124).

Dans une étude suédoise portant sur 1 335 femmes âgées de 18 à 74 ans, 34% d'entre elles rapportent avoir déjà vécu une baisse de désir sexuel, assez souvent ou la plupart du temps. Et 43% de ces dernières considèrent la baisse de désir sexuel comme un problème (211). Dans une autre étude américaine portant sur 987 femmes âgées de 20 à 65 ans, 7,2 % des répondantes rapportaient une absence d'intérêt sexuel durant le mois passé(20).

D'autres recherches étudiant 2 467 femmes européennes, âgées de 20 à 70 ans, 16 et 46% d'entre elles ont fait part d'un désir sexuel de faible intensité générant de la détresse (56).

Dans une enquête de population menée auprès de femmes chinoises rurales, 25 % avaient des troubles du désir, 26 % des troubles de l'excitation, 21 % des troubles de la douleur et 31 % des troubles orgasmiques. (122)

Dans une population de femmes iraniennes, a trouvé une prévalence globale de 31,5% de dysfonction sexuelle féminine avec une prévalence de 35% de problèmes de désir (188).

Chez des femmes autrichiennes âgées de 20 à 80 ans, 22 % avaient des troubles du désir (179).

Dans une autre étude en Malaisie, on a avait montré que 25,8 % des femmes présentaient un trouble du désir (99).

Une étude au Brésil, a rapporté un trouble du désir sexuel chez 26,7 % (1).

VII -Etiologies du trouble du désir hypo actif

VII-1-Facteurs médicaux et médicaments liées au DSH

Certains chercheurs ont signalé que certains traitements et conditions médicales (tableau 1) pourraient affecter négativement le désir sexuel chez les femmes. Le Tableau 1 résume quelques maladies qui ont des impacts négatifs possibles sur la libido sexuelle. Les interventions médicales et les maladies peuvent modifier la physiologie de la réponse sexuelle à la fois périphériquement et centralement (17,18). De plus, la présence de troubles sexuels, y compris la perte de sensibilité et la douleur, peut déclencher des réponses négatives qui peuvent faire perdre à ces femmes tout intérêt pour l'expression sexuelle. Conditions médicales à long terme qui conduisent au DSH chez les femmes(158,170 ,130).

Tableau 1 : Conditions médicales à long terme qui entraîne le DSH chez la femme

pathologie	exemple
Trouble de l'humeur (46)	Trouble bipolaire, dépression majeur
Trouble psychotique(30)	schizophrénie
Traitement de cancer (189)	Cancer gynécologique, cancer du sein
Trouble gynécologique (54)	Douleur pelvienne chronique, atrophie vulvovaginale, dyspareunie, prolapsus ; IST
Pathologie du tractus urinaire(227)	Infection urinaire, insuffisance rénale

IST : Infection sexuellement transmissible

Certains médicaments provoquent une diminution de l'appétit sexuelle chez les femmes(tableau2). Chez les patients souffrant de dépression, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont des antidépresseurs couramment prescrits, bien qu'ils entraînent généralement des effets indésirables, notamment des difficultés d'excitation, un orgasme absent, un orgasme retardé et une diminution du désir(83). Cependant, il y a encore peu d'études de résultats évaluant les agents les plus efficaces dans la gestion de la dysfonction sexuelle féminine (DSF).

Tableau 2 : Les médicaments qui affectent le désir sexuel chez la femme

Anti-androgène/ hormone(40)	Agoniste de l'hormone libérant de la gonadotrophine(GnRHa), la contraception hormonale combinée, Spironolactone
Les antihypertenseurs(190)	B bloquant, antagonistes de l'angiotensine II, inhibiteur de l'enzyme de conversion
Les antidépresseurs(187)	Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, les psychotropes
Autres(54,102)	Chimiothérapie, amphétamines, antiépileptique, les narcotiques

Les psychotropes courants causent un dysfonctionnement sexuel. Tous les traitements psychotropes peuvent retentir sur la sexualité féminine, indépendamment de la maladie pour laquelle ils sont prescrits. Les antidépresseurs ont une action délétère sur la fonction sexuelle dans les premières semaines mais semblent améliorer de façon significative les troubles sexuels associés aux dépressions majeures lorsque la dépression est stabilisée par le traitement prescrit, avec cependant des différences selon les molécules. Les troubles sexuels sembleraient plus importants avec l'escitalopram mais ils s'étaient amendés ensuite à 12 semaines avec une amélioration de la fonction sexuelle chez les patientes stabilisées de leur dépression. Dans une étude récente, 17,7 % des femmes avaient un DSH et 3,4 % une aversion sexuelle dans une cohorte de 184 patientes déprimées avec une gravité de la dysfonction corrélée à la sévérité de la dépression. (83)

VII-2-Le type de personnalité de la femme

La personnalité de la femme est un facteur essentiel, car elle va influencer sur sa vision des événements. Les patientes introverties, les patientes obsessionnelles enfermées dans une dynamique de contrôle constante, celles en culpabilité permanente ressentant la sexualité

Comme quelque chose de sale, seront particulièrement exposées à un trouble du désir. L'anxiété est un facteur déterminant, qu'elle soit circonstancielle, ou permanente dans le cadre d'une personnalité anxieuse, la perception des stimulations sexuelles, du « lâcher prise » étant altérée (21). Une mauvaise image de soi y est fréquemment associée. Dans l'enquête de Dunn et al. (61), chez 979 femmes, l'existence d'une anxiété et d'une dépression multipliait le risque d'avoir une dysfonction sexuelle. Une personnalité anxieuse avec la crainte de l'échec pourra pousser la femme à simuler non seulement l'orgasme mais aussi son envie d'un rapport sexuel simplement pour son image narcissique ou pour faire plaisir à son partenaire (49).

Il existe de nombreux facteurs personnels cognitifs pouvant être délétères sur le désir sexuel: ils sont fonction du degré d'information sexuelle de la femme et du contexte socioculturel et religieux dans lequel elle a grandi.

VII-3- Ménopause et DSH

Etymologiquement, le terme ménopause vient du grec « mênos », « mois » et « pausis », cessation. On définit aussi la ménopause par l'arrêt définitif des menstruations, résultant de la perte de l'activité folliculaire ovarienne. La ménopause ne s'installe, habituellement, qu'après une période, plus au moins longue, d'irrégularités menstruelles « la péri ménopause ». (203) Elle survient généralement vers 45-55 ans (60 ans chez certaines femmes). La ménopause n'est pas une pathologie, mais un état physiologique, qui marque la fin de la fertilité. Elle se traduit par une régression des caractères sexuels, des bouffées de chaleur et parfois des perturbations psychiques et neuroendocriniennes neurologiques et hormonales à la fois). (203)

VII-3-1-Modifications biologiques de la sexualité des femmes à la ménopause.

Des modifications physiologiques de la réponse sexuelle, en lien avec la ménopause, ont été établies dans la littérature. En effet, la réaction sexuelle féminine comporte de multiples facettes (anatomiques, psychologiques, physiologiques, hormonales et sociales interpersonnelles) (51). L'excitation sexuelle met en cause des facteurs neurologiques, sensoriels, cognitifs, hormonaux et génétiques : elle semble être tributaire d'une interaction entre le cerveau et une stimulation génitale locale. Les déterminants de la fonction sexuelle mettent donc en jeu des mécanismes centraux et périphériques. La réponse sexuelle comporte quatre phases : excitation, plateau, orgasme et résolution. Pendant et après la ménopause, on observe ainsi une baisse des œstrogènes et de la testostérone, deux hormones qui exercent des effets sur la fonction sexuelle : dans les six mois suivant la dernière menstruation, on constate une baisse abrupte des taux d'œstrogènes, alors que la production d'androgènes (dont la testostérone) décline lentement avec l'âge. L'hypo-œstrogénie se traduit par une atrophie urogénitale et une sécheresse vaginale qui peut entraîner un inconfort, et des douleurs pendant les rapports sexuels (2). Comme il existe une diminution de la lubrification vulvo-vaginale, on observe ainsi que davantage de temps est nécessaire pour la phase d'excitation et l'intensité de l'orgasme s'émousse. Ces variations hormonales peuvent donc influencer la sexualité des femmes autour de la ménopause. Cependant les données de la littérature nous montrent que certaines femmes ignorent ces modifications physiologiques normales liées à l'hypo-œstrogénie et au vieillissement (126). Cela suggère un manque de sensibilisation sur le lien entre les changements hormonaux et la fonction sexuelle. Une meilleure offre de renseignements au sujet de ces modifications normales de la sexualité pourrait dissiper certaines des préoccupations qu'entretiennent les femmes.

Les difficultés d'ordre sexuel sont donc fréquentes autour de la ménopause, dues à une interaction complexe de facteurs individuels. La sexualité y est influencée par le vieillissement ainsi que par la fonction et les expériences sexuelles précédentes. La présence d'un ou d'une partenaire, le fonctionnement sexuel chez ce dernier ou cette dernière, les aspects culturels propres à la patiente, la santé mentale et physique, le stress, le statut socioéconomique, l'utilisation de médicaments et de drogues, l'incontinence urinaire et les modifications de la fonction hormonale sont autant de facteurs qui affectent la fonction sexuelle à cette période de la vie. Ainsi les problèmes peuvent résulter d'une incompréhension, d'un problème de communication avec le partenaire ou bien révéler une réelle dysfonction sexuelle. (203)

VII-3-2- Modifications sur les phases de l'activité sexuelle au cours de la ménopause

VII-3-2- 1-Phase de désir :

Les données classiques font état d'une diminution progressive de l'intérêt sexuel et de la fréquence des rapports sexuels chez la femme ménopausée. De nombreuses études montrent l'implication du déficit androgénique dans le désir sexuel hypo actif chez la femme.

VII-3-2-2- Phase d'excitation et plateau :

Le temps de réponse à une stimulation efficace s'allonge. Des modifications anatomiques vaginales : diminution des sécrétions glandulaires, raréfaction de la vascularisation de la muqueuse vaginale, ainsi qu'une diminution et modification du collagène du tissu conjonctif, la cavité vaginale perd sa souplesse et son expansivité « atrophie vaginale », les sécrétions vaginales et des glandes de Bartholin sont moins abondantes et nécessitent un certain délai, responsables de sécheresse vaginale et dyspareunie. Ces modifications sont dues à la diminution d'œstrogènes. (113)

VII-3-2- 3- Phase d'orgasme :

L'intensité des contractions musculaires diminue du fait de l'atrophie tissulaire, vasculaire et métabolique locale. Les contractions orgasmiques peuvent garder leur rythme, mais leur nombre diminue. (148, 203) Outre les facteurs hormonaux, on note aussi les facteurs psychologiques, de couple, et socio-cultures(164). Les phénomènes de dépression, anxiété, troubles du sommeil, irritabilité... souvent présents à cette période. La dégradation de l'image narcissique de la femme, sa féminité, la perte de sa fonction procréatrice. Le trouble du désir sexuel hypo actif (DSH) est décrit comme « l'absence persistante de fantasmes sexuels ou l'absence de désir sexuel ; et provoquant un stress marqué ou des difficultés interpersonnelles » par le consensus 2016 de la Société internationale pour l'étude de la santé sexuelle des femmes (156). Comme il s'agit du plus fréquent des 4 troubles de la DSF et qu'il affecte environ 10 % des femmes adultes dans le monde (156), il doit être soigneusement évalué et traité par des professionnels de la santé (80).

VII-4--La durée du mariage et DSH

En ce qui concerne la durée du mariage, une étude menée en Iran a révélé qu'en ajustant d'autres variables, à mesure que la durée du mariage augmentait, le DSH augmentait également (89). Ainsi, après 10 ans ou plus de mariage, la possibilité d'avoir du DSH chez les femmes serait 2,4 et 3,2 fois plus élevée que chez les femmes mariées depuis moins de deux ans. De même, de nombreuses autres études ont confirmé la relation inverse entre la durée du mariage et les problèmes de désir sexuel. Les résultats d'une autre étude menée auprès de 356 femmes âgées de 20 à 70 ans, ont indiqué que les femmes qui étaient en couple depuis 20 à 29

ans avaient une baisse du désir sexuel que les femmes qui étaient en couple depuis moins de cinq ans (154). L'examen de Pfaus a également signifié qu'après avoir contrôlé la variable d'âge, le désir sexuel des femmes avait une relation inverse significative avec la durée du mariage (177). L'étude de Kim a également rapporté que les femmes atteintes de DSH qui avaient eu des relations à long terme avaient tendance à avoir des scores inférieurs pour le désir sexuel (114). Par conséquent, ces résultats montrent la nécessité d'adopter des interventions préventives pour promouvoir la santé sexuelle des couples tout au long de leur vie conjugale.

MATERIEL ET METHODES

I-Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude « Cas »versus « témoins », avec deux groupes de femmes qui vont être comparées. L'enquête s'est déroulée, de Septembre 2018 à Février 2020.

II-Population d'étude

L'étude a concerné un échantillon de 800 femmes (400 cas et 400 témoins) recrutées parmi 4011, lors de la consultation de médecine générale dans un centre de santé urbain à la ville de Settat, à 60 km au sud de Casablanca.

II-1-Critères d'inclusion :

- Femmes mariées présentant un désir sexuel hypo-actif, Groupe des « cas »
- Femmes mariées normales, ne présentant pas de désir sexuel hypo-actif, Groupe « témoin »

Pour une meilleure comparaison des deux groupes concernant les différentes variables étudiées, nous avons procédé à un appariement des constantes suivantes : l'âge, l'éducation sexuelle et l'utilisation des moyens contraceptifs

Les femmes enquêtées étaient marocaines âgées de 20 ans et plus et la quasi-totalité des femmes étaient dans un mariage monogame.

II-2- Critères d'exclusion

- Femmes réticentes à l'enquête.
- Absence de consentement.
- Celles qui avaient subi une chirurgie pelvienne majeure.
- Femmes sous hormonothérapie substitutive dans l'année précédente.
- Celles qui présentaient une pathologie organique: Sclérose en plaque, ischémie critique, cushing, adénome à prolactine, insuffisance rénale terminale hémodialysé, cancer sous chimiothérapie.
- Celles souffrant de la toxicomanie.
- Celles dont l'âge est inférieur à 20 ans
- Femmes ayant formulé des réponses incomplètes.

III-Déroulement de l'enquête

Via un questionnaire exhaustif comportant plusieurs questions sur les différentes variables qui peuvent affecter le désir sexuel chez la femme, j'ai réalisé une enquête qui a concerné 800 femmes âgées de 20 ans et plus, qui venaient consulter leur médecin généraliste.

La plupart des questions étaient de types fermés pour faciliter la réponse et l'analyse, et des questions ouvertes. Un entretien avec les femmes s'est déroulait en arabe dialectal marocain pour mieux recueillir les données.

Les femmes qui avaient accepté de participer à l'enquête, étaient disponibles pour un entretien d'une heure et ont été interrogées confidentiellement sur leur santé sexuelle. Elles ont été divisées en quatre groupes d'âge, <26, 27-37, 38-48 et >48 ans.

Le recrutement de ces femmes était un processus difficile et long, car la plupart d'entre elles hésitaient à parler de leur vie sexuelle. L'entretien a donc été marqué par beaucoup de pudeur.

IV-Définitions et Outils

Nous avons analysé les variables décrites dans la littérature comme ayant potentiellement un effet sur le désir sexuel chez la femme, notamment l'âge, l'état matrimonial, la parité, le statut socio-économique la dépression, les comorbidités et le niveau d'éducation (11, 124,171)

Ainsi, les questions verbales que nous avons posées étaient en dialecte pour le recueil des renseignements généraux (démographiques socio-économiques, psychiques et prises médicamenteuses...)

Le désir sexuel hypo actif a été défini par l'absence de pensées, de motivation ou de réceptivité à l'activité sexuelle. Il était classé primaire, lorsque la femme n'avait jamais eu un intérêt sexuel et secondaire, lorsqu'il s'était installé après une période (Critères de DMS IV). (11)

L'aversion sexuelle a été définie par un dégoût de l'activité sexuelle qui s'inscrit dans un trouble de développement psychosexuel.

Pour avoir des informations sur le désir sexuel, on a demandé à la femme si elle a des rêveries érotiques, fantasmes concernant l'acte sexuel ou bien des pensées d'ordre sexuel.

Plusieurs variables ont été élaborées lors de la comparaison des deux groupes de femmes enquêtées :

- **Le niveau d'instruction**, traduisant l'accès des femmes aux aptitudes de lire et d'écrire.

- **Le statut socioéconomique**, mesure la position sociale d'une personne ou d'une famille d'après son salaire. Un niveau socioéconomique bas est déterminé par un revenu inférieur à 2828 DH. La suffisance du revenu est le montant de revenu nécessaire pour qu'une personne puisse subvenir à ses besoins vitaux de base. (5)
- **Le niveau d'éducation sexuelle** a été apprécié par la présence de connaissances fiables sur la sexualité, basées sur un modèle sain d'éducation sexuelle au cours de leur cursus scolaire et sur des informations sur des pratiques sûres de comportement sexuel avant leur mariage.
- Le type de **contraceptifs** utilisés il y avait :des femmes qui prenaient une contraception hormonale combinée, la grande majorité prenaient un oestroprogestatif contenant 0,15 mg de levonorgestrel et 0,03 mg d'éthinylestradiol. Les autres, utilisatrices de dispositif intra-utérin étaient sous TCU 380® (stérilet au cuivre).
- **Le caractère traumatisant du premier rapport** : il s'agissait de la présence ou non d'une souffrance physique pendant la défloration lors de la nuit de noces.
- **L'image érotique** de soi positive était retenue lorsque la femme se sentait désirable. On a demandé aux femmes des informations sur le degré de satisfaction concernant chaque partie et aspect de leur corps et la préoccupation concernant leur poids. L'image de soi est fondamentale pour l'expression du désir sexuel: une image du corps altérée va inhiber le désir sexuel, par honte, par peur du jugement de l'autre, la femme étant souvent dans un jeu de séduction. Cette image de la femme, qui doit être éternellement jeune et séduisante, est largement entretenue par les médias et peut renforcer le malaise de la femme (49).
- **La prise de l'initiative** lors d'un rapport sexuel : on a demandé si elles émettaient une réserve ou bien elle pouvait l'entreprendre.
- **Les médicaments** affectant potentiellement l'activité sexuelle étaient les antidépresseurs, les antihistaminiques et les anxiolytiques.
- **Le facteur « stress »** : Pour apprécier l'état de stress, nous avons posé la question : avez-vous observé ou constaté des perturbations physiques ou psychologiques lorsque vous êtes exposées à des contraintes. Bien que nous n'ayons pas pleinement utilisé les propriétés psychométriques de l'échelle de stress perçu et de l'échelle d'anxiété et de dépression à l'hôpital (HADS) pour mesurer le stress, la perception du trouble était pertinente. Elles étaient dans les contraintes, le stress sur les tâches ménagères, l'organisation familiale et les activités professionnelles ou si elles avaient du mal à dormir.

- **L'activité physique** : Pour évaluer cette activité, on a demandé aux femmes la fréquence de cette activité par semaine, l'exercice était-il modéré ou intense et si elles pratiquaient la marche, jogging, ou sport aérobic ou autres activités.

- Puisque les femmes atteintes de DSH souffrent de problèmes émotionnels et psychologiques dus à ce trouble, avec un impact important sur l'image corporelle, des sentiments d'inquiétude, de tristesse, de frustration, de colère et d'inquiétude. (58), nous avons procédé à évaluer le **retentissement du DSH** sur le bien être psychique des femmes enquêtées ainsi que le type de souffrance qu'elles ont pu ressentir (117).

- **L'éducation familiale**, traduisant la pédagogie familiale qui représente la façon dont les parents perçoivent et contrôlent émotionnellement l'enfant. Cela signifie la transmission d'un certain nombre de valeurs qui aideront l'enfant à développer sa propre personnalité. On a essayé d'apprécier quel type d'éducation avait reçu les femmes étudiées.

Différents types d'éducation familiale :

-Harmonieuse : éducation familiale avec souplesse, favoriser l'échange, être bienveillant, la respecter et de ne pas la juger avec estime de soi.

-Rigide : environnement rigidement structuré : les parents contrôlent fortement l'enfant, La règle est imposée, sans négociation

-Culpabilisante : La culpabilité, de façon générale, est souvent reliée à des représentations idéales et idéalisées, que l'on pense devoir atteindre. Ces représentations quant à la parentalité sont en lien avec nos croyances issues de notre environnement parental et familial, culturel et sociétal.

V-Considérations éthiques :

Les femmes recrutées ont été informées du but de l'étude. Seules les femmes adhérentes après consentement libre et éclairé ont été recrutées. Le recueil des données a été effectué avec le respect de l'anonymat des patientes et de la confidentialité de leurs informations

VI-Analyses statistiques :

Pour comparer les fréquences des différentes variables qualitatives étudiées à savoir les tranches d'âge, les paramètres socio-économiques, les données cliniques et médicamenteuses et les données relatives à la sexualité, nous avons utilisé le test χ^2 de Pearson, complété par des rapports de cotes (OR) et des intervalles de confiance (IC) à 95 % qui ont été utilisés pour estimer la force des associations. Les analyses ont été

Etude des facteurs influençant le dysfonctionnement sexuel Chez la femme.

effectuées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics, Chicago Illinois, version 21. Le niveau de signification statistique était ($p < 0,05$).

RESULTATS

Sur un échantillon de 4011 femmes qui avaient consulté pendant la période d'étude, on a noté que 400 femmes (soit environ 10%) présentaient un désir sexuel hypo-actif. Cette rubrique comporte une première partie descriptive, suivi d'une étude analytique pour chaque variable et en dernier lieu une analyse multivariée des facteurs prédictifs du désir sexuel hypo actif.

I- Résultats descriptifs et analytiques.

Dans cette étude cas-témoin, les deux groupes avaient la même moyenne d'âge, la même répartition selon l'éducation sexuelle et l'utilisation de différents moyens de contraception.

I-1- Age des femmes

Dans cette étude cas-témoin, l'âge moyen était de 42 ans \pm 3,45 avec des extrêmes allant de 20 à 69 ans. La tranche d'âgés de 30 à 40 ans a été la plus représentée, avec 143 cas soit un taux de 35,75%.

Tableau 3: Répartition des femmes étudiées selon leur âge

Tranches d'âges (années)	Cas	Témoins	Total
20-30	88(22%)	88(22%)	176
30-40	143(35,75%)	143(35,75%)	286
40-50	101(25,25%)	101(25,25%)	202
>50	68(17%)	68(17%)	136
Total	400(100%)	400(100%)	800

I-2- Education Sexuelle

Seules 9% des femmes déclarent avoir reçu des séances d'éducation sexuelle pendant leurs années scolaires (en fait, les cours portaient sur seulement l'anatomie et la fonction de reproduction).

Tableau 4: Répartition des femmes étudiées selon l'éducation sexuelle

Education Sexuelle	Cas	Témoins	Total
Non	364(91%)	364(91%)	728
Oui	36(9%)	36(9%)	72
Total	400(100%)	400(100%)	800

I-3-Contraception utilisée

Dans notre étude les femmes utilisaient fréquemment la contraception hormonale combinée (65,5%). (Tableau 5).

Tableau 5: Répartition des femmes enquêtées selon les moyens de contraception utilisés

Type de contraception	Cas	Témoins	Total
Contraception hormonale combinée	263(65,5%)	263(65,5%)	526
Stérilet	17 (4,2%)	17 (4,2%)	34
Sans	120(30,2%)	120(30,2%)	240
Total	400(100%)	400(100%)	800

I-4-Les différents types du désir sexuel hypo actif (DSH)

Les différents types de trouble du désir rencontrés chez les femmes étudiées sont :

- Le désir sexuel hypo actif secondaire (98%)
- Le désir sexuel hypo actif primaire (9%)
- Le désir sexuel hypo actif (sélective) situationnel (1%)
- L'Aversion sexuelle (1%)

Le DSH secondaire est le plus rencontré et représente 98 % des cas des femmes étudiées (Figure17).

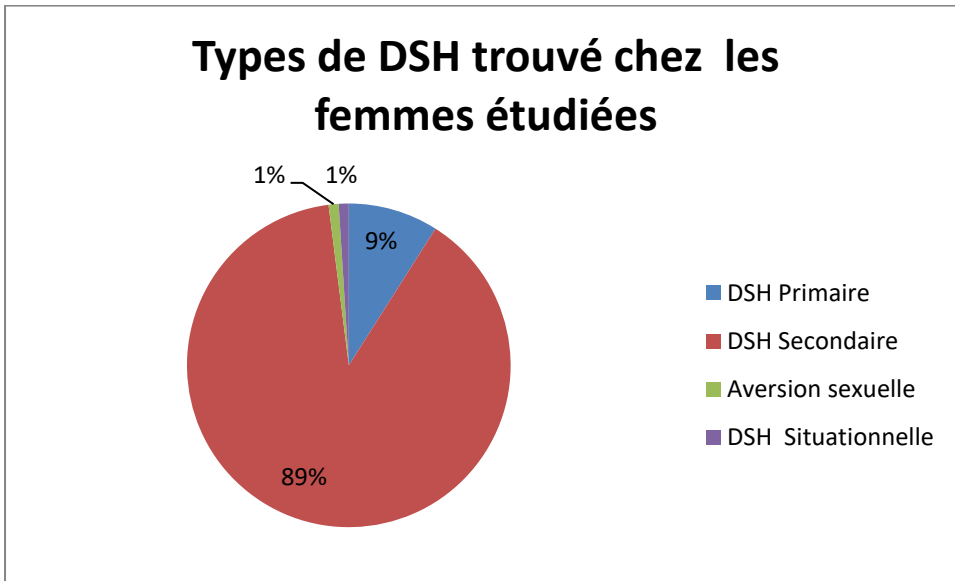


Figure17: Différents types de Désir Sexuel Hypo actif

I-5- Niveau d'instruction de la femme

Dans le groupe « cas », il y avait une sur représentation des femmes analphabètes soit 364 cas (91%) et une minorité des femmes étaient scolarisées soit 36 femmes (9%). Pour le groupe témoin, la majorité des femmes était scolarisée, soit 256 femmes (64 %). (Tableau 6)

Tableau 6 : Répartition des femmes enquêtées selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Cas	Témoin	Total
Analphabète	364 (91%)	144 (36%)	508
Scolarisée	36 (9%)	256 (64%)	292
Total	400(100%)	400(100%)	800

En ce qui concerne l'analyse univariée le groupe des femmes ayant un DSH, l'analphabétisme a été noté chez 63.5%. Pour le groupe « témoin », les femmes scolarisées représentaient les deux tiers du groupe, soit 67.25%.

Ainsi, la relation entre le niveau d'instruction des femmes étudiées et le désir sexuel hypoactif était statistiquement significative ($p < 0,001$) (Tableau 7).

Tableau 7 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon niveau d'instruction des femmes étudiées

Niveau d'instruction	Cas	Témoin	Valeur p
Analphabète	364 (91%)	144 (36%)	< 0,0001
Scolarisée	36 (9%)	256 (64%)	
Total	400(100%)	400(100%)	

I-6- Age du mariage de la femme

Dans notre étude, le début de l'activité génitale chez les femmes enquêtées, commençait avec le mariage, étant donné que la majorité des femmes marocaines déclaraient s'abstenir de toute relation sexuelle avant le mariage. La majorité des femmes pour les deux groupes étudiés, a eu un début de l'activité génitale entre 19 et 25 ans.

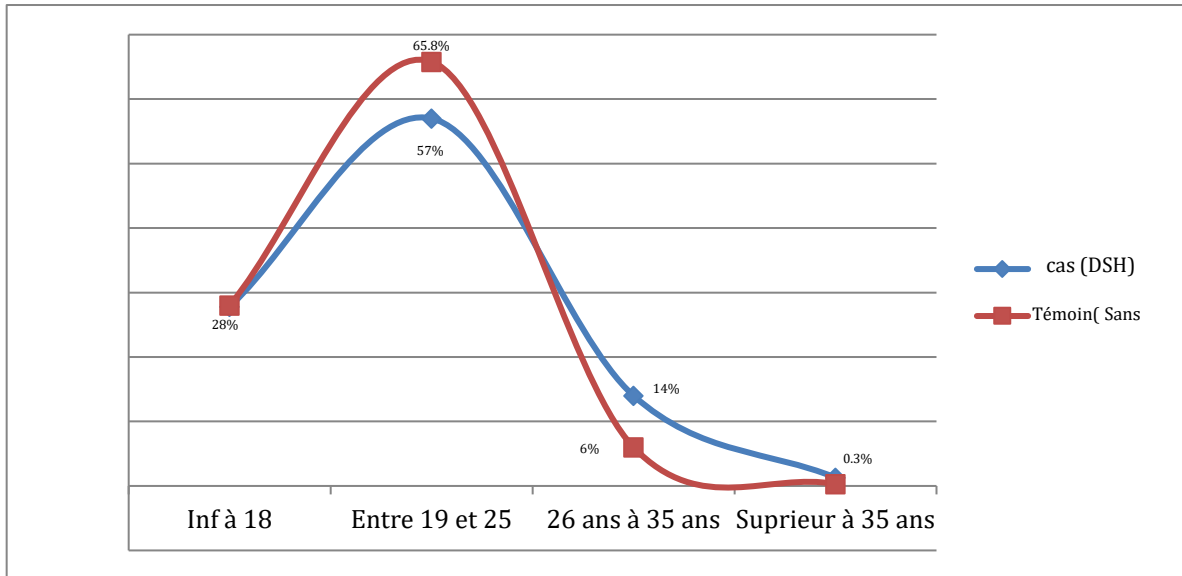


Figure18 : Répartition des femmes selon l'âge du mariage de la femme étudiée.

Pour l'étude univariée, les deux groupes « cas » et « témoin », l'âge du mariage des femmes entre 19 et 25 ans, était sur représenté 57% chez les femmes avec DSH versus versus 65,75% chez le groupe témoin.

En revanche la tranche d'âge du mariage entre 26 à 35 ans des femmes avec DSH, représentait le double par rapport au groupe « témoin ».

La variable âge du mariage était statistiquement significative (Tableau 8)

Tableau 8 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon le début de l'activité sexuelle

Début de l'activité sexuelle=âge de mariage	Cas	Témoins	Valeur P
Inférieur à 18 ans	111 (27,75 %)	112 (28 %)	P<0,0001
Entre 19 et 25 ans	228 (57 %)	263 (65,75%)	
Entre 26 à 35 ans	56 (14%)	24 (6%)	
Supérieur à 35 ans	5 (1,25%)	1 (0,25%)	
Total	400(100%)	400(100%)	

I-7 Le statut professionnel de la femme

Dans notre étude, nous avons noté une nette prédominance des femmes sans profession soit 307 femmes avec DSH (76,80%) et 293(73,2%) pour le groupe « témoin ». Seulement 23,2% des femmes cas avaient une profession en dehors du domicile.

Tableau 9 : Répartition des femmes étudiées selon leur statut professionnel

Profession	Cas	Témoins	Total
Avec Profession	93 (23,20%)	107(26, 8%)	200
Sans Profession	307(76 ,80%)	293 (73,2%)	600
Total	400(100%)	400(100%)	800

L'analyse uni varié a montré que dans, le groupe des femmes ayant un DSH, les femmes de foyer étaient majoritaires, soit 76,75%. Un résultat similaire a été observé chez le groupe « témoin » soit 74%.

Nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre la profession de la femme et le DSH (Tableau 10).

Tableau 10 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon la profession des femmes étudiées

Profession	Cas	témoin	Valeur p
Avec	93(23,25%)	131(32,75%)	0,288
Sans	307(76,75%)	296(74%)	
Total	400(100%)	400(100%)	

1-8-Age du mari

Concernant l'âge du mari, la tranche d'âge la plus représentée dans le groupe des femmes avec DSH était celle plus de 50ans, soit 165 cas (41,25%). La tranche d'âge des maris représentée dans le groupe des témoins était celle entre 40-50 ans, soit 132 (33%) (Figure 19)

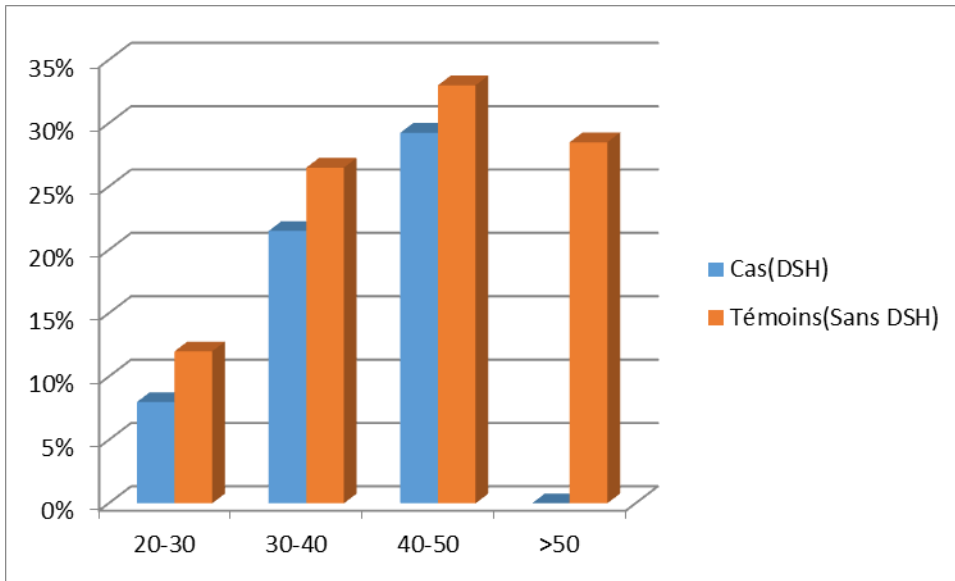


Figure19 : Répartition des femmes étudiées selon l'âge de leur mari

L'âge de plus de 50ans des maris était majoritaire chez le groupe des femmes avec DSH, avec 41,25%. Pour le groupe témoin la tranche d'âge 40-50 ans était la plus représenté soit 33%.

L'âge du mari était une variable statiquement significative (Tableau 11).

Tableau 11 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon l'âge du mari

Tranches d'âges (années)	Cas	Témoins	Valeur p
20-30	32(8%)	48(12%)	<0,0001
30-40	86(21,5%)	106(26,5%)	
40-50	117(29,25%)	132(33%)	
>50	165(41.25%)	114(28,5%)	
Total	400(100%)	400(100%)	

I-9-Niveau d'instruction du mari

Le niveau d'instruction le plus représenté dans le groupe des « cas » était les Analphabètes, soit 144 cas (36%). Le niveau d'instruction le plus représenté dans le groupe des témoins était le primaire (36%). (Tableau12)

Tableau 12: Répartition des femmes selon le niveau d’instruction du conjoint

Niveau d’instruction du mari	Cas	Témoin	Total
Analphabète	144 (36%)	133(33,25%)	277
Primaire	68(17%)	144(36%)	212
Secondaire	119(29,75%)	94(23,5%)	213
Supérieur	67(16,75%)	28(7%)	95
Total	400(100%)	400(100%)	800

L'analyse univariée a révélé que la proportion de maris analphabètes était plus élevée dans le groupe « cas » que dans le groupe « témoins », à 36 % et 33,25 %, respectivement. De plus, le groupe 'témoin' avait environ deux fois plus de maris avec une éducation primaire que le groupe 'cas'. Les deux groupes étaient similaires en termes de niveau d’études secondaires. Enfin, les maris qui ont suivi une formation dans le supérieur sont plus fortement représentés dans le groupe « cas » que dans le groupe « témoin ».

Fait important, le facteur d’éducation des hommes était statistiquement significatif. (Tableau 13)

Tableau 13 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon le niveau d’instruction du conjoint

Niveau d’instruction	Cas (DSH)	Témoins (Sans DSH)	Valeur P
Analphabète	144 (36%)	133(33,25%)	< 0.0001
Primaire	68(17%)	144(36%)	
Secondaire	119(29,75%)	94(23,5%)	
Supérieur	67(16,75%)	28(7%)	
Total	400(100%)	400(100%)	

I-10-Le statut professionnel du conjoint

Les maris sans profession étaient majoritaires d'une manière similaire dans le groupe des femmes avec DSH, soit 307 (76,75%) et dans le groupe des témoins avec 298 femmes (74,5%).

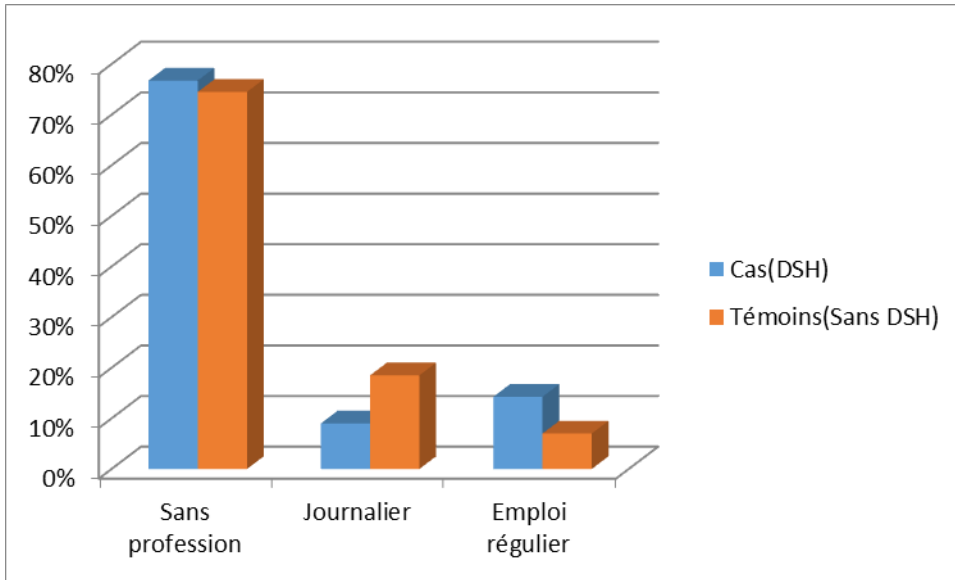


Figure20. Répartition des femmes enquêtées selon le statut professionnel de leur conjoint

L'étude univariée a montré que dans le groupe des femmes avec désir sexuel hypo actif, nous avons trouvé que 76,75% de leurs maris étaient sans profession.

Dans le même sens, les maris sans profession étaient aussi majoritaires pour le groupe « témoins » soit 74,5%.(Tableau 14)

Tableau 14 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon le statut professionnel de leur conjoint.

Profession du mari	Cas	Témoins	Valeur P
Emploi régulier	57 (14,25%)	28 (7%)	< 0.0001
Journalier	36(9%)	74(18,5%)	
Sans Profession	307 (76.75%)	298 (74,5%)	
Total	400(100%)	400(100%)	

I-11- Caractère traumatisant du premier rapport sexuel

La majorité des femmes souffrant d'un désir sexuel hypo actif, avaient déclaré que leur premier rapport sexuel était traumatisant (86,50%). Alors que pour le groupe « témoin », il y avait que 43,5% des femmes qui avaient souffert lors de la nuit des noces.

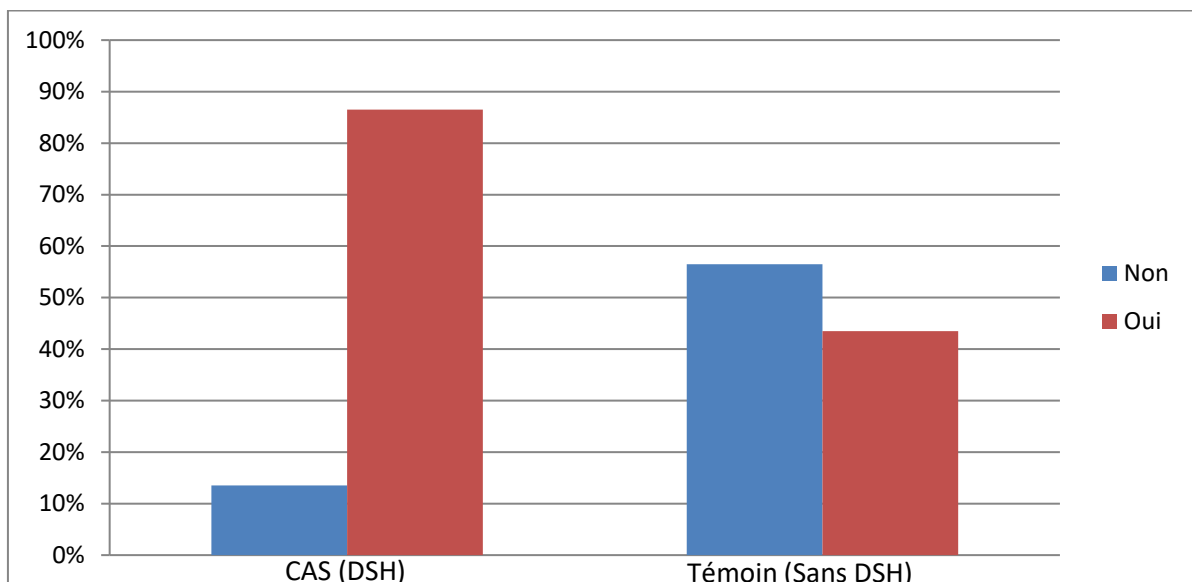


Figure21 : Répartition des femmes selon Le caractère traumatisant du premier rapport sexuel.

L'analyse univariée a montré que seuls 54 femmes ayant le DSH (13,5%) avaient rapporté qu'elles n'avaient pas eu de traumatisme lors de la nuit des noces, alors que 346 femmes d'entre elles (86,5%) avaient déclaré que cet évènement était éprouvant.

Pour le groupe « témoin » plus de la moitié des femmes n'avaient pas eu de traumatisme lors de la nuit des noces, soit 226 cas (56,5%).

La variable caractère traumatisant du premier rapport sexuel était statistiquement significative (Tableau 15)

Tableau 15 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon le Caractère traumatisant du premier rapport sexuel.

Caractère traumatisant du premier rapport	Cas	Témoins	Valeur P
Non	54 (13,5%)	226(56,5%)	< 0.0001
Oui	346(86,5%)	174(43,5%)	
Total	400(100%)	400(100%)	

I-12- Fréquence des rapports sexuels / Semaine

Les rapports sexuels par semaine étaient plus fréquents pour les femmes témoin. A l'opposé, des femmes ayant un DSH, avaient des rapports sexuels moins fréquents.

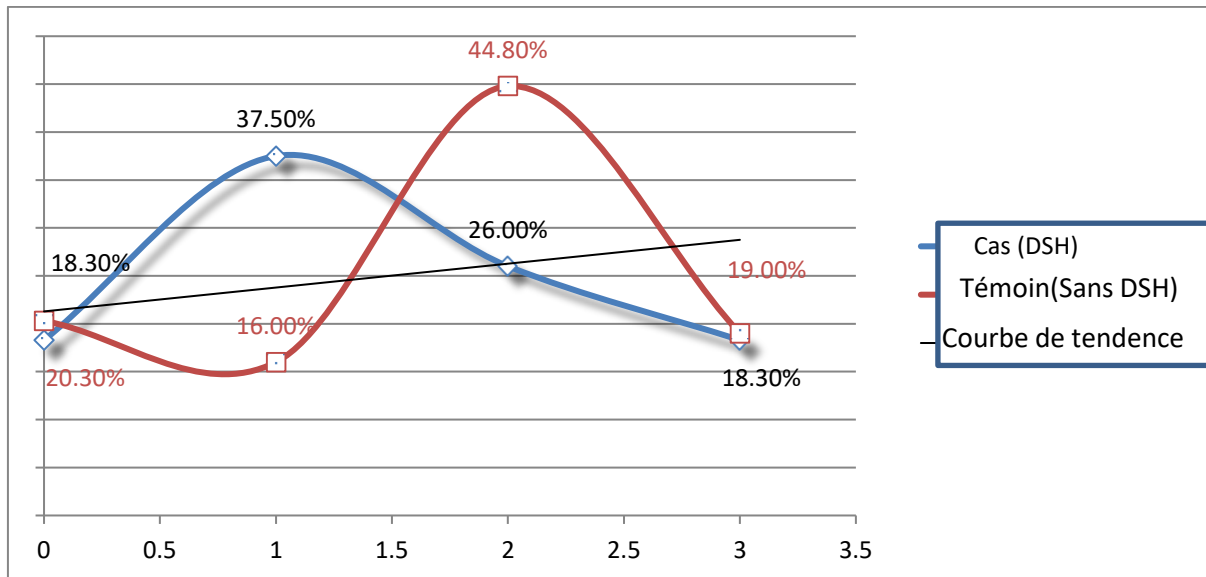


Figure 22: Répartition des femmes selon la fréquence des rapports sexuels par semaine

En ce qui concerne l'analyse uni varié : les femmes ayant le DSH, la fréquence d'une fois par semaine des rapports sexuels, était de 37,5%, alors qu'elle était de 16% dans le groupe « témoin ».

Par ailleurs, la fréquence de deux fois par semaine des rapports sexuels, était surreprésenté chez le groupe « témoin » avec 44,75% versus 26% chez le groupe des femmes avec DSH.

Nous avons noté que la fréquence des rapports sexuels par semaine était statistiquement significative (Tableau 16).

Tableau 16 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon la fréquence des rapports sexuels par semaine.

Fréquence des rapports sexuels par semaine	Cas	Témoins	Valeur P
0	73 (18,25 %)	81 (20,25 %)	<0,0001
1	150 (37,5 %)	64 (16%)	
2	104(26%)	179 (44,75%)	
3	73 (18,25%)	76 (19%)	
Total	400(100%)	400(100%)	

I-13-Initiative Sexuelle

La variable initiative sexuelle lors du rapport sexuel était absente (désigné par non dans le graphe) dans les trois quart pour les deux groupes de femmes étudiées « cas » et « témoin ». Seuls 12, 8% pour le premier groupe et 13, 3% pour le deuxième groupe qui avaient déclaré faire des initiatives sexuelles lors des rapports sexuels (désigné par oui dans le graphe) (Figure 23).

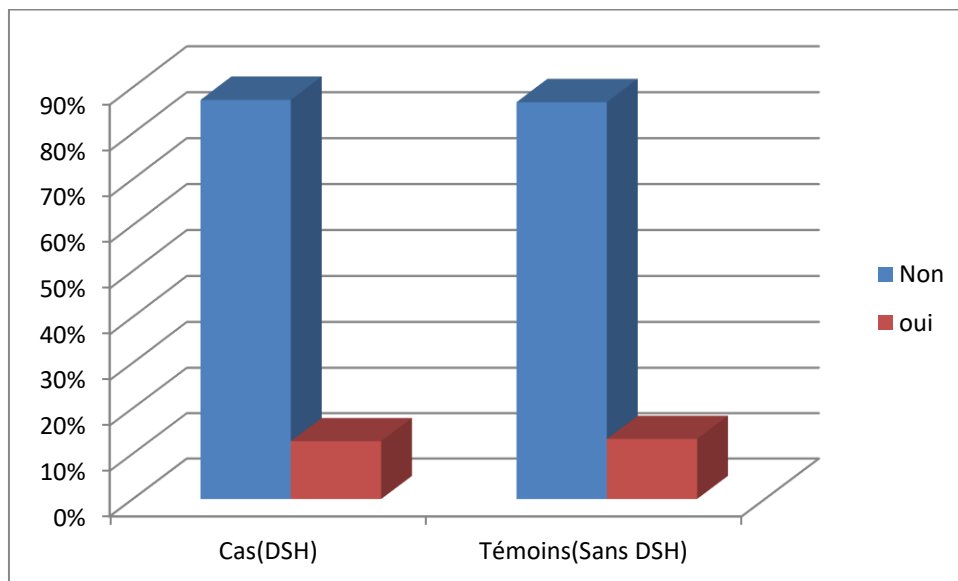


Figure 23: Répartition des femmes selon la prise l'initiative sexuelle lors de l'acte sexuel

Pour l'étude univariée, l'absence d'initiative sexuelle était fortement observée dans les deux groupes de femmes étudiées avec 87,25% chez le groupe « cas » et 86,75% chez le groupe « témoin » (Tableau 17).

Tableau 17 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon l'initiative sexuelle.

Initiative sexuelle	Cas	Témoins	Valeur P
Non	349 (87,25%)	347(86,75%)	0,833
oui	51 (12,75%)	53 (13,25%)	
Total	400(100%)	400(100%)	

I-14-Relation Image érotique de soi et désir sexuel hypoactif

Le facteur image érotique de soi positif (désigné dans le graphe par oui) était de 51,8% chez le groupe témoin. A noter que l'absence d'image érotique de soi (désigne dans le graphe par non), ce facteur était fortement présent (80,8%) dans le groupe des femmes ayant un désir sexuel hypo actif (DSH) (Figure 24).

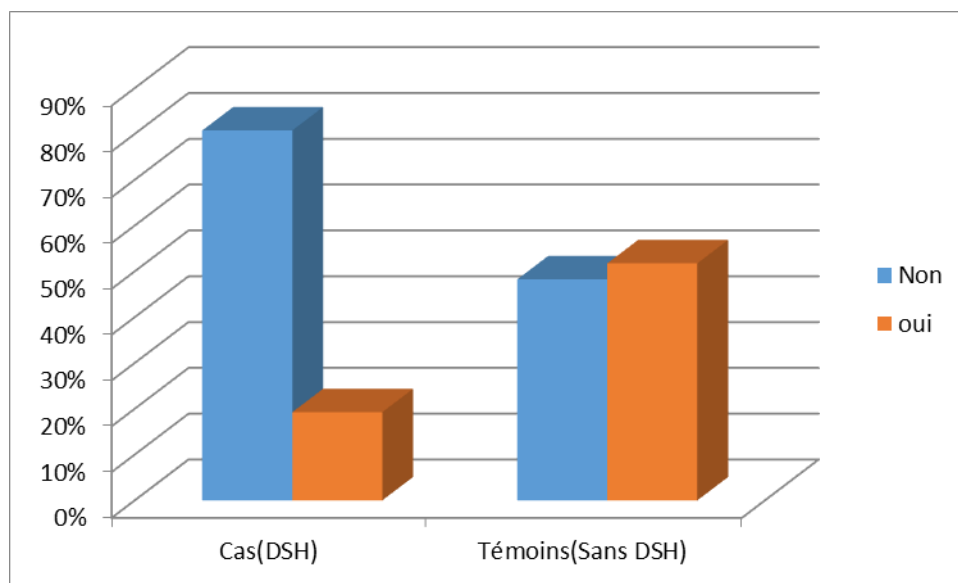


Figure24 : Répartition des femmes selon l'image érotique de soi.

L'étude univariée a montré que le groupe des « cas », 80,75% des femmes avaient déclaré l'absence d'image érotique de soi. Ce taux d'absence d'image érotique de soi descend jusqu'à 48,25% dans le groupe des « témoins ». Cependant, l'image érotique de soi était plus présente dans le groupe des « témoins » (51,75% versus 19,25%).

Le facteur, image érotique de soi n'était pas statistiquement significative. (Tableau 18)

Tableau 18 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon l'image érotique de soi.

Image érotique de soi	Cas	Témoins	Valeur P
Non	323(80,75%)	193(48,25%)	0,833
oui	77 (19,25%)	207(51,75%)	
Total	400(100%)	400(100%)	

I-15- Conditions socio-économiques et désir sexuel hypoactif

Dans notre étude, Un bas niveau socioéconomique était prédominant chez les femmes ayant un DSH avec 84,4% versus 24,3% chez les femmes « témoin ».

Les conflits familiaux observés étaient presque identiques pour les deux groupes étudiés (Figure25).

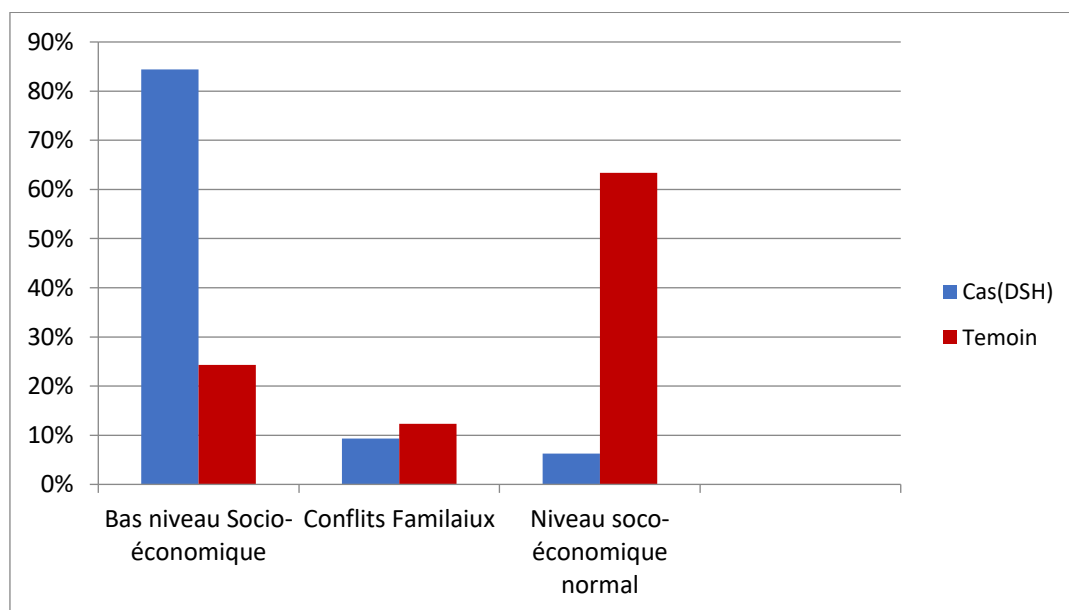


Figure 25 : Répartition des femmes selon les conditions socio-économiques

Etude des facteurs influençant le dysfonctionnement sexuel Chez la femme.

Une analyse univariée a montré qu'un bas niveau socio-économique a été observé chez 64% des femmes avec un DSH, alors qu'il a été noté seulement chez 21% des femmes du groupe « témoins ».

Le facteur conflit avec le mari, représentait douze fois plus chez les femmes avec un DSH que dans le groupe témoin. Aussi, le logement exigü a été noté chez six fois plus de femmes avec un DSH (soit 20%) que chez les femmes du groupe témoin (soit 3,25%).

Néanmoins, nous avons noté qu'il y avait trois fois plus de femmes du groupe témoin (11,75%) qui cohabitaient avec la belle-mère versus le groupe des « cas » (3, 25%) (Tableau 19).

Ainsi, Les facteurs socio-économiques étaient statistiquement significatifs.

Tableau 19 : Comparaison des « cas » versus « témoins » selon les facteurs socioéconomiques.

Facteur socio-économiques	Cas	Témoins	Valeur P
Bas niveau socio-économiques	258(64%)	84(21 %)	<0,0001
Cohabitant avec belle mère	13(3,25%)	47(11,75%)	
Conflits avec le mari	24(6%)	2(0,5%)	
Exigüité du logement	80(20%)	13(3,25%)	
conditions socio-économique favorable	25(6,25%)	254(63,5%)	
Total	400(100%)	400(100%)	

I-16- Pathologies gynécologiques et désir sexuel hypo actif

Nous n'avons pas noté de pathologies gynécologiques chez la majorité des femmes des deux groupes étudiés. L'absence de ces pathologies était respectivement de 71,5% pour le groupe « cas » et 89,5% pour le groupe témoin. Nous avons noté également que 22,25% des femmes ayant un DSH et 9% des femmes « témoin » étaient ménopausées.

Les infections sexuellement transmissibles IST ont été observées uniquement chez 6,25% chez le groupe « cas » et 1,5% chez le groupe témoin (figure 26).

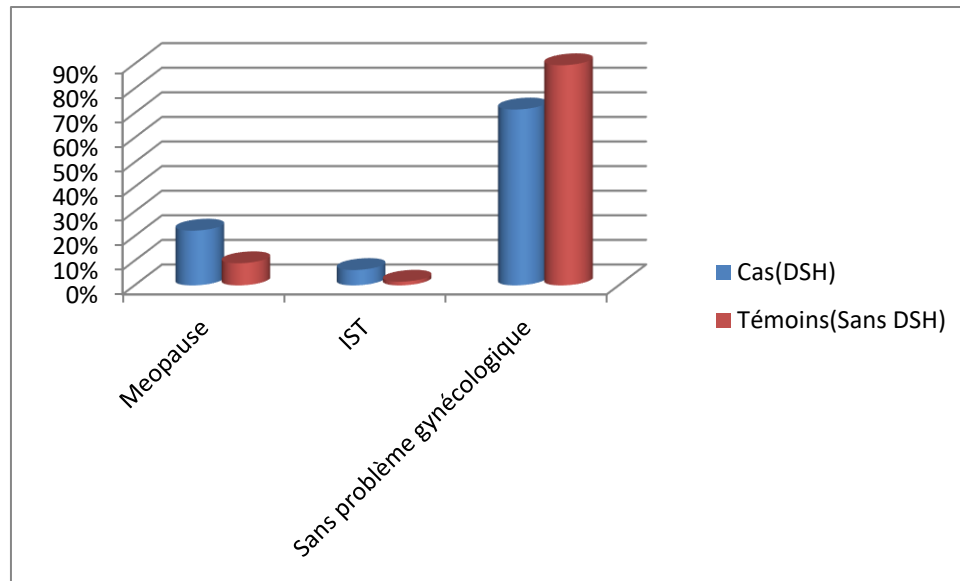


Figure 26: Répartition des femmes selon les pathologies gynécologiques

En ce qui concerne l'analyse univariée, le groupe des « cas », la ménopause était la plus représentée soit 89 femmes (22,5%). Le taux de ménopause descend jusqu'à 36 cas (9%) pour le groupe « témoin ».

Dans cette étude cas-témoin, les deux groupes avaient une sous-représentation des infections sexuellement transmissibles (6,25% versus 1,5%).

La variable pathologie gynécologique était statistiquement significative (Tableau 20).

Tableau 20: Comparaison cas versus témoins selon les pathologies gynécologiques.

Pathologies gynécologiques	Cas	Témoins	Valeur p
Infections sexuellement transmissibles	25 (6,25 %)	6 (1,5 %)	<0,0001
Ménopause	89 (22,5 %)	36(9%)	
Sans pathologie gynécologiques	286(71,5%)	358(89,5%)	

I-17- Impact des maladies chroniques sur le désir sexuel hypoactif

Dans le groupe des femmes ayant un DSH, 59 femmes d'entre elles (14, 8%) avaient des maladies chroniques. Le diabète était présent dans 13% et l'hypothyroïdie dans 1,8%.

Dans le groupe témoin, seulement 4 femmes (1,1%) présentaient des maladies chroniques (Figure 27).

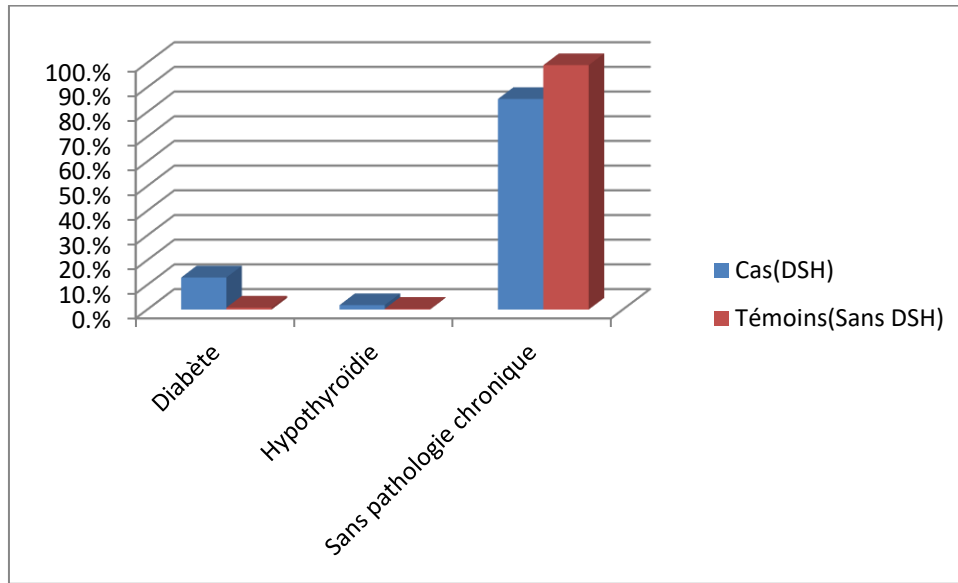


Figure 27: Répartition des femmes selon les maladies chroniques.

Pour l'analyse univariée, le diabète était l'étiologie endocrinienne la plus retrouvée soit 52 cas (13%), pour le groupe cas. Suivit d'un taux de 1,8% pour l'hypothyroïdie.

Pour le groupe témoins, presque la quasi-totalité des cas n'avaient pas de pathologies chroniques soit 99%.

Le facteur « pathologies endocriniennes » était statistiquement significatif ($p < 0,0001$) (Tableau 21)

Tableau 21 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon la pathologie chronique.

Pathologie chronique	Cas	Témoins	Valeur p
Diabète	52(13%)	3(0,8%)	<0,0001
Hypothyroïdie	7(1,8%)	1(0,3%)	
Sans pathologie chronique	341(85,3%)	396(99%)	
Total	400	400	

I-18- Impact de la prise médicamenteuse sur le désir sexuel hypoactif

Dans le groupe des femmes ayant un désir sexuel hypoactif, 31,7% avaient une prise médicamenteuse répartie comme suit : les antihypertenseurs (12,5%), les antihistaminiques (10%), les antidépresseurs (7%) et les anxiolytiques (2,3%).

Dans le groupe « témoin », la quasi-totalité des femmes étudiées n'avait pas de prise médicamenteuse (Figure 22).

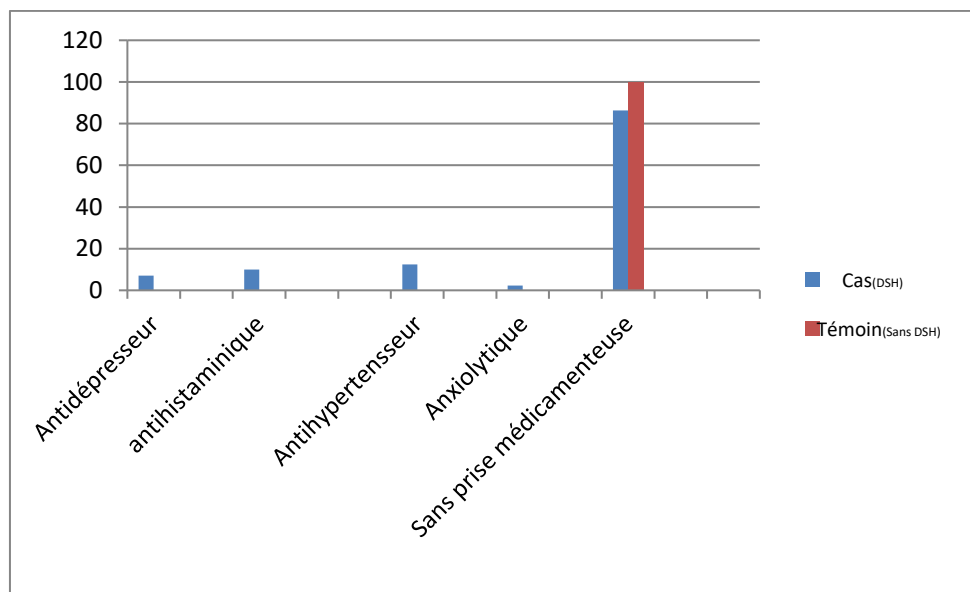


Figure 28: Répartition des femmes selon la prise médicamenteuse

Nous avons noté pour l'analyse univariée que la prise médicamenteuse était observée uniquement dans le groupe des femmes ayant un DSH. La répartition est faite comme suit : 50 cas (12,5%) prenaient des antihypertenseurs ; 40 cas (10%) prenaient des antihistaminiques, 28 cas (7%), des antidépresseurs et 9 cas (2,3%), des anxiolytiques.

Toutes les femmes « témoins » n'avaient pas eu de prise médicamenteuse

Le facteur prise médicamenteuse était statistiquement significatif (Tableau 22).

Tableau 22: Comparaison « cas » versus « témoins » selon la prise médicamenteuse.

Prise médicamenteuse	Cas	Témoins	Valeur p
Antihypertenseurs	50(12,5%)	0(0 %)	<0,0001
Antihistaminiques	40(10%)	0(0%)	
Antidépresseur	28 (7%)	0 (0%)	
Anxiolytique	9(2,3%)	0(0%)	
Sans prise médicamenteuse	273(68,3%)	400(100%)	
Total	400(100%)	400(100%)	

I-19- Impact du Stress sur le désir sexuel hypo actif

82,5% des femmes souffrant du désir sexuel hypoactif, avaient déclaré subir du stress (désigne par oui dans le graphe) et seulement 27,5% des femmes du groupe témoin en subissait (Figure 29).

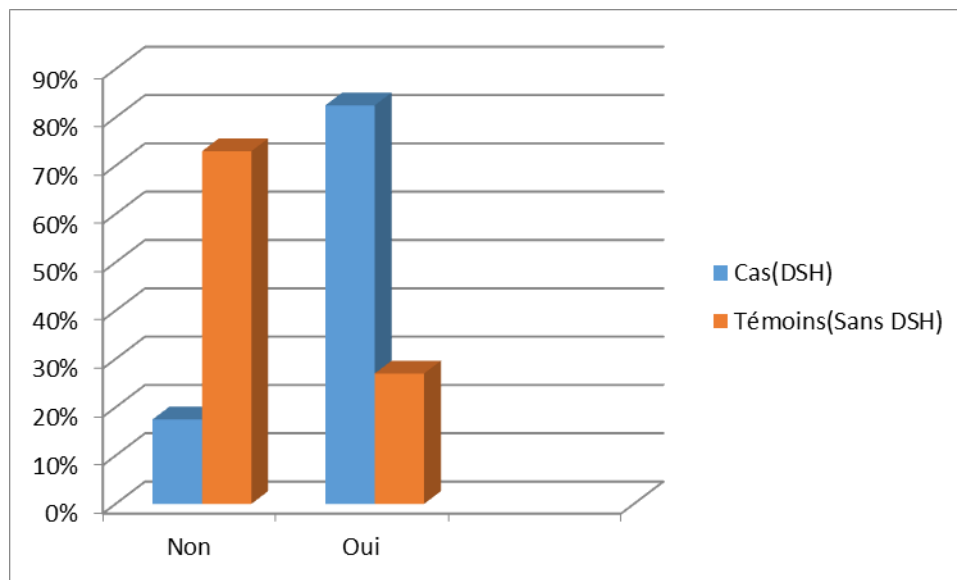


Figure 29: Répartition des femmes étudiées selon le facteur stress.

Pour l'étude uni variée, 82,5% des femmes avec un DSH étaient stressées, alors que seules 27% des femmes du groupe « témoin » l'étaient.

Cette différence était statistiquement significative (Tableau 23)

Tableau 23 : Comparaison « cas » versus « témoins » selon le facteur stress.

Facteur Stress	Cas	Témoins	Valeur p
Non	70(17,5%)	292(73%)	<0,0001
Oui	330(82,5%)	108(27%)	

I-20- Pratique de l'exercice physique sur le désir sexuel hypo actif

Pour le groupe des femmes ayant un DSH, 86% n'exerçaient aucune activité sportive (désigné dans le graphe par non). Seulement 17, % en pratiquaient (désigné dans le graphe par oui).

Pour le groupe « témoin », la pratique du sport était de 42,5% (Figure 30).

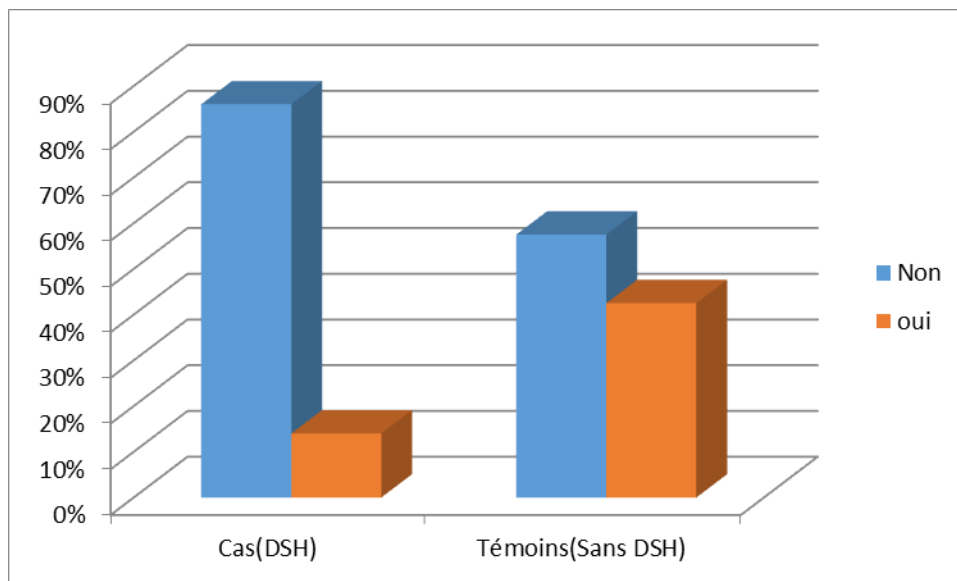


Figure 30: Répartition des femmes selon la pratique sportive

En ce qui concerne l'analyse uni variée ,344 (soit 86%) des femmes avec un DSH avaient déclaré ne pas exercer aucune activité physique. Pour les femmes du groupe témoin 42% avaient eu recours à de l'exercice physique. Ce facteur est significatif statiquement (Tableau 24).

Tableau 24 : Comparaison des « cas » versus « témoins » selon l'activité physique

Facteur Activité physique	Cas	Témoins	Valeur p
Non	344 (86%)	230 (57.5%)	<0,0001
Oui	56 (14%)	170 (42.5%)	
Total	400(100%)	400(100%)	

I-21- Retentissement psychique du désir sexuel hypo actif sur la femme: (Anxiété, nervosité et dépression)

- L'anxiété : Nous l'avons noté chez 56,75% des femmes avec DSH versus 33,25% chez le groupe témoin.
- La nervosité : 27,75% des femmes « cas » en souffraient versus 21,75% chez le groupe témoin.
- La dépression : 10,75% des femmes avec DSH présentaient une dépression versus 28,25% chez le groupe des témoins (Figure 31).

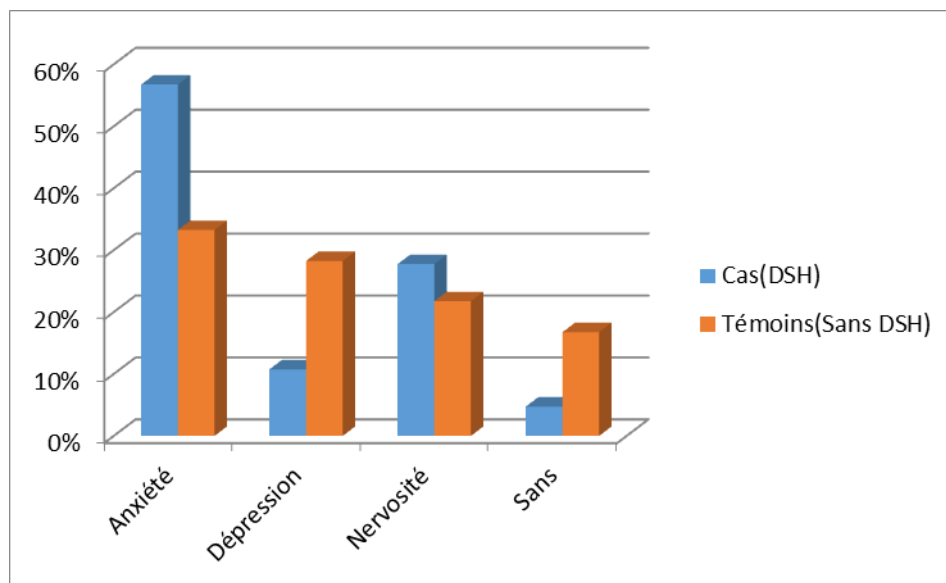


Figure 31 : Répartition des femmes selon le type de retentissement psychique

Nous avons noté qu'il y'a plus d'anxiété dans le groupe des femmes avec DSH (soit 56,75% versus 33,25% chez les femmes du groupe « témoin ») ; Suivi de la dépression (27,75% versus 21,75%) et la nervosité 10,75% versus 28,25%).

La variable retentissement psychique était statistiquement significative (Tableau 25).

Tableau 25 : Comparaison des « cas » versus « témoins » selon le retentissement psychique

Retentissement psychique	Cas	Témoins	Valeur p
Anxiété	227(56,75%)	133(33,25%)	<0,0001
Nervosité	43(10,75%)	113(28,25%)	
Dépression	111(27,75%)	87(21,75%)	
Sans	19(4,75%)	67(16,75%)	
Total	400(100%)	400(100%)	

I-22-Alimentation et désir sexuel hypo actif

Une alimentation équilibrée était notée chez 98,8% des femmes « témoins » et chez 73,8% des femmes ayant un DSH (Figure 32).

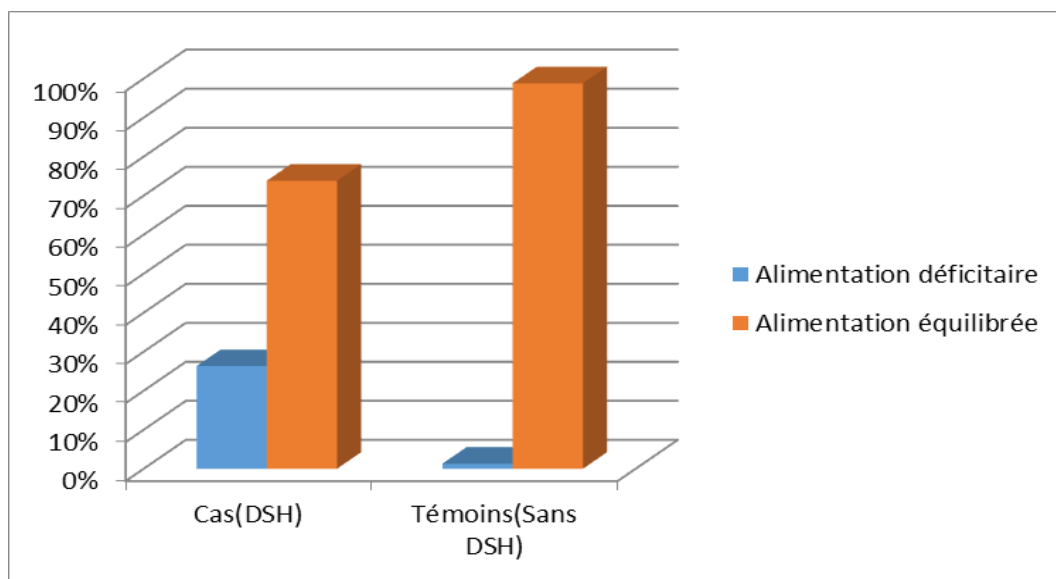


Figure 32 : Répartition des femmes enquêtées selon le facteur alimentation.

I-23-Impact de l'éducation familiale de la femme sur le désir sexuel hypoactif

275 femmes du groupe « cas », avaient une surreprésentation de l'éducation familiale harmonieuse, soit 68,7%, suivit de 75 cas ayant une éducation familiale culpabilisante soit 18,8% et 50 cas avait une éducation familiale rigide, soit 12,5%.

Pour le groupe « témoin », la majorité des femmes ont reçu une éducation harmonieuse, soit 302 femmes (75,5%), suivit d'une éducation familiale rigide avec 78 femmes (19,3%) et 20 (5%) des femmes avaient une éducation familiale culpabilisante (Tableau 26)

Tableau 26 : Répartition des femmes enquêtées selon leur éducation familiale

Éducation Familiale	Cas	Témoins	Total
Harmonieuse	275(68,7%)	302(75,5%)	577
Rigide	50 (12,5%)	78 (19,3%)	128
Culpabilisante	75 (18,8%)	20 (5%)	95
Total	400(100%)	400(100%)	800

II- Analyse multivariée des facteurs prédictors du désir sexuel hypo actif.

L'analyse multivariée a montré que le risque d'avoir un désir sexuel hypoactif était significativement augmenté avec :

- Le bas niveau socioéconomique (rapport de côtes OR = 1,132)
- Le caractère traumatisant du premier rapport sexuel (OR=2.214),
- La prise médicamenteuse (OR=1.082)
- Le stress (OR=1,159)
- La ménopause (OR=1,178)

Cependant, Le diabète en tant que maladie chronique (OR = 0,666, P = 0,018) et l'analphabétisme n'étaient pas des facteurs potentiels du désir sexuel hypo actif.(Tableau 27)

Tableau 27 : Analyse multivariée des facteurs prédictifs du désir sexuel hypo actif

Prédicteur	Valeur p	Odds ratio	IC à 95%
Niveau d'instruction de la femme			
Analphabète	<0,001	0,409	0,226-0,739
Niveau socioéconomique			
bas	<0,001	1.13	0.71-1.32
Maladie chronique			
Diabète	0,001	0,666	0,403-1,1
Caractère traumatisant du 1ER rapport			
Oui	<0,001	2,214	1,462-3,352
Prise médicamenteuse			
Oui	<0,001	1,082	0,37-1,22
Stress			
Oui	<0,001	1,159	0,732-1,834
Pathologie gynécologique			
Ménopause	<0,001	1,178	0,445-3,119

DISCUSSION

I-Aspects sociodémographiques

I-1-Age de la femme

Dans notre présente étude, l'âge moyen des femmes étudiées était de 42 ans \pm 3,45. Dans une étude iranienne similaire, l'âge moyen des femmes était de 30,6 ans \pm 10,5 (89).

I-2-Niveau d'instruction de la femme

Dans notre étude, le DSH était significativement élevé chez les femmes ayant des niveaux d'éducation inférieurs. Ceci est en accord avec les données de la littérature (20). Une explication possible de ce résultat pourrait être liée à la moindre accessibilité des femmes moins éduquées aux informations pertinentes concernant l'anatomie et la physiologie de la réponse sexuelle féminine, ainsi qu'à des niveaux plus élevés de croyances sexuelles inadéquates (173) expliquant ainsi la genèse d'une dysfonction sexuelle féminine (123,140). Par conséquent, l'éducation, en l'occurrence sexuelle, aurait alors un rôle protecteur (173).

D'autres études ont rapporté également qu'un niveau d'éducation plus élevé est associé à un risque moindre de dysfonction sexuelle féminine (128, 141). A l'inverse, d'autres études ont montré que des femmes avec un niveau d'instruction élevé étaient plus sujettes à la baisse du désir sexuel (2 ,45). Un bon niveau d'instruction chez la femme augmente la confiance en soi et permet une bonne compréhension de l'anatomie et de la fonction sexuelle et peut également être associé à une augmentation de la capacité à exprimer librement son insatisfaction (150).

D'autres études n'ont pas noté de relation entre le niveau d'instruction de la femme et la dysfonction sexuelle féminine entre autre le trouble du désir (138).

I-3-Age du mari

Dans notre étude, l'âge du mari (plus 50ans) était un facteur prédictif du désir sexuel hypo actif dans 41, 25%. Notre résultat est en accord avec une étude Egyptienne (98). A l'opposé d'une autre étude qui a été menée à Gaza et qui a apporté que l'âge du partenaire n'était pas un facteur de risque de dysfonction sexuelle féminine. Ceci peut être expliqué par le fait que la majorité des partenaires étaient jeunes (136).

I-4-Niveau d'instruction du mari

Dans la présente étude, le niveau d'instruction du mari était significativement lié au désir sexuel hypo actif chez la femme.

Dans le domaine de l'éducation, un certain nombre d'études ont révélé un lien positif entre le niveau d'éducation du partenaire sexuel et la fonction sexuelle (128, 166). D'autres études considéraient l'éducation du conjoint comme un élément essentiel de la fonction sexuelle de la femme (28, 72).

I-5-Profession du mari

La présente étude a mis en évidence le rôle des problèmes financiers comme facteur de risque majeur de développer un DSH chez les femmes. En effet la majorité des maris des femmes avec un DSH étaient sans profession (76,75%). Les résultats obtenus d'une autre étude ont également révélé que l'émergence de problèmes de désir sexuel face à la dépendance financière est hautement probable (158). Cependant, une autre étude iranienne a révélé que la satisfaction sexuelle était plus élevée chez les femmes ayant un conjoint au chômage que chez les femmes ayant un conjoint employé, du fait que les conjoints au chômage passent plus de temps avec leurs femmes (188). Il semble que la satisfaction à l'égard du niveau de revenu diminue le risque de DSH en diminuant les tensions et le stress dans la vie des femmes (89). D'autre part, une autre étude a rapporté que seulement 4,7% de leurs participants étaient dans des situations économiques difficiles et a constaté qu'il existait une relation directe entre la satisfaction sexuelle et la conjoncture économique. (122).

II -Caractéristiques de la sexualité féminine.

II-1- Age de la femme au premier rapport sexuel

Dans notre série, l'âge de la femme au premier rapport sexuel, est généralement selon la déclaration des femmes le moment du mariage. La femme, dans ses milieux conservateurs s'abstient de toute relation sexuelle avant le mariage. Par ailleurs, il a été identifié comme un facteur associé au désir sexuel hypo actif.

Dans la présente étude, 76,75% des femmes ayant un DSH avaient l'âge du mariage entre 19 et 25 ans. Ce qui corrobore avec les résultats d'une étude au Brésil qui a montré que les femmes dont l'âge au premier rapport sexuel était supérieur ou égal à 21 ans (2). En revanche, dans une étude en Iran, il a été constaté que le mariage à un jeune âge contribuait de manière significative au dysfonctionnement sexuel féminin (188).

Les résultats d'une autre étude menée en Iran a démontré que les probabilités de DSH sont de 50 à 60 % inférieures chez les femmes dont l'âge au premier rapport sexuel est ≥ 21 ans que les femmes ayant eu leur premier rapport sexuel entre 9 et 17 ans. (89)

Ces résultats divergents pourraient être dus aux différents facteurs socioculturels dans la conception de ces études de recherche. Dans le monde occidental, les femmes ont généralement leur premier rapport sexuel à

un très jeune âge, mais dans le monde oriental et dans la plupart des pays musulmans, toute relation sexuelle extraconjugale n'est pas acceptée socialement, culturellement et légalement (202)

II-2-Caractère traumatisant du premier rapport sexuel

Dans notre série, le caractère traumatisant du premier rapport sexuel a été rencontré chez la majorité des femmes ayant un DSH.

La défloration chez une femme vierge s'accompagne d'un écoulement sanguin, et de douleur lors de la nuit des noces. Ainsi, la virginité, un élément essentiel de la vie érotique arabo-musulmane est considéré comme un devoir social à sauvegarder dans 98,8 % des cas. Pour la fille arabo-musulmane, la virginité est sacrée et doit être préservée à son (premier) mari. L'éducation l'incite à conserver « ce bien précieux » (136). Dans une étude tunisienne, la virginité a été considérée par 63,6 % des enquêtés comme une vertu féminine à préserver. Cette réponse était statistiquement plus fréquente chez les hommes. Une femme vierge devrait saigner lors du premier rapport sexuel, selon 33,6 % des enquêtés, et 47,3 % pensaient que la défloration était obligatoirement douloureuse. 30% appuyaient l'idée que le mari devait impérativement déflorer sa femme la nuit de noces, et 56,4 % soutenaient que le mari avait le droit de demander le divorce si sa femme n'était pas vierge (202).

Dans certains pays, la nuit de noces est suivie par un groupe de « spectateurs » qui attendent la preuve de la virginité de la mariée ; Cette ambiance est d'autant plus contraignante et accroît l'angoisse des mariés (190).

Dans notre étude, presque les deux tiers des femmes ayant un DSH (69,50%) avaient rapporté que leur premier rapport sexuel était traumatisant.

L'inverse a été constaté dans une étude tunisienne qui avait montré que les conditions de défloration n'avaient pas influencé le désir sexuel ultérieur du couple (202). Alors qu'une étude saoudienne a observé un impact négatif des circonstances de la première relation sexuelle sur l'épanouissement ultérieur du désir sexuel chez la femme (46).

II-3-Fréquence des rapports sexuels par semaine

Dans notre échantillon, 70,09% des femmes ayant un Désir Sexuel Hypo actif déclaraient avoir un seul rapport sexuel par semaine. Comme l'expose Bensussan dans son étude, il persiste une réelle ambiguïté naissant du fait que, pendant longtemps, le « devoir conjugal » faisait partie intégrante du contrat du mariage (27). Dans ce sens, une étude de Stuart indique qu'une majorité des femmes présentant un DSH considèrent la sexualité comme une « obligation conjugale » (199).

En outre, d'autres études dévoilent que le nombre de relations sexuelles s'élève en moyenne à deux par semaine (16). La croyance qu'il faut avoir des rapports sexuels un certain nombre de fois par semaine et avec un certain niveau de performance, provoque souvent l'effet paradoxal de diminuer l'envie. Avec une faible fréquence des relations sexuelles, Les couples ont tendance à s'aligner à la longue, dans leur comportement sexuel, sur le désir sexuel du partenaire le moins demandeur (47). Une autre étude menée au Niger a démontré que 41 % des femmes ayant des problèmes du désir sexuel, la fréquence des rapports sexuels la plus courante était de 1 à 2 par semaine et dix pour cent (10%) des femmes n'avaient eu aucun rapport sexuel au cours des 6 mois précédents (162).

Toute activité humaine qui est vécue comme une contrainte devient rapidement déplaisante ; Il en va de même pour la pratique sexuelle. Si sa perception est celle d'un devoir d'ajustement à une contrainte sociale, cela risque d'affecter négativement le désir sexuel (96). Cependant, une analyse du fonctionnement sexuel dans un groupe de femmes ménopausée dont l'âge moyen est de 56 ans, a révélé que 64% d'entre elles ; ont déclaré avoir une activité sexuelle normale et régulière (3).

II-4-Image érotique de soi

Le concept de soi est considéré comme l'un des facteurs psychologiques affectant les femmes. Chaque personne a une image de soi dans son esprit. En d'autres termes, le concept de soi est défini comme une évaluation globale de la personne à partir de son caractère(169). Cette évaluation est due à l'évaluation mentale de soi qui est généralement effectuée à partir de caractéristiques comportementales. Les interprétations de l'image érotique du soi sont les suivantes : individualité sexuelle et schéma de soi sexuel, soumission sexuelle et perception sexuelle de soi (66, 39).

Dans notre série, presque les deux tiers des femmes déclaraient ne pas avoir une image érotique de soi. Seules 27,11% avait un concept de soi positif et se sentait désirables et confiante en leur image corporelle. Ceci est similaire avec la littérature qui a révélé que l'insatisfaction à l'égard de l'apparence physique (image de soi) a été significativement liée au désir sexuel hypo actif (188).

D'autres recherches ont montré que les problèmes sexuels des femmes sont davantage liés à l'idée qu'elles ont de leur apparence corporelle plutôt qu'à leur véritable indice de masse corporelle (213). En outre, Kingsberg a déclaré que plus de 70% des difficultés personnelles et interpersonnelles attribuées à un faible désir sexuel résultent des impacts négatifs de l'image corporelle (Body image) et de la confiance en soi (116).

Néanmoins, une étude menée en Turquie a montré que l'IMC (indice de masse corporelle) n'était pas un facteur de risque de dysfonctionnement sexuel, et aucune différence en termes de désir sexuel n'a été trouvée en comparant des individus de poids normal et obèses (51).

Des études ont rapporté chez des femmes ménopausées que les scores de concept de soi négatifs sont en corrélation significative avec les scores de dépression, d'anxiété et de stress. En d'autres termes, plus le niveau de concept de soi sexuel positif est élevé, plus le niveau de dépression, de stress et d'anxiété sera réduit. En outre, conformément à la relation négative entre le concept de soi et les facteurs psychologiques, les résultats indiquent qu'avec l'augmentation du concept de soi sexuel négatif, la dépression, le stress et l'anxiété augmenteront également (26,94). L'étude de Maserejian a révélé que l'insatisfaction à l'égard de l'apparence physique (image de soi) a été significativement liée au désir sexuel hypo-actif (134). Par ailleurs, Trudel a rapporté que 44,6% des cognitions négatives des femmes avec désir sexuel hypo-actif concernaient l'apparence physique et l'image de soi (207).

D'autres études ont montré qu'il y a une relation significative entre le concept de soi et la réduction des symptômes mentaux. Ainsi, le concept de soi sexuel exprime les émotions, les perceptions et les croyances que les gens ont sur leur sexualité et régule leur comportement en fonction de ces sentiments, émotions et perceptions (169).

III-Statut socio-économique

III- 1-Niveau socioéconomique

Les résultats de la présente étude ont montré que le bas niveau socioéconomique était un prédicteur potentiel du trouble du désir sexuel. Ce qui corrobore avec la littérature qui a également révélé que l'émergence de problèmes de désir sexuel face à la dépendance financière est hautement probable (158). Dans une étude menée en Egypte, chez 28,1% des personnes interrogées, des conditions économiques défavorables figuraient parmi les facteurs aggravants leurs problèmes sexuels. Cela peut être attribué au stress, à l'anxiété et à la dépression liés à un faible revenu familiale (64). Les femmes à faible niveau socioéconomique peuvent avoir moins d'attirance sexuelle, entraînant ainsi une diminution de leurs activités sexuelles (122). Contrairement à cette étude, une autre, menée en Iran a constaté que la satisfaction sexuelle était plus élevée chez les femmes dont les conjoints étaient au chômage que chez les femmes dont les conjoints avaient un revenu (188). Ces résultats contradictoires peuvent être liés à la durée du chômage, au soutien reçu des familles et au montant de l'épargne des personnes. Ceci peut atténuer les inquiétudes concernant le chômage. De plus, comme les conjoints au chômage passent plus de temps avec leur femme, ils seront plus satisfaits de leurs relations sexuelles et les personnes à faible revenu peuvent parfois être plus satisfaites que celles à revenu élevé en raison de leurs attentes, de leur mode de vie et des installations dont elles ont besoin. (5).

La satisfaction à l'égard du revenu agit comme un facteur de protection contre le développement du désir sexuel hypo actif. Il semble que la satisfaction à l'égard du niveau de revenu diminue le risque du désir sexuel en diminuant les tensions et le stress dans la vie des femmes. Une étude menée en Iran a montré qu'un bas niveau socioéconomique, un logement insalubre, ou une promiscuité constituent des facteurs de risque de dysfonction sexuelle (5, 138). Cette constatation a été aussi obtenue par Ghanbarzadeh (77). D'autre part, autres études n'ont pas trouvé de relation entre la satisfaction sexuelle et le revenu du conjoint (15, 205). La littérature a également rapporté que vivre des conditions de précarité, dans un endroit insalubre ou dans une habitation surpeuplée ne favorise pas l'intimité et l'émergence du désir sexuel à long terme (97).

Les différents résultats pourraient être affectés par des différences dans les types d'études, la taille de l'échantillon, la population étudiée et le nombre de participants de n'importe quelle catégorie d'emploi.

III-2-conflit familiaux

Nos résultats indiquent une association entre le dysfonctionnement conjugal et la baisse du désir sexuel, ce qui est similaire à de multiples recherches établissant clairement le lien entre les problèmes conjugaux et le désir sexuel hypo actif (207). La réussite du couple dans une relation sexuelle est un signe de réussite dans la vie conjugale qui a un effet profond sur bonne relation entre les deux (3). L'une des variables psychosociales la plus importante pouvant affecter le désir d'une femme peut être son entente avec son partenaire (28). Aussi, la baisse du désir sexuel est souvent désignée comme un facteur causal du déclenchement des problèmes conjugaux (93, 206). Trudel a trouvé que les couples qui présentaient une baisse du désir sexuel avaient plus de difficultés conjugales tel que mesurées par le Marital Happiness Scale. Ces couples présentaient aussi plus de dépression et d'anxiété (210).

Une analyse de la satisfaction sexuelle des Chinoises mariées a montré que l'organisation du couple a un impact sur le désir sexuel (102). Les facteurs de vie stressants sont très importants dans le déterminisme du désir sexuel féminin. Les contraintes de la vie quotidienne, la gestion de la maison, des enfants, du travail est un facteur déterminant de la réceptivité sexuelle de la femme au quotidien (161). Ainsi, La surcharge de travail et la prise en charge des rôles fonctionnels qui caractérisent les années de parentalité, pour les femmes principalement, expliquent une partie de l'insatisfaction conjugale et la détérioration de la relation intime (34). Les résultats d'une autre étude ont révélé qu'il y avait moins de dysfonctionnements sexuels trouvés dans un groupe qui a déclaré de très bonnes relations avec leurs conjoints (207). Aussi, dans une étude Nigérienne, le problème de communication conjugale a été responsable de problème du désir sexuel chez les femmes étudiées (162)

Un contexte conjugal à forte tendance égalitaire et d'ouverture exerce un effet positif sur l'intensité du désir sexuel ainsi que sur la fréquence des activités sexuelles. La satisfaction conjugale est quant à elle moins élevée chez les individus des couples fondés sur l'autonomie (218). Il a été aussi noté que les relations interpersonnelles avec le partenaire, pourraient également être responsables de l'altération de la fonction sexuelle chez la femme (118).

IV- Ménopause

Dans notre présente étude, la ménopause a été un facteur prédictif du désir sexuel hypoactif avec 22,5% chez les femmes « cas » versus 9% chez les femmes « témoin ».

Une étude marocaine a montré que la baisse de l'activité sexuelle a été retrouvée chez 86,5 % chez des femmes marocaines ménopausées et dans 63,3 % pour des femmes tunisiennes (106). Une enquête menée en Tunisie sur la sexualité de la femme ménopausée a montré que le désir sexuel a été absent dans 25% des cas et un faible désir sexuel chez 88,0% (112). Dans une autre étude sénégalaise, la prévalence du trouble du désir était de 83,5% chez des femmes ménopausées (60).

L'avènement de la ménopause constitue souvent, un moment difficile à vivre pour la femme, tant sur le plan relationnel et émotionnel, que sur le plan psychologique et l'image de soi. Ceci s'ajoute aux préoccupations et aux représentations symboliques de chaque femme. Il renvoie le plus souvent aux idées de vieillissement, de diminution des capacités de séduction, de perte des capacités de procréation, et par conséquent de l'image sexuelle et de la féminité (57).

En effet, des études ont montré qu'il existe une baisse de l'intérêt sexuel dû à des modifications hormonales liées à la ménopause (161). La chute du taux d'estrogènes engendre des modifications locales vulvovaginales délétères mais aussi un retentissement au niveau du système nerveux central. En parallèle, s'installent des changements physiques, mentaux et émotionnels liés simplement au processus de vieillissement (92).

Plusieurs études ont confirmé la relation entre la baisse des taux d'œstradiol et de testostérone et le faible désir sexuel et ses facteurs de risque tels que des facteurs psychologiques et biologiques individuels, de problèmes interpersonnels et d'éléments culturel (23,134). La diminution de la fonction sexuelle chez les femmes ménopausées a également été confirmée dans une autre étude récente (176).

Il a été constaté également que les symptômes vulvo-vaginaux réduisaient l'activité sexuelle (dyspareunie signalée chez 9,3 % des femmes ayant une faible activité sexuelle), conformément à des études antérieures (195).

Une autre étude multicentrique impliquant des femmes de plus de 40 ans a été réalisée aux États-Unis. Il a montré que l'augmentation de l'âge des femmes était associée à la perte de lubrification vaginale, à un faible désir (libido) et à l'incapacité d'atteindre l'orgasme (124).

Dans une autre analyse, la ménopause a été associée au problème du désir due aux changements physiologiques liés à l'âge, à la diminution du taux des hormones, aux facteurs psychosociaux et interpersonnels, à l'utilisation de médicaments et aux maladies associées (25).

Dans une étude de Steer, l'auto-objectivation s'est avérée avoir une corrélation avec la honte corporelle et l'anxiété d'apparence qui développent la conscience de soi pendant l'activité sexuelle, ce qui entraîne à son tour une diminution du fonctionnement sexuel (198).

L'image négative du soi à la ménopause, l'altération de l'humeur, du sommeil et de la fonction cognitive contribuant à la baisse d'estime de soi, ou les modifications physiques liées à l'âge (prise de poids, sécheresse cutanée, modifications de la silhouette...) peuvent ternir l'image que la femme a de son corps (57, 212).

De nombreuses études ont rapporté la prépondérance des facteurs psychosociaux, comme une mauvaise image de soi, la qualité de la relation avec le partenaire et le niveau du fonctionnement sexuel et ce ; avant la ménopause (176).

En Novembre 2021 la ligne directrice 442 concernant la sexualité et ménopause a établi les déclarations sommaires suivantes, (84) :

-Le faible désir associé à la détresse est le plus fréquemment observé chez les femmes autour de la cinquantaine.

-La dysfonction sexuelle chez les femmes ménopausées peut être classée comme des troubles impliquant le désir, l'excitation, la douleur et l'orgasme. Il n'est pas rare que ces catégories se chevauchent.

-Le traitement des dysfonctions sexuelles implique une approche multidimensionnelle qui aborde les problèmes médicaux, psychologiques et relationnels.

V-Maladies chroniques

Les impacts des maladies chroniques sur la santé sexuelle sont fréquents et complexes (23). Le diabète et les dysthyroïdies peuvent altérer la sexualité et être à l'origine de troubles du désir (219). Diverses études ont illustré l'effet des maladies chroniques sur le désir sexuel (36,137). Des études ont montré qu'il y a plus

de trouble du désir sexuel chez les femmes diabétiques que chez les non diabétiques (204). Ces résultats concordent avec la présente étude au cours de laquelle, nous avons noté que les maladies chroniques étaient des facteurs potentiels du désir sexuel hypo actif. Dans les recherches d'Ojomu et, Safarinejad les troubles du désir sexuel ont été significativement plus élevés en présence de maladies chroniques (162,188).

Dans le contexte de la coronaropathie, La peur des rapports sexuels en tant qu'un facteur mental, est associée à une diminution du désir, de la satisfaction et de la fréquence sexuelle chez les patients masculins et féminins (68, 110). Après le début de la maladie cardiovasculaire, le désir sexuel peut être dû à une appréhension concernant l'activité sexuelle. Aussi Les patients cardiaques considèrent l'effort physique des rapports sexuels comme nocif et dangereux pour leur cœur et craignent la mort subite pendant les rapports sexuels. Ces peurs contribuent de manière significative à la baisse de la fréquence sexuelle et retardent par conséquent la reprise de l'activité sexuelle (110).

Les maladies cardio-vasculaires peuvent affecter directement ou indirectement la fonction sexuelle de la femme (49).

D'autres études ont rapporté qu'il y a un lien entre les dysfonctions sexuelles féminines et le diabète, l'hypertension, le syndrome métabolique et la dyslipidémie (67,149). Cela met en avant le caractère éminemment multifactoriel des troubles du désir sexuel chez ces femmes diabétiques, à la fois par les troubles induits par le diabète (neuropathie, atteinte artérielle. . .) et par le ressenti d'une maladie chronique pouvant mener jusqu'à la dépression (125).

Ainsi, ces conditions médicales, telles que le diabète, l'hypertension et les maladies cardiaques ont été corrélés avec les problèmes sexuels (37). Cependant, les résultats d'autres études n'ont pas toujours confirmé l'association aussi forte et cohérente avec les troubles du désir sexuel chez la femme (151,25).

VI-Prise médicamenteuse

Les médicaments utilisés pour traiter les maladies chroniques ont contribué à améliorer la longévité et la qualité de vie des femmes. Cependant, certains d'entre eux peuvent affecter la fonction sexuelle par leur effet sur le système nerveux central ou périphérique ou en raison d'effets hormonaux. Le désir sexuel hypo actif peut être la conséquence de prises de médicaments qui inhibent la Gn-Rh (hormone libérant la Gonadotrophine) et par conséquent les androgènes. Aussi, le désir sexuel hypo actif est du également à certains médicaments stimulant la libération de la Prolactine ou une diminution de la dopamine (115).

La baisse du désir sexuel peut aussi être liée aux effets secondaires de certains traitements. Les plus connus sont les médicaments qui agissent sur le système nerveux, tel que des antidépresseurs, des psychotropes, des

tranquillisants ou des antipsychotiques. D'autres médicaments peuvent aussi, provoquer une diminution du désir sexuel, comme les chimiothérapies, les interférons et ceux contre les ulcères d'estomac, les infections à champignons (96).

Dans la présente étude le désir sexuel hypo actif était significativement élevé chez les femmes qui prenaient des médicaments tels que les antihypertenseurs, les antihistaminiques, les anxiolytiques et les antidépresseurs). Ce qui est superposable avec les résultats de la littérature qui a rapporté un impact négatif de la prise des médicaments (antihypertenseurs et antihistaminiques ...) sur le désir sexuel féminin (151).

D'autres études ont rapporté que les antidépresseurs peuvent également avoir une action délétère sur la fonction sexuelle de la femme (116). Aussi, Les médicaments cardiovasculaires ont souvent des effets secondaires qui peuvent affecter le désir sexuel (90).

VII- Le stress

Dans notre étude, le désir sexuel hypo actif était significativement plus élevé chez les femmes qui déclaraient avoir un stress. Des études ont noté que les femmes stressées n'exprimaient pas leurs désirs suite à une hypersécrétion du cortisol qui entrave la fonction de l'ocytocine (hormone de l'amour, de la confiance et du lien conjugal et social) dans le cerveau et sa volonté d'avoir des relations sexuelles (161). Le stress peut également conduire à l'émergence et à l'exacerbation des symptômes physiques et mentaux tels que la dépression et l'anxiété chez la femme ménopausée (17,93). La désirabilité sexuelle a été déclarée par certaines femmes stressées par une humeur faible ainsi qu'une tristesse profonde manifestant une réticence sexuelle. Ce qui retentit sur la santé mentale et la survenue de détresse personnelle (95, 171,174).

Certaines études ont trouvé une corrélation positive entre stress quotidien et dysfonctionnements sexuels féminins (32). De plus, comme a décrit Broman, un traumatisme pourrait changer les attitudes de la femme envers la sexualité ; Il semble que le stress peut affecter négativement la fréquence des activités sexuelles (35).

Bien que la prévalence du faible désir sexuel augmente avec l'âge, en l'occurrence chez les femmes naturellement ménopausées, la prévalence de la détresse associée diminue avec l'âge (214). De même, dans une autre étude portant sur des femmes américaines et européennes âgées de 20 à 70 ans, la survenue d'un faible désir n'a pas été liée au stress (93). D'autres études ont constaté que le plaisir sexuel était sans lien avec le stress subjectif (31).

VIII-Activité physique

L'activité physique maintient le bon fonctionnement des glandes surrénales, qui jouent un rôle essentiel dans la capacité à gérer le stress, à diminuer l'anxiété, la fatigue, l'insomnie et la dépression(52). Le bon fonctionnement de ces glandes est d'autant plus important qu'il contribue à une meilleure gestion des tensions éprouvées durant la période de ménopause et améliore l'humeur, le sentiment de bien-être, la confiance en soi, l'estime de soi et stimule la libido. (164).

L'activité physique, simple et économique, est plus efficace que de nombreuses interventions médicamenteuses, qui sont coûteuses et parfois portent un risque pour la santé. De plus, contrairement aux médicaments, elle ne présente pas d'effets secondaires déplaisants. Son impact sur la santé est bien établi à la fois au niveau individuel et collectif, et a été reconnu par des documents récents de l'organisation mondiale de la santé (195).

La majorité des femmes de notre série ne pratiquaient aucune activité sportive (86%) avec un retentissement sur leur désir sexuel. La littérature a apporté une incidence positive de l'exercice physique au niveau de la vie conjugale et de la vie sociale et un rôle dans la fonction sexuelle féminine (132).

L'exercice physique est aussi l'une des interventions non pharmacologiques les plus largement reconnues et ses bienfaits sur la santé physique et mentale ont été rapportés chez les personnes âgées (109, 195,165) ainsi que chez les femmes ménopausées (6,192).

La pratique de l'exercice physique peut être un facteur clé dans la prévention des problèmes sexuels des femmes avec une diminution du stress et de l'anxiété (164).

IX-Retentissement du désir sexuel hypo actif

Des corrélations ont été clairement établies entre le désir sexuel hypo actif et les pensées dépressives. La littérature a révélé que 70 % des personnes déprimées présentent un DSH (79). Il est toutefois difficile de déterminer si c'est toujours la dépression qui affecte le DSH ou si ce n'est pas l'inverse. En l'occurrence, le manque de désir sexuel, le peu de satisfaction sexuelle souvent associé et les tensions conjugales que cela entraîne, contribueraient au développement des pensées dépressives. Des pensées pessimistes, une vision de la vie négative contribuent à aggraver le désir sexuel hypo actif. Des études antérieures ont montré que les troubles dépressifs sont fréquemment associés à un dysfonctionnement sexuel (95). Dans une étude de Nobre, les femmes sexuellement dysfonctionnelles étaient caractérisées par des pensées négatives face aux rapports sexuels (160).

D'autres études ont également trouvé des associations entre un faible désir sexuel et des facteurs psychosociaux tels que l'insatisfaction à l'égard de la vie sexuelle, et des états émotionnels négatifs, notamment la frustration, le désespoir, la colère, une mauvaise estime de soi et la perte de féminité (26). Il y avait également une association marquée entre la dépression, l'anxiété et le faible désir sexuel (103).

Des recherches menées auprès des femmes ménopausées et post ménopausées arabes montrent que le stress, l'anxiété et la dépression sont liés à de nombreux aspects des symptômes de la ménopause et des problèmes psychosociaux (26).

Les femmes sexuellement insatisfaites peuvent avoir des problèmes psychologiques. Il semble que l'association avec le stress, l'anxiété et la dépression et la santé sexuelle soit mutuelle (225).

La perte d'intérêt sexuel remet en question la perception qu'ont les femmes d'elles-mêmes en tant que femmes (95). Ces femmes ont une image corporelle altérée, une faible estime de soi et ont moins d'attachement émotionnel à leurs partenaires (117). Des études indiquent que les femmes ayant une réticence sexuelle expriment des émotions négatives, notamment la déception, la colère et la perte de féminité (29,171). La dysfonction sexuelle affecte à la fois la santé émotionnelle et physiologique (14). Les symptômes anxieux sont des prédicteurs importants des troubles dépressifs, et leur surveillance peut être un instrument clinique utile, en particulier chez les femmes d'âge moyen (119,158).

Une étude qualitative menée auprès de femmes souffrant de troubles du désir sexuel a montré que ces femmes ressentent un certain degré de détresse et des sentiments ennuyeux ou même haineux en raison de leurs expériences sexuelles désagréables ; par conséquent, elles évitent les relations sexuelles même si elles professent leur amour pour leur partenaire (62).

CONCLUSION

Les troubles du désir sexuel sont des troubles sous-reconnus et sous-traités entraînant une grande morbidité dans les relations. Une anamnèse approfondie est essentielle pour diagnostiquer correctement et déterminer le ou les facteurs étiologiques. Cette étude fournit des estimations du DSH chez les femmes Marocaines.

Dans notre étude, environ 10% femmes enquêtées avaient un désir sexuel hypo actif. Ce DSH est affecté par de nombreux facteurs ; socio-économique, comorbidité, prise de médicaments ainsi que le stress. En outre, ce trouble était également affecté par le manque d'activité physique. Ainsi, les raisons du faible désir sexuel sont nombreuses ; Cependant, le sujet reste un tabou pour la discussion car les femmes peuvent être mal à l'aise de partager des détails sur leur vie personnelle ou sexuelle.

De notre point de vue, une attention à l'égard des femmes améliorera certainement leur qualité de vie et leur bien-être. Les difficultés sexuelles sont fréquentes chez les femmes marocaines qui se présentent pour des soins ambulatoires. Beaucoup de femmes sont prêtes à parler de problèmes sexuels, si leurs médecins soulèvent le sujet. Des conseils appropriés et une éducation en matière de santé sexuelle pourraient potentiellement réduire la prévalence des problèmes sexuels.

- Le désir sexuel hypo actif féminin est complexe, car multifactoriel et le repérage de la limite entre le normal et le pathologique s'avère difficile.

- Apprécier la motivation réelle de la patiente est le principal challenge.

- Pour éviter toute subjectivité dans le diagnostic et la prise en charge, il est recommandé d'avoir une liste des principales étiologies à intégrer à l'interrogatoire.

Nous espérons que nos résultats sensibiliseront les femmes à la santé sexuelle afin d'augmenter les chances de détection précoce et d'intervention holistique, y compris des conseils et une thérapie centrée sur les femmes dans les premiers stades du trouble du désir.

La complexité de définition du désir sexuel entraîne une difficulté à évaluer cette notion ainsi que ses dysfonctions. Dans la pratique clinique, les professionnels pourront se tourner de manière privilégiée vers l'entretien clinique, qui reste l'outil de choix pour évaluer ces difficultés.

Avec un traitement approprié, des améliorations peuvent être apportées, mais la poursuite des recherches sur la dysfonction sexuelle est essentielle dans le domaine sensible mais omniprésent. En se familiarisant

davantage avec l'étiologie et le traitement des troubles du désir sexuel, les médecins, pourraient traiter adéquatement les problèmes sexuels des patientes et mettre en œuvre un traitement approprié.

Le DSH doit être reconnu comme un problème de santé publique important au Maroc, avec un besoin de recherches supplémentaires, en particulier des études sur la sensibilisation et la compétence des médecins dans la gestion de la dysfonction sexuelle féminine d'une manière générale.

PERSPECTIVES

Notre étude a été réalisée sur les facteurs liés au désir sexuel hypo actif ainsi que le retentissement de ce dernier sur la femme. Nous proposons également quelques perspectives de psychothérapie et de pharmacothérapie autour de la prise en charge du désir sexuel hypoactif par le médecin généraliste.

I-1-Prise en charge possible par le médecin généraliste.

Tout d'abord pour favoriser la communication et dépister les troubles de la sexualité, il semble important d'insister régulièrement sur le caractère confidentiel de chaque consultation, et se garder de tout jugement de valeur (216).

Selon les études internationales, un certain nombre de patientes aimeraient une attitude plus volontaire du médecin dans le dépistage des troubles de la sexualité (145,143). Le médecin généraliste doit être de premier recours et doit donc avoir un rôle proactif dans l'éducation et la réassurance des patientes, car un diagnostic et une intervention précoces sont essentiels pour un traitement efficace (159).

Devant l'absence de recommandations, Achamlala (figure 33) a élaboré un référentiel pour la prise en charge de ces troubles, basé sur les données validées de la littérature et sur une étude qualitative visant à l'adapter aux consultations de médecine générale (4)

Tout d'abord l'interrogatoire nécessite d'interroger sur l'orientation sexuelle du patient, et il est important de repérer le(s) type(s) de trouble(s) : un trouble du désir peut cacher un trouble orgasmique par exemple, ou encore être lié à un trouble de la lubrification ou un trouble douloureux. Il faut demander à la patiente de situer leur date d'apparition, leur durée et le contexte (lié à un partenaire ou une situation spécifique). Demander directement quelle est, pour la patiente, la cause du problème permet d'avoir un éclairage supplémentaire. (178)

Il faut vérifier également que cela n'est pas lié à une maladie sous-jacente (dépression, cancer, maladie cardio-vasculaire, arthrose, incontinence urinaire...) ou à une origine iatrogène, et réaliser un examen gynécologique complet (226). Son but est de détecter une éventuelle anomalie organique ou localiser une douleur provoquée. Cet examen est aussi l'occasion d'éduquer la patiente sur son anatomie. Aucun examen complémentaire, en dehors d'une orientation clinique, n'est recommandé. (201)

Pour la prise en charge par le médecin généraliste, il y a beaucoup de contraintes qui les empêchent de parler de la sexualité :

- Manque de temps
- Manque de formations/ connaissances
- Sentiment de ne pas être légitime
- Peur d'être intrusif/ déranger la patiente
- Culture, éducation et représentations du soignant

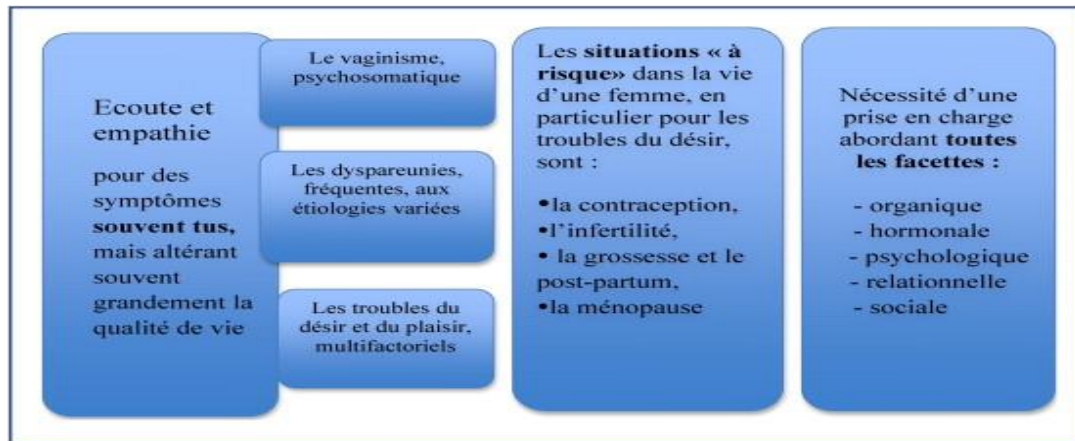
Quelques leviers pour parler de la sexualité avec les patientes et les prestataires au terme de cette perspective

Eviter les attitudes néfastes

- Attitudes moralisatrices - Jugement - Apports de conseils personnalisés et injonctifs - Conseils projectifs.
- Attitudes maternantes et consolantes - Minimisation du problème - Apport de réponses trop rapides ou inadéquates.

Repères pour aborder la sexualité :

- Etre bienveillante, respecter la parole de l'autre et l'écouter;
- Respecter l'expression de genre de votre patiente
- Ne pas présupposer des pratiques sexuelles
- Ne pas se laisser envahir par la curiosité et poser uniquement les questions en lien avec la problématique des femmes.
- Ne pas « psychologiser » les troubles, surtout les troubles féminins, et faire une anamnèse complète pour vérifier les causes organiques ou fonctionnelles (selon vos compétences)
- Connaître ses représentations et ses stéréotypes concernant la sexualité pour mieux les tenir à distance
- Comprendre que les patientes eux/elles-mêmes ont des attentes, des projections et des représentations par rapport à eux-mêmes et par rapport aux professionnels de santé.
- Identifier ses propres limites personnelles, pratiques et théoriques
- Savoir mettre à distance en conservant un cadre.
- Travailler en réseau et orienter sa patiente vers un autre praticien si nécessaire: psychologue, sexologue, kinésithérapeute
- Etre convaincu de sa légitimité en tant que professionnel de santé à aborder la sexualité et considérer que la sexualité est un domaine d'écoute et de soin comme un autre.



. **Figure 33 : Référentiel de prise en charge des troubles sexuels par le médecin généraliste, élaboré par Achamalala(4)**

Du côté des médecins, les facteurs favorisant étaient la durée et la qualité de la relation médecin-patient. Pour les femmes l'ancienneté de la relation comptait également, ainsi que la confiance, la capacité d'écoute, et l'accessibilité du médecin généraliste comparé aux spécialistes.

Formation des médecins généralistes

La formation des médecins généralistes semble une perspective intéressante. En effet, l'avancée en termes d'évaluation et de traitement des dysfonctions sexuelles va de pair avec une population de plus en plus enclin à repérer des problèmes sexuels et à en parler à son médecin. Les formations sont restées insuffisantes, la principale barrière évoquée étant le sentiment de manque d'importance de la discipline, qui n'était pas considérée comme une priorité (201). En outre, les formations portaient essentiellement sur l'anatomie et non sur l'anamnèse concernant la sexualité. L'objectif était d'améliorer la formation en proposant des programmes donnant les compétences nécessaires aux médecins pour mieux répondre aux besoins et aux exigences de leurs patientes (201).

En Europe, la formation en santé sexuelle s'est faite essentiellement par les formations médicales continues (FMC) malgré quelques volontés d'uniformisation. Il a persisté un écart de connaissances entre les progrès de la médecine sexuelle et les compétences cliniques des médecins généralistes (183).

Le médecin généraliste semble le premier acteur de la santé à pouvoir intervenir sur ce terrain en soins primaires. L'étude des freins concernant les médecins a été soulevée mais il existe moins d'études concernant les patientes.

II- Les perspectives psychothérapeutiques

Les traitements sexologiques et psychologiques sont les plus souvent recommandés dans la baisse du désir. Une approche qui a montré un certain succès dans le traitement des troubles du désir ainsi que d'autres dysfonctionnements sexuels, lancée par Masters et Johnson, est la double thérapie sexuelle.

Différents programmes et techniques ont été développés sur le modèle des thérapies cognitivo-comportementales et leur efficacité validée scientifiquement. Les protocoles de traitement des troubles du désir et de l'excitation sexuels combinent généralement des séances d'information et des techniques visant l'amélioration du fonctionnement cognitif, émotionnel, sexuel et conjugal. la psychothérapie est un traitement courant des troubles du désir. (158)

D'un point de vue psychodynamique, la dysfonction sexuelle est causée par des conflits inconscients non résolus du développement précoce. Le traitement vise à faire prendre conscience de ces conflits non résolus et de leur impact sur la vie du patient. Une approche qui a montré un certain succès dans le traitement des troubles du désir ainsi que d'autres dysfonctionnements sexuels. Il semble actuellement évident que ce trouble est causé par de multiples facteurs : à la fois biologiques, psychologiques et contextuels. Ainsi à ce jour, les traitements multimodaux sexologiques et psychologiques sont les plus souvent recommandés dans la baisse du désir et de l'excitation sexuels (75).

Il est fondamental d'améliorer le fonctionnement conjugal, de suggérer des habitudes sexuelles allant dans le sens d'une plus grande érotisation et d'une appréciation subjective plus positive, d'éliminer les cognitions nuisibles à la sexualité et de favoriser des fantasmes sexuels excitants (206). Plus concrètement, il propose les étapes suivantes, à adapter et développer selon les besoins de la problématique du couple.

En effet, la thérapie cognitivo-comportementale ou TCC comme perspective thérapeutique serait efficace dans le traitement de l'anxiété, de la dépression et d'autres troubles psychiatriques. Son principe de base est que l'activation d'événements conduit à des pensées automatiques négatives. Ces pensées négatives entraînent à leur tour des sentiments négatifs perturbés et des comportements dysfonctionnels. L'objectif est de recadrer ces croyances irrationnelles à travers des sessions structurées (63). La TCC a également été utilisée pour traiter les troubles du désir sexuel en se concentrant sur les pensées dysfonctionnelles, les attentes irréalistes, le comportement du partenaire qui diminue le désir lors des rapports sexuels et une stimulation physique insuffisante. Informer sur les diverses étapes de l'activité sexuelle incluant la phase de désir sexuel. Cette étape est essentielle dans la plupart des programmes. Elle permet à la patiente ou au couple de mieux comprendre le fonctionnement sexuel, les mécanismes propres à sa sexualité, et de revoir de manière réaliste les attentes, les croyances et les pensées dysfonctionnelles vis-à-vis de sa/leur propre

sexualité. Ces séances incluent souvent les deux partenaires (207).

En 2003, dans son livre traitant de la baisse du désir sexuel, Trudel a décrit une stratégie en quatre exercices qu'il nomme : devenir un couple sexuel (206). Cette méthode d'intervention vise à améliorer la sensualité et la qualité de vie sexuelle au sein du couple, afin de rétablir ou d'intensifier le désir sexuel. Il n'est pas rare d'observer un malaise chez les couples ayant des difficultés sur le plan sexuel. La plupart du temps, une restriction en matière d'espace utilisé dans la maison (généralement circonscrit à la chambre parentale) et de temps accordé à l'activité ou à la communication sexuelle, en résulte, l'attraction dans le couple. Il s'agit alors de se présenter de façon attrayante à son/sa partenaire pour une discussion autour de ce sujet.

Il est proposé de créer et d'initier des scénarios originaux d'activités sexuelles, car il est connu que la monotonie sexuelle est souvent responsable d'une diminution de la satisfaction et du désir sexuels. La perte du désir sexuel est souvent associée à différentes peurs tel que celle des moments d'intimité ou la peur de perdre la maîtrise de soi. C'est alors que la désensibilisation systématique peut-être mise en place afin de diminuer ces peurs (208).

En 2011, des études proposent une prise en charge cognitivo-comportementale du désir sexuel hypo actif (96). Outre les stratégies déjà vues, telles que la restructuration cognitive, l'entraînement à la perception des réactions physiologiques du désir sexuel et à l'amélioration du fonctionnement sexuel, ainsi que l'entraînement à la communication et aux fantasmes sexuels, ce programme propose le repérage des stratégies d'évitement. Il comporte l'arrêt de toute forme de sexualité pendant un certain temps, le non-évitement des contacts affectifs et des situations favorables à un rapprochement sexuel, et le développement de la partie érotique des comportements de couple. Une réflexion sera également menée avec la patiente sur les aspects péri sexologiques inhibant le désir et l'excitation sexuels, tels que la fatigue, généralement par un surinvestissement des secteurs extra-sexuels.

Plus précisément, pour les troubles du désir dus à des problèmes de développement et d'identité, une psychothérapie psychodynamique à long terme pourrait être utile (108). En général, les troubles du désir permanents et généralisés sont plus difficiles à traiter (220).

Malgré les difficultés de traitement, la thérapie comportementale s'est avérée efficace pour gérer l'aversion extrême persistante ou récurrente et l'évitement de tout (ou presque tout) contact sexuel génital avec un partenaire sexuel (TAS) (180). Enfin, la thérapie sexuelle à orientation analytique combine la thérapie sexuelle avec la thérapie psychodynamique et psychanalytique et a montré de bons résultats (187).

III-Perspectives pharmacothérapeutiques

Actuellement, on considère généralement qu'il n'existe aucun traitement pharmacologique pour traiter la dysfonction sexuelle féminine (DSF). Jusqu'à récemment, la recherche s'est principalement concentrée sur la physiologie et le traitement de la sexualité masculine.

La flibanserine était à l'origine présentée sous le nom de « Viagra rose ». Cette molécule est censée agir en normalisant les niveaux de neurotransmetteurs dans le système nerveux central pour stimuler le désir sexuel chez la femme, à la fois en inhibant les effets sérotoninergiques « antisexuels » et en induisant des effets dopaminergiques « pro sexuels ». Elle était donc principalement indiquée pour le désir sexuel hypo actif (DSH) et non pour les troubles de l'excitation.

La flibanserine représente le premier traitement pharmacologique approuvé par la FDA aux États-Unis pour les femmes non ménopausées atteintes de baisse du désir sexuel. Mais des critiques appropriées ont été formulées concernant les effets secondaires, le manque de données sur l'impact avec d'autres maladies concomitantes et le manque de preuves pour les femmes ménopausées (75). Une revue systématique et méta-analyse des essais cliniques randomisés de la flibanserine a montré une amélioration minimale sur la baisse du désir sexuel chez les femmes. Par contre, ce traitement a augmenté de façon significative le risque d'étourdissements, de somnolence, de nausées et de fatigue. Dans l'ensemble, la qualité des preuves a été jugée très faible (101). Récemment une étude a montré que la flibanserine pourrait être efficace chez les femmes ménopausées atteintes de baisse du désir sexuel, en améliorant le score FSFI-d par rapport au placebo (172,181). D'autre part, la testostérone a également été recommandée pour le traitement de l'insuffisance du désir (DSH). Aux États-Unis, quatre millions de femmes sont traitées à la testostérone pour dysfonction sexuelle (196), mais son efficacité parfois limitée peut dépendre d'une sous-estimation de l'étiopathogénèse multiple du désir sexuel féminin (161). Des recherches ont étudié ses effets chez les femmes ayant un faible désir sexuel avec trouble d'excitation, en parallèle avec d'autres femmes ayant un faible désir sexuel, en le prenant quotidiennement étant donné sa demi-vie de trois heures (41). Le principal résultat de cette étude a été que les femmes souffrant d'une carence récurrente du désir sexuel et de troubles d'excitation subséquents peuvent bénéficier d'un traitement quotidien.

Les thérapeutes sexuels utilisent parfois le modèle intégratif sans le savoir. Par exemple, pour optimiser la sexualité d'une patiente, nous pouvons l'encourager à améliorer la qualité de sa relation ou lui suggérer de regarder des vidéos érotiques. La production et l'activité de certains neurotransmetteurs pourraient ainsi être stimulées à partir du cholestérol cérébral, sans utiliser de médicaments (72). Chez les femmes ménopausées, le gel vaginal œstriol est capable de réduire la dyspareunie et d'améliorer la qualité de vie de ces femmes (42).

Une autre substance intéressante est l'ocytocine, connue pour être l'hormone de l'attachement et de la fidélité, qui peut faciliter l'excitation et l'orgasme et dont l'efficacité peut être modulée par la qualité de la relation. Des études cliniques ont montré les effets spécifiques des vaporisateurs nasaux d'ocytocine sur la fonction sexuelle et l'interaction avec les autres (151, 224). Le rôle crucial joué par l'ocytocine dans la sexualité, la reproduction et les liens affectifs, ouvre la voie à une recherche biopsychosociale multidimensionnelle sur les problèmes sexuels et relationnels (42).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. - Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women-results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res* 2004;16:160–6.
- 2.-Abdo CH, Valadares AL, Oliveira WM, Jr, 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*. 2010; 17(6):1114–1121
- 3.-Addis, IB, Van Den Eeden, SK, Wassel-Fyr, CL, Vittinghoff, E., Brown, JS, Thom, DH, & Reproductive Risk Factors for Incontinence Study at Kaiser Study Group Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstetrics and Gynecology*, 2006. 107 (4), 755–764
4. -Achamlal. J, "Proposal of a reference system for the effective management of the most frequent sexual disorders in the general practitioner's office", Exercise thesis, Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine, France, 2010.
- 5.-Afzali M, Khani S, Hamzehgardeshi Z, Mohammadpour R-A, Elyasi F. Investigation of the social determinants of sexual satisfaction in Iranian women. *Sexual medicine*. 2020 ;8 :290-296.
- 6.-Aibar-Almazán, A.; Hita-Contreras, F.; Cruz-Díaz, D.; de la Torre-Cruz, M.; Jiménez-García, J.D.; Martínez-Amat, A. Effects of Pilates training on sleep quality, anxiety, depression and fatigue in postmenopausal women: A randomized controlled trial. *Maturitas* 2019, 124, 62–67.
- 7.-Alessandrin A « Le "transsexualisme" : une nosographie obsolète », *Revue française de santé publique*, 2012, vol.24, 3, 60-268.
- 8.-Althof SE, Leiblum SR, Chevret-Measson M, Hartmann U, Levine SB, McCabe M, et al. Psychological et interpersonal dimensions of sexual function et dysfunction. *J Sexual Med*. 2005; 2(6): 793—800.
- 9.-American Psychiatric Association (APA), DSM-V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington; London, American Psychiatric Publishing, 2013.
- 10.-American Psychiatric Association (APA), DSM-III. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris, Masson, 1983
- 11.-American Psychiatric Association (APA), DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris, Masson, 2003
- 12.-Arlt, W., F. Hammer, et al. "Dissociation of serum dehydroepiandrosterone and dehydroepiandrosterone sulfate in septic shock." *J Clin Endocrinol Metab*. 2006. 91(7): 2548- 54
- 13.-Arousell J, Carlbom A.. Culture and religious beliefs in relation to reproductive health. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. 2016;32:77-87.
- 14.-Atlantis E, Sullivan T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med*. 2012;9(6):1497–1507.

- 15.-Azari S., Shahnazi M., Farshbafkhalili A . Sexual satisfaction of women using weaning methods and medical contraception in health centers de Tabriz. *Med Sci J Islamic Azad University-Tehran Med Branch*. 2014; 24 : 54–60.
- 16.- Bajos, Nathalie et Bozon, Michel Survey on sexuality in France: practices, gender and health. 2016 .Discovery. *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé*. 2016 .La découverte,.
17. -Bancroft J, Sherwin BB, Alexander GM, Davidson DW, Walker A, et al. Contraceptifs oraux, androgènes et sexualité des jeunes femmes, II. le rôle des androgènes. *Comportement sexuel Arch*. 1991; 20 :121–35.
- 18.-Bancroft J, Sartorius N. Les effets des contraceptifs oraux sur le bien-être et la sexualité. *Oxf Rev Reprod Biol*. 1990 ; 112 : 57–92.
- 19.-Bancroft, J. "The endocrinology of sexual arousal." *J Endocrinol* 2005. 186(3): 411-27
- 20.-Bancroft, John, Loftus, Jeni, et Long, J. Scott. Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of sexual behavior*, 2003, vol. 32, (3): 193-208.
- 21 -Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *J Consult Clin Psychol* 1986;54:140—8.
- 22.-Basson R, Brotto LA, Laan E, et al. Évaluation et prise en charge des dysfonctions sexuelles féminines : problème de désir et d'excitation. *J Sexe Med*. 2005 ; 2 :291-300.
- 23.-Basson R, Rees P, Wang R, Montejo AL, Incrocci L. Sexual function in chronic illness. *J Sex Med* 2010;7:374—88.
- 24.-Basson R. Women’s sexual dysfunction: revised et expanded definitions. *Can Med Assoc J*;2005;172(10):1327—33.
- 25.- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Leiblum S, Padma-Nathan H, Rosen R, Segraves K, Segraves RT, Shabsigh R, Sipski M, Wagner G, Whipple B. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*. 2000 Mar;163(3):888-93.
- 26.-Bener A., Saleh N.M., Bakir A., Bhugra D. Depression, Anxiety, and Stress Symptoms in Menopausal Arab Women: Shedding More Light on a Complex Relationship. *Ann. Med. Health Sci. Res*. 2016; 6:224–231.
- 27.-Bensussan P. Marital rape according to French law: desire, need and consent. *Sexologies*, 2009; 18(3):218—24.
- 28.-Beygi M, Fahami F, Hasan-Zahraei R, Arman S. Dysfonctionnement sexuel de la ménopause. *J Ispahan Med Sch* 2008;26:294-300.
- 29.-Biddle AK, West SL, D’Aloisio AA, et al. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: quality of life and health burden. *Value Health*. 2009;12:763–72.

- 30 -Bitzer J, Tschudin S, Meier-Burgoa J, Armbruster U, Schwendke A. Effets sur la qualité de vie d'un nouveau contraceptif oral contenant 30 mcg d'EE et 3 mg de drospirénone (Yasmin) Praxis (Bern 1994) 2003 ; 92 :1177–84.
- 31.-Bodenmann G, Atkins D, Schar M, Poffet V. The association between daily stress and sexual activity. *J Fam Psychol.* 2010 ;24(3):271-9.
- 32.-Bodenmann G, Ledermann T, Blattner-Bolliger D, Galluzzo C. The association between everyday stress, critical life events and sexual dysfunction. *J Nerv Ment Dis* 2006;194:494—501.
- 33.-Boislard M.-A., van de Bongardt D., Blais M. La sexualité (et son absence) à l'adolescence et au début de l'âge adulte" Rêver d'une vie meilleure: 107. *Sciences du comportement (Bâle)* 2016: 2 ; 6 (1)
- 34.-Bozon M. Femmes et sexualité, une individualisation sous contrainte. In: Maruani M, editor. Femmes, genre et société. L'état des savoirs. Paris: La Découverte; 2005. p. 103—13.
- 35.-Broman C. Sexuality attitudes: the impact of trauma. *J Sex Res* 2003; 40(4):351—7.
- 36.-Brotto LA, Bitzer J, Laan E, Leiblum S, Luria M. Women's sexual desire and arousal disorders. *J Sex Med.* 2010; 7:586–614
- 37.-Burke JP, Jacobson DJ, McGree ME, Nehra A, Roberts RO, Girman CJ, et al. Diabetes and sexual dysfunction: results from the Olmsted County study of urinary symptoms and health status among men. *J Urol* 2007;177:1438–42.
- 38.-. Byers, E. S Relationship Satisfaction and Sexual Satisfaction: A Longitudinal Study of Individuals in Long-Term Relationships. *Journal of Sex Research*, 2005. 42(2), 113–118
- 39.-Carpentier MY, Fortenberry JD, Ott MA, Brames MJ, Einhorn LH. Perceptions de la masculinité et de l'image de soi chez les adolescents et les jeunes adultes survivants du cancer des testicules : implications pour les relations amoureuses et sexuelles. *Psycho-oncologie.* 2011 ; 20 : 738–745
- 40.-Caruso S, Agnello C, Intelisano G, Farina M, Di Mari L, Cianci A. Comportement sexuel des femmes prenant un contraceptif à faible dose contenant 15 microg d'éthinylestradiol/60 microg de gestodène. *La contraception.* 2004 ; 69 : 237–40.
- 41.-Caruso S, Agnello C, Intelisano G, Farina M, Di Mari L, Cianci A. Placebo-controlled study on efficacy and safety of daily apomorphine SL intake in premenopausal women affected by hypoactive sexual desire disorder and sexual arousal disorder. *Urology* 2004;63:955—9
- 42.-Caruso S, Cianci S, Amore FF, Ventura B, Bambili E, Spadola S, Cianci A. Quality of life and sexual function of naturally postmenopausal women on an ultralow-concentration estriol vaginal gel. *Ménopause* 2016;23:47—54.
- 43.-Casson PR, Elkind-Hirsch KE, Buster JE, Hornsby PJ, Carson SA, Snabes MC. Effet du remplacement des œstrogènes après la ménopause sur les androgènes circulants. *Obstetr Gynecol.* 1997 ; 90 :995–8
44. -Castelo-Branco C, Blumel JF, Araya H, Riquelme R, Castro G, Haya J, et al. Prévalence de la dysfonction sexuelle dans une cohorte de femmes d'âge moyen : influences de la ménopause et de l'hormonothérapie substitutive. *J Obstet Gynaecol.* 2003 ; 23 :426-30

- 45.-Cayan S, Akbay E, Bozlu M, et al. La prévalence de la dysfonction sexuelle féminine et les facteurs de risque potentiels pouvant altérer la fonction sexuelle chez les femmes turques. *Urol Int.* 2004 ; 72 : 52-57
- 46.-Chaleby, Kutaiba. Traditional Arabian marriages and mental health in a group of outpatient Saudis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1988, vol. 77, no 2, p. 139-142.
- 47.-Clement, Ulrich. Sex in long-term relationships: A systemic approach to sexual desire problems. *Archives of sexual behavior*, 2002, vol. 31, no 3, : 241-246.
- 48.-Colson, M.-H, Cour, F. Les troubles de l'orgasme féminin. *Progrès en urologie*, 2013, vol. 23, no 9, p. 586-593.
- 49.-Cour, F. et Bonierbale, M. Troubles du désir sexuel féminin. *Progrès en urologie*, 2013, vol. 23, no 9, p. 562-574.
- 50.-Cour, F. et Methorst, C. Troubles de l'excitation chez la femme. *Progrès en urologie*, 2013, vol. 23, no 9, p. 575- 585.
- 51.-Cybulski, M., Cybulski, L., Krajewska-Kulak, E., Orzechowska, M., Cwalina, U., & Jasinski, M. Sexual quality of life, sexual knowledge, and attitudes of older adults on the example of inhabitants over 60s of Bialystok, Poland. *Frontiers in psychology* .2018, 9, 483.
- 52.-Dallaire, S. Les retombées de l'activité physique chez des femmes qui présentent un surplus de poids ou de l'obésité sur l'image de soi et sur le bien-être psychologique et physique. 2010, Université du Québec à Chicoutimi.
- 53.-Davidson , Arnold I. Sex and the Emergence of Sexuality. *Critical Inquiry*, 1987, vol. 14, (1): 16-48.
- 54.-Davis AR, Castano PM. Contraceptifs oraux et libido chez la femme. *Annu Rev Sex Res.* 2004 ; 15 : 297–320.
- 55.-De Mulder, X .Approches biologiques de la fonction sexuelle et de la reproduction humaine : lière master en sciences de la famille et la sexualité, LSEXM2710. . 2015 Syllabus, Université Catholique de Louvain, diffusion universitaire Fac .
- 56.-Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Trouble du désir sexuel hypoactif chez les femmes ménopausées : une enquête auprès des femmes d'Europe occidentale. *J Sex Med.* 2006; 3 (2):212–222
- 57.-Dennerstein L, Lehert P, Burger H, Dudley E. Factors affecting sexual functioning of women in the mid-life years. *Climacteric* 1999; 2:254-62.
- 58.-Dennerstein L, Lehert P. Modeling mid-aged women's sexual functioning: a prospective, population-based study. *J Sex Marital Ther* 2004;30:173—83.
- 59.-Deraïta D. Le désir féminin hypoactif Mémoire CEU, sexologie Faculté de médecine Montpellier I, [risperidone]. *Encephale* . 2006 ;32(1): 97-105
- 60.-Diouf AA, Diallo D, Niang PY, et al. [Sexuality in postmenopausal women in sub-Saharan Africa: example from Senegal]. *The Pan African Medical Journal.* 2019;32:1.

- 61.-Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53:144—8.
- 62.-Dürr E. Womens experience of lack of sexual desire in relationships, and implications for intervention. *Social Work/Maatskaplike Werk*. 2009; 45:256–74.
- 63.-Ellis A, Harper R. *Un nouveau guide pour une vie rationnelle*. Chatsworth, Californie : Wilshire Book Company ; 1975.
- 64.- Elnashar A, El-Dien Ibrahim M, El-Desoky M, Ali O, El-Sayd Mohamed Hassan M. Dysfonction sexuelle féminine en Basse-Égypte. *BJOG*. 2007 ; 114 (2):201–206.
- 65.-Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 6-0590 Encyclopédie pratique de médecine, 1998, 4p
- 66.-Esmail S, Darry K, Walter A, Knupp H. Attitudes et perceptions envers le handicap et la sexualité. *Disabil Réadaptation*. 2010 ; 32 :1148–1155.
- 67.-Esposito K, Maiorino MI, Bellastella G, Giugliano F, Romano M, Giugliano D. Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *Int J Impot Res* 2010;22:179—84.
- 68.-Eyada M, Atwa M. Sexual function in female patients with unstable angina or non-ST-elevation myocardial infarction. *J Sex Med*. 2007;4 (5):1373-80
- 69.-Fenn, A. M., Skendelas, J. P., Moussa, D. N., Muccigrosso, M. M., Popovich, P. G., Lifshitz, J., ... & Godbout, J. P. Methylene blue attenuates traumatic brain injury-associated neuroinflammation and acute depressive-like behavior in mice. *Journal of neurotrauma*, 2015 ; 32(2), 127-138.
- 70.-Foerster M. *Histoire des transsexuels en France*, 2012, Paris, La Musardine.
- 71.-Fonseca HP, Scapinelli A, Aoki T, Aldrighi JM. Carence androgène chez la femme. *Rev Assoc Méd Bras*. 2010 ; 56 :579–82
- 72.-Frick KM, Fernandez SM, Bennett JC, Prange-Kiel J, MacLusky NJ, Leranth C. Behavioral training interfères with the ability of gonadal hormones to increase CA1 spine synapse density in ovariectomized female rats. *Eur J Neurosci* 2004;19:3026—32.
- 73.-Gagnon J. *Les scripts de la sexualité : essais sur les origines culturelles du désir*. Paris: Payot & Rivages; 2008 ; 202 p.
- 74.-Galinsky, A. M., & Sonenstein, F. L. (Relationship commitment, perceived equity, and sexual enjoyment among young adults in the United States. *Archives of Sexual Behavior* .2013., 42(1), 93–104.
- 75.-Gelman F, Atrio J. Flibanserin for hypoactive sexual desire disorder: place in therapy. *Ther Adv Chronic Dis* 2017; 8:16—25.
- 76.-Géonet, M., De Sutter, P., & Zech, ECognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies*. 2013. 22(1): 9-15.

- 77.-Ghanbarzadeh N, Nadjafi-Semnani M, Ghanbarzadeh M-R, Nadjafai-Semnani A, Nadjfai-Semnani F. Female sexual dysfunction in Iran: study of prevalence and risk factors. *Arch Gynecol Obstet.* 2013; 287(3):533–539.
- 78.-Girardin M, Widmer ED, Kellerhals J, Levy R. Intimacy problems et conjugal functioning. *Eur J Sexol* 2005;51:25—40.
79. -. Giltin, Michael J., SWENDSEN, Joel, HELLER, Tracy L., et al. Relapse and impairment in bipolar disorder. *The American journal of psychiatry*, 1995.
- 80.-Goldstein I., Kim N. N., Clayton A. H., et al. Hypoactive sexual desire disorder. *Mayo Clinic Proceedings.* 2017;92(1):114–128.
- 81.- Graziottin, A. "Libido: the biologic scenario." *Maturitas*2000. 34 Suppl 1: 9-16.
82. - Green AI. The social organization of desire: the sexual fields approach. *Sociol Theory* 2008 b;26(1):25—50.
- 83.-Greenstein A, Ben-Aroya Z, Fass O, Militscher I, Roslik Y, Chen J, et al. Syndrome de vestibulite vulvaire et dose d'œstrogène des pilules contraceptives orales. *J Sex Med.* 2007 ; 4 :1679–83
84. -Guideline No. 422d: Menopause and Sexuality *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2021, Volume 43, Issue 11, Pages 1334-1341.e1
85. - Helen. E O'Connell, Hutson J. M, Anderson, C. R. et Plenter, R. J. E Anatomical relationship between urethra and clitoris. *The Journal of urology*, 1998, vol. 159, no 6: 1892-1897.
- 86.-Helen. E O'Connell , Sanjeeva K. V. n, and. Hutson, J. M , John M. Anatomy of the clitoris. *The Journal of urology*, 2005, vol. 174, (4): 1189-1195.
- 87.-Haeffliger, T. and C. Bonsack. Atypical antipsychotics and sexual dysfunction: five case-reports associated with risperidone. *L'encephale*, 2006, vol. 32, (1) : 1 :97-105.
- 88.-Halbreich, U. "The etiology, biology, and evolving pathology of premenstrual syndromes." *Psychoneuroendocrinolog* 2003. 28 Suppl 3: 55-99.
- 89.-Hamzehgardeshi, Zeinab et al. "Socio-demographic determinants of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder: a population-based study in Iran." *BMC women's health* 14 oct. 2020 vol. 20,1 233.,
- 90.-Hardin SR. Cardiac Disease and Sexuality: Implications for Research and Practice. *NursClinNorth Am.* 2007; 42(4):593-603,
- 91.-Hawkes S. Sexual health: a post-2015 palimpsest in global health; *Lancet Glob Health.* 2014; 2(7):e377-378.
- 92.-Hayes, Richard D, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE, Leiblum SR, Graziottin, A .Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertility and sterility*, 2007, vol. 87, no 1: 107-112.

- 93.-Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Sidat M, Gurrin LC, Fairley CK. Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: exploring factors associated with low sexual function et sexual distress. *J Sexual Med* 2008;5(7):1681—93e.
- 94.- Heidari, Mohammad, Mansureh Ghodusi, and Hossein Rafiei. "Sexual self-concept and its relationship to depression, stress and anxiety in postmenopausal women." *Journal of menopausal medicine* 2017 vol 23.1 42-48.
- 95.Hinchliff S, Gott M, Wylie K. Holding onto womanhood: a qualitative study of heterosexual women with sexual desire loss. *Health (London)* 2009; 13:449–65
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- 96.Hubin, A., De Sutter, P., & Reynaert, C.. Etiological factors in female hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies : European Journal of Sexology and Sexual Health / Revue européenne de sexologie et de santé sexuelle*, 2011 ; 20(3), 149-157. APA. PsycInfo.
- 97.- Hubin, A, Alexandra, De Sutter, P, Pascal, et Reynaert, Christine.. The etiological factors of female hypoactive sexual desire *Sexologies*, 2011, vol. 20, no 3, 178-187.
98. -Ibrahim ZM, Ahmed MR, Sayed Ahmed WA. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Egyptian women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. . 2013 ; 287 (6):1173-80.
- 99.-Ishak IH, Low WY, Othman S... Prevalence, risk factors and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: survey results. *The Journal of Sexual Medicine* 2010 ; 7 (9):3080-7.
- 100.- Jannini E. A, B. Whipple, S. A. Kingsberg, O. Buisson, P. Foldès, et Y. Vardi, « Who's afraid of the G-spot? », *J Sex Med*, 2010 ;vol. 7, (1):25 -34.
- 101.-Jaspers L, Feys F, Bramer WM, Franco OH, Leusing P, Laan ETM. Efficacy and safety of flibanserin for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in women. A systematic review and metaanalysis. *Jaspers. JAMA Intern Med* 2016; 176(4):453—62.
- 102.- Jianjun.JI, Norling AM Satisfaction sexuelle des Chinois mariés des villes. *J Sociétés en développement*. 2004; 20 : 21–38.
- 103.-Johannes CB, Clayton AH, Odom DM, et al. Distressing sexual problems in United States women revisited: prevalence after accounting for depression. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(12): 1698-1706.
- 104.-Johnson, Sheri L. et Jacob, Theodore. Marital interactions of depressed men and women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1997, vol. 65, no 1, p. 15.
- 105.-Kurt. T. Barnhart, A. Izquierdo, E. S. Pretorius, D. M. Shera, M. Shabbout, et A. Shaunik, « Baseline dimensions of the human vagina », *Hum. Reprod.*, juin 2006 vol. 21, no 6: 1618 1622,.
- 106.-Kadri N, Mchichi Alami K, Berrada S. La sexualité au Maroc : point de vue de sexologues femmes. *Sexologies* 2010;19(1):53—57.
- 107.-Kaplan Helen Singer, « Hypoactive sexual desire », *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1977. 3, (1): 3-9.

108. - Kaplan, H.S. Hypoactive Sexual Desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 1977. (3): 3-10.
- 109.- Kaplan, Helen Singer. *Sexual aversion, sexual phobias and panic disorder*. Routledge, 2014.
- 110.-Karssemeijer, E.G.A.; Aaronson, J.A.; Bossers, W.J.; Smits, T.; Olde-Rikkert, M.G.M.; Kessels, R.P.C. Positive effects of combined cognitive and physical exercise training on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment or dementia: A meta-analysis. *Ageing Res. Rev.* 2017, 40, 75–83.
111. -Kazemi-Saleh D, Pishgou B, Assari S, Tavallaii SA. Fear of sexual intercourse in patients with coronary artery disease: A pilot study of associated morbidity. *J Sex Med.* 2007;4(6):1619-25.
- 112.-Kellerhals J, Widmer ED, Levy R. *Mesure et démesure du couple : cohésion, crises et résilience dans la vie des couples*; 2004. Paris: Payot.
- 113.-Khemiri, H et al. "Sexualité de la femme ménopausée en Tunisie". In : *Journal de l'information médicale de Sfax* 1.5/6 mars 2004, p. 25-28.
- 114.-Kim H. Désir sexuel, fonction sexuelle et qualité de vie chez les femmes mariées atteintes d'un trouble du désir sexuel hypoactif. *Corée J Health Edu Promot.* 2013 ; 30 (5):163–1751.
- 115-Kinsey, Alfred C., et al. *Le Comportement sexuel de la femme: (" Sexual behavior in the human female")*, par... Alfred C. Kinsey, Wardell B. Pomeroy, Clyde E. Martin, Paul H. Gebhard... Traduit de l'anglais sous la direction du Dr Pierre Jacquemart...[Préface de Robert M. Yerkes et George W. Corner.]. Amiot-Dumont, 1954. p. 348-349, 351.
- 116.-Kingsberg SA, Rezaee RL Désir sexuel hypoactif chez les femmes. *Ménopause* . 2013 ; 20 (12):1284–1300.
- 117.-Kingsberg SA, Woodard T. Female sexual dysfunction: focus on low desire. *Obstet Gynecol.* 2015;125(2):477–486
- 118.-Kingsberg SA. Attitudinal survey of women living with low sexual desire. *Journal of Women's Health (Larchmt)* 2014;23:817–23.
- 119.-Kleinstäuber M. Facteurs associés à la santé sexuelle et au bien-être chez les personnes âgées. *Opinion actuelle en psychiatrie* . 2017 ; 30 (5):358–368.
- 120.- Komisaruk Barry R., Whipple, Beverly, Crawford, Audrita, et al. Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves. *Brain research*, 2004, vol. 1024, no 1-2, p. 77-88.
- 121.-Kravitz H.M., Schott L.L., Joffe H., Cyranowski J.M., Bromberger J.T. Do anxiety symptoms predict major depressive disorder in midlife women? *The Study of Women's Health across the Nation(SWAN) Mental Health Study (MHS) Psychol. Med.* 2014;44:2593–2602.
- 122.-Lau JT, Cheng Y, Wang Q, Yang X . Prévalence et corrélats de la dysfonction sexuelle chez les jeunes femmes mariées adultes en Chine rurale : une étude basée sur la population. *Int J Impot Res* 2006; 18 : 89-97.

- 123.-Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States. Chicago et London: University of Chicago edition; 1994.
124. -Laumann Edward O., Paik, Anthony, et Rosen, Raymond C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, 1999, vol. 281, no 6, p. 537-544.
- 125.-Leedom L, Feldman M, Procci W, Zeidler A. Symptoms of sexual dysfunction and depression in diabetic women. *J Diabet Complications* 1991;5:38—41.
- 126.-Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS) Menopause. 2006;13(1):46–56
- 127.-Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Corona, G., Hayes, R. D., Laumann, E. O., Moreira Jr, E. D., ... & Segraves, T. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 2010. 7(4), 1598-1607.
- 128.-Llaneza P, Fernández-Iñarrea JM, Arnott B, député de García-Portilla, Chedraui P, Pérez-López FR. Évaluation de la fonction sexuelle chez les femmes ménopausées avec le questionnaire sur les changements en 14 items de la fonction sexuelle. *J Sex Med* 2011;8:2144-2151.
- 129.- Liao Q. T, Zhang H, Gao X, Li X, Zhang M. Anatomic distribution of nerves and microvascular density in the human anterior vaginal wall: prospective study. *PLoS One*. 2014 Nov 7;9(11):e110239
- 130.-Lundin C, Malmborg A, Slezak J, et al. Sexual function and combined oral contraceptives: a randomised, placebo-controlled trial. *Endocr Connect*. 2018;7:1208–1216.
- 131.-Maasoumi, R., Elsous, A., Hussein, H., Taghizadeh, Z., & Baloushah, S. Female sexual dysfunction among married women in the Gaza Strip: an internet-based survey. *Annals of Saudi medicine, Bande de gaza* 2019. 39(5), 319–327.
- 132.-Maddowall, W.; Parker, R.; Nanchahal, K.; Ford, C.; Lowbury, R.; Robinson, A.; Sherrard, J.; Martins, H.; Fasey, N.; Wellings, K. 'Talking of sex': Developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. *Patient Educ. Couns*. 2010, 81, 332–337
- 133.-Madbouly, Khaled; Al-Anazi, Mohammed; Al-Anazi, Hanan; Aljarbou, Abdullah; Almannie, Raed; Habous, Mohamad; Binsaleh, Saleh Prevalence and Predictive Factors of Female Sexual Dysfunction in a Sample of Saudi Women. *Sex Med* 2021;9:100-277
- 134.-Maserejian NN, Shifren JL, Parish SJ, Braunstein GD, Gerstenberger EP, Rosen RC. The presentation of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *J Sex Med*. 2010;7:3439–48
135. - Masters and W. H , Johnson V. E, *Sexual Reactions*. Paris: 1967. : 113-115.
- 136.-Mchichi Alami Kh, Kadri N. Moroccan women with a history of child sexual abuse and its long-term repercussion: population based epidemiological study. *Arch Womens Ment Health* 2004;7:237—42.
- 137.-McInnes RA. Chronic illness and sexuality. *Med J Aust*. 2003;179:263–6.

- 138.-Medico, D. & Fournier, KLa sexoanalyse. Présenté au certificat de formation continue en sexologie clinique, 2010. Genève.
- 139.-Meldrum RM, Liamputtong P, Wollersheim D.. Sexual Health Knowledge and Needs: Young Muslim Women in Melbourne, Australia. *International journal of health services : planning, administration, evaluation.* 2016;46(1):124-40.
140. - Mercer, Catherine H., Fenton, Kevin A., Johnson, Anne M., et al. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *Bmj*, 2003, vol. 327, no 7412 :426-427.
- 141.-Merghati-Khoei E, Sheikhan F, Shamsalizadeh N, Haghani H, Yousofnia Pasha YR, Killeen T. La ménopause a un impact négatif sur la vie sexuelle des femmes iraniennes d'âge moyen : une étude transversale. *J Sex Marital Ther* 2014;40:552-560.
- 142.-Meston, C. M. and P. F. Frohlich . "The neurobiology of sexual function." *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(11): 1012-30.
- 143.- Metz M. E. et M. H. Seifert, « Women's expectations of physicians in fisexual health concerns », *Fam Pract Res J*, 1988. 7, (3) :141 152,
- 144.-Meyer, P. Sexualité et endocrinologie. Présenté au certificat de formation continue en sexologie clinique, 2010. Genève.
- 145.- Meystre-Agustoni .G, A. Jeannin, K. de Heller, A. Pécoud, P. Bodenmann, et F. DuboisArber, « Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? », *Swiss Med Wkly*, vol. 141, p. w13178, 2011.
- 146.- Mimoun S, Monforte, M., and S. Droupy. "Douleurs sexuelles de l'homme et de la femme." *Progrès en urologie* 23.9 (2013): 761-770.
- 147.-Mimoun S. Qu'est-ce que le trouble du désir sexuel hypo-actif ? *Gynécologie obstétrique & fertilité.* 2011;39(1):28–31.
- 148.-Mimoun S.Gynécologie psychosomatiqueEncyclopédie Médico-chirurgicale, 2003, 167-A-10 Gynécologie, 8p.
- 149.-Miner M, Esposito K, Guay A, Montorsi P, Goldstein I. Cardiometabolic risk and female sexual health: the Princeton III summary. *J Sex Med* 2012;9:641—51.
- 150.-Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB, Jones KG, Datta J, Field N, et al. Sexual function in Britain: Findings from the third national survey of sexual attitudes and lifestyles (natsal-3). *The Lancet.* 2013;382(9907):1817–1829
- 151.-Moraes AVG de, Valadares ALR, Lui Filho JF, Costa-Paiva L, Pedro AO. Medication use and sexual function: A population-based study in middle aged women. *The journal of sexual medicine.* 2019;16(9):1371–1380 .
- 152.-MORE, Caroline. Sexualité et contraception vues à travers l'action du Mouvement français pour le Planning familial de 1961 à 1967. *Le Mouvement Social*, 2004, no 2: 75-95.

- 153.-Muin DA, Sheikh Rezaei S, Tremmel-Scheinost M, Salama M, Luger A, Wolzt M, Husslein PW, Bayerle-Eder M. Men's sexual response to female partner's intranasal oxytocin administration for hypoactive sexual desire disorder: an open prospective cohort study. *Fertil Steril* 2017;107:781—7
- 154.-Murray SH, Milhausen RR. Désir sexuel et durée de la relation chez les jeunes hommes et femmes. *J Sexe Marital Ther.* 2012 ; 38 (1):28–40.
- 155.- Nagamatsu M., Yamawaki N., Sato T., Nakagawa A., Saito H. Facteurs influençant les attitudes envers l'activité sexuelle chez les jeunes adolescents au Japon. *Le Journal de l'adolescence précoce.* 2013 ; 33 (2) : 267-288.
- 156.-Nappi re, Martini E, Martella S, Capuano F, Bosoni D, Giacomini S, et al. Maintenir la sexualité pendant la ménopause. *Santé post-reproduction.* 2014 ; 20 (1):22-29.
157. - Nappi, Rossella E. To be or not to be in sexual desire: the androgen dilemma. *Climacteric*, 2015, vol. 18, (5): 672-674.
- 158.--Nekoo EA, Burri A, Ashrafi F, Fridlund B, Koenig HG, Derogatis LR, et al. Propriétés psychométriques de la version iranienne de l'échelle de détresse sexuelle féminine révisée chez les femmes. *J Sex Med.* 2014 ; 11 (4):995–1004.
- 159.- Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Brock G, King R, Gingell C. Sexual activity sexual disorders and associated help-seeking behavior among mature adults in five anglophone countries from the Global The global study of sexual attitudes and behaviors. *International journal of clinical practice*, 2005, vol. 59, no 1, p. 6-16.
160. -Nobre, Pedro J. et PINTO-GOUVEIA, José. Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *Cognitive Therapy and Research*, 2008, vol. 32, no 1, p. 37-49.
- 161.-Oberg K.Fugl-Meyer Arfugl-Meyer KSS .la catégorisation et la quantification des dysfonctions sexuelles féminines : une approche épidémiologique.*Int J Impot Res.* 2004 ; 16 : 261-269
- 162.-Ojomu, F., Thacher, T. & Obadofin, M. Sexual problems among married Nigerian women. *Int J Impot Res*, 2007 ; 19, 310–316.
- 163.-Oksuz E, Malhan S. Prévalence et facteurs de risque du dysfonctionnement sexuel féminin chez les femmes turques. *J Urol.* 2006 ; 175 :654–58 .
- 164.-Olofsson. A., & Collins. A., Psychosocial factors, attitude to menopause and symptoms in Swedish perimenopausal women. *Climacteric*, 2000, vol. 3, no 1, p. 33-42.
- 165.- Recommandations pour une approche de santé publique. Communication Brève Relative à la Sexualité (CBS Genève: OMS; 2015 [cité15déc2016] :72p.Disponiblesu : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204278/1/9789242549003_fre.pdf
- 166.-Ornat L, Martínez-Deearth R, Muñoz A, Franco P, Alonso B, Tajada M, et al. Fonction sexuelle, satisfaction de la vie et symptômes de la ménopause chez les femmes d'âge moyen. *Maturitas* 2013;75:261-269

- 167.- Ostrzenski, A., et al. "Verification of the anatomy and newly discovered histology of the G-spot complex." *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 121.11 (2014): 1333-1340.
- 168.- Ostrzenski .A, « Anatomic documentation of the G-spot complex role in tgenesis of anterior vaginal wall ballooning », *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, , sept. 2014 vol. 180, p. 186 191.
- 169.-Pai HC, Lee S, Yen WJ. L'effet du concept de soi sexuel sur les intentions comportementales de santé sexuelle: un test des mécanismes de modération chez les jeunes adolescentes. *J Adv Nurs.* 2012 ; 68 : 47–55.
- 170.-Panzer C, Wise S, Fantini G, Kang D, Munarriz R, Guay A, et al. Impact des contraceptifs oraux sur les niveaux de globuline liant les hormones sexuelles et d'androgènes: une étude rétrospective chez des femmes atteintes de dysfonction sexuelle. *J Sex Med.* 2006 ; 3 : 104–13.
- 171.-Parish SJ, Hahn SR. Hypoactive sexual desire disorder: a review of epidemiology, biopsychology, diagnosis, and treatment. *Sexual Medicine Reviews.* 2016;4:103–20.
- 172.-Pause, C. Désir hypoactif chez l'homme. Présenté au certificat de formation continue en sexologie clinique, Genève, 2010.
- 173.-Peixoto MM, Nobre P. Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: a population-based study with women aged 18 to 79 years. *J Sex Marital Ther* 2015; 41(2):1—12.
- 174.-Peleg-Sagy T, Shahar G. The prospective associations between depression and sexual satisfaction among female medical students. *The Journal of Sexual Medicine.* 2013;10: 1737–4
- 175.-Pena, K. S. and J. A. Rosenfeld "Evaluation and treatment of galactorrhea." *Am Fam Physician* 2001; 63(9): 1763-70
- 176.-Pérez-Herrezuelo I., Aibar-Almazán A., Martínez-Amat A., et al Female sexual function and its association with the severity of symptoms related to menopause. *International Journal of Environmental Research and Public Health* . 2020 ; 17 (19).
- 177.-Pfaus JG. Avis : voies du désir sexuel. *J Sex Med.* 2009 ; 6 (6):1506–1533.
178. - Phillips ,N,A, Nancy A. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. *American family physician*, 2000, vol. 62, no 1, p. 127-136.
- 179.-Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S. Dysfonctionnement sexuel féminin dans une cohorte autrichienne en bonne santé: Prévalence et facteurs de risque. *Europe Urol.* 2005 ; 47 :366–75.
- 180.-Ponticas Y. Sexual aversion versus hypoactive sexual desire: a diagnostic challenge. *Psychiatr Med* . 1992 ;10; 273–281.
- 181.-Portman DJ, Brown L, Yuan J, Kissling R, Kingsberg SA. Flibanserin in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: results of the PLUMERIA study. *J Sex Med* 2017;14:834—42
- 182.-Poudat, François-Xavier, BEAUDRY, Madeleine, BOISVERT, Jean-Marie, et al. *Sexualité, couple et TCC.* Elsevier Health Sciences France, 2011.

- 183.-Pryor J. The European Academy for Sexual Medicine (EASM): the challenge of developing European training standards in sexual medicine. *Sex Relatsh Ther.* 2006;21(3):273-9.
- 184.--Roberts SC, Cobey KD, Klapilová K, Havlíček J. An evolutionary approach offers a fresh perspective on the relationship between oral contraception and sexual desire. *Arch Sex Behav* 2013;42(8):1369—75
185. -Rosen RC, Barsek JL. Réponse sexuelle normale chez les femmes. *Obstet Gynecol Clin Amérique du Nord.* 2006 ; 33 :515-526
- 186.-S. Mattei et al., SVT Sciences de la Vie et de la Terre Cycle 4: 5e, 4e, 3e. Magnard, 2017.
- 187.-Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis de psychiatrie de Kaplan et Sadock : sciences du comportement et psychiatrie clinique, neuvième édition. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins ; 2003.
- 188.-Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res.* 2006;18:382–95.
- 189.-Sanders SA, Graham CA, Bass JL, Bancroft J. Une étude prospective des effets des contraceptifs oraux sur la sexualité et le bien-être et leur relation avec l'arrêt. *La contraception.* 2001 ; 64 : 51–8.
- 190.-Saouef M, Ejebli K. La santé mentale de la femme arabe, 3. Alexandrie: Ed Horas; 2001. p. 83-92
- 191.-Sergeves, Robert Taylor, CLAYTON, Anita, CROFT, Harry, et al. Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *Journal of clinical psychopharmacology*, 2004, vol. 24, no 3, p. 339-342.
- 192.-Silva, R.B.; Aldoradin-Cabeza, H.; Eslick, G.D.; Phu, S.; Duque, G. The Effect of Physical Exercise on Frail Older Persons: A Systematic Review. *J. Frailty Aging* 2017, 6, 91–96.
- 193.-Simon J, Klaiber E, Wiita B, Bowen A, Yang HM. Differential effects of estrogen-androgen and estrogen alone on vasomotor symptoms, gonadotropin secretion, and bioavailability of endogenous androgens in postmenopausal women. *Menopause.* 1999 ; 6 :138-46
- 194.-Smith, L.; Grabovac, I.; Yang, L.; Veronese, N.; Koyanagi, A.; Jackson, S.E. Participation in Physical Activity is Associated with Sexual Activity in Older English Adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16, 489.
- 195.-Smith RL, Gallicchio L., Flaws JA Facteurs affectant l'activité sexuelle chez les femmes d'âge mûr : résultats de l'étude sur la santé à mi-vie. *Journal de la santé des femmes.* 2017 ; 26 (2) : 103–108
- 196.-Simes SM, Snabes MC. Reaction to the recent publication by rosemary basson entitled 'testosterone therapy for reduced libido in women'. *Ther Adv Endocrinol Metab.* 2011 Apr;2(2):95-6.
- 197.- Spark RF. Dehydroepiandrosterone: a springboard hormone for female sexuality. *Fertil Steril.* 2002 Apr;77 Suppl 4:S19-25.
- 198.-Steer A., Tiggemann M. Le rôle de l'auto-objectivation dans le fonctionnement sexuel des femmes. *Journal de psychologie sociale et clinique .* 2008 ; 27 (3):205–225.

- 199.-Stuart FM, Hammond DC, Pett MA. Inhibited sexual desire in women. *Arch Sex Behav* 1987;16:91—106.
- 200.-Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Oestrogène local pour l'atrophie vaginale chez les femmes ménopausées. *Système de base de données Cochrane Rév.* 2003 ; CD001500
- 201.-Temple-Smith MJ, Mulvey G, Keogh L. Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia. *Sex Transm Infect.* 1999;75(1):41-4.
- 202.-Thabet, J Ben., F. Charfeddine b, N. Charfia , I. Baati a , L. Zouari a , N. Zouari a , M. Maâlej l. “ Sexuality of the Tunisian woman: between the religious and the cultural”.In : *L'Encéphale* 2015,41.2, p. 144-150.
- 203.-Tordjman G. Dysfonctions sexuelles du couple *Encyclopédie Médico-chirurgicale, gynécologie*, 2001 ; 116-A-10, , 20p
- 204.-Trifi M, Elkissi Y, Slim I, Chaïeb M, Nasr SB, Chaïeb L, et al Evaluation of sexual function in women with type 2 diabetes: case-control . *Sexologies.* 2016;25(2):78–84.
- 205.-Trompeter SE, Bettencourt R., Barrett-Connor E. Activité sexuelle et satisfaction chez les femmes âgées en bonne santé vivant dans la communauté. *Suis J Med.* 2012; 125 : 37–43.
- 206.-Trudel G, Aubin S, Drouin N, Ravart M, Trinque C. *Decreased Sexual Desire: Assessment and Treatment Methods* Paris: Masson; 2003.
- 207.-Trudel G, Marchand A, Ravart M, Aubin S, Turgeon L, Fortier P. The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sexual and relationship therapy.* 2001;16(2):145–164.
- 208.-Trudel, G. (Sexual dysfunctions: Evaluation and treatment by psychological, interpersonal and biological methods Québec: Presses de l'Université du Québec. 2010.
- 209.-Trudel, G. *Sexual dysfunctions. Evaluation and treatment by psychological, interpersonal and biological methods*, 3rd edition. Presses de l'Université du Québec. 2020
- 210.-, Trudel G., Villeneuve, L., Preville, M., et al. Sexuality, dyadic adjustment and psychological distress in elderly couples. Presentation at Congress International Association of Gerontology and Geriatrics. Paris, 2009.
- 211.-Wagner, G., Fugl-Meyer, K. S., et Fugl-Meyer, AR11035403. Impact of erectile dysfunction on quality of life: patient and partner perspectives. *International journal of impotence research*, 2000, vol. 12, no 4 :144-146.
- 212.-Walsh KE, Berman JR. Sexual dysfunction in the older woman: an overview of the current understanding and management. *Drugs Aging* 2004;21:655-75
- 213.-Weaver A, Byers SE. The relation among body image, body mass index, exercise and sexuality among heterosexual women. *Psychol Women Quart* 2006;30 (4):333—9

- 214.-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.* 2008;168(13):1441-1449.
- 215.- Whipple .B et B. R. Komisaruk, « Brain (PET) responses to vaginal-cervical selfstimulation in women with complete spinal cord injury: preliminary findings », *J Sex Marital Ther.* . 2002 vol. 28, no 1, p. 79 86 .
- 216.- Wissemberg .B, « Les troubles du désir chez la femme: quelle prise en charge par le médecin généraliste », Thèse d'exercice, Université de Nancy I. Faculté de médecine, France, 2005.
- 217.-Widmer E.D, Levy R, Gauthier A. Insertion in the professional field and in the family field in the data of the Swiss Household Pane . Bern: Peter Lang; 2004c. p. 95—104.
- 218.-Widmer, E. D. et Ammar .N., Sexual desire and marital interaction styles. *Sexologies*, 2013, vol. 22, no 4, p. 150-158.
- 219.-Wierman, M. E., Nappi, R. E., Avis, N., Davis, S. R., Labrie, F., Rosner, W., & Shifren, J. L. Endocrine aspects of women's sexual function. *The journal of sexual medicine*, 2010. 7(1), 561-585.
- 220.-Wincze JP, Carey MP. *Sexual dysfunction: A guide to assessment and treatment*, second edition New York : Guilford Press ; 2001
- 221.-World Health Organization (WHO). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on:sexual health.* WHO. Geneva; 2002 [cité 12 févr 2017]. 35 p. Disponible sur:http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- 222.- Wunsch S. , Brenot P., "Les attentes sexuelles des femmes face aux attentes de leur partenaire," *Sexologies*, 2016 .vol. 25 : 31,34,.5,6,7
- 223.- Wunsch S. , Brenot P Analyse des rapports entre structure biologique et sexualité: *Sexualité humaine (I).* *Neuropsy news*, 2005, vol. 4, no 4, p. 133-136.
- 224.-Yatawara CJ, Einfeld SL, Hickie IB, Davenport TA, Guastella AJ. The effect of oxytocin nasal spray on social interaction deficits observed in young children with autism: a randomized clinical crossover trial. *Mol Psychiatr* 2016;21:1225—31
- 225.-Yazdanpanahi Z, Nikkholgh M, Akbarzadeh M, Pourahmad S. Stress, anxiety, depression, and sexual dysfunction among postmenopausal women in Shiraz, Iran, *J Fam Community Med* 2018;25:82-7
- 226.- Zeler .A et C. Troadec, “Feeling of patients when sexuality is approached by a general practitioner: qualitative study on 96 adult patients from Languedoc-Roussillon, France”,*Sexologies*, juill. 2017 vol. 26, no 3, p. 136 145.
- 227.-Zethraeus N, Dreber A, Ranehill E, et al. Combined oral contraceptives and sexual function in women – a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016;101:4046–4053.

Annexes

Questionnaire

DESIR SEXUEL HYPO-ACTIF CHEZ LA FEMME A SETTAT

Age de la femme

< 20 ans

20 – 30 ans

30 – 40 ans

40 – 50 ans

> 50

Age Du Mari

< 20 ans

20 – 30 ans

30 – 40 ans

40 – 50 ans

> 50

Situation matrimoniale

Mariée

Divorcée

Veuve

Célibataire

Type de mariage

Par consentement

Arrangée

Niveau d'instruction de la femme

Niveau d'instruction du mari

Profession de la femme

Profession du mari

Education Sexuelle

Oui

Non

Age de Début de l'activité génitale

Le premier rapport était traumatisant

Oui

Non

La fréquence des rapports sexuels / Semaine

Aucun

Un

Deux

Trois est plus

Qualité du rapport sexuel

Satisfaction

Anxiété

Initiative Sexuelles

OUI

NON

Image érotique de soi

OUI

NON

Types de frigidité rencontrée

Frigidité primaire

Frigidité secondaire

Frigidité sélective

Aversion sexuelle

A quelle fréquence (pour la frigidité secondaire)

Rarement

Quelque fois

+ Fois

Conséquences sur la dame :

Conséquences sur le mari :

Etiologie possible

1-Pathologie gynécologique

IST PELVI EN	MENOPAUSE STERILITE	IVG	CANCER
-----------------	------------------------	-----	--------

2-Contraception utilisée

Diu	préservative	pilule
-----	--------------	--------

3-Facteur obstétricales

Déroulement de la grossesse

Sans problème	avec problème
---------------	---------------

Sexualité au cours de grossesse

Démunie	normale	absente
---------	---------	---------

Déroulement de l'accouchement

Normale	épisiotomie	césarienne
---------	-------------	------------

Nombre de rapport sexuel après accouchement

Normale	Absent	Démunie
---------	--------	---------

4- cause médicamenteuse

Anxiolytique

Anti dépression

Antistaminique

Antihepertension

Chimiothérapie

Toxicomanie

5-cause endocrinienne

Diabète

hypothyroïdie

6-education familiale

Normale

rigide

culpabilisante

dévalorisante

7- condition socio-économique

Bas niveau

niveau satisfaisant

8- facteurs physique et neurologique

Choc émotionnel

deuil

Hystérie

boulimie

Anorexie

tr neurologique

9- stress

Oui

Non

LIEN /

PROFESSIONNEL

SOCIAL

DESIR D'ENFANT

AUTRE

10-sport

Oui

Non

11- ménopausée

Oui

Non

Début de ménopausée

-12 mois

+ 12 mos

12- alimentation

Equilibré

Déficitaire

DEFICI / En antioxydant

DEFICI/ minéraux

DEFICI/ vitamine

DEFICI/ légumes et fruits

DEFICI / OMEGA 3

13-RECHERCHE DE L'AIDE :

Amis

famille

médecin

autre

Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs.

Elle comporte 14 items cotés.

de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2

- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque

chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3

- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2

- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1

- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0

- Plus autant qu'avant 1

- Vraiment moins qu'avant 2

- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3

- Assez souvent 2

- Occasionnellement 1

- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3

- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien

faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout ; 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais ,2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention,1
- J'y prête autant d'attention que par le passé, 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3