

Comment le désir vient aux femmes ?

Par Mireille Bonierbale | Publié le 30/09/2018 à 08:00



Pourquoi certain(e)s en ont et d'autres pas? pourquoi des différences d'intensité selon les sexes? 98080248/likoper - stock.adobe.com

AVIS D'EXPERT - Mireille Bonierbale est psychiatre et sexologue. Elle est également Rédactrice en chef de la revue *Sexologies*.



Collection personnelle

La définition du désir «normal» est problématique, son origine reste une énigme qui se définit par son absence. Les questionnements de patientes relatives à une perte ou une absence de désir sexuel sont foison. Ainsi, la perte de désir est le premier motif de consultation pour les femmes, alors qu'il n'est qu'en cinquième position pour les hommes (enquête conduite en France par Giami et de Colomby).

On connaît les facteurs qui entrent en jeu dans les variations du désir sexuel: l'âge, l'éducation, la culture, le sexe, les sentiments, les modes de vie, les hormones, l'état de santé, les neurotransmetteurs, les interdits sociaux et

religieux... Des questions restent: pourquoi certain(e)s en ont et d'autres pas? pourquoi des différences d'intensité selon les sexes?

Constance du désir

L'intensité du désir des femmes serait

moins forte que celle des hommes, ainsi est dressé le tableau de l'homme, «toujours prêt» à entrer en activité sexuelle, et de la femme au désir plus complexe qui doit d'abord se sentir désirable pour désirer, désirer le désir de l'«Autre».

La satisfaction sexuelle des femmes est liée à l'affectivité, l'intimité et la communication avec leur partenaire. La femme a besoin de passer par les sentiments pour faire l'amour, quand l'homme a souvent besoin de faire l'amour pour accéder aux sentiments.

L'imprégnation linéaire en testostérone de l'homme, qui n'est pas soumis comme la femme de manière cyclique aux hormones responsables du désir, peut expliquer une relative constance dans leur désir ; le taux de testostérone ne décroissant que très progressivement avec l'âge. Ils sécrètent vingt fois plus de testostérone que la femme et, pour répondre aux attentes de leur partenaire, les femmes devraient fonctionner en surrégime émotionnel, être très amoureuses et très excitées. Ce qui ne va pas de soi à certaines périodes de leur existence: grossesse, accouchement, allaitement, règles...

Image du corps altéré

On parle aujourd'hui de «désir réactif» et de «facteurs de réceptivité» pour la femme (Rosemary Basson). Il y aurait chez elle un désir «basal, spontané, indicateur de température sensuelle» et un «désir réactif» venant en réponse à une stimulation sexuelle: l'intérêt sensuel féminin vient de stimulations adéquates à ses attentes et à sa réceptivité personnelle.

D'autres lectures décrivent le rôle des neuromédiateurs dans le cryptage de la vie émotionnelle et psychosociale: 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 par l'intermédiaire de connexions avec le système limbique, ce qui met en avant l'importance de l'histoire personnelle. Chaque événement de la vie d'une personne est intégré dans des zones neuronales associatives qui seront activées ou inhibées selon le contexte et en fonction de l'importance de ses empreintes relationnelles et affectives. Le désir va ainsi osciller entre excitation et inhibition, balance que le contexte va faire pencher positivement ou négativement (Janssen et Bancroft).

Le désir sexuel reste une expérience personnelle et unique. On peut lister les facteurs qui façonnent, facilitent ou bloquent les mécanismes du désir sexuel féminin et qui ont inscrit les empreintes qui font osciller cette balance intime:

- l'attitude et les interdits des parents vis-à-vis de la sexualité, les croyances religieuses générant de la culpabilité, les mythes et les peurs irrationnelles autour de la masturbation, de certaines positions et pratiques sexuelles ;

- une image du corps altérée ou non conforme aux idéaux culturels.

Périodes à risque

Plusieurs périodes sont particulièrement à risque pour le maintien du désir sexuel: le passage de l'adolescence à celui de femme, la grossesse et la naissance de l'enfant, la ménopause ; phases de vie où la femme est particulièrement vulnérable dans son désir sexuel.

Des expériences sexuelles traumatisantes, des abus sexuels peuvent entraîner une altération de l'image de soi s'accompagnant d'une diminution du désir et des fantasmes sexuels allant parfois jusqu'à l'aversion sexuelle.

La liste est longue. Il faut aussi tenir compte de la personnalité, qui joue sur la perception des événements de vie, des maladies chroniques et des traitements médicamenteux qui influent sur la santé sexuelle sans oublier les dysfonctionnements du couple. Toutes les études ont rapporté une corrélation entre le désir sexuel féminin et le fonctionnement du couple.

Les consultations de sexologie ont pour socle une pédagogie de la différence afin de faire entendre aux consultant(e)s que les hommes et les femmes n'ont pas les mêmes attentes en matière de sexualité, ce qui a pour objectif de permettre une resynchronisation opérante du désir. Les médicaments de soutien sexo-actif n'ont pas de rôle curatif à long terme pour une complexité comme celle du désir. Les sexothérapies maniées par des praticiens formés en sexologie nécessitent une motivation au changement du/de la consultant(e) fondamentale pour la réussite de thérapies souvent difficiles dans ce domaine.

Mireille Bonierbale