

PRISE EN CHARGE
DE LA BAISSSE DU
DÉSIR SEXUEL
CHEZ LA FEMME :
CONSCIENTISATION
ET TRAITEMENTS

Diagnostiquer la baisse du désir sexuel

D^{re} Marla Shapiro, C.M.
MDCM, CCMF, M. Sc. S., FRCPC,
FCMF, NCMP

Professeure, Médecine familiale et
communautaire
Université de Toronto
Toronto, Ontario

Traitements – Psychologie

Lori A. Brotto, Ph.D.,
psychologue agréée

Professeure, Faculté de médecine |
Département d'obstétrique et de gynécologie
Directrice administrative, Institut de
recherche sur la santé des femmes |
Chaire de recherche du Canada sur
la santé sexuelle des femmes
Université de Colombie-Britannique
Vancouver, Colombie-Britannique

Traitements – Pharmacologie

James G. Pfaus, Ph. D., IF

Professeur, Département de psychologie
Chercheur, Groupe de recherche en
neurobiologie comportementale (GRNC)
Université Concordia
Montréal, Québec

PRISE EN CHARGE DE LA BAISSSE DU DÉSIR SEXUEL CHEZ LA FEMME : CONSCIENTISATION ET TRAITEMENTS

Diagnostiquer la baisse du désir sexuel

D^{re} Marla Shapiro, C.M. MDCM, CCMF, M. Sc. S., FRCPC, FCMF, NCMP

Professeure, Médecine familiale et communautaire

Université de Toronto

Toronto, Ontario

Traitements – Psychologie

Lori A. Brotto, Ph.D., psychologue agréée

Professeure, Faculté de médecine |

Département d'obstétrique et de gynécologie

Directrice administrative, Institut de recherche sur la santé des femmes |

Chaire de recherche du Canada sur la santé sexuelle des femmes

Université de Colombie-Britannique

Vancouver, Colombie-Britannique

Traitements – Pharmacologie

James G. Pfaus, Ph. D., IF

Professeur, Département de psychologie

Chercheur, Groupe de recherche en neurobiologie comportementale

(GRNC)

Université Concordia

Montréal, Québec

The Medical Xchange^{MC} offre des activités de formation médicale continue aux professionnels de la santé. Nos services comprennent, entre autres, des programmes de FMC en ligne, des articles publiés dans des revues médicales évaluées par des comités de lecture, ainsi que des actualités médicales issues de conférences données dans le cadre de congrès scientifiques agréés tenus partout dans le monde.

L'information et les opinions formulées aux présentes sont celles des participants et ne reflètent pas forcément celles de Communications Xfacto inc. ou du commanditaire. La diffusion de cette synthèse clinique a été rendue possible grâce au soutien de Valeant Canada LP en vertu d'une convention écrite garantissant l'indépendance rédactionnelle. Ce document a été créé à des fins didactiques et son contenu ne doit pas être vu comme faisant la promotion de quelque produit, mode d'utilisation ou schéma posologique que ce soit. Avant de prescrire un médicament, les médecins sont tenus de consulter la monographie du produit en question. Toute distribution, reproduction ou modification de ce programme est strictement interdite sans la permission écrite de Communications Xfacto inc. © 2017. Tous droits réservés.

Cette synthèse clinique et les diapositives qui s'y rattachent se trouvent sur le site Web suivant : www.TheMedicalXchange.com.

NE PAS DISTRIBUER

Directeur scientifique invité

D^{re} Marla Shapiro, C.M.

MDCM, CCMF, M. SC. S., FRCPC, FCMF, NCMP

Professeure, Médecine familiale et communautaire

Université de Toronto

Toronto, Ontario

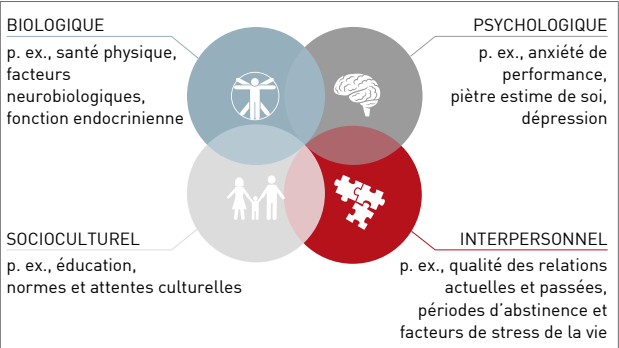
Diagnostiquer la baisse du désir sexuel

Atlanta – Selon les estimations, de 7 à 10 % des femmes du monde entier connaîtraient une baisse du désir sexuel. Or on assiste depuis quelque temps à une évolution de la réflexion portant sur la définition, la classification et la nomenclature de ce trouble. À preuve, la distinction qui est maintenant faite entre la baisse du désir sexuel et les autres troubles liés au dysfonctionnement sexuel chez la femme, tels que le trouble de l'excitation sexuelle.

Introduction

Le désir et l'excitation sexuels sont des phénomènes complexes dans lesquels interviennent des facteurs biologiques, psychologiques, socioculturels et interpersonnels (Figure 1)¹. C'est ce qui explique la variabilité des diverses estimations qui ont été faites de la prévalence de la baisse de désir sexuel. Les responsables des premières recherches épidémiologiques n'ont pas vraiment vérifié si la baisse de désir sexuel dont se plaignaient les patientes provoquait chez elles une certaine souffrance psychologique. Les chiffres recueillis dernièrement sur la prévalence de ce trouble confirment toutefois qu'il s'agit bel et bien d'un de ses symptômes majeurs. La baisse de désir sexuel, qui peut avoir plusieurs appellations différentes, touche environ 10 % des femmes².

FIGURE 1 | Modèle biopsychosocial de l'excitation sexuelle



D'après ALTHOF, S. E., et al. *J Sex Med*, vol. 2, n° 6, novembre 2005, p. 793-800; ROSEN, R. C. et al. *Obstet Gynecol Clin North Am*, vol. 334, 2006, p. 515-526.

La définition de la baisse du désir a évolué avec les mentalités. L'International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) reconnaît maintenant qu'elle se distingue des autres

NE PAS DISTRIBUER

dysfonctionnements sexuels chez la femme tels que le trouble de l'excitation sexuelle.

Classifications de la baisse de désir sexuel différentes de celle de l'ISSWSH

Le système de classification de l'American Psychiatric Association tel qu'il était présenté dans la 4^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV), fait état de problèmes sexuels généraux déclinés en stades précis, tels que le désir ou l'excitation génitale, de même qu'une souffrance psychologique qui n'est pas causée par les effets d'une substance ou d'une maladie. Par exemple, une baisse de désir sexuel pathologique ne serait pas le diagnostic établi chez une femme en post-partum qui se plaint d'une diminution de sa libido, celui-ci étant plutôt attribué à son accouchement récent³. Les affections qui ont été intégrées dans cette nomenclature sont la baisse du désir sexuel et le trouble de l'excitation sexuelle chez la femme.

Dans l'édition suivante, soit le DSM-V, l'intérêt et l'excitation sexuels accompagnés de souffrance psychologique ont été réunis sous une même rubrique de sorte que la baisse de désir sexuel et le trouble de l'excitation sexuelle sont désormais appelés *trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme*.

Le DSM-V fournit également une liste de symptômes que les patientes doivent présenter 70 % du temps pour qu'un tel diagnostic soit posé. Selon la D^{re} Anita Clayton, professeure et chef du Service de psychiatrie et de sciences neurocomportementales de l'Hôpital David C. Wilson, du Système de santé de l'Université de Virginie, à Charlottesville, en Virginie, ces critères font abstraction des cas légers ou modérés de baisse de désir sexuel.

FIGURE 2 | Différentes classifications de la baisse du désir sexuel : le DSM-V et l'ICD-11

5 ^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V)	11 ^e édition de l'International Classification of Diseases (ICD-11)
L'intérêt et l'excitation sexuels accompagnés de souffrance psychologique y sont réunis sous une même rubrique : trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme.	Constitue une amélioration par rapport au DSM-V pour ce qui est de la classification de la baisse du désir sexuel.
Fournit également une liste de symptômes que les patientes doivent présenter 70 % du temps pour qu'un diagnostic de baisse du désir sexuel soit posé.	Différencie les troubles sexuels des maladies mentales et des troubles obstétriques et gynécologiques.
Ses critères de gravité sont discutables, car selon eux, beaucoup de patientes seraient atteintes d'une forme grave de baisse de désir sexuel.	Précise que la baisse de désir sexuel peut toucher aussi bien les hommes que les femmes.

En matière de diagnostic, « il est moins utile, a affirmé la D^{re} Clayton. Les critères d'intensité perdent tout intérêt, puisque selon cette classification, toutes les patientes seraient atteintes d'une forme grave de baisse de désir sexuel. Le diagnostic est trop restrictif. »

Les lacunes du DSM-V ont incité l'ISSWSH à mettre sur pied un groupe d'experts auquel a été confié un double mandat : 1) créer un système de classification à visée diagnostique qui ferait la distinction entre les variantes sexuelles normales et le dysfonctionnement sexuel; et 2) élaborer une nomenclature sur les troubles du désir, de l'excitation et de l'orgasme.

La nouvelle nomenclature de l'International Classification of Diseases (ICD)-11, dont les codes sont utilisés par les cliniciens étatsuniens aux fins de facturation, constitue une amélioration en ce domaine, puisqu'elle différencie les troubles sexuels des maladies mentales et des troubles obstétriques et gynécologiques. « Les troubles sexuels sont classés dans une section différente de l'ICD-11 » a déclaré la D^{re} Clayton. Notons que contrairement au DSM-V, l'ICD-11 précise que la baisse de désir sexuel peut toucher aussi bien les hommes que les femmes (Figure 2)⁴.

Résultats des travaux du groupe d'experts de l'ISSWSH
Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'ISSWSH a mis sur pied un groupe d'experts

NE PAS DISTRIBUER

chargés, entre autres, d'examiner les nomenclatures existantes sur la baisse du désir sexuel et d'en créer une nouvelle.

« La nomenclature précédente a été établie par le DSM. Elle était donc destinée aux spécialistes en santé mentale. Nous avons voulu en créer une qui fonctionnerait pour nous tous », a affirmé Sue Goldstein, CCRC, AASECT-CSC, IF, du programme de médecine sexuelle de l'Hôpital Alvarado, de San Diego, en Californie.

La D^{re} Sharon Parish, professeure de médecine et de psychiatrie clinique, à l'École de médecine Weill Cornell, à New York, a mentionné la quatrième consultation internationale en médecine sexuelle tenue en 2015, d'où a émergé une déclaration de consensus fournissant des définitions améliorées des dysfonctionnements sexuels chez l'homme et chez la femme. La baisse du désir sexuel y est définie comme suit : diminution ou absence persistante ou récurrente de pensées sexuelles ou érotiques, ou de fantasmes et d'intérêt pour l'activité sexuelle⁵.

Dans sa nomenclature, l'ISSWSH fait nettement une distinction entre la baisse du désir sexuel et

« La nomenclature précédente a été établie par le DSM. Elle était donc destinée aux spécialistes en santé mentale. Nous avons voulu en créer une qui fonctionnerait pour nous tous. »

FIGURE 3 | Questionnaire DSDS (Decreased Sexual Desire Screener)

	Oui	Non
1. Trouviez-vous que le désir ou l'intérêt que vous portiez auparavant aux activités sexuelles était suffisant et qu'il était une source de satisfaction pour vous?	☐	☐
2. Avez-vous remarqué que votre désir sexuel ou votre intérêt pour les activités sexuelles a baissé?	☐	☐
3. La baisse de votre désir sexuel ou de votre intérêt pour les activités sexuelles vous préoccupe-t-elle?	☐	☐
4. Aimeriez-vous ressentir plus de désir sexuel ou d'intérêt pour les activités sexuelles?	☐	☐
5. Veuillez cocher tous les facteurs qui, selon vous, pourraient jouer un rôle dans la baisse de votre désir sexuel ou de votre intérêt pour les activités sexuelles que vous vivez actuellement.		
A. Une opération chirurgicale, une dépression, une blessure ou un autre problème médical	☐	☐
B. La consommation de médicaments, de drogues ou d'alcool	☐	☐
C. Une grossesse, un accouchement récent, des symptômes de ménopause	☐	☐
D. D'autres problèmes sexuels (douleur, diminution de l'intensité de l'excitation ou de l'orgasme)	☐	☐
E. Les problèmes sexuels de votre partenaire	☐	☐
F. Une relation insatisfaisante ou un mécontentement envers votre partenaire	☐	☐
G. Le stress ou la fatigue	☐	☐
ANALYSE DES RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE		
- Si la patiente répond « NON » à l'une ou l'autre des questions numérotées 1 à 4, elle ne répond pas aux critères définissant la baisse de désir sexuel généralisée et acquise. - Si la patiente répond « OUI » aux questions 1 à 4 et que vous constatez qu'elle a effectivement répondu « NON » à tous les facteurs énumérés à la question 5, elle répond aux critères définissant la baisse de désir sexuel généralisée et acquise. - Si la patiente répond « OUI » aux questions 1 à 4 et « oui » à n'importe lequel des facteurs énumérés à la question 5, il vous revient de déterminer si les réponses à cette dernière pointent en direction d'un autre diagnostic que la baisse de désir sexuel généralisée et acquise. Les affections concomitantes telles qu'un trouble de l'excitation sexuelle ou de l'orgasme n'excluent pas forcément la coexistence d'une baisse de désir sexuel généralisée et acquise.		

D'après ALTHOF, S. E., et al. *J Sex Med*, vol. 2, n° 6, novembre 2005, p. 793-800; CLAYTON, A. H. et al. *J Sex Med*, vol. 6, n° 3, mars 2009, p. 730-738; NAPPI, R. et al. *J Sex Med*, vol. 6 (suppl. 2), 2009, p. 46.

le trouble de l'excitation sexuelle. La première se caractériserait par un manque de désir et d'intérêt pour le sexe jumelé à une souffrance psychologique, tandis que le second se manifesterait par une altération de l'excitation génitale allée à une souffrance psychologique⁶. Contrairement à la baisse de désir sexuel, le trouble de l'excitation sexuelle chez la femme traduit une incapacité à ressentir une excitation génitale et à la maintenir⁶.

S'il y a une chose qui distingue la baisse du désir sexuel et le trouble de l'excitation sexuelle, c'est bien les moyens pris pour les diagnostiquer. La baisse du désir sexuel est diagnostiquée au terme d'un entretien et à l'aide d'instruments tels que le questionnaire DSDS (Decreased Sexual Desire Screener), qui permet de dépister une baisse du désir sexuel généralisée et acquise HSDD chez la femme (Figure 3)⁷.

Le trouble de l'excitation sexuelle est quant à lui diagnostiqué au terme d'un examen physique, car aucun questionnaire n'a encore été validé à cette fin, a noté le Dr Andrew Goldstein, Directeur des Centres des troubles vulvovaginaux de Washington, D.C. et de New York, NY, et professeur de clinique à l'École de médecine de l'Université George Washington, à Washington, D. C.

La Dr^e Parish a ajouté sa voix à celle de la Dr^e Clayton pour dire qu'une des améliorations apportées par l'ICD-11 est son chapitre portant expressément sur la santé sexuelle et où la baisse du désir sexuel et le trouble de l'excitation sont considérés comme des dysfonctionnements distincts.

« La séparation de ces deux dysfonctionnements reposait sur le même principe clinique et des données biologiques probantes semblables à celles utilisées pour établir la nomenclature de l'ICSM et de l'ISSWSH », a affirmé la Dr^e Parish. Elle a ajouté que le chapitre de l'ICD-11 sur la santé sexuelle précise que la baisse de désir sexuel peut toucher les hommes et les femmes⁴.

Diagnostiquer la baisse de désir sexuel d'après la nomenclature de l'ISSWSH

L'ISSWSH recommande que les cliniciens posent des questions ouvertes aux patientes pour poser un diagnostic de baisse du désir sexuel. La Dr^e Clayton a renchéri en ajoutant que les cliniciens n'ont pas besoin de recueillir des détails intimes de la vie sexuelle des patientes pendant cet entretien. La méthode PLISSIT (*Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy*) peut être utilisée pour répertorier les préoccupations de nature sexuelle des patientes et amorcer une prise en charge non pharmacologique⁸.

NE PAS DISTRIBUER

En substance, c'est le tableau clinique qui permet de reconnaître la baisse du désir sexuel, puisqu'il n'existe aucune valeur mesurable en laboratoire qui pourrait orienter le diagnostic vers ce problème en particulier. Les cliniciens doivent impérativement faire une anamnèse sexuelle et reproductive des patientes, et déterminer si elles ont subi un traumatisme sexuel qui pourrait expliquer l'émoussement du désir.

« Laissez la patiente qualifier elle-même sa baisse de désir sexuel de légère, modérée ou grave, selon le cas. Donnez-lui l'occasion de participer à l'établissement du diagnostic. »

Il est également essentiel de vérifier si la baisse du désir ne se produit qu'avec le partenaire actuel ou si elle est se répète avec tous les partenaires éventuels. En outre, le facteur temps joue un rôle dans le désir sexuel. La diminution du désir peut être une question de contexte et le résultat de facteurs de stress au quotidien. À preuve, les vacances sont souvent une période où le désir augmente, comme l'a fait remarquer la Dr^e Clayton⁶.

La durée des symptômes a une place plus importante aujourd'hui dans l'établissement du diagnostic d'une baisse du désir sexuel. « Les données pointent vers une durée de trois mois ou plus », a précisé la Dr^e Clayton.

La Dr^e Clayton croit que l'importance accordée au sexe par la patiente est également un facteur utile pour déceler la présence d'une baisse de désir sexuel.

« Vous devez savoir quelle priorité le sexe a dans leur vie, a-t-elle ajouté. Il faut découvrir où se situait le sexe dans leurs priorités quand elles avaient une vie sexuelle satisfaisante et où il se situe maintenant qu'elle ne l'est plus ».

L'absence de toute envie de faire des avances à son partenaire pour avoir une relation sexuelle ainsi que certains comportements comme éviter régulièrement d'aller au lit en même temps que son partenaire ou rester debout jusqu'à tard en soirée pour travailler sont des exemples de comportements qui cadreraient avec une baisse de désir sexuel, selon la Dr^e Clayton. Par ailleurs, il se peut qu'une femme s'abstienne d'embrasser son partenaire par crainte qu'il y voie une invitation à des rapports sexuels.

La Dr^e Parish a tenu à ajouter que le désir sexuel n'est pas expressément lié à un événement et qu'il faut en tenir compte dans le cadre du diagnostic et de la prise en charge de la baisse du désir sexuel⁶.

Apport de la patiente dans le processus diagnostique de la baisse de désir sexuel

D'après le D^r James G. Pfaus, professeur de psychologie, à l'Université Concordia, de Montréal, au Québec, une caractéristique importante de la forme acquise de la baisse de désir sexuel, c'est que la femme a déjà connu une période de sa vie où elle ressentait *durablement* du désir et qu'elle est consciente que ce n'est plus vrai.

« Par définition, ces femmes ont connu un désir normal et sain, et se désolent de l'avoir perdu », a affirmé le D^r Pfaus. Laissez la patiente qualifier elle-même sa baisse de désir sexuel de légère, modérée ou grave, selon le cas. Donnez-lui l'occasion de participer à l'établissement du diagnostic⁶. »

Il faut tenir compte des motivations à l'origine du désir sexuel, que celui-ci exprime la volonté de la femme de s'investir dans une activité sexuelle visant à lui procurer un plaisir physique, une intimité émotionnelle, etc. Le désir peut être associé à une récompense et peut s'estomper si cette récompense diminue au fil du temps.

Écarter les autres causes de la faiblesse du désir sexuel

Citant les données issues d'une méta-analyse, la D^{re} Clayton a souligné le lien bidirectionnel qui existe entre la dépression et le dysfonctionnement sexuel, la première augmentant grandement le risque d'apparition du second et vice versa⁹.

Il est essentiel de procéder à l'anamnèse sexologique détaillée de la patiente au moment de l'évaluer de façon globale, puisque son passé sexuel peut avoir une influence sur son intérêt pour le sexe. De nombreux autres facteurs peuvent favoriser une diminution du désir accompagnée de souffrance psychologique, y compris des maladies physiologiques concomitantes telles qu'une affection de la thyroïde et l'incontinence urinaire, des maladies psychiatriques comme l'anxiété et la dépression, de même que la prise de médicaments ou la consommation d'alcool et de drogues¹⁰.

La D^{re} Clayton a expliqué qu'un diagnostic de baisse du désir sexuel ne serait pas posé chez les femmes qui souffrent de troubles liés à des douleurs, la diminution du désir ou l'évitement des rapports sexuels étant la conséquence de la douleur éprouvée pendant ces relations.

L'établissement d'un diagnostic de baisse du désir sexuel chez une femme non ménopausée consiste, entre autres, à écarter la possibilité d'un dysfonctionnement sexuel chez le partenaire. Certaines pourraient en effet rapporter une

NE PAS DISTRIBUER

baisse de désir sexuel pour compenser un dysfonctionnement sexuel de leur partenaire, notamment de nature érectile.

« La femme qui s'accommode d'une pareille situation en ressentira les répercussions, a expliqué la D^{re} Clayton. Il se peut qu'elle prenne toute la faute sur ses épaules. »

Conclusion

Selon le groupe d'experts de l'ISSWSH, la reconnaissance récente de la baisse du désir sexuel et du trouble de l'excitation sexuelle en tant qu'entités cliniques différentes, les deux étant considérées comme des dysfonctionnements sexuels féminins, répond au besoin exprimé par divers milieux de la santé, dont les cliniciens, les chercheurs et les responsables de la réglementation, de disposer de définitions concrètes. « La définition du trouble de l'excitation sexuelle écarte complètement la question fondamentale qu'est l'excitation subjective qui était si controversée et alambiquée dans les définitions antérieures. Ce faisant, les nouvelles définitions du trouble de l'excitation sexuelle et de la baisse du désir sexuel y gagnent en force », a déclaré le D^r Goldstein. ●

Références

1. ALTHOF, S. E., S. R. Leiblum, M. Chevret-Measson, *et al.* Psychological and interpersonal dimension of sexual function and dysfunction. *J Sex Med*, vol. 2, n° 6, novembre 2005, p. 793-800.
2. GOLDSTEIN, I., N. N. Kim, A. H. Clayton, *et al.* Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clin Proc*, vol. 92, n° 1, janvier 2017, p. 114-128.
3. DEJUDICIBUS, M. A. et M. P. McCabe. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *The Journal of Sex Research*, vol. 39, n° 2, mai 2002, p. 94-103.
4. REED, G. M., J. Drescher, R. B. Krueger, *et al.* *World Psychiatry*, vol. 15, n° 3, octobre 2016, p. 205-221.
5. MCCABE, M. P., I. D. Sharlip, E. Atalla, *et al.* Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med*, vol. 13, n° 2, février 2016, p. 135-143.
6. PARISH, S. J., A. T. Goldstein, S. W. Goldstein, *et al.* Toward a More Evidence-Based Nosology and Nomenclature for Female Sexual Dysfunctions-Part II. *J Sex Med*, vol. 12, n° 12, décembre 2016, p. 1888-1906.
7. CLAYTON, A. H., E. R. Goldfischer, I. Goldstein, L. Derogatis, D. J. Lewis-D'Agostino et R. Pyke. Validation of the decreased sexual desire screener (DSDS) *J Sex Med*, vol. 6, n° 3, mars 2009, p. 730-738.
8. FRANK, J. E., P. Mistretta et J. Will. Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. *Am Fam Physician*, vol. 77, n° 5, mars 2008, p. 635-642.
9. ATLANTIS, E. et T. Sullivan. « Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis ». *J Sex Med*, vol. 9, n° 6, juin 2012, p. 1497-1507.
10. MCCABE, M. P., I. D. Sharlip, R. Lewis, *et al.* « Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015 », *J Sex Med*, vol. 13, n° 2, février 2016, p. 153-167.

Lori A. Brotto, Ph.D., psychologue agréée

Professeure, Faculté de médecine | Département d'obstétrique et de gynécologie
Directrice administrative, Institut de recherche sur la santé des femmes |
Chaire de recherche du Canada sur la santé sexuelle des femmes
Université de Colombie-Britannique
Vancouver, Colombie-Britannique

Traitements – Psychologie

Données issues de *la réunion annuelle* de
l'International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH)
tenue du 23 au 26 février 2017, à Atlanta, en Georgie
et analysées par la D^{re} Lori Brotto, de Vancouver, C.-B.

Atlanta - Selon les estimations, 10 % des femmes connaîtraient une baisse du désir sexuel¹. Or les traitements psychologiques comme la thérapie cognitivo-comportementale et la pleine conscience peuvent être utiles en pareils cas. Les cliniciens doivent toutefois être en mesure de reconnaître les facteurs culturels et religieux susceptibles d'influencer les patientes, ainsi que les problèmes de santé mentale qui devront être pris en charge.

Introduction

Comme nous l'avons vu au 1^{er} chapitre, le désir sexuel est un phénomène complexe dans lequel interviennent des facteurs biopsychosociaux et culturels². Bien que la baisse de désir sexuel ait été remplacée par le *trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme* dans la version de 2013 du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-V)³, nous ne disposons encore d'aucun instrument validé pour poser un tel diagnostic, alors qu'un diagnostic de baisse du désir sexuel peut être établi au moyen de plusieurs outils. Le questionnaire intitulé *Decreased Sexual Desire Screener*⁴, qui permet de dépister une baisse du désir sexuel généralisée et acquise chez la femme, est un instrument validé qui permet de déceler une perte durable de désir sexuel accompagnée de souffrance psychologique.

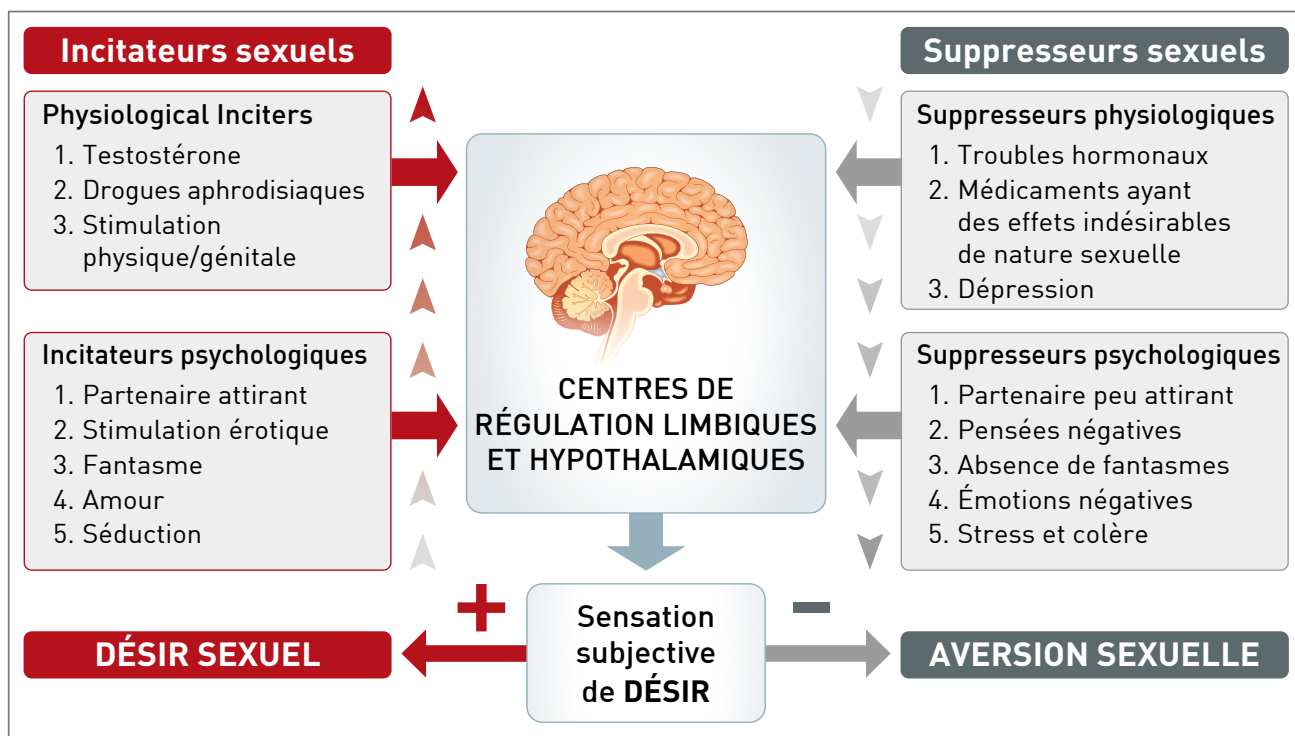
NE PAS DISTRIBUER

comportementale (TCC) ou une thérapie fondée sur la pleine conscience, se révèlent souvent utiles pour traiter la baisse de désir sexuel de longue date ou d'apparition récente qui provoque un profond désarroi ainsi que ces troubles psychologiques concomitants.

Les répercussions d'une faible libido

La baisse du désir sexuel est le motif de plainte de nature sexuelle le plus répandu chez la femme^{6,1}. Or les causes de la diminution du désir sexuel sont plurielles. La recherche donne à penser que le trouble de l'excitation sexuelle et, par extension, les problèmes sexuels en général, peuvent être le résultat d'un déséquilibre des voies neurobiologiques responsables de l'inhibition et de l'excitation qui régularisent l'excitation sexuelle chez les mammifères (modèle du double

FIGURE 1 | Éléments intervenant dans le double contrôle de la motivation sexuelle chez l'humain : un modèle psychosomatique



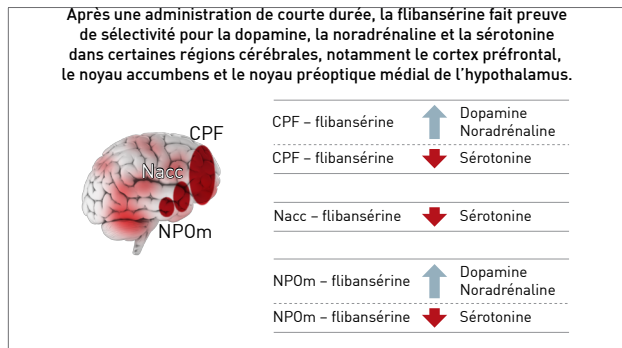
D'après KAPLAN, H. S. *The Sexual Desire Disorders. Dysfunctional Regulation of Sexual Motivation*. Brunner-Routledge (Taylor and Frances, Londres, 1995, p. 15 [fig. 2]).

Les difficultés qui attendent les cliniciens appelés à poser un diagnostic de baisse du désir sexuel ou de trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle sont, entre autres, de savoir distinguer ces troubles d'autres problèmes fréquents (stress, anxiété ou dépression consécutive à la baisse de désir⁵) ou de repérer des expériences personnelles, comme un traumatisme sexuel passé ou des croyances culturelles, qui peuvent éteindre le désir sexuel⁵. Il peut être nécessaire de traiter les affections concomitantes pour prendre en charge efficacement la baisse ou l'absence de désir de la patiente. Des interventions psychologiques, comme une thérapie cognitivo-

contrôle⁷. Helen Singer Kaplan, une pionnière dans le domaine de la sexothérapie, les a qualifiés d'incitateurs sexuels et des supresseurs sexuels (Figure 1). Le Dr Michael Perelman, codirecteur du Programme de sexualité humaine et professeur émérite de psychiatrie, de médecine de la reproduction et d'urologie, au Collège de médecine Weill Cornell, de New York, a décrit ce déséquilibre au moyen du modèle Sexual Tipping Point^{MD8}, selon lequel les facteurs physiques et psychologiques amplifient l'excitation sexuelle lorsqu'ils sont positifs, mais qu'ils l'inhibent lorsqu'ils sont négatifs. Prononçant une conférence didactique sur les méthodes psychologiques utilisées dans les cas

de dysfonctionnement sexuel chez la femme dans le cadre de la réunion de l'ISSWSH de cette année, le Dr Perelman a laissé entendre qu'une méthode intégrée permet d'en déterminer la cause et de le prendre en charge (Figure 2)⁸.

FIGURE 2 | Le point de bascule sexuelle : excitation vs inhibition



D'après PERLEMAN, M. A. *J Sex Med*, vol. 3, n° 6, novembre 2006, p. 1004-1012; PERLEMAN, M. A. *J Sex Med*, vol. 6, n° 3, mars 2009, p. 629-631; PFAUS, J. G. *J Sex Med*, vol. 6, n° 6, juin 2009, p. 1506-1533.

La baisse du désir sexuel peut altérer le sentiment du soi d'une femme, selon la Dr^e Sheryl Kingsberg, chef de la Division de la médecine comportementale du Département d'obstétrique et de gynécologie, du Centre médical des hôpitaux universitaires de Cleveland, en Ohio. « Les femmes qui connaissent une baisse du désir sexuel ont un regard beaucoup plus négatif sur plusieurs aspects de leur vie, a expliqué la Dr^e Kingsberg. La baisse de désir sexuel nuit à l'image que les femmes ont d'elles-mêmes ».

En effet, les résultats d'un sondage réalisé par la Dr^e Kingsberg corroborent l'assertion selon laquelle la baisse de désir sexuel a des répercussions « bien au-delà de la chambre à coucher ». Ce sondage mené chez 450 femmes âgées de 20 à 60 ans a révélé que plus de 70 % des femmes lui imputaient l'image négative qu'elles avaient d'elles-mêmes et leur manque d'assurance⁹. Il convient de noter que les femmes interrogées ne voyaient pas cette baisse éprouvante de désir sexuel comme une maladie pouvant être traitée et n'en ont pas parlé à un professionnel de la santé⁹.

Les résultats de ce sondage portent également à croire que les professionnels de la santé devraient aborder le sujet de la fonction sexuel et du désir sexuel avec leurs patientes, puisque ces dernières ne prendront probablement pas l'initiative d'en parler elles-mêmes. La méthode PLISSIT propose des moyens pour conseiller et informer les patientes en cabinet, et fait valoir que les médecins de premier recours, même s'ils ont reçu une formation limitée sur la santé sexuelle, devraient à tout le moins donner la *permission* à leurs patientes de discuter de leurs problèmes sexuels et leur fournir des *renseignements*

NE PAS DISTRIBUER

élémentaires, notamment de l'information exacte sur la nature de l'excitation sexuelle et sur les facteurs courants évoquant des problèmes sexuels¹⁰.

« La baisse du désir sexuel nuit à l'image que les femmes ont d'elles-mêmes. »

Notons qu'il existe très peu de publications sur la fréquence de la baisse du désir sexuel chez les femmes engagées dans une relation avec une autre femme ou recherchant des rapports intimes avec d'autres femmes. Il se peut aussi qu'une femme suivie en psychothérapie se rende compte qu'elle n'est plus attirée par les hommes et qu'elle ressent du désir et de l'attirance pour les femmes, a fait remarquer le Dr Althof.

Il demeure qu'il faudra examiner les diverses interventions psychologiques dans le cadre d'études cliniques afin de recueillir des données solides sur leur efficacité et de répertorier les facteurs de prédiction d'une réussite. Les cliniciens seront ainsi mieux en mesure d'apparier les thérapies psychologiques aux besoins particuliers des femmes souhaitant obtenir un traitement pour une baisse ou l'absence de désir sexuel.

L'entretien avec la patiente

Les cliniciens doivent absolument avoir un entretien approfondi avec leurs patientes pour tenter de mettre au jour les facteurs qui pourraient être pour quelque chose dans leur baisse de désir sexuel *ou* pour déterminer si cette dernière a provoqué d'autres problèmes comme une piètre image corporelle ou une perte de confiance en soi. Selon le Dr Perelman, en posant une série de questions ciblées et en prenant le pouls de la vie sexuelle de ses patientes¹¹, un professionnel de la santé peut recenser les facteurs qui émoissent leur libido. Le Dr Perelman a parlé à la réunion de l'ISSWSH de l'intérêt de cette discussion, notant au passage que l'une des étapes principales consiste à questionner la patiente sur sa plus récente activité sexuelle et sur les divers aspects de cette activité.

À la réunion de cette année de l'ISSWSH, le Dr Perelman a donné des exemples d'interventions auprès de patientes dont le désir sexuel avait été émoissé par des croyances culturelles profondément ancrées. Dans le cas d'une femme juive ultra-orthodoxe, par exemple, le psychothérapeute devra peut-être faire appel à une autorité religieuse comme un rabbin pour qu'il donne la permission au couple d'utiliser du matériel érotique dans l'espoir de stimuler le désir et de lui permettre d'avoir une vie sexuelle satisfaisante.

Le dysfonctionnement du plancher pelvien est l'un des nombreux facteurs physiques susceptibles de

nuire au désir sexuel. Par exemple, la contraction des muscles périnéaux chez une femme qui appréhende la pénétration peut faire en sorte qu'elle perde toute envie d'avoir des rapports sexuels. En pareils cas, des traitements de physiothérapie axés sur la contractilité des muscles périnéaux, alliés à des interventions psychosociales visant à traiter l'anxiété peuvent se révéler nécessaires pour améliorer le désir sexuel chez la femme.

La dépression est une affection très répandue. Or la recherche nous a appris que la comorbidité entre la baisse de désir sexuel et la dépression est très fréquente¹³, chacune de ces affections risquant, à terme, d'aggraver l'autre. De plus, les antidépresseurs peuvent avoir un effet négatif sur l'excitation sexuelle¹³. Les cliniciens doivent absolument garder à l'esprit ce lien entre la dépression et la fonction sexuelle lorsqu'ils examinent une femme dont le désir sexuel est faible, voire inexistant. La pleine conscience a fait ses preuves dans le traitement de la dépression chez les femmes ayant peu d'intérêt pour le sexe¹⁴.

L'entretien permet de s'informer sur la dynamique relationnelle de la patiente et de voir comment elle nuit à son désir et à son fonctionnement sexuels et le fait peut-être mieux que les brefs questionnaires de dépistage. Une baisse du désir sexuel peut être le résultat d'une relation insatisfaisante, se traduire par l'évitement du partenaire et introduire

NE PAS DISTRIBUER

de l'hostilité et de l'antagonisme dans la relation. L'acquisition par la formation d'une meilleure aptitude à communiquer peut se révéler utile pour améliorer l'intimité et un bon moyen d'amplifier le désir sexuel.

La sexothérapie

S'adressant aux participants à une conférence didactique sur les méthodes psychologiques utilisées dans les cas de dysfonctionnement sexuel chez la femme qu'il a prononcée dans le cadre de la réunion de l'ISSWSH de cette année, le Dr Stanley Althof, professeur émérite de psychologie au Département de psychiatrie de l'École de médecine de l'université Case Western Reserve, de Cleveland, en Ohio, et directeur administratif du Centre de santé conjugale et sexuelle du sud de la Floride, à West Palm Beach, en Floride, a fait remarquer que plusieurs types d'interventions psychologiques peuvent être entrepris pour traiter la baisse du désir sexuel. La sexothérapie, une des méthodes psychologiques utilisées depuis longtemps, s'attarde sur les problèmes touchant le désir sexuel, l'excitation, l'orgasme et la douleur. Elle peut être appliquée sur une base individuelle, en couple ou en groupe, habituellement pendant un laps de temps prédéterminé (par ex., pendant trois mois à raison d'une fois par semaine). La sexothérapie fait aussi appel à des exercices tels que celui appelé *Sensate Focus*, qui repose sur des touchers sensuels dénués d'obligation ayant pour objectif d'intensifier

FIGURE 3 | Quelques raisons et motivations qui poussent les humains à avoir des rapports sexuels

RAISONS POSITIVES	RAISONS NÉGATIVES
1. Je ressens de l'attrance pour cette personne.	1. Je ressens de l'embarras et de la honte. Je ne suis pas à la hauteur.
2. J'ai besoin du plaisir que cela me procure.	2. Je ne peux pas satisfaire ma/mon partenaire, alors pourquoi essaierais-je?
3. C'est bon.	3. C'est entièrement de sa faute.
4. Je veux lui montrer mon affection.	4. Si je l'embrasse, il/elle pourrait y voir une invitation au sexe.
5. Je veux lui témoigner mon amour.	5. Ma/mon partenaire pourrait me quitter.
6. Je ressens de l'excitation sexuelle et je veux la calmer.	6. Cela n'arriverait pas avec quelqu'un d'autre.
7. J'ai envie de sexe.	7. Je ne suis plus une vraie femme
8. C'est agréable.	
9. Je suis en amour.	
10. J'adore être emporté par la vague du moment.	
11. J'ai voulu lui faire plaisir.	
12. Je recherche cette intimité/proximité.	
13. Je recherche le plaisir à l'état pur.	
14. Je veux ressentir un orgasme.	
15. C'est excitant.	
16. Je veux ressentir le lien qui nous unit.	
17. Son physique m'excite.	
18. J'aime le contexte.	
19. Cette personne me désire vraiment.	
20. Cette personne fait en sorte que je me sens sexy.	

D'après MESTON, C. M. et D. M. Buss, *Arch Sex Behav*, vol. 36 n° 4, août 2007, p. 477-507.

le désir sexuel progressivement et de réduire la répugnance pour des activités sexuelles¹⁵.

« La technique Sensate Focus est une méthode qui amène les couples à se toucher et à s'exprimer sur ce qui leur est agréable et sur ce qui ne l'est pas, a expliqué le Dr Althof, lors d'une entrevue qu'il a donnée après la conférence didactique. Ils peuvent utiliser cette méthode à la maison. Le rapport sexuel n'est plus au centre de la relation; cette méthode vise plutôt à ce que le sexe ne soit plus une source d'anxiété pour la femme ».

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

En substance, la TCC vise à repérer le comportement et les pensées (cognition) qui nourrissent la baisse du désir sexuel et déclenchent les émotions négatives qui aggravent les comportements nuisibles et les pensées inadaptées (Figure 3). Au cœur de cette méthode se trouve l'utilisation d'un journal intime où la patiente note ses expériences sexuelles négatives et les pensées que ces situations ont suscitées chez elle. Par la suite, la restructuration cognitive amène la patiente à évaluer le bien-fondé de ses pensées et à envisager de les remplacer par d'autres, plus justes et mieux adaptées. La TCC permet d'améliorer le comportement et les émotions en traitant les pensées inadaptées. Elle peut aussi comprendre un volet didactique qui vise à renseigner la femme, seule ou accompagnée de son partenaire sexuel, sur l'utilisation appropriée de la stimulation érotique et physique pour amplifier le désir et l'excitation sexuels. Lorsque l'expérience de l'excitation sexuelle s'améliore, les pensées et les comportements qu'elle suscite s'en ressentent également.

La pleine conscience

Compte tenu de la forte prévalence de la distraction cognitive pendant l'activité sexuelle et du regard négatif et critique que les femmes portent sur elles-mêmes et le sexe, la pleine conscience est apparue comme une stratégie permettant d'amplifier le désir sexuel. La pleine conscience consiste à ramener son attention sur l'instant présent, sans porter de jugement¹⁶. La femme apprend à concentrer son attention sur un élément précis, comme des sensations physiques, la respiration et les sons, et à prendre conscience des pensées négatives qui surgissent sans toutefois s'y laisser absorber. Des données probantes montrent que la pleine conscience peut renforcer le lien entre l'excitation génitale et l'excitation subjective, et partant, améliorer la concordance entre les deux volets de l'excitation sexuelle¹⁷. Des études ont permis de constater que le désir sexuel peut s'améliorer après quatre séances de groupe axées sur la pleine conscience¹⁸. Cela dit, jugeant qu'ils reproduisent les protocoles uniformisés

NE PAS DISTRIBUER

employés chez les personnes souffrant de douleur chronique, d'anxiété ou de dépression, des experts ont récemment adopté des programmes de huit séances de groupe. Une étude a en effet révélé que ces programmes, qui comprenaient des exercices de pleine conscience à faire à la maison, permettent d'intensifier le désir sexuel, d'améliorer la fonction sexuelle en général et d'atténuer la souffrance psychologique liée au sexe, peu importe à quand remonte la baisse du désir sexuel¹⁴. L'un des bienfaits de la pleine conscience qui ont été observés serait l'amélioration possible de la régulation de l'attention, de l'émotion et de la conscience de soi. Des données probantes portent en effet à croire que la pratique de la pleine conscience peut entraîner des modifications neuroplastiques de la structure et de la fonction des zones cérébrales liées à cette régulation¹⁸.

Interviewé lors de la réunion de cette année de l'ISSWSH, le Dr Althof a affirmé : « La distractibilité peut être considérable. Une femme peut être préoccupée par son travail, elle peut penser aux soins à donner à ses enfants ou à un parent malade. Elle peut aussi réfléchir à tout ce qui l'attend dans son emploi du temps des prochains jours ».

La Dre Kingsberg a déclaré que les femmes qui connaissent une baisse de désir sont conscientes du fait que les rapports sexuels sont une source de plaisir. Le problème, c'est qu'elles n'ont plus la motivation nécessaire pour le rechercher aussi souvent qu'avant. « Le besoin n'est plus là », a-t-elle renchéri. Elle partage d'ailleurs l'avis du Dr Althof selon lequel la TCC et la pleine conscience peuvent aider les femmes à se concentrer sur l'acte sexuel en lui-même et à ne pas se laisser distraire par tout le reste.

Le thérapeute pourrait entre autres recommander au partenaire de ne pas insister pour avoir des rapports sexuels de façon que la femme ne vive pas sous une pression constante au quotidien, a expliqué le Dr Althof.

L'étendue des applications de la TCC et de la pleine conscience

Les traitements psychologiques comme la TCC et la pleine conscience conviennent aux femmes qui connaissent une baisse de désir sexuel après avoir subi un traitement médical et qui en souffrent sur le plan psychologique².

Des chercheurs ont étudié la faisabilité des programmes fondés sur la pleine conscience pour, entre autres, augmenter le désir sexuel ou atténuer le désarroi lié au sexe chez les femmes victimes d'un cancer du col de l'utérus ou de l'endomètre. Or il a été démontré que de courtes séances alliant de l'information, la TCC et la pleine conscience permettent d'atteindre ces objectifs¹⁹.

Des programmes unidirectionnels adaptés aux fins de diffusion en ligne offrent des bienfaits similaires aux survivantes du cancer en atténuant leur souffrance psychologique liée au sexe et en améliorant leur humeur et leur fonction sexuelle²⁰. Une revue systématique de la littérature médicale est venue étayer l'intérêt des interventions psychologiques dans la prise en charge des problèmes sexuels après le traitement du cancer²¹.

Conclusion

La psychothérapie et autres stratégies particulières comme la TCC et la pleine conscience, qui ont été étudiées dans diverses populations de femmes ayant admis que leur baisse de désir sexuel provoquait chez elles une souffrance psychologique, ont été couronnées de succès, certaines plus que d'autres, en permettant d'obtenir une amélioration marquée du désir et de l'excitation sexuels. La psychothérapie a l'avantage d'être dénuée d'effets indésirables et se révèle très souvent bien plus efficace que les préparations pharmaceutiques indiquées dans le traitement de la baisse de désir sexuel. La psychothérapie peut s'utiliser auprès de toutes sortes de populations de femmes présentant une baisse du désir sexuel, indépendamment de ce qui la provoque. En outre, elle peut être employée pour traiter simultanément les autres troubles psychologiques qui accompagnent souvent la baisse de désir sexuel comme le stress, l'anxiété, l'humeur dépressive et une piètre image corporelle. ●

Références

- MITCHELL, K. R., C. H. Mercer, G. B. Ploubidis, K. G. Jones, *et al.* « Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) », *Lancet*, vol. 382, n° 9907, novembre 2013, p. 1817-1829.
- BROTTO, L., S. Atallah, C. Johnson-Agbakwu, *et al.* « Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction », *J Sex Med*, vol. 13, n° 3, avril 2016, p. 538-571.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5^e éd.). Washington, DC. Auteur.
- CLAYTON, A. H., E. R. Goldfischer, I. Goldstein, L. Derogatis, D. J. Lewis-D'Agostino et R. Pyke. « Validation of the decreased sexual desire screener (DSDS) », *J Sex Med*, vol. 6, n° 3, mars 2009, p. 730-738.
- MCCABE, M. P., I. D. Sharlip, R. Lewis, *et al.* « Risk factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015 », *J Sex Med*, vol. 13, n° 2, février 2016, p. 153-167.
- SHIFREN, J. L., B. U. Monz, P. A. Russo, A. Segreti et C. B. Johannes. « Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates », *Obstet Gynecol*, vol. 112, n° 5, novembre 2008, p. 970-978.
- BANCROFT, J., C. A. Graham, E. Janssen et S. A. Sanders. « The dual control model: current status and future directions », *J Sex Res*, vol. 46, n° 2-3, mars et juin 2009, p. 121-142.
- PERELMAN, M. A. « The sexual tipping point: a mind/body model for sexual medicine », *J Sex Med*, vol. 6, n° 3, mars 2009, p. 629-632.

NE PAS DISTRIBUER

- KINGSBERG, S. A. « Attitudinal survey of women living with low sexual desire », *J Women's Health (Larchmt)*, vol. 23, n° 10, octobre 2014, p. 817-823.
- ANNON, J. S. « The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems », *J Sex Ed & Ther*, vol. 2, n° 1, 1976, p. 1-15.
- PERELMAN, M. A. « Sex coaching for physicians: combination treatment for patient and partner », *Int J Impot Res*, vol. 15 (suppl. 5), octobre 2003, p. S67-S74.
- LI-YUN-FONG, R. J., M. Larouche, M. Hyakutake, *et al.* « Is Pelvic Floor Dysfunction an Independent Threat to Sexual Function? A Cross-Sectional Study in Women with Pelvic Floor Dysfunction », *J Sex Med*, vol. 14, n° 2, février 2017, p. 226-237.
- ATLANTIS, E. et T. Sullivan. « Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis », *J Sex Med*, vol. 9, n° 6, juin 2012, p. 1497-1507.
- PATERSON, L. Q., A. B. Handy et L. A. Brotto. « A pilot study of Eight-Session Mindfulness-Based Cognitive Therapy Adapted for Women's Sexual Interest/Arousal Disorder », *J Sex Res*, 15 août 2016, p. 1-12.
- ALTHOF, S. E. « Sex therapy and combined (sex and medical) therapy », *J Sex Med*, vol. 8, n° 6, juin 2011, p. 1827-1828.
- BISHOP, S. R., M. Lau, S. Shapiro, *et al.* « Mindfulness: A proposed operational definition », *Clinical Psychology Science and Practice*, vol. 11, n° 3, 2004, p. 230-241.
- BROTTO, L. A., M. L. Chivers, R. D. Millman et A. Albert. « Mindfulness-Based Sex Therapy Improves Genital-Subjective Arousal Concordance in Women With Sexual Desire », *Arch Sex Behav*, vol. 45, n° 8, novembre 2016, p. 1907-1921.
- BROTTO, L. A. et D. Goldmeier. « Mindfulness Interventions for Treating Sexual Dysfunctions: The Gentle Science of Finding Focus in a Multitask World », *J Sex Med*, vol. 12, n° 8, août 2015, p. 1687-1689.
- BROTTO, L. A., J. R. Heiman, B. Goff, *et al.* « A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer », *Arch Sex Behav*, vol. 37, n° 2, avril 2008, p. 317-329.
- BROTTO, L. A., C. R. Dunkley, E. Breckon, *et al.* « Integrating Quantitative and Qualitative Methods to Evaluate an Online Psychoeducational Program for Sexual Difficulties in Colorectal and Gynecologic Cancer Survivors », *J Sex Marital Ther*, 3 septembre 2016, p. 1-18.
- BROTTO, L. A., M. Yule et E. Breckon. « Psychological interventions for the sexual sequelae of cancer: a review of the literature », *J Cancer Surviv*, vol. 4, n° 4, décembre 2010, p. 346-360.

James G. Pfaus, Ph. D., IF

Professeur, Département de psychologie
Chercheur, Groupe de recherche en neurobiologie comportementale (GRNC)
Université Concordia
Montréal, Québec

Traitements – Pharmacologie

Atlanta - Selon les estimations, 1 femme sur 10 connaîtrait une baisse de désir sexuel¹. Or plusieurs agents pharmacologiques prometteurs qui seraient utilisés en appoint aux sexothérapies classiques font présentement l'objet d'essais cliniques. Il s'agit d'hormonothérapies et d'agents qui ciblent le système nerveux central (SNC) afin de stimuler l'excitation sexuelle ou d'émousser l'inhibition sexuelle dans des régions particulières de l'encéphale qui jouent un rôle essentiel dans le désir sexuel. Ces agents pharmacologiques novateurs sont les nouveaux instruments d'une démarche plus globale et axée sur les patientes dans le traitement de la baisse du désir sexuel.

Introduction

La reconnaissance de la baisse de désir sexuel, une affection qui peut être traitée au moyen d'interventions psychologiques, d'agents pharmacologiques ou d'une combinaison des deux, passe obligatoirement par une entrevue d'approche clinique approfondie jumelée à des instruments tels que le questionnaire DSDS (*Decreased Sexual Desire Screener*)². Or de nouveaux agents opposés aux anomalies neurobiologiques et aux mécanismes sous-jacents à la baisse de désir ont récemment fait leur apparition. Plus précisément, des agents qui ciblent le SNC et des régions de l'encéphale telles que le cortex préfrontal, le locus coeruleus, l'aire ventro-tegmentale ainsi que le noyau préoptique médial de l'hypothalamus, ont fait preuve d'efficacité dans le cadre d'essais cliniques. Au moins un de ces agents exerçant son action sur le SNC, la flibansérine, a été homologué par la Food and Drug Administration des États-Unis et a été soumis à Santé Canada aux fins d'examen³. Il est toutefois à prévoir que le brémélanotide et d'autres agents expérimentaux qui agissent sur le SNC et modulent les voies cérébrales jouant un rôle crucial dans le désir sexuel soient un jour disponibles pour les femmes ménopausées ou non. Les cliniciens disposeront ainsi d'un plus large éventail d'options pharmacologiques, ce qui leur permettra de mieux adapter leurs stratégies thérapeutiques aux besoins de chaque patiente présentant une baisse de désir sexuel.

La petite histoire des agents pharmacologiques opposés à la baisse de désir sexuel

L'arsenal pharmacologique ne leur proposant aucun agent expressément indiqué contre la baisse de désir sexuel, les cliniciens ont dû utiliser des médicaments qui n'étaient pas homologués pour le traitement de cette affection, notamment de la testostérone, une hormone offrant certains avantages, mais soulevant aussi quelques préoccupations à propos de son innocuité à long terme, quoique dans une moindre mesure lorsqu'elle est administrée par voie transdermique⁴. La buspirone, un agoniste partiel des récepteurs 5-HT_{1A} qui est indiqué dans le traitement de l'anxiété généralisée, a connu un certain succès dans la prise en charge de la baisse de désir sexuel⁵, tout comme le bupropion⁶, un inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine qui employé dans le traitement de la dépression et qui est aussi prescrit aux personnes souhaitant cesser de fumer. Bien que ces deux médicaments permettent d'agir sur le SNC, aucun d'eux n'a fait l'objet d'études sur son utilisation en monothérapie contre la baisse de désir sexuel, une indication qui de toute manière n'est pas homologuée. Qui plus est, nous ne disposons d'aucune donnée portant sur l'innocuité du bupropion et de la buspirone dans la

NE PAS DISTRIBUER

prise en charge des femmes affligées d'une baisse du désir sexuel.

Justification de l'utilisation de médicaments agissant sur le SNC pour traiter la baisse de désir sexuel

Le dilemme de la baisse de désir tire son origine d'un « problème de réseau », a affirmé le Dr Irwin Goldstein, Professeur clinicien de chirurgie à l'École de médecine de San Diego à l'Université de Californie, Directeur du Service de médecine, de l'Hôpital Alvarado de San Diego et Directeur du San Diego Sexual Medicine, en Californie.

Les voies intervenant dans le désir sexuel mettent en jeu des neurotransmetteurs excitateurs majeurs qui font partie intégrante des systèmes excitateurs de l'encéphale, dont la dopamine, les mélanocortines, l'oxytocine, la vasopressine et la noradrénaline. Ces transmetteurs agissent sur les voies neuronales de l'hypothalamus, du système limbique et du cortex. À l'opposé, les principaux neurotransmetteurs intervenant dans l'inhibition sexuelle comprennent les opioïdes et la sérotonine (5-HT). Les systèmes inhibiteurs peuvent éteindre les systèmes excitateurs au point où l'excitation sexuelle qui serait normalement générée par des stimuli sexuels efficaces ne l'est pas¹.

« Nous avons affaire à des femmes peu excitées ou extrêmement inhibées, a expliqué le Dr Goldstein alors qu'il décrivait les patientes aux prises avec une baisse de désir sexuel. Les systèmes qui déclenchent l'excitation ne sont pas activés, alors que ceux qui l'inhibent le sont trop. C'est vraiment un problème de réseau (dans l'encéphale) que nous pouvons manipuler à notre avantage pour aider certaines de nos patientes ».

Les clichés de l'encéphale obtenus à l'aide de techniques d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle dans le cadre d'une étude montrent à quel point ceux des femmes présentant une baisse de désir sexuel sont différents de ceux des témoins en santé⁷. Les chercheurs ont comparé la réaction de femmes n'ayant aucun antécédent de dysfonctionnement sexuel à des vidéos érotiques, des matches de sport ou des images apaisantes à celle de femmes aux prises avec une baisse de désir sexuel. Ils ont remarqué chez ces dernières une activation plus marquée de la circonvolution frontale moyenne et de la circonvolution frontale inférieure droite, ainsi qu'une activation bilatérale du putamen. Ils en sont venus à la conclusion que chez ces patientes, l'encodage des stimuli déclenchant l'excitation sexuelle et la récupération des expériences érotiques du passé, ou les deux, sont différents de ceux des femmes dont le désir sexuel est jugé normal⁷.

« L'encéphale des femmes indemnes de cette anomalie s'illumine lorsqu'il est exposé à des stimuli sexuels, ce qui n'est pas le cas des femmes qui en sont atteintes », a affirmé le Dr Goldstein.

En outre, lors d'une autre étude, les chercheurs ont exposé des femmes affligées d'une baisse de désir sexuel à deux extraits de films à saveur plus ou moins érotique (élevée et faible) et de films dénués d'érotisme (neutres). Ils ont constaté une diminution de la désactivation du côté gauche de la région cérébrale régulant le fonctionnement multitâche, conjuguée à une activation moins prononcée du côté droit du cerveau ou à une désactivation plus marquée du cortex orbitofrontal médian⁸.

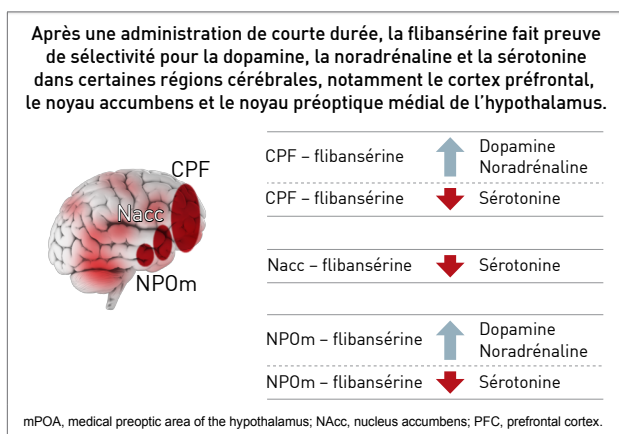
« Le sexe exige que les régions cérébrales régissant le fonctionnement multitâche soient mises en veilleuse, a déclaré le Dr Goldstein. Vous devez être en mesure de désactiver tout ce qui vient lui faire concurrence dans le cerveau. Il faut oublier la lessive, la préparation des repas, les enfants et vos finances ».

Pharmacothérapies opposées à la baisse de désir sexuel

Flibansérine

« Un agent comme la flibansérine régit l'activation du cortex préfrontal en l'atténuant, ce qui stoppe le fonctionnement multitâche du cerveau et élimine la distractibilité pendant les rapports sexuels. Tout est une question de réseaux cérébraux; la magie n'a rien à y voir », a expliqué le Dr Goldstein (Figure 1)⁹.

FIGURE 1 | Sélectivité régionale de la flibansérine : effets sur la dopamine, la noradrénaline et la sérotonine



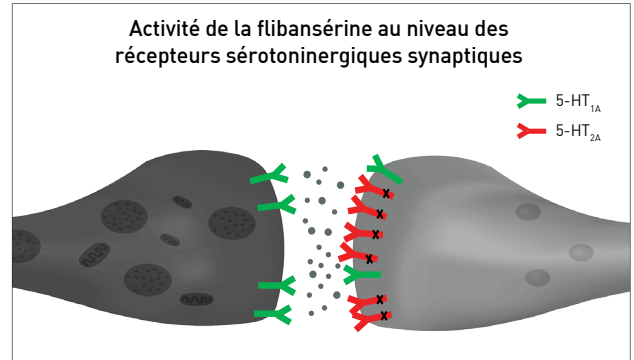
D'après STAHL, S.M., et al. *J Sex Med*, vol. 8, 2011, p. 15–27.

Le mode d'action de la flibansérine dans le traitement de la baisse de désir sexuel s'exercerait d'abord sur les récepteurs sérotoninergiques cérébraux. Pour être plus précis, disons que cet agent inhibe la libération de sérotonine en se liant aux autorécepteurs 5-HT_{1A} tout en bloquant les effets postsynaptiques de la sérotonine sur

NE PAS DISTRIBUER

les récepteurs 5-HT_{2A} (Figure 2)¹⁰. Résultat : la transmission dopaminergique hypothalamique et mésolimbique est amplifiée et empêche la sérotonine d'exercer son effet inhibiteur sexuel sur le cortex préfrontal.

FIGURE 2 | Liaison de la flibansérine aux récepteurs sérotoninergiques cérébraux



D'après PFAUS, J. G. *Cell*, vol. 163, no 3, 22 octobre 2015, p. 533.

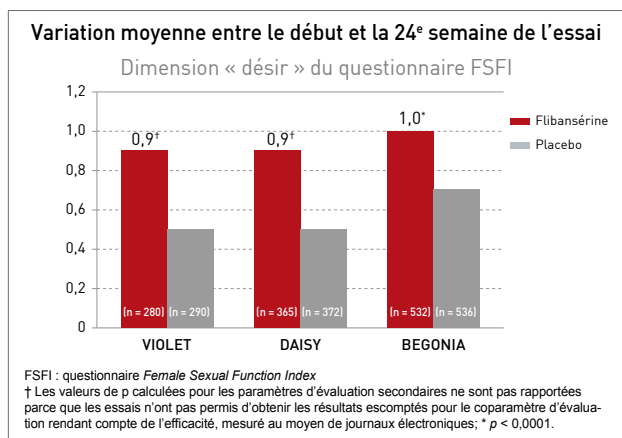
Trois essais menés à double insu et avec répartition aléatoire intitulés DAISY, VIOLET et BEGONIA ont servi à comparer l'efficacité et l'innocuité de la flibansérine à celle d'un placebo chez des femmes non ménopausées. La conclusion des chercheurs : la flibansérine s'est montrée supérieure au placebo pour de nombreux paramètres d'évaluation^{11, 12, 13}.

Lors de l'essai DAISY, des doses de 100 mg de flibansérine prises une fois par jour ont permis d'obtenir, par rapport au placebo, une amélioration statistiquement significative des paramètres d'évaluation suivants : rapports sexuels satisfaisants, désir sexuel (mesuré à partir des résultats enregistrés pour la dimension « désir » du questionnaire FSFI [*Female Sexual Function Index*]), fonction sexuelle et diminution de la souffrance ressentie par la femme en raison de sa vie sexuelle (évaluée d'après le score total et celui obtenu pour la dimension 13 du questionnaire FSDS-R [*Female Sexual Distress Scale-Revised*])¹¹.

L'essai VIOLET, qui a porté sur l'administration de doses quotidiennes de 100 mg de flibansérine, a aussi permis de constater une augmentation significative sur le plan statistique des rapports sexuels satisfaisants. Le score enregistré pour la dimension « désir » et le score total obtenus au questionnaire FSFI ont en effet augmenté d'une manière statistiquement significative, alors que le score total et celui enregistré pour la dimension 13 du questionnaire FSDS-R ont chuté de la même façon¹². Par ailleurs, les données issues de l'essai BEGONIA cadraient avec celles collectées pendant les deux autres essais. Comparativement au placebo, la flibansérine y a permis d'objectiver des augmentations significatives du nombre de rapports sexuels satisfaisants et du désir sexuel

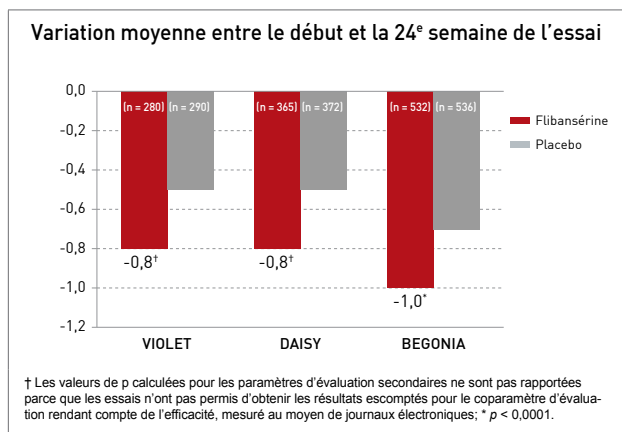
comme en faisait foi le score enregistré pour la dimension « désir » du questionnaire FSFI, de même qu'une atténuation de la souffrance éprouvée par la femme en raison de sa vie sexuelle dysfonctionnelle et de la faiblesse de son désir sexuel, qu'ont particulièrement fait ressortir le score total et celui observé pour la dimension 13 du questionnaire FSFI-R (Figures 3 et 4)¹³.

FIGURE 3 | Essais VIOLET, DAISY et BEGONIA : augmentation constante du désir sexuel



D'après DEROGATIS, L.R., et al. *J Sex Med*, vol. 9, n° 4, 2012, p. 1074-1085;
THORP, J., et al. *J Sex Med*, vol. 9, n° 3, 2012, p. 793-804;
KATZ, M., et al. *J Sex Med*, vol. 10, n° 7, 2013, p. 1807-1815.

FIGURE 4 | Essais VIOLET, DAISY et BEGONIA : diminution de la souffrance comparativement au placebo



D'après DEROGATIS, L.R., et al. *J Sex Med*, vol. 9, n° 4, 2012, p. 1074-1085;
THORP, J., et al. *J Sex Med*, vol. 9, n° 3, 2012, p. 793-804;
KATZ, M., et al. *J Sex Med*, vol. 10, n° 7, 2013, p. 1807-1815.

La flibansérine n'a pas soulevé de préoccupations majeures en matière d'innocuité, les effets indésirables documentés avec ce médicament étant des vertiges, des nausées, de l'insomnie, de la somnolence et de l'anxiété. Notons toutefois que la consommation d'alcool est contre-indiquée avec ce médicament en raison des risques d'hypotension ou de syncope au début du traitement.

Une analyse réalisée a posteriori à partir des données issues des essais VIOLET, DAISY et BEGONIA

NE PAS DISTRIBUER

présentée devant l'ISSWSH par le Dr James A. Simon, CCD, NCMP, FACOG, Professeur clinicien d'endocrinologie de la reproduction, d'infertilité, d'obstétrique et de gynécologie à l'École de médecine de l'Université George Washington, de Washington, D.C., a révélé que le taux de réaction favorable au traitement se situait entre 74,4 et 82,2 % chez les femmes non ménopausées affligées d'une baisse de désir sexuel et que le délai médian pour l'obtenir était de deux mois environ.

« Ces résultats nous portent à croire qu'un traitement de courte durée est suffisant pour savoir s'il fonctionne ou non chez une patiente donnée, a affirmé le Dr Simon. À vrai dire, il est recommandé d'y mettre fin si la patiente ne constate aucune amélioration au bout de huit semaines ».

Répondant aux questions sur les données et sur les quelques cas de femmes ayant eu besoin de plus de deux mois pour ressentir les bienfaits du traitement, le Dr Simon a précisé que, dans un contexte réel, la décision de poursuivre le traitement au-delà des huit semaines serait bien sûr laissée à la discrétion du médecin et de la patiente advenant qu'ils s'attendent à ce que les effets positifs de la flibansérine soient imminents.

Brémélanotide

Le brémélanotide, un agoniste des récepteurs de type 4 de la mélanocortine, est un autre agent ciblant le SNC qui est administré, au besoin, par voie sous-cutanée au moyen d'un auto-injecteur pour traiter la baisse de désir sexuel¹⁴. L'étude RECONNECT, qui était composée de deux essais multicentriques de phase III, a servi à évaluer l'efficacité et l'innocuité de cet agent dans le traitement de la baisse de désir sexuel chez les femmes non ménopausées.

Les données tirées de ces deux essais ont révélé que comparativement à celles qui avaient reçu le placebo, les femmes qui avaient été traitées par le brémélanotide avaient obtenu des résultats significativement meilleurs pour ce qui était des paramètres d'évaluation tels que la dimension « désir » du questionnaire FSFI (p < 0,0001 pour les deux essais) et le score obtenu pour la dimension « désir, excitation/orgasme » du questionnaire FSFI (p < 0,0001 pour un des essais et p = 0,0007 pour l'autre).

Les chercheurs ont également demandé aux patientes leur opinion à propos de ce médicament injectable. Pour ce faire, ils leur ont posé la question suivante : « Selon vous, dans quelle mesure ce médicament vous a-t-il été bénéfique? ». Pour être considérées comme ayant réagi favorablement au traitement, les femmes devaient

avoir accordé aux bienfaits qu'elles en avaient retirés une note de 5 ou plus sur une échelle de Likert de 7 points. Or au total, 59 % et 58 % des patientes du premier et du deuxième essai respectivement ont été considérées comme telles.

Les résultats enregistrés pour les paramètres d'évaluation secondaires ont aussi été documentés pendant ces deux essais. Lors de la réunion annuelle de l'ISSWSH, le Dr Leonard DeRogatis, Directeur du Centre de santé sexuelle du Maryland, situé à Baltimore, au Maryland, a présenté les données ayant permis d'établir un parallèle entre le brémélanotide et des améliorations significatives du score total obtenu au questionnaire FSFI et de ceux enregistrés pour les dimensions « excitation », « lubrification », « orgasme » et « satisfaction » de ce questionnaire ($p \leq 0,01$ dans tous les cas).

Répercussions du traitement chez un petit effectif de patientes

Selon Sue Goldstein, CCRC, AASECT-CSC, IF, Chef de la Division de recherche clinique et de la programmation didactique de la San Diego Sexual Medicine, de Californie, les femmes d'un petit effectif de sujets, ménopausées ou non, qui s'étaient fait prescrire de la flibansérine et ayant fait l'objet d'une analyse thématique récente présentée lors de la réunion annuelle de l'ISSWSH, ont affirmé avoir constaté des changements de nature sexuelle et non sexuelle après avoir pris ce médicament.

Les chercheurs n'ont pas posé de questions précises à ces femmes. Ils leur ont plutôt demandé de leur parler que leur expérience avec la flibansérine. Au total, 23 patientes traitées par ce médicament ont affirmé avoir constaté une augmentation de leur libido, une intensification de leurs orgasmes, une plus grande réceptivité envers l'activité sexuelle et avoir pris davantage l'initiative des rapports sexuels. Certaines d'entre elles ont également déclaré avoir remarqué des répercussions autres que sexuelles dans leur vie; elles se sentaient plus heureuses, moins stressées et moins anxieuses.

« Pendant qu'elles prenaient ce médicament, elles se sentaient vraiment comme des êtres sexués et pleines d'énergie », a fait remarquer Sue Goldstein, en admettant toutefois que cette analyse comportait plusieurs lacunes, dont l'absence d'un protocole d'étude rigoureux et la petite taille de l'effectif de sujets.

Traitements actuellement à l'étude

D'autres agents destinés au traitement de la baisse de désir sexuel chez la femme non ménopausée et conçus pour une utilisation

NE PAS DISTRIBUER

à la demande sont actuellement à l'étude. Parmi ces médicaments novateurs, on trouve un produit ayant comme principes actifs de la testostérone et du sildénafil (un inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5 qui est utilisé pour traiter le dysfonctionnement érectile chez l'homme). La testostérone vise à amplifier la réceptivité du cerveau aux signaux sexuels et le sildénafil, à intensifier l'excitation génitale¹⁵. Un autre agent expérimental renferme de la testostérone et de la buspirone, un agoniste partiel des récepteurs 5 HT_{1A}¹⁶. La testostérone qu'il contient augmente la sensibilité du cerveau aux signaux sexuels alors que la buspirone bloque les mécanismes inhibiteurs dans le cortex préfrontal. L'association composée de trazodone, un anxiolytique, et de bupropion, un antidépresseur, est encore à l'étape expérimentale dans le traitement de la baisse de désir sexuel¹⁷. Cette association rendrait le passage d'un état d'excitation sexuelle à un autre, d'inhibition, plus facile, ce qui offrirait aux femmes la possibilité d'accueillir leur excitation sexuelle quand les circonstances s'y prêtent et au moment où elles le désirent.

Conclusion

Les femmes affligées d'une baisse du désir sexuel ont toutes les raisons d'être optimistes. En effet, l'avenir s'annonce très prometteur sur le plan thérapeutique. Les cliniciens disposent déjà de la flibansérine, l'arrivée du brémélanotide sur le marché est imminente et d'autres agents expérimentaux pourraient bien devenir les prochains outils des médecins appelés à traiter cette forme de dysfonctionnement sexuel. En outre, les médicaments qui ciblent le SNC fournissent de nouvelles stratégies pour la prise en charge de cette affection. Un des enjeux associés à la recherche de nouveaux agents pharmacologiques consiste à s'assurer que les patientes et les cliniciens aient non seulement accès à une information juste sur leur mode d'action et sur leur efficacité, mais aussi qu'ils puissent disposer de stratégies thérapeutiques plus globales de façon que l'option dont les patientes ont besoin soit à leur portée et qu'elles en retirent les meilleurs résultats possibles. ●

Références

1. GOLDSTEIN, I., N. N. Kim, A. H. Clayton, *et al.* « Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review », *Mayo Clin Proc*, vol. 92, n° 1, janvier 2017, p. 114-128.
2. CLAYTON, A. H., E. R. Goldfischer, I. Goldstein, L. DeRogatis, D. J. Lewis-D'Agostino et R. Pyke. « Validation of the decreased sexual desire screener (DSDS) », *J Sex Med*, vol. 6, n° 3, mars 2009, p. 730-738.
3. JOFFE, H. V., C. Chang, C. Sewell, *et al.* « FDA Approval of Flibanserin—Treating Hypoactive Sexual Desire Disorder », *N Eng J Med*, vol. 374, n° 2, 14 janvier 2016, p. 101-104.
4. BRAUNSTEIN, G. D., D. A. Sundwall, M. Katz, *et al.* « Safety and efficacy of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: a randomized, placebo-controlled trial », *Arch Intern Med*, vol. 165, n° 14, juillet 2005, p. 1582-1589.
5. LANDEN, M., E. Eriksson, H. Agren et T. Fahlen. « Effect of buspirone on sexual dysfunction in depressed patients treated with selective serotonin reuptake inhibitors », *J Clin Psychopharmacol*, vol. 19, n° 3, juin 1999, p. 268-271.
6. SEGRAVES, R. T., A. Clayton, H. Croft, A. Wolf et J. Warnock. « Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women », *J Clin Psychopharmacol*, vol. 24, n° 3, juin 2004, p. 339-342.
7. ARNOW, B. A., L. Millheiser, A. Garrett, *et al.* « Women with hypoactive sexual desire disorder compared to normal females: a functional magnetic resonance imaging study », *Neuroscience*, vol. 158, n° 2, 23 janvier 2009, p. 484-502.
8. HUYNK, H. K., C. Beers, A. Willemsen, *et al.* « High-intensity erotic visual stimuli de-activate the primary visual cortex in women », *J Sex Med*, vol. 9, n° 6, juin 2012, p. 1579-1587.
9. STAHL, S. M., B. Sommer et K. A. Allers. « Multifunctional pharmacology of flibanserin: possible mechanism of therapeutic action in hypoactive sexual desire disorder », *J Sex Med*, vol. 8, n° 1, janvier 2011, p. 15-27.
10. PFAUS, J. G. « Treatment for hypoactive sexual desire », *Cell*, vol. 163, n° 3, 22 octobre 2015, p. 533.
11. THORP, J., J. Simon, D. Dattani, *et al.* « Treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: efficacy of flibanserin in the DAISY study », *J Sex Med*, vol. 9, n° 3, mars 2012, p. 793-804.
12. DEROGATIS, L. R., L. Komer, M. Katz, *et al.* « Treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women: efficacy of flibanserin in the VIOLET study », *J Sex Med*, vol. 9, n° 4, avril 2012, p. 1074-1085.
13. KATZ, M., L. R. DeRogatis, R. Ackerman, *et al.* « Efficacy of flibanserin in women with hypoactive sexual desire disorder: results from the BEGONIA trial », *J Sex Med*, vol. 10, n° 7, juillet 2013, p. 1807-1815.
14. CLAYTON, A. H., J. Lucas, L. R. DeRogatis et R. Jordan. « Phase I Randomized Placebo-Controlled, Double-Blind Study of the Safety and Tolerability of Bremelanotide Coadministered with Ethanol in Healthy Male and Female Participants », *Clin Ther*, 9 février 2017.
15. BIOEMERS, J., K. van Rooij, L. de Leede, *et al.* « Single dose sublingual testosterone and oral sildenafil vs. a dual route/dual release fixed dose combination tablet: a pharmacokinetic comparison », *Br J Clin Pharmacol*, vol. 81, n° 6, juin 2016, p. 1091-102.
16. VAN ROOIJ, K., S. Poels, P. Worst, *et al.* « Efficacy of testosterone combined with a PDE5 inhibitor and testosterone combined with a serotonin (1A) receptor agonist in women with SSRI-induced sexual dysfunction. A preliminary study », *Eur J Pharmacol*, vol. 753, 15 avril 2015, p. 246-251.
17. FARMER, M., H. Yoon et I. Goldstein. « Future Targets for Female Sexual Dysfunction », *J Sex Med*, vol. 13, n° 8, août 2016, p. 1147-1165.