

## **Dimensions de la santé sexuelle associées aux dysfonctions sexuelles chez les hommes et les femmes : une approche empirique exploratoire**

Martin Blais, Ph.D.<sup>1</sup> et Isabelle Chaffaï<sup>2</sup>

### Introduction

L'approche sexocorporelle<sup>3</sup> propose un modèle de santé sexuelle qui s'appuie sur quatorze composantes de la santé sexuelle telles que l'usage des lois du corps, la sollicitation préférentielle des récepteurs profonds ou superficiels, les contenus de l'imaginaire érotique, l'assertivité sexuelle, etc. (Chatton et al., 2006). Suivant les hypothèses avancées par l'approche, les individus se distingueraient, selon leur niveau de fonctionnalité sexuelle, sur une ou plusieurs de ces dimensions. Blais et Chaffaï (2004) ont élaboré un questionnaire visant à évaluer certaines de ces dimensions. Ils en ont proposé une analyse préliminaire dans l'objectif d'évaluer dans quelle mesure les hommes et les femmes rapportant vivre des difficultés sexuelles spécifiques se distinguaient des autres sur les dimensions mesurées (Blais, Chaffaï et Desjardins, 2006; Chaffaï, Blais et Desjardins, 2006). Des 14 composantes de santé proposées, deux sont étudiées dans leurs relations à certaines dysfonctions sexuelles féminines et masculines : la composante physiologique de l'excitation sexuelle (plus particulièrement l'usage des lois du corps et la sollicitation préférentielle des récepteurs profonds ou superficiels) ainsi qu'une des composantes personnelles (l'imaginaire).

### Méthode

#### *Échantillonnage*

---

<sup>1</sup> **Sexologue et sociologue**, professeur au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (Montréal, Canada).

<sup>2</sup> **Sexologue clinicienne Sexothérapeute Formatrice et Superviseure agréée ISI (Albi, France). Membre titulaire**  
 AIHUS Association inter hospitalo-universitaire des sexologues  
 ASCLIF Association des sexologues cliniciens francophones  
 ISI JYD Membre Fondateur ex vice-présidente de l'Institut Sexocorporel International Jean Yves Desjardins  
 ASQ Association des sexologues du Québec  
**Psychothérapeute individuelle et couple Formatrice en relations humaines agréée et membre titulaire**  
 FF2P Fédération Française de Psychothérapie  
 AEP Association européenne de psychothérapie Master 2 SFU Université Sigmund Freud  
 Membre de l'Association de Psychosomatique Recherche et Relation Faculté Médecine Toulouse

<sup>3</sup> Dans le texte « Sexocorporel » sera utilisé de façon officielle à la place de l'Approche sexocorporelle

Un échantillon de 700 hommes et de 545 femmes a été constitué entre Décembre 2004 et Juin 2005 par le biais de séminaires pour couple et d'une enquête par Internet. Les données ont été recueillies sur une base strictement anonyme. Après avoir été informés des modalités de la participation à cette étude, les répondants devaient signer, électroniquement ou sur papier, un formulaire de consentement autorisant les responsables de l'étude à utiliser les données recueillies pour fin d'analyse et de publications. Ce projet a été accepté par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche sur les êtres humains (CIER) de l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

### *Mesures*

Trois questionnaires ont été utilisés dans cette enquête.

1. La ***Grille d'auto-observation du comportement sexuel*** (Trudel, 1986) a permis d'évaluer la présence et la fréquence d'occurrence de dysfonctions sexuelles. Chez les hommes, la capacité à obtenir une érection suffisante pour un rapport sexuel plus de 25 pour cent des fois a été mesurée. Chez les femmes, trois éléments ont été évalués : a) le désir sexuel (plus d'une fois par semaine); b) la capacité à atteindre la décharge orgasmique par stimulation du clitoris plus de 25 pour cent des fois; et c) la capacité à atteindre la décharge orgasmique par pénétration sans stimulation directe des organes génitaux externes plus de 25 pour cent des fois.

2. Le ***Multiple Indicators of Subjective Sexual Arousal*** (Mosher, 1998; trad. par Blais, 2004) a permis d'évaluer quatre points de repères sensorigénitaux : 1) la sensibilité perçue des organes génitaux; 2) le degré de chaleur ressenti dans les organes génitaux; 3) le degré de chaleur ressenti dans la poitrine; 4) le degré d'envahissement perçu par les sensations génitales et corporelles vécues.

3. Le ***Questionnaire d'évaluation de la fonctionnalité sexuelle*** (QEFS; Blais et Chaffai, 2004) a permis d'évaluer certaines dimensions de la santé sexuelle inspirées du modèle de santé sexuelle proposé par l'approche sexocorporelle : 1) l'usage des lois du corps (**rythme** des mouvements et de la respiration; **tonicité** musculaire; et **amplitude** des mouvements); 2) les **récepteurs sollicités de façon préférentielle** pour susciter et maintenir l'excitation sexuelle (récepteurs **profonds**, attachés aux muscles; récepteurs **superficiels**, attachés à la peau); 3) **la perception de**

*plaisir et d'inconfort* durant la montée de l'excitation sexuelle; et 4) *l'imaginaire érotique* (rôle d'acteur et de témoin; **thèmes** génitaux et sentimentaux).

### *Analyses*

Des tests statistiques de comparaison de moyennes (tests *t* de Student) ont été effectués afin de comparer les hommes et les femmes rapportant une fonctionnalité sexuelle limitée (fréquence du désir sexuel moins d'une fois par semaine et occurrence de la décharge orgasmique clitoridienne et vaginale moins de 25% des fois) à ceux qui rapportent une meilleure fonctionnalité sur les dimensions du Multiple Indicators of Subjective Sexual Arousal et du QEFS.

### *Limites*

Avant de présenter les résultats obtenus, deux limites méthodologiques doivent être soulignées. Une première limite concerne la validité du QEFS qui n'est pas établie. À notre connaissance, il s'agissait du seul instrument de mesure accessible au moment de la collecte de données (2004-2005) ayant tenté d'opérationnaliser les concepts en Sexocorporel. L'évaluation de la santé sexuelle par un questionnaire auto-administré ne peut pas être aussi souple et précis qu'une évaluation clinique, dans la mesure où cette évaluation exige parfois des individus qu'ils s'auto-observent dans leur activité sexuelle avant de pouvoir répondre à certaines questions. L'absence de ce délai d'observation pour la complétion du QEFS limite certainement la validité des réponses apportées au regard du vécu sexuel. Une seconde limite importante provient des biais de sélection de l'échantillon. Contrairement aux individus rencontrés en clinique, ceux qui composent cet échantillon sont tirés d'une population générale composés en grande partie d'internautes. Les biais de la collecte de données par Internet sont peu connus encore, bien que certains travaux suggèrent que des réponses plus valides sont apportées aux questions sensibles ou taboues. Néanmoins, on peut penser que l'échantillon actuel n'est pas nécessairement

représentatif des individus qui consultent en clinique, auprès de qui le Sexocorporel<sup>4</sup> a été développé.

## Résultats

Du point de vue sociodémographique, les répondants de cette enquête sont originaires majoritairement du Canada (45,8) et de la France (39,1%). Ils sont majoritairement âgés de 18 à 39 ans (71,3%), détiennent un diplôme d'études postsecondaires (76,4%) et sont en couple (marié ou union libre; 53,7%).

Le Tableau 1 présente les résultats obtenus auprès des femmes. Quelle que soit la dysfonction sexuelle considérée, la conscience des repères sensorigénitaux apparaît plus faible chez celles qui disent avoir une fonctionnalité sexuelle limitée. Par exemple, les femmes qui rapportent moins de désir sexuel ainsi que des difficultés orgasmiques clitoridiennes ou vaginales décrivent leurs organes génitaux et leur poitrine comme moins chauds et moins sensibles durant les relations sexuelles. De même, elles disent se sentir moins envahies ou submergées par les sensations corporelles et génitales durant les relations sexuelles.

Comparativement aux femmes qui rapportent avoir du **désir sexuel plus** d'une fois par semaine, on trouve, chez celles qui rapportent en avoir peu, un rythme de stimulation des organes génitaux plus lent, un imaginaire érotique moins centré sur la génitalité et dans lequel les rôles tenus sont moins fréquemment actifs. Chez les femmes qui rapportent une faible **capacité orgasmique<sup>5</sup> clitoridienne**, on observe, en plus de moindres points de repères sensori-génitaux, un rythme généralement plus lent des mouvements de stimulation des organes génitaux ainsi qu'un moindre recours aux pressions sur la vulve et le clitoris pour la stimulation sexuelle. Elles ne se distinguent toutefois sur aucune des dimensions de l'imaginaire érotique ayant été mesurées. Enfin, les femmes rapportant une plus faible **capacité orgasmique vaginale** (sans stimulation des organes génitaux externes en soutien à l'excitation) rapportent un inconfort

---

<sup>4</sup> Le **Sexocorporel** est la nouvelle appellation contrôlée de l'Approche Sexocorporelle

<sup>5</sup> Dans le questionnaire, le terme « orgasme » a été utilisé de façon indifférenciée avec « orgaste ». Compte tenu de l'indifférenciation pour le public non averti entre ces deux termes, la version validée des questions (version contenant le terme « orgasme » en lieu et place d'orgaste) a été utilisée.

musculaire plus important et un plaisir émotionnel moindre durant la montée de l'excitation sexuelle. Dans leurs fantasmes, elles adopteraient plus souvent un rôle de témoin.

Le Tableau 3 présente les résultats obtenus auprès des hommes en ce qui concerne **l'obtention d'une érection**. Les hommes qui rapportent des difficultés à obtenir une érection partagent les caractéristiques suivantes : ils décrivent leurs organes génitaux et leur poitrine comme moins chauds et moins sensibles durant les relations sexuelles et ils utilisent de manière préférentielle des pressions plus fortes ainsi que des mouvements de stimulation sexuelle plus rapides et plus toniques. Ils rapportent également un degré d'inconfort musculaire et de déplaisir plus grand que les autres lors des rapports sexuels. Enfin, ils ne se distinguent toutefois sur aucune des dimensions de l'imaginaire érotique ayant été mesurées.

Tableau 1. Résultats obtenus auprès des femmes.

	Désir sexuel			Capacité orgastique					
				clitoridienne			vaginale		
	> 1 fois/sem.	<= 1 fois/sem.		> 25 %	<= 25%	> 25 %	<= 25%		
<u>n</u> =	451	94		386	145		215	319	
<b>Repères sensorigénitaux</b>	3,69	3,07	***	3,67	3,37	***	3,74	3,49	***
Sensibilité des organes	3,92	3,26	***	3,89	3,61	**	3,98	3,71	***
Degré de chaleur organes génitaux	3,69	3,18	***	3,69	3,39	**	3,79	3,50	***
Degré de chaleur poitrine	3,30	2,74	***	3,28	3,01	**	3,38	3,09	***
Sentiment d'envahissement par les sensations génitales et corporelles	3,84	3,11	***	3,81	3,48	**	3,82	3,65	*
<b>Caractéristiques des mouvements excitatoires</b>									
Vitesse préférentielle	3,26	3,12	*	3,28	3,14	*	3,26	3,23	
Tonicité préférentielle	3,37	3,36		3,37	3,39		3,38	3,37	
Amplitude habituelle	2,16	2,17		2,18	2,14		2,25	2,11	

<b>Récepteurs sensoriels préférentiels</b>								
Récepteurs profonds (pressions)	2,62	2,52		2,64	2,49	*	2,59	2,61
Récepteurs superficiels (frottements)	3,95	3,76		3,93	3,91		4,01	3,86
<b>Perceptions de plaisir et d'inconfort</b>								
Inconfort/déplaisir	1,81	1,80		1,78	1,88		1,72	1,86 *
<b>Imaginaire érotique</b>								
Acteur	3,25	2,79	**	3,11	3,35		3,17	3,19
Témoin	1,86	1,88		1,88	1,85		1,70	1,97 **
Thèmes génitaux	3,14	2,63	***	3,06	3,01		2,92	3,14
Thèmes romantiques	2,46	2,51		2,42	2,58		2,51	2,44

\* <.05 \*\* <.01 \*\*\* <.001

Tableau 2. Résultats obtenus auprès des hommes.

	Obtention d'une érection		
	> 25 %	<= 25%	
<u>n</u> =	548	145	
<b>Repères sensorigénitaux</b>	3,62	3,38	***
Sensibilité perçue des organes génitaux	3,97	3,57	***
Degré de chaleur perçu dans les organes génitaux	3,66	3,31	***
Degré de chaleur perçu dans la poitrine	3,07	2,99	
Sentiment d'envahissement par les sensations génitales et corporelles	3,78	3,64	
<b>Caractéristiques des mouvements excitatoires</b>			
Vitesse préférentielle	2,99	3,12	*
Tonicité préférentielle	3,28	3,44	*
Amplitude habituelle	1,95	1,97	



<b>Récepteurs sensoriels préférentiels</b>			
Récepteurs profonds (pressions)	2,36	2,60	***
Récepteurs superficiels (frottements)	4,11	4,02	
<b>Perceptions de déplaisir durant la montée de l'excitation sexuelle</b>			
Déplaisir/inconfort	1,55	1,81	***
<b>Imaginaire érotique</b>			
Acteur	3,38	3,46	
Témoin	1,77	1,72	
Thèmes génitaux	3,15	3,27	
Thèmes romantiques	2,28	2,26	

## Discussion

Les résultats exploratoires présentés ici permettent d'appuyer la validité de certaines des hypothèses posées en Sexocorporel, bien qu'ils ne permettent pas de statuer sur la direction de la causalité entre les variables considérées. En effet, une étude corrélacionnelle de ce type ne permet que d'observer des associations (ou leur absence) entre certaines dysfonctions sexuelles et des dimensions de la santé sexuelle. Seules les hypothèses théoriques permettent de présumer de la direction de la causalité.

Les femmes qui rapportent avoir moins de désir sexuel ainsi que des difficultés orgasmiques clitoridiennes ou vaginales décrivent leurs organes génitaux et leur poitrine comme moins chauds et moins sensibles durant les relations sexuelles. De même, elles disent se sentir moins envahies ou submergées par les sensations corporelles et génitales durant les relations sexuelles. On peut faire l'hypothèse, d'un point de vue physiologique, qu'il y a une moindre vasocongestion des organes génitaux, donc moins d'excitation sexuelle, durant la relation sexuelle chez les femmes qui rapportent avoir moins de désir d'avoir des relations sexuelles. Il est aussi possible que ce soit la perception des repères sensorigénitaux qui se trouve atténuée par une relative absence de désir ou encore que ces repères ne soient pas codifiés comme le signe d'un désir sexuel par ces femmes, appuyant l'hypothèse selon laquelle la fonctionnalité sexuelle est liée à des apprentissages proprioceptifs et nécessite une codification, une appropriation, un développement et une érotisation des zones et creux érogènes pour faire évoluer les modes d'excitation sexuelle (entre autre composante)<sup>6</sup> et accéder au désir sexuel coïtal.

Dans le cas de l'anorgastie clitoridienne ou vaginale, la perception atténuée des repères sensorigénitaux pourrait s'expliquer en partie par le fait que les femmes qui en souffrent n'auraient pas repéré les sensations liées à la montée de l'excitation sexuelle et qu'elles ne savent pas comment la faire évoluer, la faire durer, la maintenir, la moduler pour obtenir une décharge. Cette hypothèse est appuyée par les données sur l'usage des lois du corps : lenteur et hypotonie caractérisent les troubles du désir sexuel ainsi que la difficulté orgasmique clitoridienne chez les

---

<sup>6</sup> Lire pour compléter l'article de Mélanie Tremblay revue santé sexuelle N°1

Chatton, D., Desjardins, J.-Y., Desjardins, L., et Tremblay, M. 2005. La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychothérapies*, 25(1), 3-19.

femmes. Chez celles qui rapportent une difficulté orgastique clitoridienne, s’y ajoute en plus un moindre usage des pressions. Ces résultats suggèrent que l’anorgastie (clitoridienne et vaginale) repose en partie sur l’inadéquation des modes de stimulation sexuelle à faire monter l’excitation sexuelle jusqu’au seuil de la décharge. Il est en effet difficile, dans un corps hypotonique et avec des mouvements de stimulation lents, de susciter et de faire monter l’excitation sexuelle. L’état qui en résulte se rapproche davantage alors d’un état de relaxation que d’excitation et il est probable que ces femmes ne sentent pas monter leur excitation sexuelle et qu’elle ne désire pas être pénétrée<sup>7</sup>. Ces résultats appuient, encore une fois, l’importance des apprentissages<sup>8</sup> dans la maîtrise de son réflexe d’excitation sexuelle ainsi que du travail clinique sur les modes d’excitation sexuelle.

En ce qui concerne l’usage moindre des pressions, nous pouvons faire l’hypothèse que les caresses insuffisamment appuyées ou trop superficielles ne sollicitent que les récepteurs externes et ne permettent pas au cerveau d’enregistrer des sensations assez fortes pour déclencher la vasocongestion. Ce sont les pressions appliquées sur les zones péri-vulvaires et le clitoris qui sollicitent les récepteurs profonds. Ainsi, si les femmes n’exercent sur les organes génitaux que des caresses superficielles<sup>9</sup>, il est logique que le tonus musculaire demeure faible et ne permette pas de faire monter leur courbe d’excitation sexuelle et d’atteindre le seuil de décharge orgastique. Soit elles font durer les sensations et elles n’accèdent pas au haut de la courbe d’excitation sexuelle (elle « plafonne » en phase de plateau), soit elles peuvent forcer, pour maintenir leurs sensations naissantes, de façon à créer un tel inconfort qu’elles abandonnent la stimulation avant d’atteindre le seuil de décharge orgastique<sup>10</sup>.

Ces résultats peuvent être corrélés aux résultats sur l’imaginaire. En effet dans un corps hypotonique, on ne ressent pas son excitation sexuelle, rares sont les femmes qui anticipent

---

<sup>7</sup> L’hypotonie ne permet pas de porter une excitation sexuelle. Ref 9

<sup>8</sup> Précision qui valide le fait que la sexualité est liée à des apprentissages : une femme qui connaît bien ses repères sensorigénitaux, qui sent et sait comment faire monter son excitation sexuelle, qui a érotisé ses creux et qui sait jouer avec le tonus musculaire, accède à une tonicité fluide. Elle peut se mouvoir en vague, fantasmer activement le coït : ce qui contribue à augmenter ses sensations et à développer le goût, le désir d’être rempli dans ses creux, en autant qu’elle sait se relâcher et se mouvoir dans un rythme de lent à rapide tout en expirant. Cette habileté érotique s’apprend, se développe et se consolide par des apprentissages.

<sup>9</sup> Les récepteurs de la peau ne contiennent pas de mécanorécepteurs musculaires. Ils n’ont aucune action sur l’excitabilité du muscle. Un mode d’excitation sexuelle basé sur les pressions permet de stimuler directement les récepteurs internes qui régulent le tonus musculaire. L’excitation musculaire (les étirements musculaires), par le biais des fuseaux neuromusculaires stimulés, assurent le contrôle du tonus musculaire et sont à la base du réflexe myotatique. C’est le travail du muscle qui produit la vasocongestion par la sécrétion de chimio-transmetteurs, qui provoquent une dilatation des artères et des veines par le biais du système neurovégétatif : ce qui explique que c’est un réflexe. Ceci peut valider le fait que la pression engendre une vasocongestion.

positivement la relation sexuelle (support du désir sexuel). Comme les résultats le suggèrent, rares sont les femmes qui, dans ce type de mode d'excitation sexuelle, adoptent un rôle actif dans leur imaginaire érotique (elles sont moins souvent actrices et plus souvent témoins) si elles vivent de l'inconfort lors de la montée de l'excitation sexuelle. Dans l'ensemble, les résultats obtenus auprès des femmes appuient nombre des hypothèses posées en Sexocorporel.

En ce qui concerne les résultats obtenus auprès des hommes, ceux souffrant de difficultés à obtenir une érection, on constate qu'un rythme plus rapide ainsi qu'un usage plus grand de pressions sollicitant les récepteurs profonds caractérisent leur mode de stimulation préférentielle. Un rythme mécanique très rapide et des pressions sur la verge étant difficiles à recréer tant dans la pénétration que dans la stimulation buccale ou manuelle par le/la partenaire, il est envisageable que ce mode de stimulations préférentielles puisse expliquer en partie la difficulté à obtenir l'érection en contexte alloérotique. Qui plus est, l'inconfort corporel et le déplaisir qui accompagnent la montée de l'excitation sexuelle pourraient aussi contribuer à rendre difficile la constance du rythme habituellement nécessaire à l'éveil et au maintien de l'excitation. Nous pourrions faire l'hypothèse que les hommes qui déploient d'importants efforts musculaires pour obtenir une érection sont dans le déplaisir, l'inconfort, l'anxiété de performance et la peur de ne pas y parvenir. Cette tendance à contracter la zone péri-génitale et à « forcer » sur le pénis pour obtenir une vasocongestion serait plutôt associée à l'absence d'éveil du réflexe d'excitation sexuelle génitale. Du côté des hommes également, les résultats obtenus renforcent l'importance mise en Sexocorporel sur les facteurs causaux directs de l'excitation sexuelle, à savoir notamment les modes d'excitation sexuelle préférentiels.

Toutefois, cette enquête n'a pas permis de valider le rôle présumé de certaines dimensions. Ainsi, l'amplitude n'a été trouvée liée à aucune des dysfonctions analysées, ni chez les hommes, ni chez les femmes. La tonicité n'a pas été trouvée associée aux dysfonctions sexuelles féminines analysées. L'usage du frottement et la sollicitation des récepteurs superficiels ne semblent pas varier selon la présence ou l'absence de dysfonctions, ni chez les hommes, ni chez les femmes. En fait, seul l'usage de pressions apparaît plus problématique en ce qui concerne la capacité orgastique chez la femme et l'obtention de l'érection chez l'homme, suggérant que l'usage de pressions pourrait être plus typique des modes de stimulation limitatifs que l'usage du frottement superficiel des organes génitaux. Qui plus est, aucune des dimensions

mesurées de l'imaginaire érotique n'a été trouvée associée à la difficulté à obtenir une érection chez les hommes.

Plusieurs hypothèses peuvent être posées pour comprendre l'absence de différences significatives sur ces dimensions. Ainsi, l'absence de différence entre les personnes rapportant une fonctionnalité sexuelle moindre que les autres peut être attribuable aux faiblesses du QEFS et non à l'absence de validité des hypothèses posées. En effet, les dimensions mesurées ont pu l'être de façon inadéquate. Peu d'expériences de mesures des dimensions associées à l'usage des lois du corps et aux modes d'excitation sexuelle proprement dits ont été réalisées. Or, ces dimensions occupent une place majeure en Sexocorporel<sup>11</sup> et n'avaient pas encore, au moment de la collecte des données de cette enquête, fait l'objet d'autres tentatives de mesure. Le développement de nouveaux outils permettant d'objectiver les composantes de la santé sexuelle doit constituer une priorité pour la recherche en Sexocorporel. Il est aussi envisageable que certaines hypothèses théoriques ne soient pas applicables de façon identique à toutes les configurations possibles d'une même dysfonction sexuelle. Chaque dysfonction sexuelle ne forme pas un ensemble homogène et chacune peut s'expliquer par un certain nombre de configurations distinctes qui exigeraient d'être analysées séparément. La fonctionnalité sexuelle est le fruit d'interactions complexes entre les différentes composantes de santé sexuelle et cette complexité reste difficilement objectivable par une approche sexométrique. Néanmoins, le fait que certaines hypothèses aient été validées permet d'avancer qu'il est possible d'objectiver les composantes de la santé sexuelle. Les résultats présentés ici, bien que préliminaires, soulignent l'importance des apprentissages, de l'aspect développemental de la sexualité, ainsi que tout un champ d'appropriations perceptives à parfaire tout au long de sa vie. Quant aux autres dimensions, des efforts doivent être faits pour mesurer au mieux toutes les composantes de santé sexuelle décrite en Sexocorporel et ainsi poursuivre la recherche<sup>12</sup> pour en montrer la valeur clinique.

## Références

---

<sup>11</sup> L'Approche Sexocorporelle

<sup>12</sup> En outre le champ des neurosciences, le biomédical pourraient être un support scientifique pour confirmer ou infirmer certaines hypothèses en Sexocorporel.

- Blais, M., et Chaffai, I. (2004). *Questionnaire d'évaluation de la fonctionnalité sexuelle*. Instrument de mesure inédit.
- Blais, M., Chaffai, I., et Desjardins, J.-Y. (2006). Body-related Factors Associated with Male Sexual Dysfunction and Skills Promoting Sexual health. *Journal of Sex Research*, 43(1), 11-12.
- Chaffai, I., Blais, M., et Desjardins, J.-Y. (2006). Body-related Factors Associated with Female Sexual Dysfunction and Skills Promoting Sexual health. *Journal of Sex Research*, 43(1), 13.
- Chatton, D., Desjardins, J.-Y., Desjardins, L., et Tremblay, M. 2005. La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychothérapies*, 25(1), 3-19.