



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

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



## Troubles du désir sexuel féminin<sup>☆</sup>

Sexual desire disorders in women

F. Cour<sup>a,\*</sup>, M. Bonierbale<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service d'urologie, hôpital Foch, université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, 40, rue Worth, 92150 Suresnes, France

<sup>b</sup> Service de psychiatrie, CRIR AVS, hôpital Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

Reçu le 20 septembre 2012 ; accepté le 20 septembre 2012

### MOTS CLÉS

Trouble du désir sexuel ;  
Désir sexuel hypoactif ;  
Femme ;  
Souffrance ;  
Couple

### Résumé

**Objectif.** — Évaluer les troubles du désir sexuel (TDS) chez la femme et les modalités thérapeutiques proposées dans la littérature.

**Matériel et méthodes.** — Revue des articles publiés dans la base de données MEDLINE, sélectionnés selon leur pertinence scientifique, des conférences de consensus et des recommandations publiées sur le sujet.

**Résultats.** — La construction du désir sexuel féminin est éminemment multifactorielle. Savoir situer un TDS dans l'histoire de la patiente, dans son contexte médical et relationnel, est donc essentiel. Il faudra également rechercher l'existence d'autres troubles sexuels, en particulier les troubles de l'excitation, fréquemment associés au TDS. Les TDS sont l'une des dysfonctions sexuelles féminines les plus difficiles à traiter à cause de la difficulté du repérage des limites entre le normal et le pathologique. Sans désir, la femme peut ne pas assimiler l'absence de sexualité à une souffrance. En revanche, ce sont souvent les conséquences de cette situation qui l'amèneront à consulter. La peur de perdre son partenaire, la crainte de ne pas être comme les autres dans un contexte sociétal très normatif sont les motifs les plus fréquents de consultation.

**Conclusion.** — Une femme « bien dans sa peau » sera bien dans son désir. Le rétablissement d'un désir réactif au contexte affectif avec le partenaire peut être retenu comme objectif thérapeutique. La complexité et le caractère multifactoriel des TDS féminins rendent toute solution unique insuffisante, l'exhaustivité de l'évaluation initiale et la précision des objectifs de la prise en charge thérapeutique sont essentiels.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

<sup>☆</sup> Cet article fait partie intégrante du rapport « Médecine Sexuelle » du 106<sup>e</sup> congrès de l'Association française d'urologie rédigé sous la direction de Florence Cour, Stéphane Droupy et François Giuliano.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : f.cour@hopital-foch.org (F. Cour).

**KEYWORDS**

Sexual desire disorders;  
Hypoactive sexual desire;  
Women;  
Distress;  
Couple

**Summary**

*Objective.* – To evaluate the clinical presentation of women’s sexual desire disorders (SDD) and therapeutic options, suggested in the literature.

*Material and methods.* – Review of articles published on this subject in the Medline database, selected according to their scientific relevance, of consensus conferences and published guidelines.

*Results.* – Female sexual desire is eminently multifactorial. The clinician should take into account the distress of the woman presenting with a SDD by relating this to the sexual history and the general context (pathological, biological...) together with the relationship with the partner. Other sexual disorders should be considered particularly arousal disorders which are frequently associated with SDD in women. SDD is one of the most difficult symptoms of female sexual dysfunction to treat since it is difficult to delimit the normal and the pathological. Without desire, the lack of sexual activity cannot be perceived as suffering. However, the consequences of this situation mean that she will consult the specialist fearing either that she could lose her partner, or that she is different in a normative society.

*Conclusion.* – A woman who is fulfilled will not have a problem with desire. The therapeutic objective can be to re-establish reactive desire in the affective context of the couple. The complexity and the multifactorial nature of TDS in women means that no unique solution is satisfactory; the initial assessment and a precise aim for therapeutic management are essential.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Ouvrir le dialogue avec les patientes sur un trouble du désir peut sembler difficile pour le praticien, le désir féminin étant souvent considéré comme une « boîte de Pandore ». Pourtant, l’urologue est souvent confronté à ce problème dans sa pratique quotidienne : que ce soit lors de la prise en charge d’un homme présentant une dysfonction sexuelle, celle-ci pouvant être due ou maintenue par un trouble du désir chez sa partenaire, ou lorsqu’il traite la femme elle-même dans le cadre d’une incontinence urinaire ou d’un trouble de la statique pelvienne, ces problèmes ayant fréquemment une répercussion sur la sexualité, souvent tue par la patiente. Connaître les bases de l’évaluation initiale d’un trouble du désir féminin, pour pouvoir proposer à la patiente, selon sa demande réelle, une prise en charge adaptée est donc utile pour l’urologue.

De multiples causes relatives au désir de la partenaire sont à rechercher chez un homme consultant pour une dysfonction sexuelle :

- un manque de stimulation par sa partenaire (partenaire passive, inhibée...);
- une partenaire sans désir sexuel ou présentant une aversion de la sexualité;
- un conflit conjugal masqué où la partenaire refuse la sexualité;
- une partenaire vieillissante qui a désinvesti la sexualité

**Définition**

**Difficulté de la définition du désir**

Il est clair qu’avant de parler de troubles du désir sexuel (TDS) féminin, la définition même du désir « normal » pose problème. Le désir sexuel de la femme fait partie de ce que Freud appelait « le continent noir », dont la connaissance, tant de ses déterminants que des circonstances qui peuvent

l’affecter, reste toujours à approfondir. Avec la psychanalyse, le désir a pris une dimension active, cette recherche de l’accession à un « objet » de plaisir. Le désir se distingue du besoin, qui est comblé par une satisfaction immédiate, comblement que le désir ne remplit jamais complètement, l’objet à atteindre restant synonyme du plaisir recherché, fantasmé, ce qui permet de le rechercher encore.

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

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

Le schéma le plus pertinent semble être le modèle circulaire développé par Rosemary Basson [1] (Fig. 1).

Il faudra rester attentif à ne pas réduire le désir à ses composantes physiologiques, oubliant l’histoire personnelle

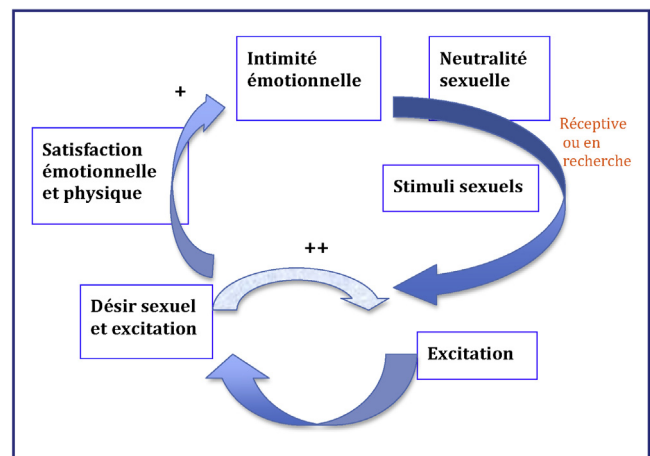


Figure 1. La réponse sexuelle féminine.

et le contexte de la femme qui présente un TDS, car beaucoup de ce qui a généré ce trouble s'y trouve.

### Définition d'un trouble du désir

Depuis toujours, le dimorphisme sexuel a opposé dans le désir la femme et l'homme : le désir masculin, captatif, primaire, se focalisant sur l'objectif final, c'est-à-dire le rapport sexuel, selon un mécanisme relativement simple de besoin-récompense ; le désir féminin étant indirect, secondaire, se nourrissant de la relation et de la tendresse dans un réseau émotionnel complexe en miroir. . . Les différences entre la femme et l'homme concernant le désir sexuel apparaissent clairement dans une étude de 2006 de Colson et al. [2] 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 [3].

La sexualité en tant qu'émotion : c'est bien dans le domaine du désir que cette phrase fait sens [4]. Le ressenti cognitif, la subjectivité du symptôme et la difficulté de la perception de la frontière ténue avec le moment où il devient réellement un trouble rendent difficiles tous les travaux sur le sujet.

Pour l'Association de psychiatrie américaine (APA), le désir sexuel hypoactif est défini comme une baisse persistante ou récidivante ou une absence de fantasmes sexuels et de désir d'activité sexuelle responsable de souffrance marquée ou de difficulté interpersonnelle [5].

L'existence d'une souffrance est indispensable pour parler de trouble car, s'agissant des TDS, le repérage de la limite entre le normal et le pathologique s'avère difficile [6,7].

La notion de réceptivité lors de l'activité sexuelle, développée par Rosemary Basson lors de la conférence de consensus en 2000 [8], a donné une dimension « active » au désir : il y aurait chez la femme un désir « basal, spontané, indicateur de température » et un désir réactif en réponse à une stimulation sexuelle. La femme partirait d'un état « neutre », puis, grâce à une stimulation de son partenaire, elle ressentirait une excitation. Ce modèle suppose une réceptivité qui serait la clé du désir à poursuivre l'activité sexuelle.

Cette définition, intégrée dans le DSM IV-TR, a été critiquée par beaucoup d'experts [9]. Elle sera révisée dans le DSM V à paraître en 2013. On parlera d'un « trouble de l'intérêt et de l'excitation sexuels de la femme », le mot désir hypoactif disparaissant. Y sera incluse la notion de baisse de fréquence de l'initiation d'une activité sexuelle, selon le concept de désir « actif ».

L'intrication entre troubles de l'excitation et troubles du désir est au premier plan dans cette définition. Cela est déjà critiqué par certains auteurs : ayant étudié les deux définitions, l'ancienne et la nouvelle, sur une cohorte de 481 femmes, Clayton et al. [10] ont rapporté que cette association était réductrice et risquait de ne diagnostiquer que les troubles du désir sévère. . .

Pourtant, l'étude sur 3680 patientes de Carvalheira et al. [9] a bien montré la difficulté pour les femmes à individualiser désir et excitation ; ainsi chez les patientes normalement excitées, seulement 15,5% d'entre elles sentaient un désir sexuel au début de leur excitation alors que 30,7% n'accédaient au désir qu'une fois l'excitation

installée. Trente-deux pour cent des femmes ayant une relation avec leur partenaire de longue date n'avaient pas de désir sexuel quand elles commençaient une activité sexuelle avec lui, contre 22,4% si la relation était récente. Seulement 52,5% des femmes avaient parfois des fantasmes.

### Physiopathologie et diagnostic d'un TDS

De part la complexité du désir féminin, le diagnostic de son insuffisance en est difficile, malgré l'enrichissement des définitions.

Les éléments complémentaires inclus dans la définition du DSM V à rechercher sont :

- le caractère primaire ou acquis du TDS, et s'il est acquis, le caractère généralisé ou situationnel ;
- le degré de souffrance psychologique, dû exclusivement à des facteurs psychologiques ou bien à des facteurs physiques et psychologiques associés ;
- l'existence de facteur contextuel négatif, que ce soit dans la relation, l'environnement sexuel, les facteurs médicaux, le contexte culturel et religieux, dont dépend la frontière entre normalité et anormalité.

Les interactions psychosocioculturelles sont nombreuses : le rôle des neuromédiateurs, neuropeptides et hormones, a été décrit dans le chapitre sur la physiologie.

Les neurones dopaminergiques sont particulièrement impliqués dans le désir sexuel ; ils réagiraient à des stimuli ayant déjà une signification au cours de l'histoire de l'individu. L'histoire du sujet serait donc primordiale, par l'intermédiaire de connexions avec le système limbique, chaque événement de la vie d'un individu étant intégré dans un « bassin d'attracteurs », zones neuronales associatives qui seront activées ou inhibées selon le contexte [11]. En fonction de l'importance de ces empreintes relationnelles affectives, le désir va osciller entre excitation et inhibition, balance décrite par Janssen et al. [12] et Janssen et Bancroft [13].

Des études en IRM fonctionnelle [14] avec projection de films érotiques ont mis en évidence des interactions très complexes au niveau central (région corticale, limbique et paralimbique) entre la cognition, l'attention, la motivation sexuelle et les émotions. Récemment [15], a été rapportée une diminution de l'activation des zones cérébrales du désir chez les femmes ayant un trouble du désir par rapport à un groupe témoin, parallèlement à une activation plus importante des zones correspondant aux interprétations cognitives, subjectives et sociales, confirmant la participation au ressenti du désir de multiples items comme l'histoire sexuelle, le contexte psychosocial, les cognitions sexuelles et extrasexuelles.

Ainsi, le désir sexuel chez la femme reste une expérience personnelle et unique. La vie fantasmatique des femmes n'est souvent pas perçue clairement, en tout cas comme une part de leur désir sexuel propre et la plupart d'entre elles qualifient leur désir en référence à leur partenaire.

Il y a peu de désir sexuel féminin spontané et ce désir féminin n'est pas, en général, suffisant pour initier une activité sexuelle, alors qu'il l'est chez l'homme ; de nombreux autres stimuli sont non sexuels (qualité de la relation. . .). Ce dynamisme d'« envie » sera forgé tout au long de la vie

de la femme et dépendra de ses apprentissages sexuels et de son éducation sexuelle [16].

Une fois l'activité engagée, de multiples facteurs modulent l'intégration des stimuli sexuels au niveau cérébral, ce qui différencie donc le désir anticipatoire du désir sexuel éprouvé lors de l'activité sexuelle [17,18].

Quelle que soit la définition retenue, les difficultés majeures pour l'évaluation d'un TDS féminin sont :

- l'association fréquente à d'autres troubles sexuels, comme les troubles de l'excitation et de l'orgasme ;
- l'absence de recours possible à une mesure objective avec une évaluation purement qualitative, déclarative.

## Diagnostic différentiel d'un TDS

### Les troubles de l'excitation et du plaisir

Le diagnostic différentiel avec les troubles de l'excitation et du plaisir est complexe d'autant qu'il n'y a pas de corrélation entre la réponse vaginale sexuelle (lubrification, vasodilatation génitale) et les perceptions subjectives de la femme, qu'elle se plaigne ou non d'un dysfonctionnement sexuel [19].

Ces symptômes étant souvent associés, il faudra essayer par l'interrogatoire de trouver le trouble initial [8].

### L'aversion sexuelle

L'aversion sexuelle est définie comme une anxiété sévère ou un dégoût à la pensée d'une activité sexuelle. Ce trouble a le plus souvent de nombreuses causes, en particulier des antécédents d'abus sexuels, avec un rejet de tout contact sexuel et une répulsion à la pensée d'une activité sexuelle, une phobie de tout contact physique qui pourrait conduire à celle-ci. Il existe souvent des troubles neurovégétatifs involontaires, avec des attaques de panique, une anxiété anticipatoire au premier plan. Cette aversion rentre donc dans la classification des troubles anxieux et phobiques et nécessite une prise en charge complexe, psychosexothérapeutique [20].

### Une baisse de désir circonstancielle

Une baisse de désir circonstancielle liée à des événements de vie, sans souffrance personnelle proprement liée à ce TDS ponctuel.

## Épidémiologie des TDS

Peu d'études épidémiologiques se sont intéressées au désir sexuel féminin avant les années 1990. Dans la revue de la littérature de Spector et Carey en 1990 [21], dans les 47 études sur les dysfonctions sexuelles féminines (DSF) publiées entre 1940 et 1990, les TDS n'apparaissaient pratiquement pas. Dans les rares études qui s'intéressaient aux TDS, la prévalence était éminemment variable, allant de 10 à 60%.

En 2001, Simons et Carey [22], dans leur revue de 51 études sur les DSF, ont noté les limites méthodologiques de celles-ci, seulement 8% s'étant appuyées sur la nomenclature du DSM IV... La prévalence des TDS allait de 5 à 46%,

concernant pour ce chiffre élevé une population féminine essentiellement postménopausique.

Deux études avec une méthodologie de qualité ont été publiées en 1999 :

- celle de Fulg-Meyer et Fulg-Meyer qui retrouvaient dans une cohorte de 760 femmes, âgées de 18 à 74 ans, 34% de femmes présentant un TDS mais moins d'un tiers en éprouvait une gêne. Il s'agit d'une des premières études à s'intéresser non pas seulement au symptôme mais aussi à la souffrance engendrée par le symptôme [7] ;
- celle de Laumann et al., qui ont rapporté une corrélation entre les DSF, notamment les TDS, et l'état de santé physique et émotionnelle, le niveau d'éducation ainsi que l'existence d'expériences sexuelles négatives chez les femmes étudiées. Les auteurs replaçaient ainsi le symptôme dans son contexte général, ce qui est essentiel chez la femme [23].

Plus récemment, dans l'étude GSSAB [24], qui portait sur 13 882 femmes de 40 à 80 ans dans 29 pays, le manque d'intérêt sexuel était le premier symptôme allégué dans 21% des cas, devant les troubles de l'orgasme. Malgré la fréquence des DSF, seulement 18,8% des femmes avaient cherché une aide auprès de leur médecin et cela essentiellement lorsqu'il existait un problème de lubrification. Ainsi, la demande d'aide médicale était plus importante en cas de problème apparemment mécanique alors qu'en cas de TDS la patiente pensait que le médecin n'aurait pas de solution, raison pour laquelle elle ne consultait pas.

Dans l'étude de Rosen et al. [25], chez 701 femmes venues consulter en gynécologie ou en obstétrique, 7,4% d'entre elles (52 femmes) présentaient un TDS avec un pic de fréquence en péri- et postménopause immédiat.

Dans une étude internationale sur 3262 femmes [3], 6,8% des femmes n'avaient pas eu de rapport sexuel dans les six derniers mois à cause d'un TDS, avec des différences culturelles importantes, les afro-américaines trouvant le sexe beaucoup plus important que les autres ethnies.

En dehors des différences de prévalence des TDS selon le contexte culturel et religieux, la difficulté pour chiffrer exactement celle-ci est l'association très fréquente des TDS avec les autres troubles sexuels. Ainsi, dans l'étude de Maserjian et al. [26], tirée du registre sur les TDS féminins, 49% des femmes avaient des troubles combinés en postménopause, 39% en préménopause.

Les données épidémiologiques, s'agissant d'un trouble purement déclaratif, se heurtent évidemment aux écueils habituels des symptômes subjectifs. Lorsqu'on rajoute le critère de souffrance lié à ce symptôme, ce qui est recommandé dans le DSM IV-TR, la prévalence qui était de 35 à 52%, passe de 7 à 16% [27]. Le retentissement des TDS varie avec l'âge. Dans une étude épidémiologique longitudinale internationale, 65% des femmes européennes et 67% des femmes américaines qui alléguaient un trouble du désir dans la tranche 20–29 ans étaient stressées par celui-ci puis le stress diminuait respectivement à 22 et 37% dans les tranches 60–70 ans [28].

## Étiologies

L'étiologie des TDS est éminemment multifactorielle.



## Facteurs personnels

### Les facteurs personnels cognitifs

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 socio-culturel et religieux dans lequel elle a grandi.

#### *Le degré de connaissance et d'éducation sexuelle*

Le degré de connaissance et d'éducation sexuelle est donc un élément important. L'attitude des parents vis-à-vis de la sexualité et le contexte affectif parental dans lequel s'est construite la patiente sont déterminants : en fonction de l'apprentissage et de l'attitude des parents, des croyances religieuses, le désir peut être spontanément inhibé chez la jeune adulte [29]. De fausses croyances autour de la sexualité, des mythes et des peurs autour de la masturbation, de certaines positions et pratiques sexuelles peuvent également perturber le désir sexuel [30]. Dans une étude brésilienne récente [31], une mauvaise information sexuelle dans l'enfance apparaissait comme hautement associée à un risque d'avoir un TDS, que ce soit du fait de croyances irrationnelles ou d'un sentiment de culpabilité véhiculés par des interdits parentaux.

Il peut y avoir également un appauvrissement des fantasmes et une diminution de la perception des stimuli qu'ils soient directement sexuels ou dans d'autres sphères, de façon plus large.

Le praticien devra diagnostiquer ces erreurs, ce qui servira de socle à toute prise en charge.

#### *L'image de soi*

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.

Plusieurs périodes sont particulièrement à risque : le passage de l'adolescence à celui de femme, avec des changements assez rapides de l'apparence physique de la jeune fille (seins) contrairement aux garçons où les changements pubertaires sont plus étalés dans le temps, la grossesse et la naissance de l'enfant, la ménopause sont trois phases de vie où la femme est particulièrement vulnérable dans son désir sexuel.

Un TDS est fréquent après certaines chirurgies comme la colostomie, la mastectomie [32].

Des expériences sexuelles traumatisantes, des abus sexuels peuvent entraîner une altération de l'image de soi. Une diminution du désir et des fantasmes sexuels a été rapportée chez de nombreuses femmes ayant été abusées sexuellement dans l'enfance, allant parfois jusqu'à l'aversion sexuelle [33].

#### *La 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 [34]. Une mauvaise image de soi y est fréquemment associée. Dans l'enquête de Dunn et al. [35], chez 979 femmes, l'existence d'une anxiété et d'une dépression multipliait par cinq 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.

### La dépression

La dépression est rapportée jusque dans 80 % des cas de TDS [36]. Dans l'étude GSSAB, la dépression était le facteur prédictif le plus important d'un TDS avec un RR de 1,3 à 2,2 [6].

### Les traitements psychotropes

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 (Seroplex®) et la paroxétine (Deroxat®), mais ils s'étaient amendés ensuite à 12 semaines avec une amélioration de la fonction sexuelle chez les patientes stabilisées de leur dépression [37]. Dans une étude récente [38], 17,7 % des femmes avaient un TDS 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.

### Les traitements contraceptifs oraux

Dans une revue récente de la littérature, les effets des contraceptifs oraux estroprogestatifs (COOP) étaient difficiles à préciser, avec de grandes variations selon les études. Il semble que ceux-ci améliorent les douleurs de type dysménorrhée, mais ils peuvent parfois entraîner une vestibulodynie et une diminution de la lubrification chez certaines femmes. Concernant le désir sexuel, les études sont discordantes, certaines ayant rapporté une amélioration de la libido et de la satisfaction sexuelle alors que d'autres, non supportées par l'industrie pharmaceutique, avec de grandes cohortes, mettaient en évidence une baisse du désir avec les COOP. Les auteurs ont conclu que, dans la majorité des cas, les COOP n'avaient pas de retentissement sur le désir sexuel féminin [39].

### Les pathologies associées

Toute pathologie associée, en elle-même ou par le biais des traitements, en particulier dans la sphère urinaire gynécologique ou anorectale, peut obérer le désir sexuel féminin, en premier lieu l'incontinence urinaire [40].

La patiente neurologique avec ses différents handicaps est traitée dans un autre chapitre.

Les maladies chroniques comme le diabète peuvent également altérer la sexualité. A été mis en évidence un lien entre la fréquence des DSF non pas avec la durée du diabète ni l'hypertension, mais avec le syndrome métabolique et la dyslipidémie [41,42]. Cela met en avant le caractère éminemment multifactoriel des TDS 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 [43].

Les dysthyroïdies peuvent également être à l'origine de troubles du désir [44].

Le cancer retentit sur la sexualité. Un exemple fréquent est celui du cancer du sein, ce d'autant qu'il y a eu initialement une mastectomie totale, mais tous les cancers peuvent avoir un impact négatif sur la sexualité par l'anxiété générée, mais également par les traitements, notamment la chimiothérapie dont l'un des effets délétères est une diminution de la lubrification vaginale. L'altération de l'image de soi peut altérer également le fonctionnement du couple [45]. Ainsi, le facteur prédictif du maintien d'une fonction sexuelle satisfaisante le plus important après un diagnostic de cancer du sein chez la femme serait la qualité de la relation avec le partenaire [46].

### La chirurgie d'un trouble de la statique pelvienne

La chirurgie d'un trouble de la statique pelvienne, que ce soit la cure d'une incontinence urinaire ou d'un prolapsus génital, peut améliorer l'image de soi et rendre à une femme son désir sexuel qu'elle avait occulté du fait de ces problèmes. A contrario, l'hystérectomie peut parfois être vécue comme une perte de la féminité a contrario, l'hystérectomie peut parfois être vécue comme une perte de la féminité par le biais de la perte de la fécondité. Une dyspareunie induite par la chirurgie peut générer une perte de désir, réactionnelle aux difficultés des rapports avec pénétration vaginale.

Dans une revue de la littérature [47], était retrouvé un impact positif sur la vie sexuelle de la cure d'incontinence urinaire d'effort en particulier par la disparition des fuites coïtales. Les études étaient en revanche discordantes pour l'hystérectomie.

L'annexectomie bilatérale, par sa carence estrogéno-progestative et androgénique brutale, est une situation à risque d'apparition d'un TDS. Dans une étude européenne sur 1356 femmes ayant un partenaire, les femmes chirurgicalement ménopausées présentaient de façon significative plus fréquemment un TDS que les femmes naturellement ménopausées ou en préménopause (OR : 1,4) [48].

### L'âge

L'âge est un paramètre central. Le désir sexuel féminin diminue avec l'âge. Dans une étude internationale sur 3589 femmes de 20 à 70 ans avec questionnaires validés [49], les troubles du désir allaient de 11% en Europe dans la tranche 20–29 ans à 53% dans la tranche 60–70. Certes, les modifications hormonales jouent un rôle dans l'augmentation d'un TDS au moment de la ménopause, mais les études sont de méthodologie inégale et les enquêtes

épidémiologiques n'incluent pas toutes les dosages hormonaux. Si la chute du taux d'estrogènes est délétère par les modifications locales vulvovaginales qu'elle engendre, mais aussi au niveau du système nerveux central [50], notamment par les troubles vasomoteurs et du sommeil induits, avec parfois un syndrome dépressif réactionnel [51], 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 avant la ménopause [49].

Les études s'arrêtent souvent à 70 ans ; or la sexualité ne s'arrête pas à 70 ans... Dans une étude sur 740 américaines âgées de 45 à 94 ans, les femmes plus âgées avaient toujours un désir sexuel et des fantasmes ; ceux-ci étaient corrélés à la qualité de la relation avec leur partenaire et au ressenti de leur vie sexuelle antérieure [52].

Si la prévalence des troubles du désir augmente avec l'âge, la souffrance liée à ce trouble diminue [48].

Il existe une baisse de l'intérêt sexuel en lien avec les modifications hormonales de la ménopause, mais parallèlement s'installent des changements physiques mentaux et émotionnels liés simplement au processus de vieillissement. Ces modifications physiques (prise de poids, rides, incontinence...) peuvent entraîner une mauvaise acceptation de soi, cette perte de la « jeunesse et de la beauté » pouvant être source d'anxiété et de dépression, facteurs au premier plan dans les TDS.

Il ne faudra pas oublier que les patientes vues au moment de leur ménopause ont en face d'elle un partenaire qui arrive également au-delà de la cinquantaine et qui peut commencer à avoir des troubles du désir et des problèmes d'érection...

En fait, les changements liés à l'âge exacerbent fréquemment des problèmes préexistants du fait du manque de communication dans le couple et par décalage des scripts sexuels ou du désir sexuel entre les deux partenaires [53] au moment où l'homme peut avoir une réjuvenation érectile par les traitements de la dysfonction érectile.

Tenir compte de tous les éléments à la fois hormonaux et non hormonaux est donc indispensable à une prise en charge correcte de ces patientes péri- et postménopausées [54].

### Autres dysfonctions sexuelles

D'autres dysfonctions sexuelles sont fréquemment associées, notamment les troubles de l'excitation dont les facteurs étiologiques en particulier psychologiques et contextuels sont très proches [55].

### La relation avec le partenaire

Une mauvaise entente de couple (jalousie, suspicion d'adultère...), notamment sur la sexualité, est évidemment un facteur déterminant dans la genèse d'un TDS féminin [29]. Avoir des projets communs, y compris dans le domaine de la sexualité, est également important [56].

Toutes les études ont rapporté une corrélation entre le désir sexuel féminin et le fonctionnement du couple [57].

Les problèmes sexuels masculins peuvent retentir de façon importante sur le désir sexuel de la partenaire. Speckens et al. [58] avaient mis en évidence une augmentation du désir chez les partenaires de patients qui

avaient un problème d'érection. Mais dans la plupart des cas, les problèmes d'érection du partenaire ont un effet délétère sur le désir féminin et le traitement de la dysfonction érectile améliore la sexualité féminine, en particulier le désir. Il faut connaître l'obstacle potentiel de la prise d'IPDE5 pour la femme, celle-ci pouvant penser que ce n'est plus elle qui crée le désir, elle-même étant souvent dans le désir de l'autre. Le prescripteur doit expliquer à l'homme et à sa partenaire les modalités de fonctionnement de l'IPDE5 pour une réassurance de la partenaire [59].

Les femmes, qu'elles présentent ou non une dysfonction sexuelle, décrivent leur désir en des termes d'émotions, de ressenti physique non génital et génital, avec des « *trigger zones* » sur le toucher, la mémoire. Au premier plan, apparaît la réponse du partenaire qui peut agir comme élément déclencheur ou être un facteur inhibiteur. Le rôle du partenaire est essentiel dans l'expression du désir féminin [60].

## Les événements de vie

### Les facteurs de vie

Les facteurs de vie stressants sont très importants dans le déterminisme du désir sexuel féminin. Le poids 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 [61].

### La maternité

Des événements majeurs dans la vie d'une femme comme la maternité peuvent altérer son image d'elle-même, faire privilégier sa relation à l'enfant à son intimité de couple.

Lorsque l'enfant paraît, le poids de cette nouvelle dictature de l'enfant désiré, cet enfant qui devrait être parfait, obligeant la femme à se positionner comme une mère parfaite, pourra écarteler la femme entre cette maternité et son couple notamment au niveau de la sexualité.

Douze mois après une naissance, dans une enquête postale avec 25% de réponse sur 400 questionnaires envoyés, un tiers des parents avouait que cette naissance avait eu un retentissement sur leur désir sexuel avec une modification de l'image de la femme, une modification de « l'ambiance » au sein du couple du fait de la présence de l'enfant [62].

Un facteur déclenchant est la dépression qui peut apparaître soit pendant la grossesse, soit en post-partum. Celle-ci était présente chez 12,4% des femmes pendant et après la grossesse dans l'étude de Le Strat et al. [63].

Le maintien d'une sexualité pendant la grossesse semble être l'une des clés de la satisfaction du couple dans ce domaine après la naissance de l'enfant [64], alors que Serati et al. [65], dans une revue de la littérature récente, ont mis en évidence dans toutes les études une augmentation de la dysfonction sexuelle surtout au troisième trimestre et une diminution de la libido allant de 32,5 à 92,6%. La raison principale était la peur d'une activité sexuelle du fait d'un risque éventuel sur le bébé, s'aggravant au troisième trimestre, rapportée dans 23,4% des cas dans l'étude de Pauleta et al. [66] : sur 188 patientes, 55% d'entre elles

avaient eu une baisse de l'activité sexuelle durant cette période. L'information sexuelle des couples pendant cette période paraît essentielle, alors que ceux-ci font part d'une absence de conseils sur la sexualité par leur obstétricien dans la plupart des cas.

Après la naissance et pendant les trois mois suivant, il existe une altération dans tous les domaines de la sexualité féminine. La plupart des femmes (89% dans la large étude prospective de Barrett et al. [67]) reprenaient une activité dans les six mois après l'accouchement, l'élément défavorable prédominant pour un retard de reprise de l'activité sexuelle étant l'allaitement dans toutes les études, à l'encontre de quelques études anciennes qui retrouvaient au contraire une augmentation du désir sexuel par stimulation directe des seins lors de l'allaitement.

### L'infertilité

L'infertilité, par le stress qu'elle induit dans le couple et par le retentissement des traitements hormonaux lourds et des contraintes médicales imposées à la femme par les différentes techniques de PMA, peut également engendrer des troubles du désir, aussi bien féminin que masculin. Le rapport sexuel peut alors être réellement vécu comme une « obligation » programmée, véritable remède contre toute spontanéité. Il existe souvent un degré d'anxiété, voire de dépression chez les femmes en recherche médicale de procréation [68].

## Évaluation d'un TDS chez la femme

L'interrogatoire de la patiente, et si possible de son partenaire, est essentiel.

Le praticien peut s'appuyer également sur des questionnaires. Le questionnaire de référence est le Female Sexual Function Index (FSFI), avec six items sur le désir. La limitation du FSFI est qu'il s'adresse à des femmes ayant un partenaire et ayant eu une activité sexuelle dans les quatre dernières semaines. Récemment, a été développé un questionnaire spécifique des troubles du désir, le Decrease Sexual Desire Screener (DSDS), administrable en cinq à dix minutes. Validé sur 263 patientes [69], il est utilisé dans un large registre sur les femmes ayant un TDS (25). Le TDS ne devient un problème que lorsqu'il y a une souffrance associée : un questionnaire évaluant celle-ci a été validé récemment [70].

Si ces questionnaires, souvent complexes et chronophages, sont utiles à la recherche clinique, aucun ne saurait remplacer l'entretien avec le praticien : une question dichotomique oui/non sur la satisfaction sexuelle globale ne suffirait-elle pas à ouvrir le dialogue ? Kriston et al. ont rapporté une sensibilité et une spécificité aux alentours de 76%, pour cette question, testée sur 6194 femmes [71].

L'anamnèse sur les contextes médical et psychosocial de la patiente [72] doit rechercher des facteurs de vulnérabilité individuelle, en particulier un abus sexuel dans l'enfance, fréquent et souvent tu. Retrouver cet antécédent donne une lumière sur des éléments de vulnérabilité, mais son existence n'est pas une « explication » univoque, sauf s'il y a un blocage en mémoire qui a un lien direct avec cet événement.

La caractérisation du TDS est également primordiale :

- s'il est primaire: le TDS s'inscrit souvent dans un trouble du développement psychosexuel plus profond et l'urologue devra référer la patiente à un psychiatre ou à un psychosexothérapeute car le problème dépasse alors largement la sphère urologique ;
- s'il est secondaire, il faudra rechercher un facteur déclenchant, et savoir depuis quand est apparu le trouble : le temps écoulé jusqu'à la consultation et le motif qui fait que la consultation peut intervenir des mois ou années après l'apparition du trouble sont essentiels à préciser. La motivation à une consultation tardive par rapport à l'apparition du trouble peut être liée au partenaire, à la peur d'abandon, à un désir d'enfant... Toutes ces problématiques pourront être travaillées en réseau avec un psychosexologue.

L'analyse du contexte relationnel mais aussi général de la patiente est recommandé : difficultés de couple (adultère...), difficulté de vie (chômage...), recherche d'évènements chargés émotionnellement aussi bien dans un sens positif (naissance) que négatif (décès d'un parent).

Le motif de consultation est essentiel à préciser avant d'envisager une éventuelle prise en charge : face à un TDS, il faut savoir si la femme vient consulter d'elle-même ou bien à la demande de son partenaire :

- si elle vient pour sauvegarder son couple, il faudra s'orienter vers l'évaluation de celui-ci ;
- si elle vient pour elle-même, de multiples raisons sont possibles : recherche de conformité à la suite de lecture de modèles médiatisés, peur de ne pas pouvoir combler une solitude... Dans ces cas, c'est vers un accompagnement psychosexologique qu'il faudra se diriger.

Si le TDS est récent, c'est l'analyse des évènements de vie qui ont précédé ce trouble et le contexte médical qui orienteront la prise en charge.

Un examen physique, y compris gynécologique, est recommandé, notamment en cas d'autre dysfonction sexuelle associée comme la dyspareunie ou un trouble de l'excitation. La normalité de l'examen est très importante pour la femme [72].

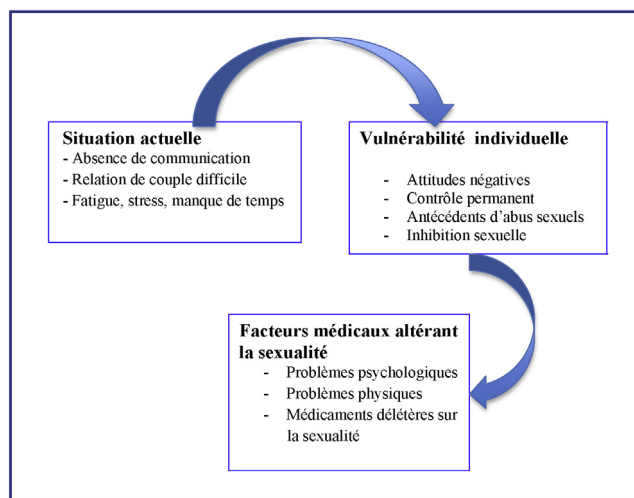
Les examens complémentaires seront adaptés à l'interrogatoire, en particulier les dosages hormonaux et autres lignées endocriniennes si l'on suspecte un problème endocrinien, notamment thyroïdien [72].

Une approche par trois fenêtres est recommandée [72] (Fig. 2).

## Propositions thérapeutiques

### L'information sur la réponse sexuelle féminine

Une information sur la réponse sexuelle féminine [72] est recommandée. Elle sera très utile dans les périodes fragiles de la vie de la femme comme la grossesse et la ménopause. Ces indications simples peuvent être formulées par tout urologue ou gynécologue. Brotto et al. ont rapporté une nette amélioration à la fois sur le désir et l'excitation après trois sessions d'intervention psychoéducative dans un groupe de 26 femmes [73].



**Figure 2.** Comment aborder un TDS ?  
D'après Graham et Bancroft. *New Oxford Textbook of Psychiatry*; Oxford University Press, 2009.

## Une prise en charge psychosexuelle

Une prise en charge psychosexuelle est hautement recommandée en cas de facteur psychologique au premier plan. Le collègue sexologue (ou psychiatre selon les cas) jugera de la meilleure thérapeutique à adopter pour chaque patiente, sexothérapie dite traditionnelle ou thérapie cognitivocomportementale (TCC).

Quelques études ont évalué leur efficacité dans les TDS :

- dans le groupe TCC, il y avait une amélioration dans le couple de 74% avec une persistance à un an de ce bénéfice dans 64% des cas dans l'étude de Trudel et al. [74]. Pour McCabe, après dix sessions, 46% des femmes étaient améliorées [75] ;
- on peut également s'aider de certaines thérapies incluant des exercices de sensate focus, selon les techniques de Masters et Johnson, qui permettront à la femme de se laisser aller, de s'autoriser à sentir et repérer son plaisir sensuel, pour laisser monter son excitation sexuelle et secondairement son désir si elle se sent dans des circonstances favorables [76]. Hawton et al., dans une étude prospective sur 60 couples, ont rapporté une amélioration du trouble du désir dans 56% des cas [77], à six mois ;
- lorsque la patiente a une personnalité anxieuse, une prise en charge en psychosexothérapie est recommandée pour travailler sur les peurs irrationnelles, et dédramatiser l'apprentissage de la sensualité.

L'intérêt de la multidisciplinarité de l'approche est au premier plan [72].

## Traitement hormonal des TDS féminins

### Substitution androgénique

Si les études ont mis en évidence une baisse plus importante du désir sexuel chez les femmes chirurgicalement ménopausées par ovariectomie bilatérale [48], il n'est pas certain que la baisse de la testostérone soit l'élément prépondérant dans la genèse du trouble du désir sexuel [78]. Pour Basson et al., il n'existait pas de différence significative



sur le taux de testostéronémie dans deux groupes de 121 et 124 patientes, avec et sans trouble du désir [79].

Les études sont parfois biaisées par la prise concomitante d'estrogènes chez les femmes ménopausées. Ainsi, Shifren et al. [80], dans une étude randomisée versus placebo chez 814 femmes, dont 75 % ménopausées naturellement, ont rapporté une amélioration des TDS avec le patch de testostérone au dosage de 300 µg par jour, ce qui n'était pas le cas lorsqu'il n'y avait pas de traitement estrogénique associé [81]. Pour d'autres auteurs, l'amélioration du TDS existait avec la testostérone administrée seule [82]. Du fait du manque de solidité des études prouvant le lien direct entre la baisse d'androgène et les TDS féminins, la Société d'endocrinologie, en 2006, a recommandé de ne pas faire de dosage de testostérone en routine [83].

Actuellement, il n'y a pas d'utilité à un traitement par testostérone en pré- ou périménopause chez la femme non chirurgicalement ménopausée, du fait du manque d'études robustes [72].

Le traitement par patch de testostérone, qui n'a pas l'accord de la FDA, a l'autorisation de mise sur le marché en France uniquement chez la femme ayant une castration chirurgicale [84]. Pour l'HAS, la tolérance à plus long terme de ce médicament n'est pas connue. Son rapport efficacité/effets indésirables est faible et sa place dans la stratégie thérapeutique n'est pas établie [84].

Il semble que l'instauration rapide après la castration chirurgicale soit plus bénéfique. Le ratio bénéfice/risque doit en être discuté avec la patiente. L'existence d'un haut risque de cancer du sein, d'un cancer de l'endomètre ou d'épisodes veino-thrombotiques sont des contre-indications absolues. Une surveillance spécifique est nécessaire tous les ans (mammographie, examen gynécologique et dosages hormonaux).

À quatre ans de suivi, il n'y avait pas eu d'effet secondaire déclaré avec le patch de testostérone associé au traitement estrogénique [85] en dehors d'une poussée pileuse, de réaction cutanée à l'endroit du patch et d'acné, dans une cohorte de 967 femmes ménopausées chirurgicalement, sous estrogénothérapie associée.

L'écueil principal de ces études est la prise concomitante d'estrogènes, rendant l'appréciation de l'efficacité et des effets secondaires difficiles pour la seule androgénothérapie. Des études à plus long terme, notamment sur les effets secondaires de type cardiovasculaires, sont nécessaires [86]. Du fait du manque d'implication des praticiens dans les TDS féminins, les travaux sur le traitement hormonal des TDS et ses modalités sont encore insuffisants et en pratique clinique, la possibilité d'un traitement hormonal est très rarement évoquée. Pour certains auteurs, dans une publication très récente, l'intérêt individuel pour chaque patiente d'un traitement hormonal par estrogènes, testostérone, ou combiné, devrait être évalué, dans le respect des contre-indications [87].

En France, la commercialisation du patch de testostérone Intrinsa® vient d'être suspendue.

### Substitution en DHEA

Bien que l'étude initiale de Beaulieu et al. [88] ait fait état d'une amélioration du désir sexuel chez les femmes de plus de 70 ans sous DHEA, avec le biais possible lié à

l'augmentation du taux sanguin d'estrogènes et de testostérone générée, les études plus récentes [89] n'ont mis en évidence aucun effet concret de la prise de DHEA sur les TDS.

### Traitement estrogénique local

Après la ménopause, du fait de l'association entre les troubles de l'excitation, de la lubrification et du désir, un consensus fort va vers le traitement des problèmes de lubrification par l'utilisation d'estrogènes en application locale. La qualité du rapport sexuel sera améliorée, ce qui pourra réactiver un désir sexuel émué [90].

Dans le registre sur les TDS féminins [26], 42,5 % des femmes préménopausées ayant un TDS avaient également un problème de lubrification.

### Traitement pharmacologique non hormonal

#### Le bupropion

Le bupropion (Zyban®) permettrait une amélioration de l'orgasme mais pas du désir chez les patientes non déprimées (niveau II). En revanche, il existait une amélioration significative du désir sexuel (niveau I), dans une étude prospective randomisée en double insu avec bras placebo, lorsque le bupropion était associé à un inhibiteur de la recapture de la sérotonine chez des patientes déprimées (65,3 % versus 4,3 % pour le placebo) [91]. Ces résultats demandent à être confirmés par d'autres études avant de proposer ce traitement en pratique courante.

#### La flibansérine

La flibansérine, 5HT1A antagoniste/5HT2A antagoniste, initialement testée en tant qu'antidépresseur, a amélioré tous les scores de sexualité, en particulier le désir, dans plusieurs études récentes randomisées, au dosage de 100 mg/j, avec des effets secondaires de l'ordre de 10 % de type somnolence, fatigue ou vertiges, avec une amélioration de 47 à 50 % contre 30 % dans le groupe placebo [92–94].

D'autres études sont nécessaires, notamment de tolérance à long terme, avant sa commercialisation.

#### La gépironne ER

La gépironne ER donnée chez des femmes dépressives aurait trois actions : antidépressive, anxiolytique et améliorant le désir sexuel dans une étude sur 334 patientes déprimées ne présentant pas de dysfonction sexuelle au départ. L'amélioration du désir sexuel était présente qu'il y ait une réponse ou non sur la dépression et l'anxiété [95].

### Les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5

Les premières études avaient montré leur absence d'efficacité chez la femme. En revanche, chez la femme dépressive, il semble que l'association à un traitement antidépresseur ait un effet positif sur la sexualité en particulier sur le désir sexuel [96,97].

Ainsi, de nombreuses « pistes » pharmacologiques existent, aussi riches que la complexité du circuit cérébral du désir féminin. Toute nouvelle molécule à visée d'amélioration d'un symptôme aussi vaste que les TDS nécessite des études solides avant commercialisation.

La difficulté de l'évaluation de l'efficacité des traitements, avec un taux de réponse au placebo important dans les études, est parallèle à la complexité et au caractère multifactoriel des TDS féminins [98].

## Conseils d'hygiène de vie

Les conseils pour améliorer le mode de vie des patientes (régime, arrêt du tabac, sport...), notamment après 50 ans, ou pour corriger les comorbidités existantes sont recommandés [72,99].

## En pratique

Avant de proposer un éventuel traitement, il faut déterminer le degré réel de souffrance de la patiente par rapport à son TDS, en sachant que chez la femme, les TDS retentissent fréquemment sur la perception de la satisfaction sexuelle globale et de la relation avec le partenaire, véritable cercle vicieux, ces pensées négatives renforçant le TDS [49].

La motivation de la patiente à rechercher un traitement est importante à préciser ; elle est modulée par le contexte culturel, sociétal. Dans le registre sur les TDS féminins [26], 21% des femmes présentant un TDS rapportaient une souffrance permanente, 56% une souffrance fréquente, les femmes plus jeunes en souffrant plus. Cinquante-trois pour cent des patientes n'avaient pas cherché de traitement.

La différence « supposée » du fonctionnement homme-femme au niveau du désir doit être évoquée surtout si l'on voit le couple. Alors que l'homme est réputé pour être « toujours prêt », la femme doit avoir une image d'elle-même désirable : on est bien là dans le désir du désir de l'autre. Tous les facteurs de dégradation de son image corporelle pourront inhiber son désir. Enfin, certaines patientes ont un imaginaire hypo-actif avec des cognitions pauvres par manque de communication affective et sexuelle. L'amélioration de l'intimité affective lors du rapport est essentielle pour la femme, afin de favoriser son imagination.

L'intérêt de prendre en charge le couple est alors au premier plan : leur réapprendre les caresses, la mise en confiance, en privilégiant les rapports sensuels non sexuels sont des conseils simples et accessibles à tout praticien.

La variabilité du désir dans le temps, au sein d'un même couple, est une évidence [100]. Il existe de nombreuses situations où il est « normal » d'avoir moins de désir comme lors de la naissance d'un enfant, par exemple... En parler simplement avec la patiente et son partenaire permettra une réassurance du couple.

De plus, avec la durée de la relation, des différences dans le désir des partenaires peuvent apparaître : chez la femme, le désir sexuel peut diminuer, avec parallèlement une augmentation du désir de tendresse. Ce changement n'était pas retrouvé chez le partenaire, dans l'étude de Klusmann, chez 1900 étudiants [101].

La prise en charge thérapeutique des TDS nécessite de la part de la patiente une réelle motivation au traitement et pas seulement l'envie de satisfaire son partenaire. L'engluement dans des habitudes, une routine, la charge familiale sont des véritables freins au désir féminin. L'impression de « l'acquis » fait disparaître le jeu de

séduction dans un couple installé. Le désir peut revenir lorsque l'autre s'éloigne dans une peur de l'abandon. La durée de la relation et l'adéquation du stimulus sexuel avec la partenaire sont des éléments importants.

Du fait de la complexité du désir féminin, ses troubles sont difficiles à prendre en charge [75]. En pratique, très peu de médecins s'intéressent à ce domaine et posent cette question à leurs patientes. Le constat est identique en médecine générale. Dans l'étude d'Abdolrasulnia et al. [102], il y a eu seulement 8% de taux de réponse, soit 505 réponses parmi les généralistes et les gynécologues. Le seul examen effectué était l'exploration thyroïdienne. Les principales barrières étaient pour les praticiens l'absence de « technique » dans l'interrogatoire (barrières pour initier le dialogue sur ce sujet) et la conviction qu'il n'y avait aucun traitement possible.

L'urologue est en première ligne pour amorcer le diagnostic et la prise en charge, souvent multidisciplinaire, de cette dysfonction sexuelle centrale dans la réponse sexuelle féminine, le désir étant le « starter » de toute activité sexuelle. Le praticien ne devra jamais oublier que, chez quiconque, les aléas de la vie peuvent avoir des répercussions sur le désir sans pour autant constituer une dysfonction caractérisée. De plus, il devra se garder d'être « normatif » et éviter de vouloir imposer des changements selon un fonctionnement « supposé normal » de la femme, dans le respect de chaque individualité.

Dans les dernières recommandations internationales, l'objectif du traitement des TDS chez la femme est la récupération d'un désir sexuel, en réponse à une stimulation sexuelle correcte : la balle est donc dans le camp du partenaire... Un réapprentissage au sein du couple, à la fois d'un point de vue émotionnel (complicité, tendresse) et d'un point de vue physique (curiosité, renforcement des zones érogènes), permettra le réamorçage du désir féminin notamment dans les couples installés où la routine de la vie professionnelle et familiale a entraîné une disparition des imprévus et un « émoussement » des émotions. Ainsi, sortir de la routine pourrait être le meilleur des traitements d'un TDS...

Le désir féminin reste un vaste champ de possibles : 237 raisons, allant de la recherche d'une expérience physique à une quête spirituelle en passant de l'altruisme au sentiment de vengeance, avaient été retrouvées dans l'étude de Meston : *Why Humans have Sex?*

### CE QU'IL FAUT RETENIR

- Les TDS féminins sont complexes, car multifactoriels 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.

En pratique, que peut faire l'urologue ?

Il doit rechercher le caractère primaire ou secondaire du TDS :

- le caractère primaire du TDS oriente d'emblée vers des facteurs psychologiques ou des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance ;
- son caractère secondaire nécessite une évaluation précise des circonstances qui ont déclenché le trouble (maladie, contexte...).

L'âge de la patiente est un élément important :

- avant la ménopause, les facteurs psychologiques de stress, secondaires à des problèmes relationnels de couple ou contextuels, de mode de vie sont fréquents. Il faut rechercher les facteurs éducatifs, des freins culpabilisants dans des familles très strictes, une absence d'éducation sexuelle, et réexpliquer de façon simple la réponse sexuelle féminine ;
- après 50 ans, les conseils hygiéno-diététiques et une thérapie psychosexuelle sont souvent requis. Du fait de l'association entre les troubles de l'excitation, de la lubrification et du désir, le traitement des problèmes de lubrification par estrogénothérapie locale est recommandé. Il pourra, en améliorant la qualité du rapport, relancer le désir ;
- il n'y a pas d'utilité à un traitement par testostérone chez la femme naturellement ménopausée. Son utilisation chez les femmes chirurgicalement ménopausées est en cours d'évaluation.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ* 2005;172:1327–33.
- [2] Colson MH, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. *J Sex Med* 2006;3:121–31.
- [3] Cain VS, Johannes CB, Avis NE, Mohr B, Schocken M, Skurnick J, et al. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. *J Sex Res* 2003;40:266–76.
- [4] Everead W. Commentary on sex research: sex as an emotion. *J Psychol Hum Sex* 1988;1:3.
- [5] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition. Text revision Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
- [6] Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40–80y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005;17:39–57.
- [7] FulgMeyer AR, Fulg-Meyer S. Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18 to 74-year-old Swedes. *Scand J Sex* 1999;2:79–105.
- [8] Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000;16:888–93.
- [9] Carvalheira AA, Brotto LA, Leal I. Women's motivations for sex: exploring the diagnostic and statistical manual, fourth edition, text revision criteria for hypoactive sexual desire and female sexual arousal disorders. *J Sex Med* 2010;7:1454–63.
- [10] Clayton AH, Derogatis LR, Rosen RC, Pyke R. Intended or unintended consequences? The likely implications of raising the bar for sexual dysfunction diagnosis in the proposed DSM-V Revisions: 1. for women with incomplete loss of desire or sexual receptivity. *J Sex Med* 2012;9:2027–39.
- [11] Tassin JP. Schizophrénie et neurotransmission. In: Dalery J, D'Amato T, editors. *La schizophrénie, recherches actuelles et perspectives*. Paris: Masson; 1999. p. 149–70.
- [12] Janssen E, Vorst H, Finn P, Bancroft J. The Sexual Inhibition (SIS) and Sexual Excitation (SES) Scales: II. Predicting psychophysiological response patterns. *J Sex Res* 2002;39:127–32.
- [13] Janssen E, Bancroft J. The dual-control model: the role of sexual inhibition and excitation in sexual arousal and behavior. In: Janssen E, editor. *The psychophysiology of sex*. Bloomington: Indiana University Press; 2007. p. 197–222.
- [14] Karama S, Lecours AR, Leroux JM, Bourgoin P, Beaudoin G, Joubert S, et al. Areas of brain activation in males and females during viewing of erotic film excerpts. *Hum Brain Mapp* 2002;1:1–13.
- [15] Bianchi-Demicheli F, Cojan Y, Waber L, Recordon N, Vuilleumier P, Ortigue S. Neural bases of hypoactive sexual desire disorder in women: an event-related fMRI study. *J Sex Med* 2011;8:2546–59.
- [16] Meston CM, Buss DM. Why humans have sex? *Arch Sex Behav* 2007;36:477–550.
- [17] Brotto LA, Bitzer J, Laan E, Leiblum S, Luria M. Women's sexual desire and arousal disorders. *J Sex Med* 2010;7:586–614.
- [18] Toates F. An integrative theoretical framework for understanding sexual motivation, arousal, and behavior. *J Sex Res* 2009;46:168–93.
- [19] Chivers ML, Seto MC, Lalumière ML, Laan E, Grimbos T. Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal in men and women: a meta-analysis. *Arch Sex Behav* 2010;39:5–56.
- [20] Safren SA, Gershuny BS, Marzol P, Otto MW, Pollack MH. History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:453–6.
- [21] Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav* 1990;19:389–408.
- [22] Simons JS, Carey MP. Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. *Arch Sex Behav* 2001;30:177–219.
- [23] Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;10:537–44.
- [24] Moreira Jr ED, Brock G, Glasser DB, Nicolosi A, Laumann EO, Paik A, et al. Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Clin Pract* 2005;59:6–16.
- [25] Rosen RC, Connor MK, Miyasato G, Link C, Shifren JL, Fisher WA, et al. Sexual desire problems in women seeking healthcare: a novel study design for ascertaining prevalence of hypoactive sexual desire disorder in clinic-based samples of U.S. women. *J Womens Health* 2012;21:505–15.
- [26] Maserejian NN, Shifren J, Parish SJ, Seagraves RT, Huang L, Rosen RC. Sexual arousal and lubrication problems in women with clinically diagnosed hypoactive sexual desire disorder: preliminary findings from the hypoactive sexual desire

- disorder registry for women. *J Sex Marital Ther* 2012;38:41–62.
- [27] Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Fairley CK. What is the “true” prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *J Sex Med* 2008;5:777–87.
- [28] Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE, Leiblum SR, Graziottin A. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertil Steril* 2007;87:107–12.
- [29] Stuart FM, Hammond DC, Pett MA. Inhibited sexual desire in women. *Arch Sex Behav* 1987;16:91–106.
- [30] McCabe MP, Delaney SM. An evaluation of therapeutic programs for the treatment of secondary inorgasmia in women. *Arch Sex Behav* 1992;21:69–89.
- [31] Abdo CH, Valadares AL, Oliveira WM Jr, Scanavino MT, Aff-Abdo J. Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women: associated factors classified according to their importance. *Menopause* 2010;17:1114–21.
- [32] Jensen PT, Klee MC, Thranov I, Groenvold M. Validation of a questionnaire for self-assessment of sexual function and vaginal changes after gynaecological cancer. *Psychol Oncol* 2004;13:577–92.
- [33] Kinzl JF, Traweger C, Biebl W. Sexual dysfunctions: relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a nonclinical sample. *Child Abuse Negl* 1995;19:785–92.
- [34] Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *J Consult Clin Psychol* 1986;54:140–8.
- [35] 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.
- [36] Bossini L, Fagiolini A, Valdagno M, Polizzotto NR, Castrogiovanni P. Sexual disorders in subjects treated for mood and anxiety diseases. *J Clin Psychopharmacol* 2007;27:310–2.
- [37] Clayton A, Kornstein S, Prakash A, Mallinckrodt C, Wohlreich M. Changes in sexual functioning associated with duloxetine, escitalopram, and placebo in the treatment of patients with major depressive disorder. *J Sex Med* 2007;4:917–29.
- [38] Fabre LF, Smith LC. The effect of major depression on sexual function in women. *J Sex Med* 2012;9:231–9.
- [39] Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. *J Sex Med* 2012;9:2213–23.
- [40] Basson R, Rees P, Wang R, Montejo AL, Incrocci L. Sexual function in chronic illness. *J Sex Med* 2010;7:374–88.
- [41] 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.
- [42] 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.
- [43] Leedom L, Feldman M, Procci W, Zeidler A. Symptoms of sexual dysfunction and depression in diabetic women. *J Diabet Complications* 1991;5:38–41.
- [44] Wierman ME, Nappi RE, Avis N, Davis SR, Labrie F, Rosner W, et al. Endocrine aspects of women’s sexual function. *J Sex Med* 2010;7:561–85.
- [45] Sadosky R, Basson R, Krychman M, Morales AM, Schover L, Wang R, et al. Cancer and sexual problems. *J Sex Med* 2010;7:349–73.
- [46] Ganz PA, Desmond KA, Belin TR, Meyerowitz BE, Rowland JH. Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol* 1999;17:2371–80.
- [47] Salonia A, Briganti A, Dehò F, Zanni G, Rigatti P, Montorsi F. Women’s sexual dysfunction: a review of the “surgical landscape”. *Eur Urol* 2006;50:44–52.
- [48] Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *J Sex Med* 2006;3:212–22.
- [49] Dennerstein L, Leher P. Modeling mid-aged women’s sexual functioning: a prospective, population-based study. *J Sex Marital Ther* 2004;30:173–83.
- [50] Graziottin A, Leiblum SR. Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopausal transition. *J Sex Med* 2005;2:133–45.
- [51] Avis NE, Crawford S, Stellato R, Longcope C. Longitudinal study of hormone levels and depression among women transitioning through menopause. *Climacteric* 2001;4:243–9.
- [52] De Lamater JD, Sill M. Sexual desire in later life. *J Sex Res* 2005;42:138–49.
- [53] Leiblum SR. Arousal disorders in women: complaints and complexities. *Med J Aust* 2003;16:638–40.
- [54] Brotto LA, Petkau AJ, Labrie F, Basson R. Predictors of sexual desire disorders in women. *J Sex Med* 2011;8:742–53.
- [55] Laan E, Both S. Sexual desire and arousal disorders in women. *Adv Psychosom Med* 2011;31:16–34.
- [56] Hawton K, Catalan J, Fagg J. Low sexual desire: sex therapy results and prognostic factors. *Behav Res Ther* 1991;29:217–24.
- [57] Chevret-Méasson M, Lavallée E, Troy S, Arnould B, Oudin S, Cuzin B. Improvement in quality of sexual life in female partners of men with erectile dysfunction treated with sildenafil citrate: Findings of the index of sexual life (ISL) in a couple study. *J Sex Med* 2009;6:761–9.
- [58] Speckens AE, Hengeveld MW, Lycklama à Nijeholt G, van Hemert AM, Hawton KE. Psychosexual functioning of partners of men with presumed non-organic erectile dysfunction: cause or consequence of the disorder? *Arch Sex Behav* 1995;24:157–72.
- [59] Fisher WA, Eardley I, McCabe M, Sand M. Erectile Dysfunction (ED) is a shared sexual concern of couples I: Couple Conceptions of ED & Erectile Dysfunction (ED) is a shared sexual concern of couples II: association of female partner characteristics with male partner ED treatment seeking and phosphodiesterase type 5 inhibitor utilization. *J Sex Med* 2009;17:3111–24.
- [60] Brotto LA, Heiman JR, Tolman DL. Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties. *J Sex Res* 2009;46:387–98.
- [61] Oberg K, Sjögren Fugl-Meyer K. On Swedish women’s distressing sexual dysfunctions: some concomitant conditions and life satisfaction. *J Sex Med* 2005;2:169–80.
- [62] Pastore L, Owens A, Raymond C. Postpartum sexuality concerns among first-time parents from one U.S. academic hospital. *J Sex Med* 2007;4:115–23.
- [63] Le Strat Y, Dubertret C, Le Foll B. Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *J Affect Disord* 2011;135:128–38.
- [64] Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* 1999;47:27–49.
- [65] Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sex Med* 2010;7:136–42.
- [66] Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med* 2010;7:2782–90.
- [67] Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women’s sexual health after childbirth. *BJOG* 2000;107:186–95.



- [68] Monga M, Alexandrescu B, et al. Impact of infertility of quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology* 2004;63:126–30.
- [69] Clayton AH, Goldfischer ER, Goldstein I, Derogatis L, Lewis D'Agostino DJ, Pyke R. Validation of the decreased sexual desire screener (DSDS): a brief diagnostic instrument for generalized acquired female hypoactive sexual desire disorder (HSDD). *J Sex Med* 2009;6:730–8.
- [70] Revicki DA, Margolis MK, Fisher W, Rosen RC, Kuppermann M, Hanes V, et al. Evaluation of the Sexual Desire Relationship Distress Scale (SDRDS) in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med* 2012;9:1344–54.
- [71] Kriston L, Günzler C, Rohde A, Berner MM. Is one question enough to detect female sexual dysfunctions? A diagnostic accuracy study in 6,194 women. *J Sex Med* 2010;7:1831–41.
- [72] Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 2010;7:314–26.
- [73] Brotto LA, Basson R, Luria M. A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sex Med* 2008;5:1646–59.
- [74] 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. *Sex Relat Ther* 2001;16:145–64.
- [75] McCabe MP. Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther* 2001;27:259–71.
- [76] Both S, Laan E, Everaerd W. Focusing “hot” or focusing “cool”: attentional mechanisms in sexual arousal in men and women. *J Sex Med* 2011;8:167–79.
- [77] Hawton K, Catalan J, Martin P, Fagg J. Long-term outcome of sex therapy. *Behav Res Ther* 1986;24:665–75.
- [78] Davis SR, Davison SL, Donath S, Bell RJ. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *JAMA* 2005;6:294:91–6.
- [79] Basson R, Brotto LA, Petkau AJ, Labrie F. Role of androgens in women's sexual dysfunction. *Menopause* 2010;17:962–71.
- [80] Shifren JL, Davis SR, Moreau M, Waldbaum A, Bouchard C, Derogatis L, et al. Testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in naturally menopausal women: results from the INTIMATE NM1 Study. *Menopause* 2006;13:770–9.
- [81] Davis SR, Moreau M, Kroll R, Bouchard C, Panay N, Gass M, et al. Testosterone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. *N Engl J Med* 2008;6:2005–17.
- [82] Panay N, Al-Azzawi F, Bouchard C, Davis SR, Eden J, Lodhi I, et al. Testosterone treatment of HSDD in naturally menopausal women: the ADORE study. *Climacteric* 2010;13:121–31.
- [83] Wierman ME, Basson R, Davis SR, Khosla S, Miller KK, Rosner W, et al. Androgen therapy in women: an Endocrine Society Clinical Practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2006;91:3697–710.
- [84] www.has-sante.fr.
- [85] Nachtigall L, Casson P, Lucas J, Schofield V, Melson C, Simon JA. Safety and tolerability of testosterone patch therapy for up to 4 years in surgically menopausal women receiving oral or transdermal oestrogen. *Gynecol Endocrinol* 2011;27:39–48.
- [86] Davis SR, Braunstein GD. Efficacy and safety of testosterone in the management of hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. *J Sex Med* 2012;9:1134–48.
- [87] Bitzer J, Giraldi A, Pfaus J. A standardized diagnostic interview for hypoactive sexual desire disorder in women: Standard Operating Procedure (SOP Part 2). *J Sex Med* 2012, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02817.X>.
- [88] Baulieu EE, Thomas G, Legrain S, Lahlou N, Roger M, Debuire B, et al. Dehydroepiandrosterone (DHEA), DHEA sulfate, and aging: contribution of the DHEAge Study to a sociobiomedical issue. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2000;11:4279–84.
- [89] Panjari M, Davis SR. DHEA for postmenopausal women: a review of the evidence. *Maturitas* 2010;66:172–9.
- [90] Sturdee DW, Panay N, International Menopause Society Writing Group. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric* 2010;13:509–22.
- [91] Clayton AH, Warnock JK, Kornstein SG, Pinkerton R, Sheldon-Keller A, McGarvey EL. A placebo-controlled trial of bupropion SR as an antidote for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2004;65:62–7.
- [92] Goldfischer ER, Breaux J, Katz M, Kaufman J, Smith WB, Kimura T, et al. Continued efficacy and safety of flibanserin in premenopausal women with Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD): results from a randomized withdrawal trial. *J Sex Med* 2011;8:3160–72.
- [93] Thorp J, Simon J, Dattani D, Taylor L, Kimura T, Garcia Jr M, et al. Treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: efficacy of flibanserin in the DAISY study. *J Sex Med* 2012;9:793–804.
- [94] Derogatis LR, Komer L, Katz M, Moreau M, Kimura T, Garcia Jr M, et al. Treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: efficacy of flibanserin in the VIOLET Study. *J Sex Med* 2012;9:1074–85.
- [95] Fabre LF, Brown CS, Smith LC, Derogatis LR. Gepirone-ER treatment of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) associated with depression in women. *J Sex Med* 2011;8:1411–9.
- [96] Nurnberg HG, Hensley PL, Heiman JR, Croft HA, DeBattista C, Paine S. Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008;300:395–404.
- [97] Chivers ML, Rosen RC. Phosphodiesterase type 5 inhibitors and female sexual response: faulty protocols or paradigms? *J Sex Med* 2010;7:858–72.
- [98] Bradford A, Meston CM. Placebo response in the treatment of women's sexual dysfunctions: a review and commentary. *J Sex Marital Ther* 2009;35:164–81.
- [99] Al-Azzawi F, Bitzer J, Brandenburg U, Castelo-Branco C, Graziottin A, Kenemans P, et al. Therapeutic options for postmenopausal female sexual dysfunction. *Climacteric* 2010;13:103–20.
- [100] McCabe M, Althof SE, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum SR, Simonelli C, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med* 2010;7:327–36.
- [101] Klusmann D. Sexual motivation and the duration of partnership. *Arch Sex Behav* 2002;31:275–87.
- [102] Abdolrasulnia M, Shewchuk RM, Roepke N, Granstaff US, Dean J, Foster JA, et al. Management of female sexual problems: perceived barriers, practice patterns, and confidence among primary care physicians and gynecologists. *J Sex Med* 2010;7:2499–508.