

La baisse du désir sexuel



Bruno Fortin

Psychologue à l'Unité de médecine familiale Charles-Lemoyne

Le cas clinique

Après la naissance de son deuxième enfant, la patiente a constaté une baisse de son intérêt pour la sexualité. Se sentant coupable de ne pas satisfaire les besoins sexuels de son conjoint, elle s'est forcée à avoir des relations sexuelles sans en avoir le goût, ce qui n'a fait qu'empirer le problème. L'évaluation médicale ne met en évidence aucun problème hormonal, aucun trouble dépressif et aucune douleur associée.

La recherche le dit

Le trouble du désir sexuel hypoactif (*Hypoactive Sexual Desire Disorder*, HSDD) est le trouble le plus prévalent des dysfonctionnements sexuels féminins (Brauer et coll., 2012). Il y a peu de recherche sur son traitement. Both, Laan et Schultz (2010) rapportent que les deux approches évaluées empiriquement sont la thérapie sexuelle et la thérapie cognitivo-comportementale.

La thérapie sexuelle met l'accent sur l'aspect éducatif et sur une série d'exercices associant la sexualité à une expérience sensorielle agréable. L'acquisition de connaissances adéquates sur le désir et la satisfaction sexuelle favorise le fonctionnement sexuel sain. La patiente doit savoir qu'il y a différentes façons de trouver du plaisir dans la sexualité. L'exploration de l'autostimulation et des fantasmes permet de mieux connaître ce qui excite et ce qui amène à l'orgasme (Both, Laan et Schultz, 2010). Ces connaissances pourront être partagées avec son partenaire au besoin. La thérapie sexuelle considère que chacun décide pour soi-même ce qui lui convient sexuellement, que chacun peut exprimer ce qu'il désire et que chacun peut établir des frontières sur ce qu'il ne veut pas. Au-delà de la sexualité linéaire perçue comme un cheminement obligatoire vers la stimulation génitale et jusqu'à la pénétration et l'orgasme, la personne est encouragée à explorer sa propre façon de vivre ses préférences sexuelles (Bean et coll., 2011).

La psychothérapie cognitivo-comportementale nuance certaines croyances telles que « je ne suis pas attirante », « je suis une mauvaise partenaire, parce que je n'ai pas envie d'avoir des relations sexuelles », « si je l'embrasse, cela mènera obligatoirement à des rapports sexuels » (Both, Laan et Schultz, 2010). La reconnaissance de l'impact des stéréotypes

culturels au sujet de l'identité masculine et féminine permettra de les assouplir au besoin. La remise en question des critères de beauté étalés dans les médias facilitera chez une personne l'acceptation de son apparence physique et la confiance qu'elle puisse être sexuellement attrayante. Cette attitude favorisera son confort avec la sexualité et l'accès à sa propre beauté.

Bean et coll. (2011) soulignent que le développement de la capacité à parler de sa sexualité facilitera la description des problèmes et l'expression des préférences, tout en ramenant la sexualité dans le champ de la conscience. Le patient aura besoin d'avoir la permission d'en parler et le thérapeute servira de modèle à cet égard.

Les pratiques sexuelles sécuritaires, les consultations médicales en cas de problèmes et les connaissances au sujet de la contraception évitent que les effets secondaires des médicaments, l'anxiété ou les douleurs fassent obstacle au désir ou à l'orgasme. Le traitement préalable des comorbidités (dépression, anxiété, impact de sévices sexuels, trouble obsessionnel compulsif) est souvent nécessaire pour favoriser une vie sexuelle satisfaisante (Bean et coll., 2011).

L'intimité joue un rôle vital dans le fonctionnement et la satisfaction sexuelle. La colère chronique et le sentiment d'être distant sont peu propices à l'éveil du désir sexuel. Il faudra parfois améliorer la relation au complet avant de se concentrer sur l'aspect sexuel, et traiter le couple plutôt qu'une patiente (Both, Laan, et Schultz, 2010).

La patiente dont il était question au début de cet article a d'abord constaté le ressentiment accumulé à l'égard d'un conjoint qui ne faisait pas sa part dans la répartition des tâches associées à la présence d'un deuxième enfant. Après avoir développé sa capacité à exprimer ses souhaits de façon positive, et lorsqu'elle a eu revendiqué son droit de dire non, elle a pu exprimer son désir d'être celle qui entreprend les approches sexuelles pour une certaine période de temps. Cela lui a permis de modifier le rythme et la routine de la rencontre sexuelle et de démontrer à son partenaire comment elle souhaitait que cela se déroule. ■

Bibliographie

Both, S., Laan, E. et Schultz, W. W. (2010). Disorders in sexual desire and sexual arousal in women, a 2010 state of the art. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31, 4, 207-218.

Bean, B., Robinson, E., Munns, R. A., Weber-Main, A. M., Lowe, M. A. et Raymond, N. C. (2011). Application of the sexual health model in the long-term treatment of hypoactive sexual desire and female orgasmic disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 469-478.

Brauer, M., Van Leeuwen, M., Janssen, E., Newhouse, S. K., Heiman, J. R. et Laan, E. (2012). Attentional and affective processing of sexual stimuli in women with hypoactive sexual desire disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 891-905.

L'Ordre des psychologues tient à remercier **M. Bruno Fortin** pour sa précieuse collaboration au magazine *Psychologie Québec* au cours des dernières années. M. Fortin se consacrera désormais à de nouvelles activités professionnelles.