Université de Poitiers

Faculté de Pharmacie et de Médecine

Année 2023 **Thèse N°**

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

(Arrêté du 8 avril 2013)

Présentée et soutenue publiquement

Le 16 mars 2023 à POITIERS

Par Monsieur Boutet Quentin né le 21/12/1994

Mise en place d'une information sur les dysfonctions sexuelles, en officine et à l'usage des patients.

Composition du jury :

Président du jury : Monsieur Fauconneau Bernard,

Professeur des Universités en toxicologie

Membres du jury : Madame Quesada Louise,

Docteur en Pharmacie

Directeur de thèse : Madame Pinet Caroline,

Maitre de Conférences Universitaire en Physiologie, Directrice de thèse

Université de Poitiers

Faculté de Pharmacie et de Médecine

Année 2023 **Thèse N°**

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

(Arrêté du 8 avril 2013)

Présentée et soutenue publiquement

Le 16 mars 2023 à POITIERS

Par Monsieur Boutet Quentin né le 21/12/1994

Mise en place d'une information sur les dysfonctions sexuelles, en officine et à l'usage des patients.

Composition du jury :

Président du jury : Monsieur Fauconneau Bernard,
Professeur des Universités en toxicologie

Membres du jury : Madame Quesada Louise,
Docteur en Pharmacie

Directeur de thèse : Madame Pinet Caroline,
Maitre de Conférences Universitaire en Physiologie, Directrice de thèse

Université de Poitiers

Faculté de Pharmacie et de Médecine

Année universitaire 2022-2023

PHARMACIE

Professeurs

- CARATO Pascal, PU, chimie thérapeutique
- COUET William, PU-PH, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, PU-PH, pharmacie clinique
- FAUCONNEAU Bernard, PU, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, PU, pharmacochimie
- IMBERT Christine, PU, parasitologie
- MARCHAND Sandrine, PU-PH, pharmacocinétique
- OLIVIER Jean Christophe, PU, galénique
- PAGE Guylène, PU, biologie cellulaire
- RABOUAN Sylvie, PU, chimie physique, chimie analytique
- RAGOT Stéphanie, PU-PH, santé publique
- SARROUILHE Denis, PU, physiologie
- SEGUIN François, PU, biophysique, biomathématiques

Maîtres de conférences

- BARRA Anne, MCU-PH, immunologie-hématologie
- BARRIER Laurence, MCU, biochimie
- BINSON Guillaume, MCU-PH, pharmacie clinique
- BODET Charles, MCU, bactériologie (HDR)
- BON Delphine, MCU, biophysique
- BRILLAULT Julien, MCU, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, MCU, microbiologie
- CHAUZY Alexia, MCU, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, MCU, sciences physico-chimiques
- DELAGE Jacques, MCU, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, MCU, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, MCU, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, MCU, pharmacologie (HDR)
- HUSSAIN Didja, MCU, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, MCU, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, MCU, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, MCU, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, MCU, physiologie
- RIOUX BILAN Agnès, MCU, biochimie
- THEVENOT Sarah, MCU-PH, hygiène et santé publique
- TEWES Frédéric, MCU, chimie et pharmacochimie
- THOREAU Vincent, MCU, biologie cellulaire
- WAHL Anne, MCU, chimie analytique

Maîtres de conférences associés – Officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R (Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche)

- MIANTEZILA BASILUA Joe, épidémiologie et santé publique

Enseignants d'anglais

- DEBAIL Didier

Remerciements

Au **Dr Caroline Pinet**, je vous remercie d'avoir accepté de me suivre sur ce sujet de thèse.
Merci à vous d'avoir été patiente dans ma rédaction et de m'avoir épaulé rapidement à chaque étape. Merci, pour tout le temps passé à me corriger et promis je ne mettrai plus de majuscule après les deux points : merci encore !

Au **Dr Bernard Fauconneau**, je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury. Merci à vous de m'avoir enseigné tant de connaissances et particulièrement le goût à la toxicologie et à la pharmacologie.

Au **Dr Louise Quesada**, je te remercie d'avoir bien voulu faire partie de mon jury. Merci de m'avoir accompagné pendant toutes mes années d'études à la faculté. Je suis très heureux que tu sois présente jusqu'à la fin de cette aventure.

Aux nombreux professeurs qui m'ont donné envie de continuer ces études par leur implication et leur intérêt pour la pharmacie. Un grand merci aux pharmaciens officinaux venus nous former pendant ces années.

A **l'équipe de la pharmacie du Bourg** à Valence en Poitou. A Adeline, Nathalie, Laetitia, Julie, Céline et Clémence. Vous avez été d'une gentillesse. Je ne peux écrire que quelques lignes mais j'ai passé de super moments avec vous et j'ai appris tant de choses que je ne pourrais pas toutes les citer. Merci à vous toutes, un jour je vous apporterai des crêpes, j'espère que cette fois-ci vous pourrez y goûter.

A **l'équipe de la pharmacie des Héliotropes** à Poitiers. Merci à Mr Renaud, Soukaina, Manon, Floriane et Marie-Lou. Merci de m'avoir soutenu pendant ma thèse, de m'avoir fait rire et de continuer à travailler dans la bonne humeur. Un merci tout particulier à Souka pour avoir été présente pendant ces mois.

Aux pharmaciens et équipes pharmaceutiques qui m'ont accompagné pendant ma formation pour que je devienne un vrai pro du comptoir.

A **ma mère**, merci pour tout ce que tu as fait pendant ces nombreuses années. Un fils aussi fatiguant n'a pas dû être de tout repos. Merci pour ta bienveillance, ton écoute, ta gentillesse et tes conseils. Merci de m'avoir soutenu, de m'avoir poussé à avancer, de m'avoir accepté. Cette thèse a été très éprouvante pour moi, à coup de petits gâteaux/tisanes, tu m'as permis de tenir le coup. Reconnaissance éternelle envers ma petite maman.

A **ma sœur**, merci d'être là pour moi sans me juger, merci de m'écouter et de prendre soin de moi. Merci d'être toujours là.

A **mon père**, merci de veiller sur moi, merci de m'avoir fait découvrir tant de choses, merci pour tout.

A **ma famille**, à tatie Christine et tonton Denis, merci de m'avoir apporté votre bienveillance et votre soutien quand j'étais plus jeune. Ça n'a pas été toujours facile et les vacances en Espagne m'ont laissé des souvenirs à tout jamais gravés dans ma mémoire.

A **mon petit Ben**, mon cousin, mon frère, on a passé tant de bons moments ensemble, j'espère pouvoir rester dans ta vie et voyager aux quatre coins du monde avec toi. Sauf l'Australie, jamais.

A **Mamie**, merci d'être le maillon central de notre famille, merci d'avoir fondé un endroit où nous pouvons tous nous retrouver en sécurité. Je t'aime.

A **toute ma famille d'Allemagne**, qui nous apportent de la bonne humeur quand ils viennent nous rendre visite.

A **ma Ahiti**, mon petit loup blanc.

A **Kübra, Sophie, Dalya et Marion** mes amies qui sont devenues de la famille, à tous nos moments, nos voyages. Merci d'avoir grandi avec moi, d'avoir apporté tant de rires, de réconfort, de bonne humeur. Je pourrais faire des tonnes de paragraphes pour chacune d'entre vous depuis tout ce temps à mes côtés. Merci à vous quatre.

A **Margaux, Mathilde, Lauranne, Floriane, Manon et Charlotte**, merci d'avoir été la pendant mes années lycée. Véritable torture pour moi, j'ai rigolé grâce à vous une bonne partie de ces trois années. Dix ans après vous êtes encore là et j'espère encore gratter quelques années à vos côtés.

A **Louise, Olivia, Selena, Selin, Antoine et Noémie** merci de m'avoir accompagné pendant ces années à la faculté, de la première à la dernière année. Merci de m'avoir appris à travailler, à réviser, merci d'être restés travailler tard, de m'avoir soutenu pendant les rattrapages. Merci de m'avoir fait rire, merci de m'avoir fait découvrir Poitiers et ses activités. Merci d'avoir veillé à mon alimentation, un mélange précis entre la nourriture du restaurant universitaire et celle du MacDo. On pourra dire qu'on aura fait marcher l'économie locale.

A **mon petit Abdo**, cela commence à faire un moment que tu es arrivé dans ma vie. Merci pour tout ce que tu m'as apporté, cette stabilité dont j'avais besoin pendant cette dernière partie de mes études.
Merci d'être-là pour moi. J'espère qu'un jour on arrivera à se coucher pas trop tard, à manger à une heure convenable et à arriver à temps pour prendre notre train. Tu m'as beaucoup fait courir derrière celui-ci et j'espère pouvoir me reposer à tes cotés pendant encore un moment.

Table des matières

Remerciements 4
Table des matières 6
Liste des abréviations 8
Liste des figures 9
Liste des tableaux 10
Introduction 11
Première partie : Construction de la sexualité 12
I) Evolution du désir sexuel selon l'âge 12
1- I- A) Le stade oral (0 à 1 an) 12
1- I- B) Le stade anal (1 à 3 ans) 14
1- I -C) Le stade phallique (3 à 6 ans) 15
1- I- D) Période de latence (6 à 12 ans) 16
1- I- E) Le stade génital (à partir de la puberté) 16
II) Rapport sexuel et mécanique biologique 18
1- II- A) Les différents stades du rapport sexuel 18
1- II- B) Mécanique anatomique et biologique de l'acte sexuel 20
Deuxième partie : dysfonctions sexuelles, les différentes maladies 24
I) Homme 26
2- I- A) Diminution du désir sexuel chez l'homme 26
2- I- B) Trouble de l'érection 31
2- I- C) Ejaculation précoce 36
2- I- D) Ejaculation retardée 40
II) Femme 44
2- II- A) Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle 44
2- II- B) Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration 51
2- II- C) Trouble de l'orgasme chez la femme 56
III) Troubles mixtes 61
2- III- A) Dysfonction sexuelle induite par une substance/un médicament 61
2- III- B) Autres dysfonctions sexuelles spécifiées ou non 64
Troisième partie : Prise en charge thérapeutique 65
I) Prise en charge des dysfonctions sexuelles de l'homme 65
3- I- A) Inhibiteurs de la phosphodiestérase 5 (Ipde-5) 65
3- I- B) Alprostadil 66
3- I- C) Androgène 67
3- I- D) Bupropion 67
3- I- E) Antidépresseur et tramadol 68
3- I- F) Autres thérapeutiques 69
II) Prise en charge des dysfonctions sexuelles de la femme 71
3- II- A) Informations 71
3- II- B) Androgène 72

3- II- C) Œstrogènes 73
III) Prise en charge adjuvante 74
3- III- A) Les accessoires 74
3- III- B) Médecine alternative 77
Quatrième partie : Prise en charge humaine 79
I) Médecin généraliste 79
4- I- A) Questionnaires de diagnostic 80
II) Gynécologue, urologue et andrologue 83
III) Psychologue 83
IV) Sexologue 84
V) Pharmacie 84
4- V- A) Commencer le dialogue 85
4- V- B) Proposition d'une semaine de sensibilisation 87
4- V- C) Questions sexualité 90
4- V- D) Prise en charge, le coût pour le patient 91
Conclusion 92
Bibliographie 94
Annexes 103
Annexe 1 : Fiche technique des différents Ipde-5 utilisés en officine 103
Annexe 2 : Mode d'emploi des dispositifs contenant de l'Alprostadil 104
1- Caverject® 104
2- Vitaros® 107
3- Edex® 108
Annexe 3 : Informations sur les dispositifs contenant de la testostérone 110
Annexe 4 : Questionnaire sur les dysfonctions sexuelles des femmes (FSFI) 111
Annexe 5 : Questionnaire sur les dysfonctions sexuelles des hommes (IIEF) 115
Résumé et mots clefs 119
Serment de Galien 120

Liste des abréviations

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
AVK	Anti-Vitamine K
Cp	Comprimé
CYP3A4	Cytochrome 3A4
DEUST	Diplôme d'Etudes Universitaires Scientifiques et Techniques
DSM-V	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et psychiatriques – 5ème édition)
FSFI	*Female Sexual Function Index*
GHB	*Gamma-HydroxyButyrique acid*
GMPc	Guanosine MonoPhosphate cyclique
HSH	Homme Sexe Homme
IIEF	*International Index of Erectile Function*
IMAO	Inhibiteurs de la MonoAmine Oxydase
Ipde-5	Inhibiteurs de la Phosphodiestérase 5
IPE	*Index of Premature Ejaculation*
IRS	Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine
IST	Infection Sexuellement Transmissible
L.P	Libération Prolongée
MC1(4)R	Récepteurs 1 ou 4 de la MélanoCortine
MDMA	3,4-MéthylèneDioxy-N-MéthylAmphétamine (amphétamine ecstasy)
MSHQ	*Male Sexual Health Questionnaire*
PEP	*Premature Ejaculation Profil*
PMA	Procréation Médicale Assistée
RCP	Résumé Caractéristiques du Produit
SEP	Sclérose En Plaques
SHBG	*Sexe Hormone Binding Globuline*
SHIM	*Sexual Health Inventory for Men*
TSH	ThyréoStimuline Hormone

Liste des figures

FIGURE 1 : PYRAMIDE DE MASLOW 17
FIGURE 2: GRAPHIQUE DES DIFFERENTES PHASES DE L'ACTE SEXUEL 18
FIGURE 3 : BOUCLE D'AUTO-AMPLIFICATION DE L'EXCITATION SEXUELLE 19
FIGURE 4: SCHEMA MONTRANT LA SIMILITUDE ENTRE LE CLITORIS ET LE PENIS 21
FIGURE 5 : SCHEMA DU CLITORIS INCORPORE AU RESTE DE L'ANATOMIE DE LA FEMME 22
FIGURE 6 : DANS L'ORDRE D'APPARITION : UNE POMPE PENIENNE, DES ANNEAUX PENIENS ET UN IMPLANT PENIEN 75
FIGURE 7 : DANS L'ORDRE D'APPARITION : DES ACCOMMODATEURS VAGINAUX, UNE SONDE DE REEDUCATION PERINEALE, UN VIBROMASSEUR 76
FIGURE 8: AFFICHE SUR LE DEPISTAGE DES DYSFONCTIONS SEXUELLES 88
FIGURE 9: FLYER SUR LA PROMOTION DES DYSFONCTIONS SEXUELLES 89
FIGURE 10 : IMAGE DU DISPOSITIF CAVERJECT 104

Liste des tableaux

TABLEAU 1: SOUS-CATEGORIE (SPECIFICATION), PERMETTANT DE CLASSER LES DIFFERENTES DYSFONCTIONS SEXUELLES 24
TABLEAU 2: LES DIFFERENTES DYSFONCTIONS SEXUELLES REPERTORIEES DANS LE DSM-V. 25
TABLEAU 3: PREVALENCE DE LA DYSFONCTION SEXUELLE : TROUBLE DU DESIR SEXUEL SELON DES TRANCHES D'AGE 26
TABLEAU 4: PREVALENCE DE LA DYSFONCTION SEXUELLE : TROUBLE DU DESIR SEXUEL SELON L'ORIGINE DE L'HOMME 27
TABLEAU 5: CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DU DESIR CHEZ L'HOMME 28
TABLEAU 6: FREQUENCE DU TROUBLE DE L'ERECTION SELON L'AGE DU PATIENT 32
TABLEAU 7: PREVALENCE D'HOMME AYANT DEJA EU UN TROUBLE DE L'ERECTION AU COURS DE LEUR VIE 32
TABLEAU 8: CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE L'ERECTION 34
TABLEAU 9: CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE L'EJACULATION PRECOCE 37
TABLEAU 10: MOLECULES UTILISEES POUR AUGMENTER LE TEMPS EJACULATOIRE 39
TABLEAU 11: CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE L'EJACULATION RETARDEE 41
TABLEAU 12: EFFETS INDESIRABLES DES ANTIDEPRESSEURS SUR LES DYSFONCTIONS SEXUELLES 43
TABLEAU 13: CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE L'INTERET POUR L'ACTIVITE SEXUELLE ET DE L'EXCITATION SEXUELLE 45
TABLEAU 14: DESCRIPTION DES SYMPTOMES APRES UNE BAISSE DES VALEURS NORMALES EN TESTOSTERONE CHEZ LA FEMME 49
TABLEAU 15: CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE LIE A DES DOULEURS GENITO-PELVIENNES OU A LA PENETRATION 52
TABLEAU 16: CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE L'ORGASME CHEZ LA FEMME 57
TABLEAU 17: CRITERES DIAGNOSTIQUES DES DYSFONCTIONS SEXUELLES INDUITES PAR UN MEDICAMENT OU UNE SUBSTANCE CHEZ L'HOMME ET LA FEMME 62
TABLEAU 18: RECAPITULATIF DES TRAITEMENTS DES DYSFONCTIONS SEXUELLES CHEZ L'HOMME 65
TABLEAU 19: RECAPITULATIF DES TRAITEMENTS DES DYSFONCTIONS SEXUELLES CHEZ LA FEMME 71
TABLEAU 20: SCORE DU QUESTIONNAIRE FSFI EN FONCTION DES REPONSES ETABLIES 81
TABLEAU 21 : SCORE DU QUESTIONNAIRE SHIM EN FONCTION DES REPONSES ETABLIES 82
TABLEAU 22: RECAPITULATIF DES COUTS DES TRAITEMENTS CORRIGEANT LES DYSFONCTIONS SEXUELLES 91
TABLEAU 23 : FICHE TECHNIQUE DES MOLECULES APPARTENANT A LA FAMILLE DES IPDE-5 103
TABLEAU 24 : MODE D'EMPLOI DE LA RECONSTITUTION DU DISPOSITIF CAVERJECT 104
TABLEAU 25 : MODE D'EMPLOI DE L'INJECTION DU DISPOSITIF CAVERJECT 106
TABLEAU 26 : MODE D'EMPLOI D'UTILISATION DU DISPOSITIF VITAROS 107
TABLEAU 27 : MODE D'EMPLOI D'UTILISATION DU DISPOSITIF EDEX 108
TABLEAU 28 : TABLEAU INFORMATIF DES DIFFERENTES FORMES COMMERCIALISEES DE TESTOSTERONE 110

Introduction

L'officine est un lieu de santé où l'information médicale et scientifique transite.
Lorsqu'ils entrent dans une pharmacie de ville, les patients peuvent demander et recevoir des réponses à leurs questionnements sur leurs pathologies. Il y a beaucoup de recherches sur les thématiques récurrentes (diabète, asthme, hypertension) pour apporter des solutions et répondre à ces questions au comptoir.

Aujourd'hui, je me suis intéressé aux dysfonctions sexuelles. Celles-ci étant un sujet encore tabou de notre société, j'ai voulu faire de cette thèse un support pour l'équipe officinale, afin de lui transmettre ces informations sur ces pathologies.

J'ai choisi de m'intéresser à ce sujet parce que j'ai été confronté au cours d'un de mes stages, à une demande d'une patiente, à laquelle aucun membre de l'équipe n'a su apporter une réponse, suffisante et satisfaisante pour elle.

Récit :
La demande de la patiente était : « J'ai des douleurs lors des rapports sexuels avec mon mari. »
La solution apportée par l'équipe : « Utilisez un lubrifiant ! »

On verra, grâce à cette thèse, les erreurs et le manque d'information faits sur ce cas de dispensation.

Tout au long du sujet traité, je vais définir ce que sont ces dysfonctions sexuelles pour permettre à l'équipe officinale d'apporter des éléments de réponse au comptoir.

J'ai choisi de commencer par rappeler les différentes étapes psychologiques et biologiques amenant un adulte à être capable d'effectuer un acte sexuel.

Une fois ces bases posées, je définirai les différentes dysfonctions sexuelles (deuxième partie) puis les thérapeutiques associées (troisième partie). Il est important d'avoir des définitions précises sur lesquelles s'appuyer lorsqu'on en fera la promotion.

La quatrième partie proposera de faire le point sur la manière d'appliquer ces informations à l'officine, et d'en permettre leur diffusion.

Grâce à ce sujet et à cette thématique, j'aimerais augmenter la prise en charge des dysfonctions sexuelles qui sont pour la plupart non traitées, en offrant aux professionnels de santé une meilleure connaissance de ces pathologies, afin qu'ils puissent mieux répondre à certains questionnements et proposer une meilleure prise en charge.

Première partie : Construction de la sexualité

I) Evolution du désir sexuel selon l'âge

La sexualité génitale adulte se caractérise par l'expérience du coït, de l'acte sexuel.
L'enfant, lui, éprouve du plaisir sexuel avec ses organes génitaux et d'autres zones corporelles (zones érogènes) en dehors du coït. Chaque zone érogène correspond à un stade prégénital.

Une zone érogène (1) est une partie du corps humain, qui lorsque l'on la stimule, peut produire des sensations de plaisirs érotiques et peut provoquer une excitation sexuelle. La notion de sexuel fait référence au plaisir du corps au sens large et non au coït proprement dit.

Ces différents stades prégénitaux ont été décrits pour la première fois par Freud et sont découpés en plusieurs parties, par tranche d'âge (2).

Le développement psychosexuel selon l'âge :

- Stade oral (0 à 1 an)
- Stade anal (1 à 3 ans)
- Stade phallique (3 à 6 ans)
- Période de latence (6-12 ans)
- Stade génital (à partir de la puberté)

L'enfant est un être sexué dès sa naissance et sa sexualité est évolutive.

Nous allons voir chacun de ces stades pour appréhender le concept de plaisir pendant le rapport sexuel. Pourquoi telle personne est plus sensible à tel stimulus ? Pourquoi certaines parties du corps sont utilisées pendant un acte sexuel alors qu'elles n'ont pas de fonction de reproduction ?

1- I- A) Le stade oral (0 à 1 an)

Pendant le stade oral, la source du plaisir provient de la bouche et de la stimulation buccale.
Selon Freud, pour l'enfant, être rempli de nourriture signifie « être rempli d'amour » (3), ainsi :

-Si le besoin oral n'est pas satisfait, plus tard l'enfant aura un sentiment de manque, de timidité, de grande dépendance, de jalousie, d'anxiété et développera une personnalité pessimiste.

-Si le besoin oral est trop satisfait, plus tard l'enfant développera une personnalité narcissique/*borderline* avec une tendance à rechercher des satisfactions orales (boire/fumer)(4).

C'est la première organisation sexuelle que l'enfant connait et elle se passe durant la première année de sa vie.

Se stade pourra se diviser en deux périodes :

- Le stade oral précoce (stade primitif)
- Le stade oral tardif (stade oral cannibalique).

1- I- A) - i Le stade oral précoce

Le stade oral précoce se déroule sur les six premiers mois de la vie de l'enfant. L'enfant croit que le monde est limité à ce qu'il perçoit grâce à ses différents sens. L'enfant découvre sa mère mais il est incapable psychiquement de la considérer dans sa totalité. Il n'en perçoit que des morceaux, à travers son visage ou le sein nourricier, elle n'existe que s'il peut la voir, la sentir, l'entendre ou la toucher.

La tétée apporte à l'enfant le sentiment d'être rassasié et du plaisir par la stimulation de la bouche et de la langue. Ce plaisir est lié à la succion.

Grâce à la prise alimentaire, l'enfant met en place un premier processus psychique : l'incorporation (2).

L'enfant incorpore le lait, avec ses qualités et ses défauts. Ce liquide passe de l'extérieur vers l'intérieur, et cela provoque une bienfaisance à l'enfant, il incorpore le monde alentours par la bouche et prend conscience de son existence.

Lorsque l'enfant est en attente de la tétée, la frustration ressentie génère une tension importante dans tout son corps. Il peut décharger cette tension en suçant son pouce ou une tétine ce qui lui permet de différer la satisfaction. L'enfant parvient à se satisfaire partiellement lui-même.

Il s'agit d'une première satisfaction auto-érotique (5).

1- I- A) - ii Le stade oral tardif, dit cannibalique

L'angoisse du 8ème mois : progressivement, l'enfant reconnait pleinement sa mère, il se sent rassuré et en sécurité en sa présence. La reconnaissance et la distinction que l'enfant opère entre sa mère et les autres, le font s'inquiéter lorsque sa mère est absente. Cette inquiétude est caractéristique de l'angoisse du huitième mois.

Les premières dents du nourrisson apparaissent et provoquent, à cause de la douleur, un besoin important de mordre. La tétée devient difficile et le sevrage se met en place. Le stage cannibalique succède au stade oral précoce, soit entre 6 mois et un an de vie. Le plaisir de l'enfant est lié à la morsure.

On a un développement psychosexuel de l'enfant surtout guidé par la découverte de la nouveauté. Le bébé a cette envie d'explorer. Il a, dans cette période d'âge, un sens accru du toucher et un plaisir exacerbé centré sur la bouche. Cette partie stimule le bébé et c'est donc à cet âge qu'on va le voir mettre différents objets à sa bouche dans un but de découverte.

On gardera cela en tête puisqu'à l'âge adulte on se sert de cette bouche comme d'un outil lors d'un rapport.

Le fruit de ce stade oral est le langage, la parole, l'enfant sort de ce stade lorsqu'il peut parler (2).

NB : L'enfant est à son âge de découverte du monde mais aussi de son corps. C'est à partir du 8ème mois pour les garçons et du 10ème au 12ème mois pour les filles qu'ils commencent à découvrir leurs organes génitaux et à partir du 15ème mois qu'ils commencent à jouer avec.

Il est à remarquer que pour les garçons, les premières érections peuvent apparaitre à cet âge. C'est important de garder cela en tête, puisqu'en dehors de toute représentation sexuelle, qui n'est pas présente à cet âge, la mécanique est présente.

Le frottement des parties génitales leurs procurent un plaisir mais aussi un apaisement et un réconfort.

1- I- B) Le stade anal (1 à 3 ans)

Le stade anal se passe entre la première et la troisième année de vie. L'enfant commence à apprendre à maîtriser ces sphincters et éprouve du plaisir à jouer avec. La zone érogène est déplacée de la zone buccale vers la zone anale (2). Cette zone érogène est stimulée plus particulièrement dans l'acte de défécation « du boudin fécal » ou de rétention des selles.

Lors de la défécation l'enfant comprend que ses selles passent de l'intérieur vers l'extérieur de son corps. Il a l'impression de perdre quelque chose de lui-même.

Il comprend aussi que lui seul décide de cette expulsion ou de cette rétention. C'est l'éducation à la propreté qui révèle l'importance de cette découverte chez l'enfant. Il va alors user et profiter de cette nouvelle emprise sur sa mère et sa famille.

C'est dans les manifestations anales que l'on découvre les premières manifestations sadiques. C'est la raison pour laquelle ce stade est aussi nommé stade sadique-anal (5).

Comme pour le stade oral, il y a deux temps pour le stade anal :

- Première phase : Elle est centrée sur l'expulsion des selles. Le sadisme prend forme dans le désir de destruction de l'objet excrémentiel.

- Seconde phase : Elle est centrée sur la conservation de l'objet excrémentiel. C'est la volonté de maitrise et de domination qui se substitue au désir de destruction.

L'enfant va se retenir ou non selon s'il a envie de faire opposition ou plaisir à ses parents. C'est le premier conflit « social ». S'il donne ce cadeau, cela prouve son obéissance, si non son entêtement.

NB : Vers 2-3 ans, on va avoir une première approche des jeux sexuels (sens du toucher, du voyeurisme et de l'exhibitionniste). L'enfant est attiré par l'envie de découverte, il va vouloir découvrir le corps de l'autre. Il va s'interroger sur les différences entre les hommes et les femmes car c'est à cet âge que les enfants vont pouvoir s'identifier à un genre. Il va, de plus, tenter de reproduire le schéma familial, embrasser, imiter le parent de même sexe. On retrouvera aussi beaucoup de jeux de rôle pour expérimenter et découvrir le corps de l'autre…

Il n'y a pas de malaise de la nudité avant deux ans. C'est à ce moment que les parents inculquent la pudeur, et que le corps est quelque chose de privé.

Le fruit de ce stade est l'autonomie dans l'espace (2).

1- I -C) Le stade phallique (3 à 6 ans)

Lorsque l'enfant sera propre, on va enlever les couches et il aura directement accès à ses organes génitaux ce qui va soulever pour lui de nombreuses questions. On passera donc au stade phallique.

Ce stade se déroule entre **3 et 6 ans**. L'enfant se questionne sur le comment il a été conçu et c'est à ce moment que la zone érogène est déplacée au niveau de ses organes génitaux, le pénis pour le garçon et le clitoris pour la fille (qui ne considère pas encore son vagin). C'est à ce moment-là que l'enfant va se poser des questions quant aux différences sexuelles.

L'enfant découvre « la masturbation génitale ». C'est le dernier stade rencontré avant le complexe d'Œdipe.

Les garçons vivent le complexe d'Œdipe et les filles le complexe d'Electra.

Le complexe d'Œdipe : c'est la période ou l'enfant tombe amoureux du parent du sexe opposé (garçon/mère et fille/père). Le parent du même sexe sera considéré comme un adversaire (6).

Une autre découverte majeure va perturber cette nouvelle organisation et placer l'enfant dans une problématique douloureuse et angoissante : le complexe de castration. L'enjeu central de ces complexes d'Œdipe et d'Electra c'est le phallus (la peur de la perte ou la recherche de l'obtention de celui-ci).

1- I- C) - i Le complexe d'Œdipe

Amorce du complexe d'Œdipe par la triangularité Œdipienne en chronologie :

1) Phase oral enfant-maman
2) Phase anal enfant-maman
3) Phase phallique vers 4 ans.

Durant cette phase phallique il va y avoir une séparation de sa maman, le père va prendre la fonction de cette séparation. C'est ce qu'on appelle la triangularité enfant-papa séparateur-maman.

Le père est porteur de la loi et interdit l'interaction enfant-maman. L'enfant entre donc en duel avec celui-ci. La maman est porteuse du désir pour le garçon.

Le complexe d'Œdipe : Le garçon désire sa mère sexuellement. Il se rend compte que la mère a une relation particulière avec le père. Celui-ci devient donc son rival.
Le garçon découvre que les filles n'ont pas de pénis et qu'il est possible qu'on lui enlève le sien. Il a peur (angoisse de castration).

Pour qu'il y ait une bonne résolution du complexe d'Œdipe, il faut que le garçon refoule son amour pour sa mère et commence à s'identifier à son père.

1- I- C) - ii Le complexe d'Electra

Amorce du complexe d'Electra par la triangularité Œdipienne en chronologie :

1) Phase oral enfant-maman
2) Phase anal enfant-maman
3) Phase phallique vers 4 ans

Durant cette phase phallique le séparateur sera encore une fois le père. Il apporte la loi dans la famille. La fille profite de sa relation triangulaire, séduit le papa pour « avoir un enfant ». La maman, quant à elle, sera l'objet de l'amour, du désir et du soutien.

Le complexe d'Electra : La fille découvre qu'elle n'a pas de pénis. Elle tient sa mère responsable de son manque et lui en veut. La mère est aussi le premier objet d'amour sexualisé pour la fille. Elle cherche donc à séduire le père car elle a envie d'avoir un pénis. Cette envie du pénis se transformerait en désir d'avoir un enfant du père (comme la mère est capable de le faire). La mère devient donc une rivale.

Si la fille continue à désirer le papa, la maman va menacer la fille par la perte de l'amour qu'elle lui procure. Pour qu'il y ait une bonne résolution du complexe d'Electra, la fille doit refouler la haine vis-à-vis de la maman, l'amour vis-à-vis du père et sublimer ses besoins. Ces étapes peuvent perdurer jusqu'à l'âge de la puberté jusqu'au moment où la fille s'identifiera à la mère et acceptera sa féminité.

Les complexes d'Œdipe et d'Electra disparaissent généralement vers 5-6 ans.

1- I- D) Période de latence (6 à 12 ans)

La période de latence s'installe entre six et douze ans par le calme pulsionnel relatif. La pulsion sexuelle vers le parent opposé semble disparaitre. Le surmoi, héritier du complexe d'Œdipe et d'Electra intègre l'interdit de l'inceste. Il n'y a pas de zone érogène spécifique.

C'est l'âge où les apprentissages scolaires, les jeux, les intérêts extra-familiaux et les engagements sociaux prennent de l'importance. L'énergie libérée par le refoulement du complexe d'Œdipe et d'Electra peut être utilisée à d'autres fins (activités scolaires, jeux, sports.) (4).

1- I- E) Le stade génital (à partir de la puberté)

Le stade génital commence entre 12 et 18 ans quand les changements biologiques qui se produisent à la puberté entrainent une réactivation de la zone génitale comme un lieu de plaisir.

C'est le stade où se développent l'amour tourné vers autrui. Avant, la sexualité était « auto-érotique », parce que l'individu se satisfaisait de son propre corps (trois premiers stades).

Ici, la pulsion sexuelle tend à trouver satisfaction auprès d'une personne aimée et entre au service de la reproduction, on passe donc à une sexualité hétéro-érotique.

Les modifications corporelles induisent un changement des relations avec l'entourage. Ces changements sont souvent les prémices de crises sur plusieurs niveaux :

- Une découverte d'autres modèles parentaux (de la famille, des amis…)
- Une apparition de l'importance de l'estime de soi (la place que l'adolescent s'accordera dans la société)
- Des questions narcissiques sur son identité, sur son apparence, avec une focalisation sur des détails du physique (forme du nez, du visage, l'acné…)

On assiste alors à une déstructuration et restructuration de l'image corporelle de l'adolescent. Celui-ci pouvant être en difficulté trouve différentes échappatoires : les études, la transgression des règles, le repli sur soi…

Lors de cette étape on a aussi un rappel du complexe d'Œdipe et d'Electra, notamment les points non résolus. On observera aussi une augmentation de la masturbation.

Les différentes étapes du développement psychologique de l'enfant amènent à la conception d'un individu avec un genre, une orientation sexuelle, des préférences sexuelles avec des zones érogènes définies, propres à chacun.

On peut aussi voir que ce développement n'est pas lié à un rapport sexuel mais il est le fondement et la base de ce qui nous stimulera pendant notre vie sexuelle.

Il est important de savoir identifier notre parcours pour pouvoir résoudre notamment des troubles du désir sexuel qui pourraient être liés à notre éducation.

La pyramide de Maslow décrit différents étages pour atteindre un état d'épanouissement (Figure 1). On commence par l'étage du bas et quand tout l'étage est rempli on monte à l'étage supérieur. Lorsque toute la pyramide est complète, on observe un adulte harmonieux qui est satisfait de sa vie. Comme décrit dans la pyramide de Maslow (7), la sexualité fait partie des besoins fondamentaux de l'homme. Lorsqu'un problème arrive dans sa sexualité, l'homme et la femme ne pourront pas trouver une sérénité.

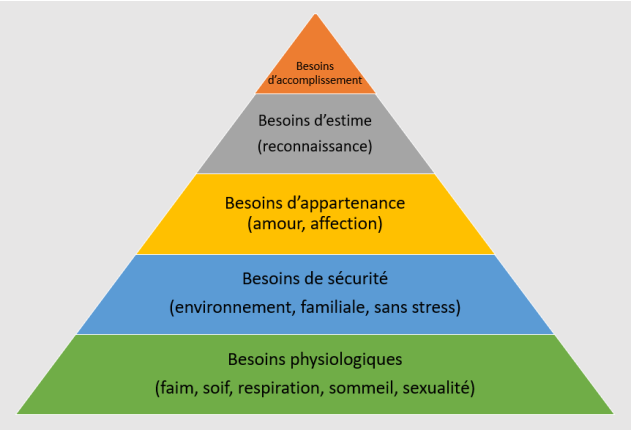
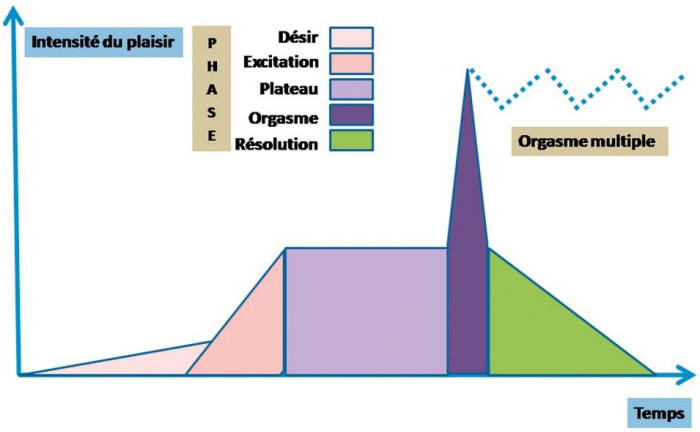


FIGURE 1 : PYRAMIDE DE MASLOW

II) Rapport sexuel et mécanique biologique

1- II- A) Les différents stades du rapport sexuel

D'un point de vue physiologique pour l'homme, comme pour la femme, le rapport sexuel passe par cinq phases que l'on pourra apprécier dans la Figure 2.



Phase 1 : Le désir
Phase 2 : L'excitation
Phase 3 : Le plateau
Phase 4 : L'orgasme
Phase 5 : La résolution

FIGURE 2: GRAPHIQUE DES DIFFERENTES PHASES DE L'ACTE SEXUEL

Nous allons détailler chacune de ces phases, auxquelles les dysfonctions sexuelles peuvent apparaître.

1- II- A) - i Phase du désir

Cette phase de désir est une phase dite de « préparation à l'acte sexuel ». Elle est régie chez l'homme et chez la femme par le cerveau et notamment par les hormones androgéniques.

On ne peut pas définir sa durée ni les facteurs déclenchants. Elle est souvent liée au développent psychologique de l'individu, chaque personne ayant des besoins différents pour initier sa sexualité. Elle est régie par des idées et des fantaisies érotiques ainsi que par le souhait d'initier un rapport sexuel.

On appelle aussi cette phase, la phase de l'initiation.

Cette phase de désir va être initiée par des stimulations exogènes et notamment passer par le sens de la vue et du toucher. L'odorat et l'ouïe joueront aussi leur rôle par l'intermédiaire des phéromones, et en lien avec l'histoire de chacun (la tonalité d'une voix, une odeur, agréables ou non…).

La vue :

La stimulation visuelle est la stimulation non tactile la plus recherchée (voyeurisme, pornographie…). Elle est provoquée par une image (ou vidéo) s'inscrivant au niveau de la rétine.
L'information suit ensuite les nerfs optiques, croise au niveau du chiasma, et arrive au niveau :

- De la voie ventrale qui s'étend vers le lobe inférotemporal (reconnaissance de l'objet par sa forme et sa couleur),
- De la voie dorsale qui se projette vers le lobe pariétal (reconnaissance de la localisation de l'objet).

Cette stimulation visuelle va activer le cortex limbique et para-limbique, puis exciter l'hypothalamus et l'amygdale. Ces aires cérébrales vont alors permettre un comportement en adéquation avec les stimuli visuels et initier une envie sexuelle.

L'image véhiculée est souvent liée à un fantasme propre de la personne, qui en ayant recours à ces fantasmes, cherche à s'auto-exciter pour parvenir à initier un rapport.

Définition : Un fantasme sexuel est une représentation imaginaire, une image mentale ou un schéma de pensée, qui permet à une personne d'imaginer des scénarios jusque-là inassouvis. Ce fantasme stimule la sexualité d'une personne et peut créer ou améliorer son excitation sexuelle.

FIGURE 3 : BOUCLE D'AUTO-AMPLIFICATION DE L'EXCITATION SEXUELLE

On observe une boucle d'auto-amplification (Figure 3) entre le fantasme sexuel qui peut être l'origine ou faire suite à une excitation sexuelle.

La stimulation par visualisation de film à caractère sexuel conduit à l'augmentation de la sécrétion de neuromédiateurs tel que l'adrénaline et la noradrénaline (taux urinaires augmentés) (8).

Ce taux d'hormones a d'ailleurs été plus élevé chez les hommes que chez les femmes suggérant que ceux-ci sont plus sensibles aux stimuli visuels. Toutefois, il est à noter que, les réalisateurs de pornographies étant majoritairement masculins, leur choix de « scénario » plait et satisfait mieux un public masculin, ce qui peut créer un biais. On gardera en tête l'activation de ces deux neuromédiateurs pour la suite.

Le toucher :

Il s'agit principalement de caresses ou de masturbation (auto-attouchement) qui augmentent le désir sexuel, mais également apaisent et calment l'anxiété.

Ces diverses caresses augmentent l'excitation, en stimulant les récepteurs de la peau, et en particulier ceux situés dans les zones érogènes.

Avec la vue, c'est le deuxième sens qui amène à initier un acte sexuel.

C'est lors de cette première phase que l'on pourra retrouver des troubles du désir sexuel chez l'homme et chez la femme.

1- II- A) - ii Phase de l'excitation

Chez l'homme, la phase de l'excitation sera caractérisée par une érection.

Chez la femme, grâce à la vascularisation vaginale et vulvaire, l'excitation se traduira par une augmentation de la lubrification vaginale et l'érection du clitoris.

Cette phase est le résultat de stimuli centraux (visuels, auditifs, fantasmatiques) et des stimuli périphériques (caresses et/ou masturbations de la zone périnéale).

C'est lors de cette phase que l'on retrouvera des troubles de l'érection ou des troubles de l'éjaculation précoce.

1- II- A) - iii Phase du plateau

Liée au rapport sexuel ou à la poursuite de la masturbation (acte en lui-même), c'est une phase au cours de laquelle le plaisir reste stable.

Ce plateau est plus ou moins long, tant qu'il n'y a pas assez d'excitation/stimulation pour déclencher un orgasme.

La durée moyenne d'un rapport sexuel (ici on compte à partir de la pénétration vaginale) est variable selon la culture ou l'orientation sexuelle de la personne, mais peut aussi dépendre de son histoire ou de ses préoccupations.

La durée peut aller de quelques secondes à une quarantaine de minutes.

C'est lors de cette phase que l'on retrouvera des troubles de l'éjaculation retardée, avec une phase plateau considérée par le patient comme trop longue et provoquant de la gêne physique pour lui et pour son ou sa partenaire. On trouvera aussi durant cette phase pour les femmes des troubles liés à des douleurs génito-pelviennes, lors de la pénétration.

1- II- A) - iv Phase de l'orgasme

L'orgasme est une sensation ressentie lors d'un plaisir intense et elle survient lorsque la stimulation et l'excitation passent au-dessus de la barre seuil qui va le déclencher. Lors de cet orgasme, se produisent des modifications physiologiques dans les deux sexes.

Pour les deux sexes, on va avoir une accélération de la respiration, une augmentation des pulsations cardiaques et de la pression artérielle ainsi que des contractions des muscles striés au niveau périnéal.

Chez l'homme, la phase de l'orgasme se juxtapose à celle de l'éjaculation mais elles ne sont pas obligatoirement liées : l'homme peut éjaculer sans avoir d'orgasme, ou avoir un orgasme sans éjaculer.

Chez la femme, on pourra avoir ce qu'on appelle des orgasmes multiples si la stimulation ne s'interrompt pas. On considère d'ailleurs que l'orgasme féminin est plus long que celui des hommes.

C'est lors de cette dernière phase que se retrouveront les troubles féminins liés à l'orgasme.

1- II- A) – v Phase de la résolution

La phase de résolution, à la fin de l'orgasme (du dernier orgasme pour la femme) montre une diminution rapide de l'excitation.

Chez l'homme, il existe une période réfractaire pendant laquelle toute stimulation sexuelle reste inefficace, c'est-à-dire qu'après avoir éjaculé, l'homme devra attendre une période minimale avant de recommencer un acte. Ce temps de latence augmente avec l'âge.

1- II- B) Mécanique anatomique et biologique de l'acte sexuel

1- II- B) -i Mécanique anatomique :

La Figure 4 montre l'analogie entre le clitoris chez la femme et le pénis chez l'homme.

Le clitoris a longtemps été considéré comme un organe accessoire, mais la similitude anatomique entre ces deux organes a permis de démontrer qu'il n'en était rien.

En effet, les phénomènes d'érection et d'éjaculation du pénis et du clitoris sont comparables. L'orgasme féminin doit donc passer par une stimulation du clitoris pour qu'il y ait éjaculation et orgasme.

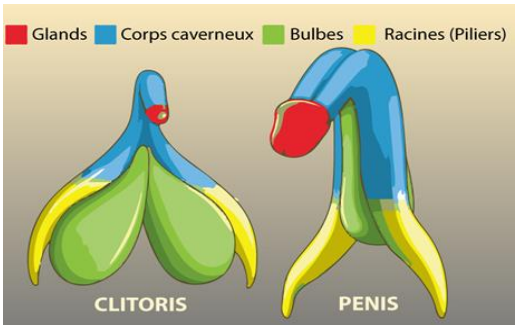


FIGURE 4: SCHEMA MONTRANT LA SIMILITUDE ENTRE LE CLITORIS ET LE PENIS

Description de l'érection et de l'éjaculation chez l'homme :

Erection : Pendant la phase du désir et de l'excitation, les divers stimuli externes (visuels, tactiles, olfactifs) vont stimuler le système nerveux central et vont alors envoyer une information neurovégétative parasympathique « d'activation sexuelle » via la moelle épinière jusqu'aux nerfs érecteurs. Cela va aboutir au niveau génital à une augmentation locale de GMPc (guanosine monophosphate cyclique), induisant un relâchement des muscles lisses des corps caverneux.

Ce relâchement musculaire va permettre un afflux sanguin dans ces corps caverneux via les artères profondes du pénis.

En apportant une quantité de sang, le pénis va se rigidifier et comprimer les veines chargées de drainer le sang hors du pénis. Ce phénomène de compression veineuse permet d'augmenter et de garder la rigidité du pénis. C'est ce qu'on appelle l'érection.

Ejaculation : au cours de la phase plateau, lorsque la stimulation passe au-delà d'un point seuil de non-retour, l'homme va éjaculer. Ce point de non-retour est signé par la contraction des canaux déférents, des vésicules séminales et de la prostate qui expulsent le sperme vers la base de l'urètre. A ce moment, l'homme va sentir une tension dans la zone génitale qu'il ne pourra pas réfréner.

Point de non-retour : c'est le moment auquel l'homme ne pourra plus revenir à une excitation basale et ne pourra empêcher une éjaculation. Ainsi, lorsque la tension est trop importante, l'éjaculation se produit, et le sperme est expulsé.
Lorsque l'éjaculation est terminée, la GMPc est dégradée par la phosphodiestérase 5. Les muscles lisses se contractent à nouveau et la vidange des corps caverneux s'effectue, ramenant le pénis à sa forme initiale.
L'éjaculation est liée au système neurovégétatif sympathique.
Description de l'érection et de l'éjaculation de la femme :

L'érection se fait de la même manière que chez l'homme. La différence est seulement visuelle puisqu'effectivement seule la partie du gland est visible et stimulable chez la femme (Figure 5 (9)). Le bulbe et la racine ne sont stimulables que lors de la pénétration vaginale, mais cela revient à stimuler le clitoris.

Au moment de l'éjaculation, la femme peut excréter un liquide clair provenant de la vessie, dépourvu des déchets du corps et expulsé au niveau du méat urinaire.
A noter que l'éjaculation est également distincte de l'orgasme chez la femme, puisque celle-ci peut avoir plusieurs orgasmes successifs sans éjaculer.

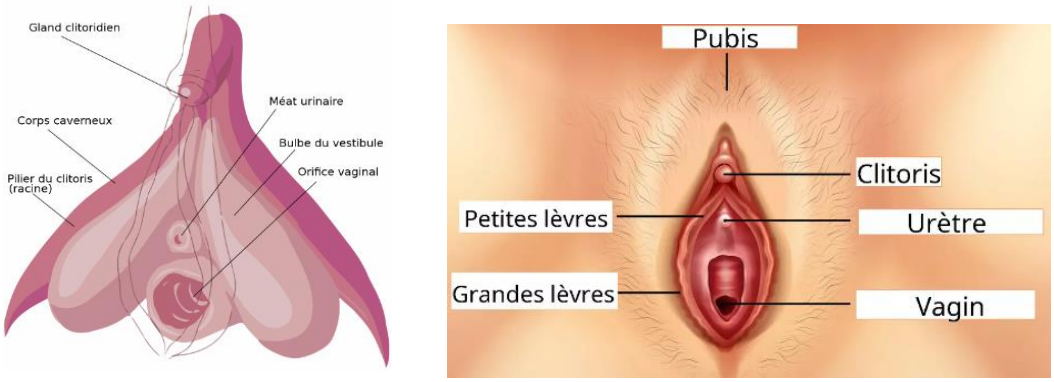


FIGURE 5 : SCHEMA DU CLITORIS INCORPORE AU RESTE DE L'ANATOMIE DE LA FEMME

1- II- B) -ii Mécanique biologique

Lors d'un rapport sexuel, plusieurs hormones jouent un rôle prépondérant dans l'éveil, le maintien du désir et de l'excitation sexuelle, comme nous allons le voir. Ces hormones sont : la testostérone, les œstrogènes, l'ocytocine, la sérotonine et la dopamine (8).

On notera que la progestérone n'a pas d'effet notable sur le désir sexuel.

Testostérone : la testostérone (et dihydrotestostérone) permet d'augmenter le désir sexuel chez la femme et chez l'homme. Chez l'homme, l'effet de la testostérone sur le désir n'a été prouvé que chez les hommes atteints d'hypogonadisme.

Œstrogène : lorsque le taux des œstrogènes est dans la normale, il n'y a pas d'effet direct sur la libido ou sur l'excitation sexuelle. Chez l'homme, une augmentation de ces concentrations induirait une diminution du désir sexuel.
Chez la femme, une diminution du désir peut être observable lors d'une carence en œstrogènes, notamment lors de la péri-ménopause. Cet effet est indirect : la baisse des œstrogènes diminuerait la lubrification vaginale et provoquerait des désagréments lors d'un rapport sexuel comme des douleurs lors de la pénétration. Une supplémentation pour ces femmes peut avoir un effet bénéfique.

Ocytocine : sa concentration augmente au cours du rapport sexuel, permettant d'accroitre l'excitation sexuelle jusqu'à l'obtention de l'orgasme. Plus le taux d'ocytocine est important plus l'orgasme sera intense (sans modifier la durée de celui-ci).

Chez les femmes, l'ocytocine aurait aussi comme effet d'augmenter la lubrification vaginale, et donc de faciliter indirectement le rapport sexuel.

Sérotonine : très étudiée, elle est un acteur majeur de certaines dysfonctions sexuelles. En effet, elle intervient pour diminuer l'excitabilité et retarde l'arrivée de l'orgasme (homme et femme).

Si le taux de sérotonine au niveau du système nerveux centrale est faible, cela induit une accélération du rapport, avec une éjaculation précoce (homme).

Dopamine : elle permet d'augmenter l'excitation sexuelle. C'est l'hormone du plaisir immédiat. Cette hormone fait partie des hormones liées au circuit de la récompense. Lorsqu'un rapport sexuel se produit avec un orgasme le corps sécrète de la dopamine. Inconsciemment, certains patients, dans un contexte psychologique particulier, vont vouloir réitérer le rapport sexuel pour avoir ce *shoot* de bien-être. De fil en aiguille, comme pour les drogues, le patient va enchainer les rapports et tomber dans une addiction à l'acte sexuel.
On peut aussi observer ce phénomène chez les personnes prenant des médicaments antiparkinsoniens à base de dopamine. Chez ces patients, il peut y avoir une augmentation exagérée de la libido.

D'autres hormones peuvent aussi avoir un impact (8) :
Prolactine : que ce soit chez les hommes ou les femmes, un taux élevé de prolactine entraine une baisse du désir sexuel. Ce taux augmente pendant la masturbation et pendant l'acte sexuel, et est maximal après l'orgasme. Cette hormone agirait donc comme un rétrocontrôle négatif sur l'excitation et le désir sexuel : après l'orgasme le désir chute rapidement.
De plus, un taux de prolactine supérieur aux normes, retrouvé en *post-partum*, pourrait expliquer que ces femmes n'ont momentanément plus de désir sexuel.

Cortisol : un taux élevé de manière ponctuelle augmenterait la libido, mais en situation d'hypercortisolémie chronique, il y aurait plutôt une diminution de celle-ci.

Phéromone : on peut citer comme phéromone le 16-Androstène qui, excrété au niveau axillaire, augmente indirectement l'excitabilité.

Adrénaline : l'adrénaline augmente l'excitation sexuelle chez la femme et chez l'homme

Les différents stades vus dans la Figure 2 permettent de rattacher les différentes dysfonctions sexuelles à un moment du rapport, permettant lors de l'interrogatoire du patient de cerner le problème s'il n'arrive pas à communiquer sur ce qui le gène réellement.

De plus, différentes hormones majeures vont modifier la vie sexuelle des personnes et on va voir, dans la description des différentes dysfonctions sexuelles et des thérapeutiques, l'intérêt qu'il faut leurs porter pour résoudre ces troubles.

Deuxième partie : dysfonctions sexuelles, les différentes maladies

Les dysfonctions sexuelles sont un groupe hétérogène de troubles qui se caractérisent par une perturbation significative de la capacité d'une personne à répondre sexuellement ou à éprouver du plaisir sexuel. Il peut y avoir une ou plusieurs dysfonctions, mais toutes doivent être diagnostiquées.

Le DSM-V (10) les classe en plusieurs catégories : celles de l'homme, de la femme et celles communes aux deux sexes. Cependant, le DSM-V ne tient pas compte des dysfonctions sexuelles dues à une autre affection médicale.

Ces dysfonctions sexuelles sont, de plus, sous-catégorisées selon la spécification, comme on peut le voir dans le Tableau 1 :

Par exemple : On peut avoir un **trouble de l'érection (dysfonction sexuelle)** de tout temps (sous-catégorie), de façon généralisée (sous-catégorie), et de sévérité psychologique grave (sous-catégorie).

TABLEAU 1: SOUS-CATEGORIE (SPECIFICATION), PERMETTANT DE CLASSER LES DIFFERENTES DYSFONCTIONS SEXUELLES

Spécification de type :	**Temporalité**
De tout temps	Fait référence à un problème apparu dès les premières expériences sexuelles.
Acquis	Fait référence à un problème survenant après une période pendant laquelle le fonctionnement sexuel était relativement normal.
Spécification de type :	**Evènement**
Généralisé	Fait référence à l'évènement qui n'est pas modifié selon la situation, la stimulation, le ou la partenaire.
Situationnel	Fait référence à l'évènement qui va se manifester uniquement selon certaines situations, certaines stimulations ou par rapport au partenaire lui-même.
Spécification de type :	**Sévérité (Propre à l'individu)**
Léger	Présence d'une souffrance psychologique légère
Moyen	Présence d'une souffrance psychologique moyenne
Grave	Présence d'une souffrance psychologique sévère

Avant tout diagnostic de dysfonctions sexuelles (Tableau 2), il faut évaluer d'autres facteurs pour cerner l'étiologie et évincer un autre désordre qui serait primaire à ces dysfonctions.

Facteurs à évaluer :

1) Les facteurs liés aux **partenaires** (*baby blues*, dépression, *burn-out*)
2) Les facteurs liés aux **relationnels** (durant l'acte, sur la communication des personnes sur leur propre sexualité et leur plaisir)
3) Les facteurs de **vulnérabilité personnelles** (abus sexuels, violence, souffrance psychiatrique, antécédents de maladie modifiant l'image du soi, des facteurs de type stress…)
4) Les facteurs **culturels et religieux** (acte interdit avant le mariage, pratique interdite)
5) Les facteurs **médicaux** (pathologie, grossesse ou traitement à prendre en compte)

<< la fonction sexuelle implique une interaction complexe entre des facteurs biologiques, socioculturels et psychologiques >>

TABLEAU 2: LES DIFFERENTES DYSFONCTIONS SEXUELLES REPERTORIEES DANS LE DSM-V.

<table>
<tr><th colspan="2">Dysfonctions sexuelles</th></tr>
<tr><th>Homme</th><th>Femme</th></tr>
<tr><td>Diminution du désir sexuel chez l'homme</td><td>Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme</td></tr>
<tr><td>Trouble de l'érection</td><td>Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration</td></tr>
<tr><td>Ejaculation prématurée (précoce)</td><td rowspan="2">Trouble de l'orgasme chez la femme</td></tr>
<tr><td>Ejaculation retardée</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mixtes</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dysfonction sexuelle induite par une substance/un médicament</td></tr>
<tr><td colspan="2">Autres dysfonctions sexuelles spécifiées</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dysfonctions sexuelles non spécifiées</td></tr>
</table>

Par la suite, nous allons voir chacune de ces dysfonctions sexuelles, en commençant par l'homme, puis la femme et enfin les dysfonctions mixtes, dans l'ordre chronologique d'un rapport sexuel.

I) Homme

2- I- A) Diminution du désir sexuel chez l'homme

Définition : La diminution du désir sexuel chez l'homme regroupe les troubles allant de la baisse de la libido à l'asexualité, sa forme extrême (11).

La baisse de la libido est une diminution du désir sexuel, une moindre pensée à l'envie de faire l'amour ou à une recherche d'images sexuelles, une diminution de l'initiation de l'acte sexuel (12).

Asexualité : Une personne asexuelle (appelé Ace dans le langage courant) ne ressent aucune attirance sexuelle pour quelqu'un, qu'il soit du même sexe ou du sexe opposé. L'asexualité peut se définir comme une orientation sexuelle (ou spectre) qui s'exprime de diverses façons selon les personnes. Il peut alors y avoir une attirance selon certaines conditions, ou à des moments particuliers… Par exemple une personne « akoisexuelle » ressentira de l'attirance pour une personne, mais cette attirance s'estompera dès qu'elle deviendra réciproque.

Epidémiologie :

Une diminution normale du désir sexuel chez l'homme au fil de l'âge permet d'exclure certaines plaintes du patient. Cette diminution est fréquemment moindre s'il y a la présence d'un ou d'une partenaire et si une activité sexuelle est effectuée régulièrement (13).

TABLEAU 3: PREVALENCE DE LA DYSFONCTION SEXUELLE : TROUBLE DU DESIR SEXUEL SELON DES TRANCHES D'AGE

Age	18 à 24 ans	66 à 74 ans
Prévalence	6%	41%

Le Tableau 3 (tiré d'une étude sur un échantillon de la population Suédoise (14)) montre que ce sont les hommes entre 66 et 74 ans, qui déclarent le plus souvent leurs troubles.

En termes de prévalence globale, entre 16 et 44 ans, un trouble du désir sexuel chez l'homme ne représente que 1,8% de la population globale interrogée (échantillon de la population de la Grande-Bretagne (15)).

A noter : Même s'il y a une diminution du désir sexuel, et de ce fait de l'acte sexuel avec un ou une partenaire, la fréquence de l'acte de masturbation avec éjaculation n'est pas touchée.

De plus, la fréquence des conflits familiaux et conjugaux est plus élevée chez les hommes atteints de dysfonction sexuelle (16), ce qui montre l'importance d'inclure le conjoint dans la prise en charge thérapeutique.

On peut aussi noter des gradients de prévalence selon le pays d'origine, comme le présente le tableau ci-dessous, avec une plus forte prévalence en Asie du Sud-Est comparé aux pays occidentaux (17). Selon l'auteur de l'étude, cela serait dû aux différences socio-culturelles. Il faudrait donc tenir compte de la culture du patient, lors de la prise en charge (Tableau 4) (18).

TABLEAU 4: PREVALENCE DE LA DYSFONCTION SEXUELLE : TROUBLE DU DESIR SEXUEL SELON L'ORIGINE DE L'HOMME

Origine	Europe du Nord	Asie du Sud-est
Prévalence	12,5%	28%

Facteurs de risques :

Plusieurs facteurs de risques liés à l'individu ou à son environnement socio-culturel peuvent prédisposer à un trouble du désir sexuel. Il s'agit de facteurs :

- De tempérament :

Les troubles de l'humeur et de l'anxiété sont des facteurs importants de la baisse du désir chez l'homme. 50% des patients ayant un antécédent de symptômes psychiatriques peuvent avoir une perte ou une baisse du désir sexuel (versus 15% pour les patients n'ayant pas de tels antécédents) (19).

Les sentiments d'un homme vis-à-vis de lui-même, sa perception du désir sexuel de sa partenaire à son égard, le sentiment d'être émotionnellement accordé et les variables contextuelles peuvent influencer sur le désir sexuel.

- Environnementaux :

Chez les hommes homosexuels, une baisse du désir peut se faire ressentir dans les premières années de l'acceptation de l'orientation. On peut y noter des facteurs tels que l'homophobie contre soi, des problèmes interpersonnels, le manque d'éducation sexuelle adaptée aux rapports HSH (Homme sexe Homme) ainsi que les traumatismes liés à la vie. Ces facteurs peuvent avoir un impact sur la baisse du désir sexuel (20).

La consommation d'alcool (notamment en chronique, comme lors de soirées alcoolisées récurrentes) peut être un facteur de baisse du désir sexuel.

- Génétiques et physiologiques :

Des facteurs génétiques et physiologiques, notamment des troubles hormonaux ont été rapportés.
On pourra citer les troubles endocriniens tel que l'hyperprolactinémie, une hypo-testostéronémie (physiologique lorsque l'on vieillit, elle serait liée à une diminution du désir) ou un hypogonadisme chez les hommes impactant négativement le désir sexuel (19).

Diagnostic :

Les dosages de la testostérone totale et libre ainsi que de la *sex-binding globulin* (SBG) sont indiqués pour le dépistage d'une anomalie endocrinienne. Cette anomalie endocrinienne est suggérée par une baisse de la libido et de l'érection.

Le DSM-V pose les critères diagnostiques, comme détaillés dans le Tableau 5 :

TABLEAU 5: CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DU DESIR CHEZ L'HOMME

Critères diagnostiques	
A	Déficience ou absence persistante ou répétée de pensées sexuelles/érotiques, de fantaisies imaginatives et du désir d'activité sexuelle.
B	Les symptômes (A) persistent depuis une durée minimum d'approximativement 6 mois.
C	Les symptômes (A) provoquent une souffrance cliniquement significative chez la personne.
D	La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, ou comme la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation, ou par d'autres facteurs de stress significatifs, et n'est pas due aux effets d'une substance/d'un médicament ou d'une autre affection médicale.

Le critère A : L'évaluation de la déficience est faite par le clinicien qui doit prendre en compte les facteurs susceptibles d'affecter le fonctionnement sexuel tels que l'âge, les contextes généraux et socioculturels de la vie du sujet.

Il est aussi important dans l'évaluation d'intégrer que les hommes ont de façon générale un désir sexuel plus important que les femmes. Malgré cela, une libido moins élevée que celui du ou de la partenaire ne permet pas un diagnostic de trouble du désir sexuel.

Le critère B : Le critère B a aussi son importance. Il permet d'exclure un évènement ponctuel, comme une surcharge de travail ou la grossesse de la partenaire, et qui pourrait temporairement diminuer son désir sexuel.

À ces critères diagnostiques, il faut obtenir dans l'interrogatoire du patient la spécificité de la dysfonction et tenir compte des autres facteurs cités pour cerner l'étiologie.

Chez les hommes souffrant d'une baisse du désir sexuel on notera une diminution de l'initiation de l'acte sexuel, laissant le ou la partenaire prendre l'initiative sans pour autant être réceptif à ses avances. Les fonctions érectiles et éjaculatoires peuvent être maintenues.

Diagnostic différentiel :

Lors du diagnostic, il faut réfléchir à d'autres causes possibles de ce trouble, savoir s'il est secondaire à une autre pathologie ou s'il existe une cause physique explicative de ce trouble.

Il faut donc penser à vérifier avec le patient :

- Les facteurs interpersonnels :

Un stress de grande ampleur exclu le diagnostic de trouble du désir. En effet, l'homme ayant en tête un autre sujet ne se laissera ni l'occasion ni le temps de penser à son propre désir sexuel. A la résolution de ce stress, le désir reviendra progressivement.

- Les troubles mentaux non sexuels :

Dans le cas d'une dépression (= une diminution de l'intérêt et du plaisir pour des activités), il est courant qu'il y ait une baisse du désir sexuel. Néanmoins le diagnostic du trouble du désir sexuel ne pourra pas être posé puisqu'effectivement il faudra traiter l'étiologie pour résoudre le problème.

- D'autres dysfonctions sexuelles :

Si la personne se dit asexuée, le pronostic de trouble du désir sexuel ne sera pas posé.

Apartés sur l'asexualité : selon le DSM-5 et selon les associations pour la visibilité asexuelle, l'asexualité n'est pas un trouble mais est plus considérée comme une orientation sexuelle dont la définition est propre à chaque individu. Par conséquent, il n'est pas envisageable de la « traiter ».

- L'usage d'un médicament ou d'une substance :

Certains médicaments et substances peuvent inhiber le désir sexuel. Ceci sera expliqué dans un prochain paragraphe :

Dysfonctions érectiles induites par un médicament ou une substance.

- D'autres pathologies :

Comme certaines affections du système nerveux central, un diabète sucré, un hypogonadisme, une dysfonction de la thyroïde.

Certaines de ces affections vont diminuer ou déséquilibrer les hormones, impactant le désir sexuel à la baisse, d'autres, notamment les affections métaboliques, vont psychologiquement (pathologie lourde) et physiquement (problème vasculaire) diminuer le désir sexuel.

Comorbidité :

La présence de ce trouble du désir sexuel peut être associé à d'autres dysfonctions sexuelles : par exemple, un homme ayant un trouble de l'érection ou des difficultés à éjaculer, peut ressentir une baisse du désir sexuel, pour éviter inconsciemment d'être confronté à ce trouble initial.

Traitements :

- Médicamenteux :

Traitement de première intention : L'utilisation des inhibiteurs de la phosphodiestérase 5 (Ipde-5) en condition naturelle, avec une stimulation sexuelle adéquate, va restaurer la fonction érectile déficiente en accroissant le flux sanguin vers le pénis. Leur utilisation va permettre de vérifier si la création d'une érection peut améliorer et suffire à augmenter le désir sexuel (11).

Traitement de deuxième intention : Au choix, un androgène ou du Bupropion.

Androgène : Avant toute hormonothérapie, les médecins doivent traiter l'obésité, les apnées du sommeil, l'hypertension, le diabète, qui si non traités, auraient un impact sur le désir. Il convient donc de traiter une possible cause primaire avant de s'intéresser au trouble secondaire (la baisse du désir sexuel). Il peut y avoir par exemple, un hypogonadisme lié à une obésité. La dysfonction sexuelle pourra donc être améliorée par une perte de poids (21).

La **testostérone (Androgène principal)** sera notamment proposée aux hommes déficitaires de cette hormone.

Chez les hommes avec une testostérone dans les normes l'administration de 200 mg d'ananthate de testostérone va permettre d'augmenter les désirs sexuels, les érections nocturnes, la masturbation, la fréquence des éjaculations. Cela n'a cependant pas d'impact sur la rigidité des érections ni sur l'humeur (22).

Lors d'un déficit en testostérone, par exemple dans le cas d'un hypogonadisme, cela peut se manifester par une perte de la libido, une léthargie, une diminution de la masse musculaire et des difficultés érectiles (absence d'érection nocturne et matinale). Ce déficit est à suspecter surtout chez le sujet âgé, il est moins présent chez les hommes jeunes (on le retrouvera cependant lors d'une interruption de traitement androgénique intense à visée de musculation).

Dans le cas d'un déficit en testostérone, le traitement provoquera une modification radicale de la sexualité. Les troubles tels que la dépression et l'anxiété seront également améliorés (23).

Des injections de testostérone seront nécessaires lors d'un hypogonadisme, c'est-à-dire lorsque la concentration totale de testostérone est inférieure à 8 nmol/L, ou entre 8 et 13 nmol/l, associée à des symptômes de déficit androgéniques évidents.

On trouvera différentes présentations de testostérone à l'officine :

- Gel avec Androgel®,
- Patch avec Testopatch®,
- Comprimé avec Pantestone®,
- Injectable avec Androtardyl®

La modification des symptômes et le bon rétablissement suivent la courbe de biodisponibilité de la voie de traitement utilisée (24).

Exemple : Avec une injection d'Androtardyl® toutes les 4 semaines, on va avoir une augmentation rapide du principe actif dans le corps et en parallèle un rétablissement du désir sexuel qui va rapidement rentrer dans les normes. Au contraire, à la fin des 4 semaines, progressivement, au fil de l'élimination du principe actif, on aura un retour vers une baisse du désir sexuel. Celle-ci remontera à la prochaine injection.

Bupropion à 150 ou 300mg : Le Bupropion fait partie de la famille des antidépresseurs augmentant l'effet de la noradrénaline et de la dopamine. Il n'est cependant pas considéré comme un antidépresseur car ses résultats ne sont pas percutants. Il a l'AMM pour le sevrage tabagique, et sera donc utilisé hors-AMM dans ce cas.

Autres médicaments : L'utilisation du méthylphénidate pourra être envisagée, mais une attention particulière sera portée vis-à-vis de son potentiel addictif (stupéfiant). Il sera donc utilisé en dernière intention, lorsqu'il y a eu un échec des traitements de deuxième intention associés à une psychothérapie. Son utilisation étant classée hors-AMM, il ne pourra pas faire l'objet d'une prise en charge.

- Non-médicamenteux :

Il est possible d'orienter le patient vers un psychothérapeute pour couple ou pour la personne elle-même. La psychothérapie est en effet, importante dans la prise en charge de la baisse du désir sexuel, car une mésentente dans le couple, une divergence sur leur vie, des problèmes momentanés peuvent expliquer une baisse du désir sexuel chez l'homme.

En cas de blocage non résolu par les traitements médicamenteux et psychologiques on peut avoir recours à un sexologue. Celui-ci peut être sollicité dès les premiers symptômes. Il va rentrer dans la pratique, dans l'acte sexuel, plus que le psychothérapeute, et permettre une réadaptation aux désirs par plusieurs moyens, des discussions, des jeux, des images sexuelles…

2- I- B) Trouble de l'érection

Définition : Le trouble de l'érection est défini par l'incapacité et/ou la difficulté à maintenir une érection suffisante pour permettre une activité sexuelle satisfaisante.

On aura plusieurs formes de dysfonctions érectiles :

- La dysfonction érectile organique
- La dysfonction érectile psychogène
- La dysfonction érectile mixte

La dysfonction érectile organique est généralement liée à une cause artérielle, vasculaire et liée à des dysfonctions de l'endothélium (11). Elle est sous-jacente à des pathologies « primaires » telles que le diabète, des pathologies cardiaques ou une hypertension artérielle. Cette dysfonction organique a un impact psychogène au fil du temps sur l'homme. Cela pourra aboutir à une dysfonction érectile mixte.

Dans cette thèse, on s'intéressera à la dysfonction érectile psychogène tout en gardant la dysfonction érectile organique en tête comme diagnostic différentiel.

Beaucoup de troubles de l'érection devraient être classés sous le codage de la dysfonction sexuelle spécifiée, car secondaires à une autre pathologie (notamment métabolique…).

Epidémiologie :

Le trouble de l'érection est une crainte. On peut noter que près de 20% des hommes craignent d'avoir un problème érectile lors de leurs premières expériences contre 8% qui vont réellement rencontrer ce problème. Ce chiffre de 8% n'est valable que pour le premier rapport et il est dû au stress, à la peur du patient face au passage « cérémonial » de la première fois.

Cela peut être expliqué par le fait que le ou la partenaire est encore inconnu avant l'acte, que le patient n'est pas prêt mentalement mais le fait sous la pression sociale, ou s'il use d'alcool ou de drogues pour se motiver (25).

Ces troubles érectiles apparaissent lors de la première expérience sexuelle et s'estompent rapidement au fil des rapports sexuels.

Ceux qui apparaitront plus tard dans la vie de l'homme, que l'on va classer comme des troubles érectiles acquis, sont le plus souvent d'origine biologique et liés à des maladies métaboliques comme le diabète (Tableau 6).

TABLEAU 6: FREQUENCE DU TROUBLE DE L'ERECTION SELON L'AGE DU PATIENT

Age	< 40ans	60-70 ans	> 80 ans
Prévalence	2%	40 à 50%	86%

Le Tableau 6 confirme que plus l'âge avance, plus il y a d'hommes atteints d'un trouble de l'érection (26).

TABLEAU 7: PREVALENCE D'HOMME AYANT DEJA EU UN TROUBLE DE L'ERECTION AU COURS DE LEUR VIE

Age	40 ans	60 ans	70 ans
Prévalence	40%	55%	65%

Ce Tableau 7 montre que plus l'âge avance plus la possibilité d'avoir un homme rencontrant des difficultés à parvenir à une érection satisfaisante est grande. La prévalence de la pathologie est corrélée avec l'âge, en particulier à partir de 50 ans (11).

Le sentiment de souffrance lié à ce trouble a tendance à diminuer au fil de l'âge, du fait de la fréquence des actes sexuels qui tend à diminuer également.

Nb : La moitié des patients diabétiques souffriraient de troubles de l'érection, ce sont des dysfonctions érectiles organiques.

Facteurs de risques :

- Liés à des pathologies :

De nombreuses pathologies peuvent être facteurs de risques, et sont classées en deux catégories affectantes, soit la pensée, soit l'état veineux.

Dans la première catégorie sont classées les pathologies comme les apnées du sommeil, les troubles de l'humeur, les troubles dépressifs, les stress post-traumatiques ou chroniques, la consommation d'alcool et/ou d'opiacés pouvant fatiguer le corps et être la cause d'un trouble de l'érection. Ce facteur fatigue ou de somnolence est marqué par une prépondérance des neuromédiateurs inhibiteurs.

Quant aux pathologies pouvant causer des dégâts sur le système endothélial, il s'agit du diabète, de l'hypertension, des maladies cardiovasculaires mais aussi de la consommation de tabac.

L'état vasculaire joue un rôle important dans cette pathologie.

On peut citer quelques facteurs de risques amenant une dégradation de l'état vasculaire : le tabac, l'âge, le diabète et le manque d'exercice physique (sédentarité).

Dans certains cas, la pathologie vasculaire entraînera une impuissance complète :
Dans 40% des cas de cardiopathies, 25% des cas lors du diabète, 15% des cas lors de l'hypertension.

Après une prostatectomie ou après une chirurgie dans le cadre du cancer colorectal, on peut retrouver aussi un trouble de l'érection.

- Liés à des tempéraments :

On peut rapporter des tempéraments selon l'âge auquel se produisent les troubles érectiles :

Lorsque les troubles érectiles arrivent chez des jeunes/étudiants, on observe chez eux des traits de personnalité névrotique associés (27).

Lorsque les troubles arrivent chez des hommes de plus de 40 ans, on peut retrouver des traits et des personnalités à type de soumission (27).

A cela s'ajoute un phénotype de l'individu qui peut aider à la pose du diagnostic : chez ces individus on remarquera une faible confiance et une piètre estime d'eux-mêmes, ainsi qu'une diminution du sentiment d'appartenance au genre masculin.

Un affect dépressif peut avoir un impact quant à la capacité à développer des relations intimes à l'avenir. On peut retrouver des mécanismes de peur et d'évitement de l'acte sexuel.

Certains partenaires peuvent également se plaindre de la diminution de leur satisfaction sexuelle, et d'une baisse de leur désir.

Diagnostic :

Si on suspecte un hypogonadisme, on effectuera un dosage de la testostérone libre.

Le DSM-V pose les critères diagnostiques, comme détaillé dans le Tableau 8 :

TABLEAU 8: CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE L'ERECTION

Critères diagnostiques	
A	Au moins un des trois symptômes suivants doit être éprouvé dans presque toutes ou toutes les occasions d'activité sexuelle avec un partenaire : 1. Diminution marquée de la rigidité érectile. 2. Difficulté marquée à parvenir à une érection au cours de l'activité sexuelle. 3. Difficulté marquée à parvenir à maintenir l'érection jusqu'à l'achèvement de l'acte sexuel.
B	Les symptômes (A) persistent depuis une durée minimum d'approximativement 6 mois.
C	Les symptômes (A) provoquent une détresse cliniquement significative chez la personne.
D	La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, comme étant la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation ou par d'autres facteurs de stress significatifs et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale.

A ces critères diagnostiques, il faut obtenir dans l'interrogatoire la spécificité du trouble et tenir compte des autres facteurs cités pour cerner l'étiologie.

Diagnostic différentiel :

Un examen permet d'exclure une incapacité érectile : la pléthysmographie pénienne (mesure du volume du pénis durant la nuit). Il existe un biais possible s'il y a une absence de sommeil paradoxal.

Fonction érectile normale : il doit y avoir un dialogue avec les hommes ayant une fonction érectile normale mais une attente excessive, biaisée par la culture du sexe (pornographie).

Autre affection médicale : on doit exclure toute possibilité de troubles liés à des problèmes biologiques comme le diabète ou une SEP (sclérose en plaque) qui ne devrait donc pas glisser vers une thérapie psychologique. On peut généralement contourner le problème biologique avec un traitement de la dysfonction.

Comorbidité :

Ce trouble de l'érection peut être retrouvé avec d'autres troubles sexuels, comme l'éjaculation précoce ou la diminution du désir sexuel.

On peut aussi le retrouver secondairement à d'autres pathologies comme l'hypertrophie de la prostate, une dyslipidémie, un diabète sucré, des maladies cardiovasculaires, un hypogonadisme, une sclérose en plaque ou des troubles anxieux et dépressifs (19).

Traitements :

- Médicamenteux :

Traitement de première intention : Il repose sur l'utilisation des inhibiteurs de la Phosphodiestérase 5, qui agit par l'intermédiaire du monoxyde d'azote (NO). Si le trouble est psychogène ou d'origine organique le traitement se révèle efficace. De plus, un des avantages, c'est qu'ils ne provoquent pas d'érection lorsqu'il n'y a pas de stimulation sexuelle contrairement aux autres traitements.

Ces Ipde-5 sont moins efficaces chez les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires mais ils restent néanmoins actifs (28).

Une étude sur 1797 patients (placebo contre Ipde-5) révèle qu'il y a une augmentation des érections de 20% pour le placebo contre minimum 60% avec le principe actif (11). Cette augmentation des érections est proportionnelle à la dose.

Traitement de deuxième intention :

Les agonistes des prostaglandines comme l'Alprostadil vont mimer les effets de la prostaglandine E1 avec une inhibition du système adrénergique alpha-1, un relâchement des muscles lisses permettant un afflux sanguin dans les corps caverneux et donc une érection.

Autres médicaments utilisés :

La testostérone améliore le trouble de l'érection uniquement lorsque le sujet est en déficit de celle-ci. Il est possible de l'associer avec un Ipde-5 chez ces mêmes hommes (29).

Les antidépresseurs et notamment les inhibiteurs de la sérotonine ne vont avoir que très rarement des effets sur l'amélioration des érections.

Le trazodone a un effet supérieur aux placébos. Plus on augmente la posologie, plus l'efficacité sera augmentée. Cependant, compte tenu de la fréquence des effets indésirables tels que la sédation et les vertiges, cette spécialité a été retirée du marché français (30).

La phytothérapie avec notamment des plantes aphrodisiaques. *Cf chapitre sur les aphrodisiaques*.

- Mécaniques :

On va pouvoir utiliser un anneau serré à la base de la verge empêchant le retour sanguin et provoquant le maintien d'une érection. Ils peuvent être dangereux si on ne peut les ouvrir facilement car ils peuvent causer des nécroses par priapisme[1].

Des pompes péniennes et notamment des pompes à vide à action électrique ou manuelle peuvent être utilisées pour faire un appel sanguin dans le corps caverneux du pénis (31). L'érection induite par ce procédé peut durer jusqu'à 15 minutes dans le meilleur des cas. 85% des hommes qui utilisent ce dispositif se déclarent satisfaits.

[1] Priapisme = Erection pénienne indépendante de toute stimulation, douloureuse, durant au moins deux heures et n'aboutissant pas à l'éjaculation.

L'urologue peut recommander si nécessaire, le recours à un implant chirurgical qui consiste en l'insertion de cylindres à l'intérieur de la verge, un système de soupape (au niveau testiculaire) et de réservoir (au niveau abdominal) permettant de remplir les implants pour rigidifier la verge. Le patient actionne la vidange des cylindres après la relation sexuelle.

Conseils aux patients :

Il est nécessaire d'informer le patient que le trouble de l'érection peut être traitable.
Les psychothérapies sont utiles lors d'une mésentente dans le couple, qui pourrait induire des comportements négatifs sur la sexualité.
En cas de résistance aux thérapeutiques et à la psychothérapie, un urologue ou un sexologue peuvent entrer en jeu pour diriger les patients vers des examens paracliniques complémentaires. L'activité physique, la perte de poids ainsi que le contrôle de maladies comorbides sont également efficaces (31).

2- I- C) Ejaculation précoce

Définition :

L'éjaculation précoce est une éjaculation qui intervient de manière prématurée, moins d'une minute lorsqu'elle est primaire, et moins de trois minutes lorsqu'elle est secondaire ou acquise après la pénétration vaginale, par rapport aux souhaits de l'homme (32).

L'éjaculation précoce est définie par le temps de latence éjaculatoire : c'est le temps avant qu'un individu éjacule, que ce soit avant ou juste après la pénétration.

Epidémiologie :

L'ancienne échelle mesurant l'éjaculation prématurée montrait que 20 à 30 % des hommes de 18 à 70 ans étaient considérés comme éjaculateur précoce. Le temps de latence éjaculatoire prenait en compte l'éjaculation lorsqu'elle survenait dans les 4 minutes avant ou après la pénétration vaginale.

La nouvelle échelle mesure l'éjaculation prématurée par un temps de latence inférieur à une minute : sous cette nouvelle définition seulement 1 à 3% des hommes de 18 à 70 ans seraient touchés par l'éjaculation précoce.

Facteurs de risques :

- Tempéramenteux :

L'éjaculation précoce est plus fréquente chez les personnes souffrant de troubles anxieux et d'anxiété sociale (phobie sociale).

- Génétiques et physiologiques :

L'impact génétique est modeste. Il peut être lié à un polymorphisme du gène du transporteur de la dopamine ou de la sérotonine (33),(34).

Les affections de la thyroïde, la prostatite et le sevrage d'une substance sont associés à une éjaculation précoce d'origine acquise. Si la prostatite et l'hyperthyroïdie peuvent être traitées, on observera une restauration du temps de latence éjaculatoire de base.

Marqueurs diagnostiques :

Pour établir ces marqueurs diagnostiques, le ou la partenaire doit s'impliquer également en mesurant avec un chronomètre le temps de latence de l'éjaculation après pénétration intravaginale. Le temps de latence estimé par l'individu et le temps réel mesuré sont fortement corrélés.

Le diagnostic peut donc être posé grâce aux informations données par le patient, si celui-ci annonce un temps de latence de moins de 60 secondes.

Diagnostics :

Le DSM-V pose les critères diagnostiques, comme détaillé dans le Tableau 9 :

TABLEAU 9: CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE L'EJACULATION PRECOCE

Critères diagnostiques	
A	Trouble de l'éjaculation persistant ou répété survenant pendant le rapport sexuel avec une partenaire, approximativement dans la minute suivant la pénétration vaginale, et avant que la personne ne souhaite éjaculer.
B	Le symptôme (A) doit être présent depuis au moins 6 mois et être éprouvé par la personne dans presque toutes ou toutes les occasions d'activité sexuelle.
C	Les symptômes (A) provoquent une détresse cliniquement significative chez la personne.
D	La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel ou comme la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation ou par d'autres facteurs de stress significatifs, et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale.

Critère A : Bien que le diagnostic d'éjaculation précoce puisse s'appliquer aux sujets ayant des activités sexuelles non vaginales, le critère spécifique de durée n'a pas été établi pour de telles activités, bien qu'il semble similaire (35).

Spécification :

- Léger : L'éjaculation se produit entre 30 secondes et une minute.
- Moyen : L'éjaculation se produit entre 15 secondes et 30 secondes.
- Grave : L'éjaculation se produit moins de 15 secondes avant l'activité sexuelle ou après pénétration.

A ces critères diagnostiques, il faut obtenir dans l'interrogatoire la spécificité du trouble et tenir compte des autres facteurs cités pour cerner l'étiologie.

Caractéristiques associées au diagnostic :

Les patients se plaignent d'un sentiment de manque de contrôle de l'éjaculation ainsi qu'une appréhension vis-à-vis de leur incapacité anticipée à pouvoir retarder l'éjaculation, notamment lors de première fois avec un ou une nouvelle partenaire. On peut établir une corrélation entre un score plus élevé d'alexithymie[2] et la sévérité de l'éjaculation précoce (36).

Une sensibilité augmentée du pénis est un mécanisme possible pouvant expliquer ce trouble.

Des anomalies du système sérotoninergique ont été proposées comme modulant le délai éjaculatoire chez une proportion de patients.

De plus, les facteurs culturels, religieux et génétiques peuvent interférer avec le temps de latence mesuré. Selon l'origine des populations, le retentissement psychologique du trouble sera plus ou moins élevé.

Diagnostic différentiel :

L'éjaculation précoce peut être induite par un médicament/ une substance : le diagnostic de dysfonction sexuelle induite par une substance ou par un médicament doit être posé.

Il va y avoir une exclusion du diagnostic de l'éjaculation précoce pour les hommes ne répondant pas aux critères A mais voulant allonger leurs temps de latence (exemple pour tenir autant qu'un acteur de films pornographiques). Il y aura aussi une exclusion de ce diagnostic pour les hommes ayant un problème d'éjaculation précoce temporaire (ne répondant donc pas au critère B) dû au changement de partenaire.

Développement et évolution :

On peut observer un trouble de l'éjaculation prématurée à l'occasion des premières rencontres sexuelles, qui devrait s'estomper au fil de la relation.

Lorsque le trouble de l'éjaculation précoce est présent depuis le début de l'activité sexuelle du garçon, on le dit « de tout temps ». C'est le cas le plus fréquent. Celui qui est dit « acquis » est plus faible en termes de prévalence et observable surtout à partir de la quarantaine.

L'âge et l'ancienneté de la relation sont en faveur d'une amélioration de l'éjaculation prématurée.

Retentissement fonctionnel de l'éjaculation précoce :

L'éjaculation précoce peut être associée à un sentiment de manque de contrôle, une diminution de l'estime de soi, à des conséquences négatives sur la relation avec le ou la partenaire.

On retrouvera souvent une anxiété voire une humeur dépressive chez ces patients.

On observera une augmentation des dysfonctions sexuelles chez la partenaire (trouble du désir…) (37).

L'éjaculation précoce peut être associée à des difficultés de conception d'un enfant.

[2] Alexithymie : est une difficulté à identifier, à différencier et à exprimer ses émotions, ou parfois celles d'autrui.

Comorbidité :

Ce trouble peut être retrouvé avec d'autres dysfonctions sexuelles (trouble du désir, trouble de l'érection), avec des troubles anxieux, des pathologies diverses comme une prostatite ou un trouble thyroïdien mais aussi le sevrage d'un médicament ou d'une substance (ex : opiacé).

Traitements :

- Médicamenteux :

Traitement de première intention : On va utiliser des Ipde-5, mais on peut aussi utiliser de nombreux antidépresseurs, des traitements topiques et locaux en association ou en alternative. (Tableau 10) (38).

TABLEAU 10: MOLECULES UTILISEES POUR AUGMENTER LE TEMPS EJACULATOIRE

Médicaments	**Temps éjaculatoire mesuré Après administration**
Ipde-5 : Sildénafil	15min
Médicament agissant sur la recapture de la sérotonine/augmentant la sérotonine (39)	Clomipramine, Paroxétine, Dapoxétine ➔ 4 min Sertraline ➔ 3min Tramadol ➔ 7,4min

A l'arrêt d'un traitement antidépresseur, les troubles d'éjaculation précoce reviennent.
Pour contourner les effets indésirables et l'effet de sevrage liés aux antidépresseurs, la paroxétine peut être prise à la demande du patient (11). *Cf partie thérapeutique sur les IRS.*
La technique de *Squeezing* permet d'allonger le temps éjaculatoire d'environ 3,8 min.

Traitements locaux :

L'utilisation de topiques à base d'anesthésiques locaux (spray ou crème), associés ou non à l'aprostadil montre de meilleurs résultats, comparé au placebo (40). Le traitement par la crème à base de lidocaïne/prilocaïne augmente le temps d'éjaculation mesuré, jusqu'à 4 min.

Les traitements locaux peuvent être recommandés en première intention et doivent être appliqués 30 min avant le rapport sexuel, puis il faudra rincer le pénis avant pénétration. Le risque de « contamination » vaginale est faible mais doit être pris en compte pouvant amener à une baisse de la sensibilité du ou de la partenaire.

Autres thérapeutiques orales :

- Le clomifène est un modulateur des récepteurs oestrogéniques et aurait une efficacité supérieure à celle d'un placebo (41). Le propranolol n'est quant à lui pas plus efficace qu'un placebo (42).
- La testostérone pourrait avoir une utilité sur ce trouble mais uniquement chez les patients atteints d'une baisse du taux de testostérone.

- Traitements non médicamenteux :

On va aussi pouvoir désensibiliser le gland à l'aide d'une bague portée chroniquement, ou effectuer une désensibilisation des nerfs péniens dorsaux par radiofréquence (43).

Le patient peut aussi avoir recours à la technique du *Squeezing* :

Le « *squeeze* » est une méthode de Masters et Johnson, inspirée par le *stop and start*. Cette technique consiste à serrer avec les doigts la zone sous le gland pendant au moins 30 secondes juste avant d'éjaculer. L'objectif est de bloquer le flux de sang dans le pénis. Cette technique doit être utilisée avant d'atteindre le point de non-retour ou l'excitation sera trop intense pour revenir à un stade basal d'excitation. Elle est donc utile pendant la phase de plateau. On peut noter une cassure de l'excitation avec cette technique notamment pour le ou la partenaire. Elle peut être efficace si les deux partenaires sont d'accord pour utiliser cette pratique.

Ces traitements non médicamenteux ont une place importante dans la thérapeutique et peuvent potentialiser un traitement médicamenteux.

NB : Certaines drogues utilisées lors de *Chemsex* (*cf partie thérapeutique adjuvante chemsex*) peuvent retarder l'éjaculation (ex : Opiacés, héroïne, oxycodone) (11).

Conseils aux patients :

En cas de résistance aux thérapeutiques, une réorientation vers une psychothérapie, un urologue ou un sexologue est possible.

NB : Il existe aussi un trouble de l'orgasme prématuré chez la femme. Selon les critères paramétrés par les divers auteurs 3% des femmes y répondent. Cependant, il n'y a eu que peu d'études effectuées, donc cela n'est pour le moment, pas classifié comme une dysfonction sexuelle (44).

2- I- D) Ejaculation retardée

Définition :

L'éjaculation retardée, ou la non-éjaculation, est une éjaculation n'arrivant pas, bien qu'elle est souhaitée et que la stimulation sexuelle est adéquate.

Problématique :

Il n'y a pas de consensus scientifique sur la notion de retard, et sur le délai qui serait considéré comme trop long. La plainte du retard à l'éjaculation se fait lors de la relation sexuelle. Elle pousse à fournir des efforts prolongés pour atteindre l'orgasme jusqu'à épuisement ou inconfort sexuel du partenaire (45).

Un sentiment de moindre attirance peut émaner du ou de la partenaire. Certains hommes vont dans ce cas éviter l'acte sexuel.

Retentissement : les difficultés pour un homme atteint d'éjaculation retardée sont souvent liées à une souffrance psychologique de l'homme ou de son ou sa partenaire et à la difficulté de conception (19).

Epidémiologie :

La prévalence est non référencée, c'est la plainte sexuelle la moins fréquente. Sur 2652 hommes, 7,3% ont signalé une éjaculation retardée, contre 25,2% pour une éjaculation précoce.
75% des hommes signalent éjaculer à chaque fois et moins de 1% se plaignent de problème d'éjaculation retardée qui persiste à chaque acte et ce depuis plus de 6 mois (46).

La prévalence augmente de façon constante au fil de l'âge jusqu'à 50 ans. Cela étant, on observe une augmentation plus significative à partir de 50 ans (47). Un homme de 80 ans aura deux fois plus de difficultés à éjaculer qu'un homme de moins de 59 ans.

La sévérité du trouble est associée statistiquement aux concentrations de testostérone, de TSH et de prolactine. Cette pathologie est non héréditaire.

Questions diagnostiques liées à la culture :

Les plaintes d'éjaculation retardée sont plus fréquentes dans les populations asiatiques que les populations européennes, en Australie ou aux Etats-Unis.

Physiopathologie :

Chez les hommes souffrant d'éjaculation retardée, il a été montré que le seuil de sensibilité pénien était plus élevé, qu'il y avait une augmentation de la masturbation et des comorbidités psychiatriques associées (anxiété, dépression).

Une modification du potentiel évoqué somatique du nerf dorsal du pénis, plus fréquent chez les hommes de plus de 50 ans, avec un seuil des sensations pelviennes plus élevées, pourrait également expliquer une moindre sensibilité à l'éjaculation. Cependant il s'agit plus d'une diminution de la sensibilité du prépuce plutôt que de celle du gland (48).

Le DSM-V pose les critères diagnostiques, comme détaillé dans le Tableau 11 :

TABLEAU 11: CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE L'EJACULATION RETARDEE

Critères diagnostiques	
A	Un des deux symptômes suivants ou les deux doivent être éprouvés dans presque toutes ou toutes les occasions d'activité sexuelle avec un partenaire et sans que le sujet ne souhaite retarder l'éjaculation : 1. Retard marqué à l'éjaculation. 2. Absence ou diminution marquée de la fréquence de l'éjaculation.
B	Les symptômes (A) persistent depuis une durée minimum d'approximativement 6 mois.
C	Les symptômes (A) provoquent une détresse cliniquement significative chez la personne.
D	La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, comme étant la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation ou par d'autres facteurs de stress significatifs et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale.

Spécification :

Généralisé : la situation n'est pas limitée à certains types de stimulations, de situations ou de partenaires.

Situationnel : la situation ne survient qu'avec certaines stimulations, situations ou partenaires.

A ces critères diagnostiques, il faut obtenir dans l'interrogatoire la spécificité du trouble et tenir compte des autres facteurs cités pour cerner l'étiologie.

Le score d'alexithymie n'est pas plus élevé (49).

Diagnostic différentiel : Il se pose entre l'éjaculation retardée primaire ou secondaire :

- Ejaculation retardée primaire :

Elle est liée à un trouble psychogène, idiopathique ou avec une étiologie psychologique. Par exemple, il y a une origine psychologique, lorsque l'homme arrive à éjaculer avec un/une partenaire d'un sexe précis, et non avec l'autre sexe, ou avec un/une partenaire particulier/ère, mais non avec un/une autre. Cela concerne les patients, avec une nécessité d'excitation paraphilique[3], ou ceux avec un rituel précis pour pouvoir éjaculer…

- Ejaculation retardée secondaire :

Elle est expliquée par la présence d'une autre maladie ou d'une atteinte lésionnelle. Comme origine lésionnelle, il peut s'agir d'une interruption de l'innervation des organes génitaux (possible après une chirurgie).

L'éjaculation est placée sous le contrôle du système nerveux autonome impliquant les nerfs hypogastriques (sympathique) et honteux (parasympathique). De ce fait, certaines maladies vont impacter ces nerfs comme des maladies neurodégénératives (SEP et neuropathie diabétique et alcoolique) (50).

Autres diagnostics différentiels :

Dans le diagnostic il faut différencier l'éjaculation retardée de l'éjaculation rétrograde (éjaculation dans la vessie) qui peut être une conséquence de la résection transurétrale de la prostate.

L'utilisation d'une substance (comme les opiacés) ou d'un médicament (comme les antidépresseurs, les antipsychotiques ainsi que des médicaments à action alpha sympathique) peuvent expliquer l'origine de ce trouble.

Il faut veiller à bien comprendre la demande du patient. En effet, il peut y avoir une éjaculation (niveau génital) mais sans qu'elle soit accompagnée d'orgasme (expérience subjective) : cela peut être implicitement la véritable gêne ressentie par le patient. Dans ce cas-là, le diagnostic se portera vers une dysfonction sexuelle spécifiée ou non.

[3] Paraphilie : fantasmes ou comportements sexuels fréquents et intenses portant sur des objets inanimés, des enfants ou des adultes non consentants, ou bien impliquant la souffrance ou l'humiliation de soi-même ou de son partenaire.

Comorbidité :

Cette pathologie est plus fréquente dans les formes sévères du trouble dépressif caractérisé. Elle est souvent due à un médicament (comme les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, utilisés pour la dépression) et l'arrêt du traitement incriminé fait rapidement disparaitre le trouble.

Traitements :

La sérotonine et la dopamine sont impliquées dans les mécanismes centraux et périphériques de l'éjaculation (Tableau 12).

TABLEAU 12: EFFETS INDESIRABLES DES ANTIDEPRESSEURS SUR LES DYSFONCTIONS SEXUELLES

Antidépresseurs (51)	- Diminution de la libido et de la réponse érotique - Orgasme retardé ou supprimé - Ejaculation retardée, supprimée, douloureuse, sans satisfaction ou rétrograde - Perte de sensations clitoridiennes ou vaginales, ou stimulation génitale permanente - Galactorrhée (rare avec les antidépresseurs), douleurs mammaires.

Les antidépresseurs, la prégabaline et les bêtabloquants sont connus pour être des retardateurs de l'éjaculation.

On aura moins d'effet de ce type avec les antidépresseurs suivants : Le Bupropion, le Moclobémide et l'Agomélatine.

On va donc traiter, en première intention, la cause si elle est identifiée :

Cela passera par un changement du médicament psychotrope, ou des antidépresseurs, agissant sur la sérotonine en accord avec le médecin.

L'arrêt des IRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) permet systématiquement le retour à la normale pour l'homme. Aucun autre traitement pur n'a fait ses preuves.

Certaines études montrent que le Bupropion a une action mineure sur le raccourcissement du temps pour arriver à l'éjaculation (52).

Une psychothérapie en sexologie est utile dans tous les cas et on peut l'adjoindre au Bupropion si l'arrêt du traitement antidépresseurs ne peut pas se faire.

II) Femme

2- II- A) Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle

Définition :

La diminution de la libido chez la femme regroupe les troubles allant de la baisse de l'intérêt à initier et à effectuer un acte sexuel, jusqu'à l'insuffisance à éprouver une excitation sexuelle.

Epidémiologie :

Un désir sexuel bas a une prévalence de 43% chez la femme et de 10% sous sa forme sévère (53).

Cette prévalence peut varier avec l'âge et le milieu culturel. Le taux de prévalence du désir sexuel est plus bas chez les femmes originaires d'Asie de l'Est par rapport aux femmes euro-canadiennes (54).

Cette différence de taux de prévalence entre les lieux géographiques, peut être liée à un énorme biais d'interprétation, concernant ce que l'on considère comme « normalité » dans le désir sexuel. La culture a donc un impact sur cette mesure et sur la norme. Ainsi, certaines cultures vont classer comme pathologique un comportement alors qu'une autre la considèrera normale, tant qu'il n'y a pas de souffrance chez la femme.

Ce paramètre est vérifiable grâce à l'IRM en neuro-imagerie. Les femmes ayant un trouble touchant à l'image érotique, ont une plus grande activation des régions liées au traitement cognitif et social des informations, indiquant un rôle culturel et social variable dans le trouble du désir sexuel (55).

Cette dysfonction sexuelle est variable quant à la durée des symptômes et à la souffrance invoquée par la patiente.

NB : La prévalence diminue lorsque l'on rajoute le paramètre de souffrance concernant le fonctionnement sexuel (56).

On observe une baisse normale des pensées sexuelles avec l'âge, le désir sexuel quant à lui, peut aussi diminuer (56). Néanmoins la plainte concernant une souffrance est moins rapportée par les femmes plus âgées puisqu'effectivement on aura parallèlement une diminution normale du désir de l'homme et une diminution globale des rapports. L'impact psychologique sera donc plus faible.

Diagnostics : Le DSM-V pose les critères diagnostiques, comme détaillé dans le Tableau 13 :

TABLEAU 13: CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE L'INTERET POUR L'ACTIVITE SEXUELLE ET DE L'EXCITATION SEXUELLE

	Critères diagnostiques
A	Déficience ou réduction significative de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle qui se manifeste par au moins trois des symptômes suivants : 1) Absence/diminution de l'intérêt pour l'activité sexuelle. 2) Absence/diminution des pensées érotiques ou sexuelles ou des fantaisies imaginatives. 3) Peu ou pas d'initiation de l'activité sexuelle et, typiquement, absence de réceptivité aux tentatives du partenaire pour initier l'activité sexuelle. 4) Absence/diminution de l'excitation ou du plaisir sexuel dans presque toutes ou toutes les situations de rencontres sexuelles. 5) Absence/diminution de l'intérêt sexuel ou de l'excitation sexuelle en réponse aux signaux sexuels/érotiques, internes ou externes (écrits, verbaux, visuels). 6) Absence/diminution des sensations génitales ou non génitales pendant l'activité sexuelle dans presque toutes ou toutes les rencontres sexuelles.
B	Les symptômes (A) persistent depuis une durée minimum d'approximativement 6 mois.
C	Les symptômes du (A) provoquent une détresse cliniquement significative chez la personne.
D	La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, comme étant la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation (ex. violence du partenaire) ou par d'autres facteurs de stress significatifs et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale.

Pour le critère 3A : C'est un critère de type comportemental. Il est intéressant pour le thérapeute de s'intéresser aux croyances et préférences du couple pour pouvoir évaluer ce critère.
Pour le critère 6A : Il peut inclure une diminution de la lubrification vaginale

A ces critères diagnostiques, il faut obtenir dans l'interrogatoire la spécificité du trouble et tenir compte des autres facteurs cités pour cerner l'étiologie.

Le désir sexuel et l'excitation sont liés et sont souvent un critère de plainte chez la patiente présentant ces troubles. Il peut y avoir des profils différents de symptômes selon les femmes ainsi qu'une variabilité sur la manière dont s'exprime leur intérêt vis-à-vis de leur sexualité ainsi que de leur excitation.

Le manque de plaisir est une plainte fréquente pour une femme ayant un désir sexuel faible.
Une souffrance doit être déclarée pour établir ce diagnostic. Il faut qu'il y ait une interférence entre sa vie et son bien-être rattachable, et la souffrance à l'origine du trouble.

Un trouble de l'intérêt a souvent une origine non biologique : lors du diagnostic, on pourra donc utiliser le questionnaire FSFI *(Female Sexual Function Index)* (*cf Questionnaires diagnostics dans la Partie 4*).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic :

Un trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme est souvent associé à des difficultés à atteindre l'orgasme, à une douleur éprouvée pendant le rapport, à une activité sexuelle peu fréquente, ou à des attentes différentes de celles de son ou sa partenaire.

D'autres facteurs peuvent accompagner le diagnostic, comme des attentes irréalistes, des conceptions trop normatives (norme de genre) du désir ou de l'excitation sexuelle, un faible niveau de connaissances techniques et un manque d'informations sur la sexualité.

Des difficultés relationnelles et des troubles de l'humeur sont aussi souvent associés. Le stress influence négativement la libido et l'axe endocrinien de la sexualité.

Développement et évolution :

Des troubles acquis peuvent résulter d'évènements interpersonnels ou personnels liés au partenaire lui-même ou au changement de partenaire. Si ces troubles sont transitoires, on ne pourra pas poser le diagnostic de trouble de l'intérêt.

Les femmes ayant une relation sur le long terme sont plus susceptibles d'avoir un rapport sexuel malgré leur faible désir, que les femmes ayant des relations de court terme (57).

NB : la sécheresse vaginale chez les femmes âgées est liée à l'âge et à la ménopause. Cet inconfort pourra être un facteur d'évitement et donc de diminution de l'intérêt pour l'acte sexuel.

Facteurs de risques et pronostiques :

Plusieurs indicateurs de vie peuvent être initiaux et augmenter la prévalence de ces troubles, on pourra citer des facteurs de risques de nature :

- Tempéramentaux :

Ils comprennent les cognitions et les attitudes négatives à l'égard de la sexualité et les antécédents de troubles mentaux de la femme (58).

- Environnementaux :

Ils comprennent les difficultés relationnelles, les difficultés de fonctionnement avec le partenaire sexuel et l'histoire du développement individuel, comme les premières relations avec les parents et les facteurs de stress de la petite enfance.

Certaines pathologies comme le diabète sucré et les dysfonctionnements de la thyroïde peuvent favoriser ce trouble.

Il y a une grande influence des facteurs génétiques sur la vulnérabilité aux problèmes sexuels chez les femmes (59).

Lors d'un trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme, on observe un retentissement fonctionnel se traduisant par une, diminution du degré de satisfaction relationnelle.

Diagnostic différentiel :

Ce diagnostic, comme pour le trouble du désir chez l'homme, ne peut pas être posé si la personne est identifiée comme asexuée. De plus, comme pour les hommes, si la femme éprouve moins de désir que son ou sa partenaire, cela ne suffit pas à porter le diagnostic.

D'autres diagnostics peuvent conduire à ce trouble, sans que l'on puisse poser un diagnostic. Après résolution du trouble initial, le désir et l'excitation seront rapidement restaurés.

On peut citer des cas :

De troubles mentaux comme la dépression, qui conduisent à une diminution des envies de manière générale, et donc également du désir de l'acte sexuel. Lorsque la dépression est traitée, ces troubles devraient disparaitre.

L'usage d'une substance ou d'un médicament ainsi que des affections médicales comme le diabète sucré, les maladies de l'endothélium, le dysfonctionnement de la thyroïde, des maladies du système nerveux central les excluront aussi de ce diagnostic.

A cela on peut rajouter des facteurs interpersonnels, comme une souffrance relationnelle sévère, une violence du partenaire, un stress important. Les évènements de vie doivent bien entendu être pris en compte pour établir une vraie dysfonction sexuelle.

Une attention sera portée aux stimuli sexuels, si ceux-ci sont adéquats ou absents. S'ils sont inadéquats, il peut y avoir des soins spécifiques effectués par un sexologue, mais qui excluront de fait, le diagnostic du trouble du désir chez la femme.

Comorbidités assez fréquentes :

La baisse du désir semble être comorbide avec la dépression, l'abus sexuel et physique à l'âge adulte, le bon fonctionnement mental avec des troubles de l'humeur et des niveaux de stress élevés (avec ou sans consommation d'alcool) (60).

Le manque de désir et d'excitation peuvent être secondaires ou primaires à d'autres dysfonctions sexuelles (61). Ce trouble peut être associé, par exemple, à des douleurs chroniques au niveau génital (vaginisme, dyspareunie, vulvodynie).

D'autres pathologies comme l'incontinence urinaire, des facteurs médicaux de la sphère génitale ainsi que des maladies inflammatoires telles que l'arthrite, les maladies inflammatoires de l'intestin ou le syndrome du côlon irritable sont également associés à des problèmes d'excitation sexuelle (62).

Les répercussions de ce trouble du désir sexuel aggravent ou précipitent une mésentente du couple qui peut alors auto-amplifier le trouble.

Rôle des traitements oncologiques :

Le traitement du cancer du sein induit une baisse de la qualité de vie et des dysfonctions sexuelles. Il va y avoir une perte de la libido, une diminution de la qualité des orgasmes et des douleurs pelviennes faisant suite à des traitements oncologiques.

Pendant un cancer du sein, plus de la moitié des femmes ont une dysfonction sexuelle et jusqu'à 45% en post-cancer (63). Il y a également un fort impact de la mastectomie sur l'image de soi.
Le traitement oncologique a un impact sur le système hormonal et le fonctionnement cérébral, ce qui modifie la libido.

Biologie :

Différentes hormones rentrent en jeu lorsqu'il s'agit du désir et de l'excitation de la femme :

La testostérone : L'hormone du désir, avec son administration, augmente les désirs sexuels actifs, la fréquence de masturbation, les pulsions sexuelles actives de la femme, ainsi qu'une réceptivité augmentée aux stimuli érotiques.

Les œstrogènes : Les œstrogènes augmentent les effets passifs de la libido, ils augmentent la disponibilité des femmes ou leur réceptivité à des relations sexuelles.

L'ocytocine : l'ocytocine joue un rôle dans la construction des liens affectifs entre des personnes ayant eu des échanges sexuels. Sa concentration peut tripler lors de l'orgasme.

Néanmoins, une étude comparative des taux d'hormones (testostérone totale, libre, prolactine, hormone lutéinisante, œstradiol, progestérone…) (64) entre les femmes ayant un intérêt et celles qui n'en ont pas, prouve que cette dysfonction sexuelle peut exister même chez des femmes ayant des taux hormonaux dans les normes.

La relation testostérone et intérêt de la femme est difficilement corrélable car d'autres facteurs influencent la libido. Cependant la concentration en testostérone est proportionnelle à la fréquence de la masturbation chez la femme (mais pas à celle d'une relation sexuelle hétérosexuelle) (65).

Certains traumatismes cérébraux peuvent amener à un hypogonadisme avec une chute de la testostérone, ces traumatismes peuvent être accompagnés ou non d'une ménopause précoce (11).

Déficit en testostérone :

Lors de la ménopause, d'ablation des ovaires, de chimiothérapie ou de radiothérapie abdominale, une origine organique du trouble peut subvenir dans le contexte d'un déficit en testostérone (11). (Tableau 14).

Le dosage de la testostérone libre est difficile à interpréter seul chez la femme.

TABLEAU 14: DESCRIPTION DES SYMPTOMES APRES UNE BAISSE DES VALEURS NORMALES EN TESTOSTERONE CHEZ LA FEMME

Symptômes psychologiques	La femme ressent un sentiment de mal-être généralisé, éventuellement un manque d'endurance, une fatigue chronique, une baisse des compétences cognitives.
Symptômes sexuels	La dysfonction sexuelle est globale, avec perte du désir, des fantasmes, de la capacité à être stimulée et de ressentir un orgasme. Les sensibilités clitoridienne et mammaire sont diminuées. L'orgasme, lorsqu'il survient, est de faible intensité. La femme n'initie plus d'approche de nature sexuelle.
Symptômes physiques	Chute des poils pubiens.

Pour les personnes transgenres homme vers femme, en post-opératoire, après castration, le taux de testostérone chute et on observera chez un tiers de ces femmes un trouble du désir (66).

Traitements :

- Traitement de première intention :

Le traitement prioritaire passe par une meilleure information/éducation des femmes souffrant de trouble du désir sexuel (67). Il est important lors des cours d'éducation sexuelle de dire que le rapport sexuel ne doit pas être centré sur le sexe de l'homme. C'est réducteur pour la sexualité de la femme, et de la jeune femme, qui pourrait penser qu'elle ne prendrait du plaisir, ne pourrait éprouver de l'excitation que lors d'un rapport avec pénétration, et avec un homme. Lors de ces cours, une part importante est liée à la prévention, à l'acte (décrit de manière mécanique), mais il serait intéressant d'y inclure la notion de plaisir.

L'utilisation d'un vibro-masseur, par le professionnel en sexologie, pour stimuler la zone vaginale ou clitoridienne est à proposer à la femme. Cela lui permettrait de s'approprier les conséquences sensorielles de la stimulation génitale, sans que des échanges avec un ou une partenaire viennent les inhiber (11).

En plus d'une meilleure information qui est la base du traitement de ce trouble on peut adjoindre une thérapeutique médicamenteuse. On va préférer utiliser la testostérone en première intention par rapport aux psychostimulants et aux Ipde-5. Le choix se portera sous la forme de patch ou de crème. La posologie doit être très inférieure à celle prescrite aux hommes.

On peut associer cette testostérone avec d'autres molécules, telles que :

Les œstrogènes : Lorsque la testostérone est ajoutée aux œstrogènes, on observe un impact positif sur la libido et sur le plaisir durant les rapports sexuels. Lors de la ménopause, cette association a de meilleurs résultats sur l'énergie et l'humeur (68).

C'est le traitement de première intention (souvent utilisé par voie cutanée) en post-ménopause (69).

Avec IRS : Lorsque la testostérone est ajoutée aux inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (fluoxétine, venlafaxine…), on observe une amélioration de la libido et une augmentation de la fréquence des relations sexuelles (70).

En Europe, la testostérone n'est utilisée par voie transcutanée (Intrinsa®) que dans le trouble du désir sexuel faisant suite à une ovariectomie, à la dose de 300 microgrammes par jour, que les femmes prennent en plus des œstrogènes ou non.
Le délai d'action va de quelques jours à plusieurs semaines (71).

- Traitement de deuxième intention :

En deuxième intention, on utilisera d'autres thérapeutiques disponibles comme :
Le Bupropion qui amène une amélioration dès la première semaine de traitement (72). La posologie est de 150 à 300 mg par jour.

Concernant les Ipde-5, on les utilisera à la posologie de 25 à 50 mg. Les effets positifs sont rares mais rapides à identifier. Néanmoins, ils ne présentent que peu d'efficacité dans la majorité des cas (73).

On pourra aussi citer la molécule de Flibansérine. C'est un agoniste sérotoninergique du récepteur 5-HT1A et antagoniste du récepteur 5-HT2. Il entraine cependant beaucoup d'effets indésirables (nausées, vertiges, somnolence). Ces effets indésirables augmentent s'il y a un déficit en CYP3A4 (cytochrome 3A4) ou s'il y a une prise d'alcool concomitante (contre-indication). Ce médicament n'est pas disponible en France.

La dose de 100mg de Flibansérine une fois par soir est la seule dose ayant eu un impact supérieur à celui du placebo sur la satisfaction sexuelle mais non sur l'augmentation du désir (74). Son utilisation ne doit pas dépasser 8 semaines. S'il n'y a pas d'amélioration, le traitement doit être arrêté (75).

D'autres molécules ont été testées, sans pour autant qu'elles aient un intérêt particulier en pratique. C'est par exemple le cas de l'Alprostadil 500 microgrammes administré par voie vaginale, qui aboutit à un engorgement vasculaire vaginal et à un plaisir sexuel augmenté.

L'ocytocine, administré en intra-nasal 50 minutes avant une relation sexuelle, aide à améliorer la satisfaction sexuelle et l'humeur dépressive mais son effet n'est pas supérieur à celui d'un placebo (76).

La Yohimbine n'a pas montré d'efficacité (77).

Concernant la phytothérapie, peu de données sont disponibles. On pourra citer le *Tribulus terrestris* (appelé aussi « croix de Malte ») qui permet une amélioration de la libido, de la sensibilité à la stimulation sexuelle, de la lubrification et de la dyspareunie (78).

Certaines molécules sont encore à l'étape de recherche comme le Brémélanotide qui est un agoniste des récepteurs MC1R et MC4R de la mélanocortine. Il a d'abord été étudié pour stimuler le bronzage, néanmoins avec comme effets indésirables une augmentation de la libido et des érections chez les volontaires. L'utilisation de cet agoniste est à l'étude (79).

Conclusion :

Le clinicien doit parfois amener la patiente à reconnaitre qu'elle a sous-estimé voire nié ses difficultés.

Par la suite, le psychothérapeute et/ou le sexologue va interagir avec elle, afin de rétablir des réactions adéquates aux stimuli sexuels. Il peut être proposé d'intégrer le ou la partenaire, d'avoir une réflexion personnelle sur de possibles fantasmes, des images érotiques ou pornographiques.

Le psychothérapeute peut apporter des informations et éduquer la femme à la sexualité, voire proposer, en plus d'un traitement, une thérapie de couple si le clinicien observe une mésentente.

Si le trouble est résistant aux traitements, il y aura consultation chez le sexologue avec de possibles exercices à l'aide d'objets sexuels, de lubrifiant ou d'autres conseils sur l'acte en lui-même pour apprendre ou réapprendre les stimuli adéquats, et éveiller ou stimuler un intérêt pour la pratique sexuelle.

2- II- B) Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration

Définition :

Une douleur vulvo-vaginale ou pelvienne lors d'une tentative de pénétration se réfère à la douleur pouvant intervenir à différentes localisations. La douleur peut être caractérisée comme superficielle (vulvo-vaginale ou survenant lors de la pénétration) ou profonde (pelvienne, non ressentie jusqu'à une pénétration plus profonde). L'intensité de la douleur n'est pas corrélée de manière linéaire à la détresse de la femme.

La douleur génito-pelvienne peut être spontanée ou provoquée (pendant des rapports sexuels ou stimulation mécanique).

La catégorie des troubles liés à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration remplace les termes de dyspareunie[4] et de vaginisme[5] présents dans le DSM-IV, qui sont maintenant regroupés dans cette section. Le vaginisme peut aller jusqu'à l'impossibilité d'introduction d'un tampon menstruel.

Le vaginisme et la dyspareunie et de façon plus globale le trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration sont des syndromes que le psychiatre ne peut prendre en considération que s'il y a eu un examen gynécologique au préalable (11).

Epidémiologie :

La prévalence réelle est inconnue, mais néanmoins 15% des femmes en Amérique du Nord s'en plaignent et signalent des douleurs récurrentes pendant une relation sexuelle (80). La difficulté à avoir un rapport sexuel est un motif important de consultation chez un spécialiste.
La dyspareunie sous sa forme récurrente touche 10 à 20% des femmes aux Etats-Unis (81).

[4] Dyspareunie : désigne les douleurs ressenties pendant ou après un rapport sexuel.
[5] Vaginisme : peur panique involontaire de la pénétration, conduisant la femme qui en souffre à contracter les muscles du périnée pour l'éviter.

Elle peut être secondaire à une déchirure vulvaire lors d'accouchement avec ou sans épisiotomie (dyspareunie causale rare 1% de celles-ci), alors que la moitié des premiers accouchements étaient accompagnés de lésions vulvaires (82).

Elle peut être secondaire à une sécheresse vaginale. L'étude REVIVE (83) sur des femmes ménopausées indique que 70% des femmes ayant répondu se plaignent de sécheresse vaginale et que celle-ci à un impact sur leurs relations sexuelles.

L'éducation sexuelle et le facteur religieux de la personne ont été considérés comme des facteurs prédisposant culturellement au diagnostic de vaginisme notamment dans le DSM-IV. (Conforté par une étude réalisée avec la population turque chez laquelle ce trouble est plus présent que dans d'autres pays moins religieux (84)).

Diagnostics : Le DSM-V pose les critères diagnostiques, comme détaillé dans le Tableau 15 :

TABLEAU 15: CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE LIE A DES DOULEURS GENITO-PELVIENNES OU A LA PENETRATION

	Critères diagnostiques
A	Difficultés persistantes ou répétées dans un ou plusieurs des cas suivants : 1) Pénétration vaginale pendant la relation sexuelle. 2) Douleur vulvo-vaginale ou pelvienne marquée pendant la relation sexuelle ou lors des tentatives de pénétration. 3) Peur ou anxiété marquée d'une douleur vulvo-vaginale ou pelvienne par anticipation, pendant ou résultant de la pénétration vaginale. 4) Tension ou crispation marquées de la musculature du plancher pelvien au cours des tentatives de pénétration vaginale.
B	Les symptômes (A) persistent depuis une durée minimum d'approximativement 6 mois.
C	Les symptômes (A) provoquent une souffrance cliniquement significative chez la personne.
D	La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, comme étant la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation (ex. violence du partenaire) ou par d'autres facteurs de stress significatifs, et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale.

Un seul des critères A suffit à poser le diagnostic si un examen gynécologique a été effectué au préalable.

Le critère A1 : Il peut s'agir d'une difficulté totale de faire l'expérience de la pénétration vaginale dans toute les circonstances (examen gynécologique, insertion de tampon, rapport sexuels) ou d'une simple difficulté lors de certaines situations.

Il est intéressant de qualifier la douleur (brûlante, à type de coupure, traçante, pulsatile…). La douleur peut persister un temps après le rapport sexuel et peut se produire pendant la miction.

Cette douleur ressentie pendant un rapport sexuel peut être reproduite lors d'un examen gynécologique.

Le critère A3 : Il peut amener à éviter les relations sexuelles ou intimes. Il peut même parfois devenir une réaction phobique.

Le critère A4 : Il peut varier d'un spasme de type réflexe des muscles du plancher pelvien en réponse à une tentative de pénétration, à une réponse de défense musculaire normale ou volontaire en réponse à l'anticipation de l'expérience de la douleur, de la peur ou de l'anxiété.

Dans le cas d'un type de protection, la pénétration peut être rendue possible après une période de relaxation. L'évaluation du plancher pelvien est mieux caractérisée par un gynécologue ou un physiothérapeute.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic :

Ce trouble est souvent associé à d'autres troubles sexuels et peut entrainer une réduction du désir et de l'intérêt sexuel (qui peuvent cependant être maintenus lorsqu'il n'y a pas de pénétration).

On a très souvent un phénomène d'évitement du rapport sexuel, de la pénétration mais aussi des examens gynécologiques recommandés.

Le diagnostic de cette pathologie se fait régulièrement chez les femmes voulant concevoir un enfant, car en dehors de cette période, elles ne seraient pas venues se « plaindre » de douleurs.

Conjointement aux douleurs, il y a un sentiment de féminité altéré et cela peut poser des problèmes relationnels et conjugaux.

A ces critères diagnostiques, il faut obtenir dans l'interrogatoire la spécificité du trouble et tenir compte des autres facteurs cités pour cerner l'étiologie.

Il n'existe pas de mesures physiologiques validées pour quantifier et qualifier les symptômes liés à ce trouble.

Développement et évolution :

La distinction est difficile entre le type « de tout temps » et le type « acquis » puisque la recherche de soins et de traitements, ne va être demandée que lorsque la femme va être confrontée à un problème lors d'un rapport.

Après le premier rapport sexuel, le type de « tout temps » peut être révélé s'il existe des douleurs antérieures, notamment lors de la mise en place de tampon ou l'évitement de leur utilisation.

Etant donné qu'il y a plusieurs facteurs interférant en début de vie sexuelle comme le stress, l'anxiété, le partenaire, le nombre de tentative, les difficultés doivent être mesurables sur une période conséquente pour mesurer la symptomatologie et poser le diagnostic.

Deux pics de fréquence des plaintes quant aux douleurs génito-pelviennes :

- Au début de l'âge adulte : expliquées par la méconnaissance du corps, de la lubrification, du stress…

- Dans la période péri-post-ménopause : le nombre de plaintes devient en proportion majoritaire.

Selon une étude, il y a moins de communication entre le partenaire et la femme atteinte de cette dysfonction sexuelle. Ce qui pourrait amplifier le facteur stress, la difficulté à lâcher-prise et les douleurs.

Il peut aussi avoir une augmentation des symptômes en post-partum (85).

Les douleurs sont souvent sur le muscle *levator ani* durant l'examen gynécologique et sont le plus souvent citées lors des douleurs pelviennes (86). Le FSFI (questionnaire global portant sur les dysfonctions sexuelles de la femme) comporte 3 questions à ce sujet.

Les problèmes psychiatriques sont souvent secondaires à la persistance de syndrome génito-pelvien.

Facteurs de risques et pronostiques :

Pour cette pathologie, on pourra citer des facteurs pouvant être à risque :

- Environnementaux :

Les violences sexuelles et physiques sont citées comme un facteur prédictif dans l'ancien classement du DSM IV. C'est un sujet de controverse dans la littérature actuelle.

- Génétiques et physiologiques :

Souvent en post-infection vaginale, les femmes signalent des douleurs superficielles pendant le rapport sexuel même si l'infection a été traitée correctement (87).

Le retentissement fonctionnel majeur de ce trouble est la difficulté à concevoir un enfant lors d'un rapport impliquant une pénétration et donc des douleurs génito-pelviennes.

Il y a également un impact négatif sur le degré de satisfaction relationnelle, avec de possible dysfonctions sexuelles secondaires pour le partenaire (88).

La réussite de la mise en place d'un tampon est un facteur prédictif important de ce trouble (89)**.**

Causes :

Les causes de dyspareunie sont multiples : ménopause, anomalies du plancher pelvien, déchirures après accouchement, vaginites, autres infections gynécologiques. Plusieurs causes peuvent être associées (11).

Un phimosis clitoridien a été mis en relation avec la dyspareunie mais pas avec d'autres dysfonctions sexuelles.

Les varices de la région pelvienne peuvent aboutir à une congestion vasculaire, à une dyspareunie et à des douleurs post-coïtales.

L'hystérectomie complète peut mener à une dyspareunie du fait d'un raccourcissement du vagin, possiblement modifiable par le chirurgien.

Une baisse des œstrogènes, notamment en post-ménopause, peut modifier la muqueuse de la paroi vaginale, diminuer la lubrification et augmenter le risque de dyspareunie. Toutefois, la relation entre le niveau des œstrogènes, la sécheresse vulvo-vaginale et la douleur n'est pas clairement établie (90).

Diagnostic différentiel :

Le clinicien devra éliminer d'autres pathologies dites primaires avant de poser le diagnostic de ce trouble. Comme d'autres affections médicales excluant dès lors ce trouble : le lichen scléro-atrophique, l'endométriose, une maladie inflammatoire pelvienne ou une atrophie vulvo-vaginale.

Le traitement de ces maladies peut seulement soulager en partie les symptômes. Il n'y a pas d'outil ni de méthode pour établir si la pathologie est primaire ou secondaire au trouble.

Certaines femmes diagnostiquées avec un trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration peuvent aussi recevoir le diagnostic de phobie spécifique. Ces femmes voudront éviter à tout prix toute pénétration.

De plus, il est nécessaire de prendre en compte l'adéquation des stimuli sexuels avec l'expérience sexuelle de la femme. Si les situations de rapprochements, les préliminaires et l'excitation sexuelle ne sont pas adéquats, alors la femme ne sera pas disposée à continuer l'acte sexuel. Ces stimuli inadéquats peuvent empêcher la pose du diagnostic.

Comorbidité :

Ces douleurs de la région génito-pelvienne sont souvent comorbides avec d'autres problèmes sexuels connus, comme notamment les troubles du désir sexuel chez la femme : en effet, les douleurs provoquent un évitement de l'acte, et de ce fait, un désir sexuel plus faible. Cette pathologie est aussi comorbide avec des souffrances relationnelles, par exemple des problèmes dans le couple, des problèmes à la conception de l'enfant, qui seront l'un des motifs d'une consultation pour résoudre ce trouble. Ces facteurs de comorbidité sont liés plus généralement à la culture occidentale.

Comme la symptomatologie du plancher pelvien est impliquée dans le diagnostic de trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration, il est possible qu'il existe une prévalence plus élevée des autres troubles liés au plancher pelvien ou aux organes reproducteurs (ex : cystite interstitielle, constipation, infection vaginale, endométriose et syndrome du côlon irritable).

Traitements :

Il est important d'exclure une cause gynécologique avant tout traitement.

Après avoir exclu toute autre pathologie, on posera le diagnostic de dyspareunie idiopathique ou psychogène. Le diagnostic différentiel des formes de vaginites est nécessaire pour orienter le traitement.

=> Traitement des varices pelviennes : l'embolisation endovasculaire est le traitement de choix.

=> Traitement lors de cas d'endométriose : chirurgie ou hormone.

=> Traitement lors de la ménopause : traitement hormonal.

Une éducation quant à l'anatomie et la physiologie des organes génitaux est utile si la femme semble mal informée.

Traitement alternatif d'accompagnement sur la connaissance du corps de la femme :

Une étude a été effectuée sur le vaginisme primaire (empêchant la pénétration vaginale). Après un traitement de 3 mois (3 séances de 2 heures par semaine, au maximum) consistant en des exercices de pénétration vaginale par des accommodateurs vaginaux, une nette amélioration a été observée. Le taux de succès de ces exercices, faits par des femmes en présence de leur partenaire et d'un thérapeute, a été de 31 sur 35 femmes, capables d'avoir une relation sexuelle vaginale, à la fin de l'étude (91).

L'origine organique ou psychologique n'influence pas le succès d'un traitement par le psychothérapeute (92).

NB : Vulvodynie : c'est une gêne vulvaire chronique ou périodique à l'entrée vaginale ou dans le secteur de la vulve, et qui est ressentie sous forme de brûlure, d'irritation et de douleur. Ce trouble serait rapporté par plus de 15% des femmes. Ce trouble a des causes complexes et multifactorielles et les thérapeutiques utilisées sont le *biofeedback* et des interventions de vestibulectomie (93). La gabapentine et l'injection de toxine botuline ont fait leurs preuves (94).

Une psychothérapie est initiée dans tous les cas. De plus, s'il y a présence d'une cause organique on peut rajouter des traitements locaux, physio-thérapeutiques ou hormonaux, de la toxine botulinique voire proposer un recours à la chirurgie.

2- II- C) Trouble de l'orgasme chez la femme

Définition :

Le trouble de l'orgasme chez la femme est défini comme l'absence d'orgasme, alors que la phase d'excitation sexuelle serait adéquate et dans la norme.

Distinction entre un orgasme vaginal et un clitoridien :

Orgasme clitoridien : c'est un orgasme résultant de la stimulation du clitoris. Cette stimulation serait le seul moyen d'atteindre l'orgasme génitale chez la femme.

Orgasme vaginal : il est atteint lors de la pénétration avec peu de stimulation clitoridienne, il serait associé à une éducation à la sexualité par la pornographie, les perceptions vaginales et les préférences pour un pénis de grande taille (95).
L'existence de cet orgasme vaginal et du point G, est remis en cause (96).
La feinte de l'orgasme a été étudiée (97) : sur 281 personnes 70% des femmes et 30% des hommes ont dit avoir simulé un orgasme. Il y a diverses raisons à cela. Cela pourrait être une stratégie pour retenir le partenaire, ou permettre d'augmenter son plaisir et celui de son ou sa partenaire, ou simplement une volonté d'interrompre le rapport.

Epidémiologie :

La fourchette du taux de prévalence est assez importante (10 à 42% des femmes seraient touchées) et diverge selon plusieurs facteurs (âge, culture, durée et sévérité des symptômes) (98).

Ces estimations ne prennent pas en compte la souffrance. Le taux de prévalence est bien plus bas chez les femmes qui regroupent un trouble de l'orgasme avec la souffrance qui l'accompagne.

Les femmes atteintes se disent frustrées pour 60% d'entre elles. Il y a un sentiment d'aversion à l'égard de la sexualité, avec présence d'anxiété. Environ 10% des femmes n'ont jamais éprouvé d'orgasme au cours de leurs vie. L'orgasme est plus fréquent au fil des âges et lors d'une masturbation *versus* une pénétration lors d'un rapport homme-femme (19).

Les dysfonctions orgasmiques sont rapportées par 24% des femmes aux Etats-Unis (99), avec un gradient culturel : 17,7% en Europe du Nord et jusqu'à 42,2% en Asie du Sud-Est.

Une autre étude sur 2850 célibataires aux Etats-Unis a montré que (100):

lors d'un rapport sexuel homo ou hétéro 80% des hommes ressentent un orgasme alors que chez les femmes, 62% éprouvent un orgasme lors d'un rapport hétérosexuel, contre 75% lors d'un rapport homosexuel. De plus, la dysfonction orgasmique est moins fréquente lors de la masturbation que lors du coït. Cela tend à montrer une méconnaissance des hommes du corps de la femme et de son plaisir.

Accouchement : chez les femmes primipares, la sexualité féminine n'est pas impactée par la voie d'accouchement (101)

Il y a une part prépondérante de l'histoire personnelle sur cette dysfonction sexuelle.

Diagnostics : Le DSM-V pose les critères diagnostiques, comme détaillé dans le Tableau 16 :

TABLEAU 16: CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE L'ORGASME CHEZ LA FEMME

Critères diagnostiques	
A	Présence de l'un ou des deux symptômes suivants qui doivent être éprouvés dans presque toutes ou toutes les occasions d'activité sexuelle (75 à 100%) : 1) Retard marqué pour parvenir à l'obtention de l'orgasme ou diminution marquée de la fréquence ou absence d'orgasme. 2) Diminution marquée de l'intensité des sensations orgasmiques.
B	Les symptômes (A) persistent depuis une durée minimum d'approximativement 6 mois.
C	Les symptômes (A) provoquent une souffrance cliniquement significative chez la personne.
D	La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel ou comme étant la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation (ex. violence du partenaire) ou par d'autres facteurs de stress significatifs et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une autre affection médicale.

A ces critères diagnostiques, il faut obtenir dans l'interrogatoire la spécificité du trouble et tenir compte des autres facteurs cités pour cerner l'étiologie.

Pour la spécificité du trouble, il faut savoir si la femme n'a jamais éprouvé d'orgasme quelle que soit la situation. De nombreuses femmes ont besoin d'une stimulation clitoridienne pour atteindre l'orgasme, et une proportion faible de femmes évoque atteindre l'orgasme à chaque pénétration lors de rapports sexuels.

Attention l'expérience de l'orgasme lors d'une stimulation clitoridienne sans lien avec une pénétration ne répond pas aux critères de diagnostic de cette pathologie.

A noter qu'il faut vérifier que la stimulation sexuelle est suffisante avant d'établir un trouble de l'orgasme chez une femme. La prise en charge changera et le recours à une consultation avec un sexologue pourra être envisagé en présence du partenaire.

Caractéristiques associées en faveur d'un diagnostic :

Les traits de personnalité et certains fonctionnements psychopathologiques n'ont pas été retenus comme pertinents pour la pose de ce diagnostic.

Cependant certaines femmes présentant ce trouble de l'orgasme, vont également avoir des difficultés à communiquer avec leur conjoint sur ce qui a un rapport à leur sexualité.

Le trouble orgasmique primaire ne peut pas être traité pharmacologiquement, contrairement aux altérations secondaires de l'orgasme (qui répondent aux traitements du syndrome à l'origine de cette difficulté sexuelle).

Développement et évolution :

L'âge du premier orgasme chez la femme est plus variable que le premier orgasme chez l'homme. La prévalence de l'orgasme lui-même évolue en fonction de l'âge, de la connaissance du corps et des différentes stimulations rencontrées.

La fréquence de l'orgasme éprouvé par les femmes est plus élevée pendant la masturbation que pendant l'activité avec un partenaire.

Facteurs et pronostics :

Certains facteurs peuvent créer ce trouble de l'orgasme chez la femme, on pourra citer les facteurs :

- de tempérament, il faut prendre en compte les facteurs psychologiques (anxiété, préoccupations liées à la grossesse) pouvant interférer sur la capacité à éprouver un orgasme.

- d'environnement, il y a une forte corrélation entre les problèmes relationnels, la santé physique, la santé mentale et l'orgasme féminin.

On peut ajouter à ces facteurs environnementaux des facteurs socioculturels (comme l'éducation, qui a pour conséquence d'édicter un rôle particulier, attendu selon chaque sexe, et qui a ainsi un impact sur l'orientation sexuelle ; mais aussi des facteurs religieux et culturels comme l'interdiction des relations sexuelles avant le mariage…).

Certains facteurs génétiques et physiologiques peuvent aussi interférer, des médicaments ou des maladies telles que la SEP (sclérose en plaque), les lésions nerveuses pelviennes (liées à une hystérectomie totale) ainsi que des lésions de la moelle épinière.

De plus, certaines femmes présentant une atrophie vaginale (notamment caractérisée par des sécheresses vaginales, des démangeaisons et des douleurs) peuvent aussi rencontrer des difficultés à atteindre l'orgasme.

NB : La ménopause n'est pas synonyme de difficultés orgasmiques directes.

Parmi les médicaments, les IRS sont reconnus pour retarder ou empêcher l'orgasme chez les femmes.

Marqueurs diagnostiques : s'il est vrai que lors de l'orgasme, se produisent des manifestations physiques (musculature du plancher pelvien, activation du cerveau et modifications hormonales), il n'est pas possible d'établir un diagnostic sur ces facteurs-là puisqu'il y a une variabilité importante selon les femmes étudiées. On se basera donc sur les manifestations rapportées par la patiente pour établir un diagnostic.

Le retentissement fonctionnel du trouble de l'orgasme chez la femme, est fortement associé à des problèmes relationnels, sans que l'on puisse déterminer si ces difficultés relationnelles en sont la cause ou la conséquence.

Diagnostic différentiel :

Plusieurs causes font exclure le diagnostic d'anorgasmie : problèmes relationnels, maladies gynécologiques ou systémiques (SEP), effets indésirables des médicaments, troubles psychiatriques dont toxicomanie et dépression.

Certains facteurs interpersonnels, comme une souffrance relationnelle sévère, une violence du partenaire, un stress important, excluent aussi le diagnostic du trouble de l'orgasme.

Il faudra dans tous les cas vérifier que la stimulation est adéquate.

Comorbidité :

Les femmes présentant un trouble de l'orgasme peuvent aussi présenter un trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle elle-même.

Certaines maladies peuvent être comorbides : une hypertension artérielle, une fibromyalgie, une obésité, une hémodialyse, un syndrome métabolique et des antécédents d'AVC.

Du point de vue de la psychologie, la qualité de la relation avec le ou la partenaire favorise ou non l'accès à l'orgasme.

En effet, lorsque les patientes se plaignent de leur partenaire de ne pas avoir d'orgasme, ces plaintes sont souvent accompagnées de plaintes dans d'autres domaines, qui peuvent avoir un impact.

Une insuffisance d'engorgement vasculaire vaginal et clitoridien pourrait également expliquer des symptômes tels que l'insuffisance de lubrification ou la dyspareunie, ainsi que le trouble de l'orgasme. L'athérosclérose peut en être la cause.

Lésions génitales : un « vaginisme » dû à une altération vulvovaginale secondaire de la ménopause, à un fibrome utérin ou à des cicatrices d'épisiotomie peut également mener à cette anorgasmie.

Traitements :

- Traitement de première intention :

Le traitement est non médicamenteux en première intention : le recours à des professionnels en sexologie obtient des résultats favorables, notamment par une psychothérapie avec le partenaire.

Le traitement des troubles comorbides et notamment de l'atrophie urogénitale, de manière locale, permet généralement un rétablissement de l'orgasme chez la femme.

Il y a un intérêt à ajouter de la testostérone. Les œstrogènes et la testostérone amélioreraient l'index de l'état vaginal et score de FSFI (102).

Hormonothérapie :

En local, une étude sur la DHEA (déhydroépiandrostérone) contenue dans une crème vaginale a montré une supériorité sur le score FSFI comparé aux placebos (103). Un autre test avec un dérivé de la testostérone (méthyltestostérone) apporte, en prise orale, une meilleure énergie sexuelle mais cependant pas d'amélioration sur le ressenti des orgasmes (104).

- Traitement de deuxième intention :

S'il y a un traitement médicamenteux (plus complexe que chez les hommes), les Ipde-5 interviennent en dernière ligne. Il y a peu de résultats concluant avec cette famille de molécules, certaines études montreraient une meilleure vascularisation des organes génitaux, une meilleure lubrification sans pour autant augmenter la qualité des rapports sexuels (105).

En ce qui concerne l'utilisation des plantes, on pourra citer l'association Zestra® (bourrache, onagre, angélique, *Coleus forskohlii*) en application clitoridienne qui serait plus efficace sur le plan de la libido et la satisfaction sexuelle que le placebo (106).

Conclusion :

Il y a un manque de thérapeutiques notamment chez la femme jeune, le recours à un sexologue est donc à privilégier chez elles, par rapport aux femmes ménopausées.

Des consultations en sexologie sont souvent utiles dans ce trouble. Elles vont apporter des techniques spécialisées de sexologie (psychoéducation sur la sexualité, sur la relaxation, sur les stratégies de sensualisation du corps, voire une masturbation dirigée…).

NB : une proposition de thérapie par la testostérone en crème ou en forme orale, avec adjonction d'œstrogènes ou non, peut aider la patiente, de même que de s'acheter un vibromasseur (exercice pour connaître son corps, s'auto-stimuler, apporter une aide lors du rapport avec le partenaire).

Même si on a appris que l'un des facteurs de ce trouble est lié à l'homme/aux partenaires, il n'est néanmoins pas permis de suggérer de changer de partenaire. Ce n'est pas la mission du thérapeute.

III) Troubles mixtes

2- III- A) Dysfonction sexuelle induite par une substance/un médicament

Définition :

Présence d'une dysfonction sexuelle, comme celles citées précédemment, arrivant peu après l'introduction, l'augmentation des doses ou le sevrage d'un médicament ou d'une substance.

Epidémiologie :

La prévalence est non établie et surement sous-évaluée en raison de la non-déclaration des effets sexuels systématiquement par le patient. Très souvent le patient va arrêter son traitement plutôt que d'évoquer les effets indésirables.

Les données accessibles portent sur les dysfonctions sexuelles induites par un antidépresseur (107).

En effet, 25 à 80% des personnes prenant des antidépresseurs tels que les inhibiteurs de la Monoamine oxydase, des antidépresseurs tricycliques, adrénergiques ou des antidépresseurs sélectifs de la recapture de la sérotonine déclarent des effets indésirables sexuels.

De même, environ 50% des personnes prenant des médicaments antipsychotiques connaitront des effets indésirables d'ordre sexuel (108) .

Questions diagnostiques liées à la culture :

Il peut y avoir des interactions entre les facteurs culturels, l'influence des médicaments sur le fonctionnement sexuel et la réponse de l'individu à ces changements. Selon le sexe, les effets secondaires peuvent varier. Une dysfonction sexuelle d'origine médicamenteuse peut entraîner un défaut de l'observance du traitement. (Ex : propranolol).

Diagnostic :

Les caractéristiques diagnostiques principales sont la perturbation de la fonction sexuelle qui peut être mise en lien avec le début de la prise d'un médicament ou d'une substance, l'augmentation/diminution de la dose, ou l'arrêt d'un traitement.

Le DSM-V pose les critères diagnostiques, comme détaillé dans le Tableau 17 :

TABLEAU 17: CRITERES DIAGNOSTIQUES DES DYSFONCTIONS SEXUELLES INDUITES PAR UN MEDICAMENT OU UNE SUBSTANCE CHEZ L'HOMME ET LA FEMME

Critères diagnostiques	
A	Présence au premier plan du tableau clinique d'une dysfonction sexuelle cliniquement significative.
B	Mise en évidence d'après l'anamnèse, l'examen physique ou les examens complémentaires de la présence de (1) et (2) : 1) Les symptômes du critère A sont apparus pendant ou juste après une intoxication par une substance (ou un sevrage) ou après la prise d'un médicament. 2) La substance/le médicament impliqué(e) est susceptible de provoquer les symptômes du critère A.
C	La perturbation n'est pas mieux expliquée par une dysfonction sexuelle non induite par une substance/un médicament. Les arguments en faveur de l'existence d'une dysfonction sexuelle indépendante sont les suivants : 1) Les symptômes précèdent le début de la prise d'une substance ou d'un médicament 2) Les symptômes persistent pendant une période conséquente (ex. environ 1 mois) après la fin de l'intoxication ou du sevrage aigu ; ou il existe d'autres arguments en faveur de la présence indépendante d'une dysfonction sexuelle non induite par une substance (ex. antécédents d'épisodes répétés non liés à une substance).
D	La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un état confusionnel.
E	La perturbation provoque une détresse cliniquement significative chez la personne.

On doit faire ce diagnostic et non celui d'une intoxication par une substance uniquement quand les symptômes du critère A sont au premier plan et suffisamment graves pour justifier une prise en charge.

De plus, il faut spécifier :

- L'étiologie :

Avec un début qui se fait au cours d'une intoxication, si les critères pour l'intoxication par une substance sont présents et si les symptômes sont apparus au cours de l'intoxication.

Avec un début qui commence au cours d'un sevrage, si les critères pour le sevrage de la substance sont présents et si les symptômes sont apparus au cours ou peu de temps après le sevrage.

Avec un début, après la prise d'un médicament : Les symptômes peuvent apparaître soit à l'initiation de la prise d'un médicament soit après une modification ou un changement de son usage.

- La sévérité :

Léger : se produit dans 25-50 % des occasions d'activité sexuelle.

Moyen : se produit dans 50-75 % des occasions d'activité sexuelle.

Grave : se produit dans 75 % ou plus des situations d'activité sexuelle.

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic :

Certaines substances peuvent être associées à une dysfonction sexuelle (intoxication/sevrage). Ce sont par exemple :

Les médicaments ou substances dites « inhibitrices » ou calmantes : alcool, opiacés, hypnotiques et anxiolytiques, ainsi que des anticonvulsivants.

Les médicaments ou substances dites inhibitrices malgré une augmentation de l'humeur : psychostimulants comme les antidépresseurs (y compris cocaïne).

D'autres médicaments ou substances peuvent interférer comme ceux modifiant les concentrations des hormones (pilule, médicaments pour la thyroïde), le tabac et bien d'autres médicaments…

Ces substances peuvent induire :

Dans le cas des antidépresseurs, un retard à parvenir à l'éjaculation et des difficultés à éprouver un orgasme (109). On considère que 30% des atteintes sexuelles sont significatives. Le Bupropion et la Mirtazapine ne semblent pas être associés à des effets secondaires d'ordre sexuel.

Avec les antipsychotiques (typique et non typique), en particulier, ceux qui augmentent le taux de prolactine (110), on peut avoir des difficultés à l'érection, à la lubrification, aux désirs sexuels, à l'éjaculation ou à l'orgasme.

Les régulateurs de l'humeur (Lithium) et les anticonvulsivants (sauf la Lamotrigine) ont un effet négatif sur le désir sexuel. La gabapentine provoque des difficultés à atteindre l'orgasme.

Les benzodiazépines provoquent des troubles de l'érection et de l'orgasme.

Les contraceptifs hormonaux et les médicaments modifiant les taux d'hormones thyroïdiennes ont un impact négatif ou positif sur la sexualité.

D'autres traitements vont avoir un impact sur ces troubles de la fonction sexuelle, comme les traitements pour les maladies cardiovasculaires, les agents cytotoxiques, les médicaments à visée gastro-intestinale.

L'usage des substances illicites (héroïne, MDMA et ecstasy) entraînent une baisse du désir sexuel, une dysfonction érectile et une difficulté à atteindre l'orgasme. Ces difficultés sont présentes chez les personnes prenant de la méthadone et des dérivés opiacés mais néanmoins seront moins présentes chez les personnes prenant de la buprénorphine.

L'alcool et le tabac en chronique rendent difficile l'érection (111).

Développement et évolution :

Ces troubles avec les antidépresseurs peuvent apparaître dès les 8 premiers jours d'introduction (112). 30% de ces personnes présentant une augmentation du temps nécessaire pour parvenir à l'orgasme, de sévérité légère à moyenne, connaîtront une rémission spontanée de cette dysfonction dans les 6 mois.

Certains cas liés aux inhibiteurs de la recapture de la sérotonine peuvent amener des dysfonctions sexuelles qui vont perdurer même à l'arrêt de celui-ci.

Concernant l'alcool et la nicotine, il est probable que les effets indésirables n'interviennent que des années après leur utilisation.

L'éjaculation prématurée peut parfois se produire après l'arrêt de l'usage des opiacés (19).

Il existe quelques preuves de l'augmentation des troubles liés à un médicament et l'avancée dans l'âge. Cela peut être expliqué par des facteurs physiologiques (une diminution de l'envie au fil de l'âge) mais aussi à la multiplicité des médicaments chez les personnes âgées.

Diagnostic différentiel :

De nombreuses affections mentales sont associées à des dysfonctions sexuelles.

Pour pouvoir poser le diagnostic, il faut donc prouver un lien étroit entre l'apparition de ces symptômes et l'initiation, l'augmentation des doses, ou l'arrêt du traitement.

Si les dysfonctions sexuelles induisent par la prise chronique d'un traitement ne se manifestent qu'au bout d'un certain temps, il sera plus difficile de reliés les deux phénomènes et de poser le diagnostic.

Conclusion :

Lors de la mise en évidence d'une dysfonction sexuelle induite par un médicament il faut réorienter le patient chez le médecin afin d'essayer de changer de classe thérapeutique.

L'arrêt du traitement est interdit sans l'accord du médecin.

2- III- B) Autres dysfonctions sexuelles spécifiées ou non

Cette catégorie s'applique aux situations cliniques au cours desquelles les symptômes caractéristiques d'une dysfonction sexuelle à l'origine d'une détresse cliniquement significative chez l'individu étaient présents mais ne remplissaient pas complètement les critères d'aucune classe diagnostique des dysfonctions sexuelles (19).

- Autre dysfonction sexuelle spécifiée : Les situations au cours desquelles le clinicien choisit de communiquer la raison spécifique qui ne permet pas de classer la dysfonction dans une autre catégorie. Ex : « Autre dysfonction sexuelle spécifiée » - Raison « aversion sexuelle ».

- Autre dysfonction sexuelle non spécifiée : Les situations au cours desquelles le clinicien choisit de ne pas communiquer la raison spécifique qui permettrait de classer la dysfonction dans une autre catégorie. Cette classification est généralement utilisée dans les situations ou les informations sont insuffisantes pour établir un diagnostic.

Troisième partie : Prise en charge thérapeutique

I) Prise en charge des dysfonctions sexuelles de l'homme

Le Tableau 18 récapitule les traitements en fonction des dysfonctions sexuelles chez l'homme.

TABLEAU 18: RECAPITULATIF DES TRAITEMENTS DES DYSFONCTIONS SEXUELLES CHEZ L'HOMME

	Diminution du désir sexuel chez l'homme	**Trouble de l'érection**	**Ejaculation prématurée (précoce)**	**Ejaculation retardée**
Première intention	Ipde-5	Ipde-5	Ipde-5	Arrêt et substitution du traitement causal.
Deuxième intention	Bupropion ou Androgène (Testostérone)	Alprostadil ou Androgène (Testostérone)	Antidépresseurs + Crème anesthésiante Associée ou non à de l'aprostadil	Bupropion
Dernière intention		Bupropion	Tramadol Androgène (Testostérone)	

En ce qui concerne les traitements adjuvants, l'homme pourra avoir recours à un psychothérapeute ou un sexologue (thérapie de groupe ou en individuel) ainsi que l'utilisation d'objet à visée sexuelle comme une aide mécanique.

Ces objets sont divers et vont servir pour les troubles de l'érection (pompe pénienne, anneaux serrés à la base de la verge, implants) ou pour l'éjaculation précoce (bague portée à la base du gland pour induire une désensibilisation).

Pour les troubles de l'érection, une activité physique et une perte de poids peuvent amener de bons résultats. Concernant l'éjaculation précoce, la technique du *squeezing* peut être un véritable complément à l'action des médicaments.

Nous allons voir plus précisément les traitements de première et de deuxième intention. Nous ciblerons les thérapeutiques qui sont le plus souvent délivrées au comptoir.

3- I- A) Inhibiteurs de la phosphodiestérase 5 (Ipde-5)

Après avoir présenté les effets de cette classe thérapeutique, nous verrons quels sont les médicaments présents sur le marché.

Les Ipde-5 sont indiqués dans le traitement de la dysfonction érectile chez l'homme adulte (113).
On les retrouve sous forme de comprimés à avaler 30 min avant un rapport sexuel, ou tous les jours mais à des posologies plus faibles. Pour que le traitement soit efficace, il est nécessaire d'avoir une excitation sexuelle au préalable.

Les Ipde-5 sont des inhibiteurs sélectifs et réversibles de la phosphodiestérase de type 5 (PDE5), spécifique de la guanosine monophosphate cyclique (GMPc).

Lorsqu'il y a une stimulation sexuelle, on peut observer une libération locale de monoxyde d'azote (NO). L'inhibition de la PDE5 par les Ipde-5 entraîne une augmentation du taux de GMPc dans les corps caverneux. Il en résulte un relâchement des muscles lisses ainsi qu'un afflux sanguin dans les tissus péniens, permettant ainsi l'obtention d'une érection. Ils n'ont pas d'effet en l'absence de stimulation sexuelle.

La principale contre-indication est la présence d'une pathologie cardiaque ou vasculaire. L'utilisation de dérivés nitrés comme pour le traitement de la crise d'angor est aussi une contre-indication à l'utilisation de ces produits.
On pourra citer une autre contre-indication, d'ordre ophtalmique, lors d'un antécédent de NOIAN (neuropathie optique ischémique non artéritique).

Les effets indésirables les plus courants de cette classe sont : des céphalées et des vertiges, une dyspepsie, des douleurs musculaires et dorsales et des troubles visuels. Il n'y a cependant pas de répercussion sévère sur le système visuel (à l'exclusion de chromatopsie[6], cyanopsie[7] et photophobie[8]).
On évitera l'association Ipde-5 avec les alpha-bloquants comme la Doxazosine car il y a un risque de majorer l'hypertension.

Dans l'annexe 1 seront détaillées les informations utiles au comptoir lors de la délivrance.

3- I- B) Alprostadil

Les médicaments à base d'Alprostadil sont indiqués pour l'induction pharmacologique de l'érection.
Différentes voies d'injection sont utilisées et seront décrites dans l'annexe 2 :

- Injection intra-caverneuse (Caverjet®, Caverjectdual®, Edex®)
- Injection topique (Vitaros®)
- Injection intra-urétrale (Muse®) **Arrêt de commercialisation récente.**

L'Alprostadil (prostaglandine E1) est un acide gras ayant des propriétés de vasodilatation et de stimulation des muscles lisses. Il aurait des propriétés relaxantes sur les corps caverneux entraînant un afflux de sang et de ce fait une érection (114).

[6] Chromatopsie : trouble de la vision caractérisée par l'impression subjective de voir colorés des objets incolores ou par la perception de couleurs différentes des couleurs réelles.
[7] Cyanopsie : trouble de la vision caractérisée par l'effet de voir tout de la couleur bleue.
[8] Photophobie : sensibilité à la lumière, provoquant un évitement de celle-ci.

Les contre-indications sont l'hypersensibilité aux prostaglandines et la prédisposition aux priapismes comme chez les personnes atteintes de drépanocytose, de myélome multiple ou de leucémie.

70% de la dose est captée et éliminée par les poumons sous forme de métabolite inactif, néanmoins il existe un passage dans le sperme, ce qui contre-indique son utilisation avec une partenaire enceinte.

Les effets indésirables les plus récurrents sont liés à la baisse de tension (hypotension, malaise, arythmie cardiaque), et au niveau local, au priapisme, aux douleurs à l'érection, aux hématomes pouvant conduire à la fibrose du pénis si l'injection est répétée sur le même site.

Il n'est pas recommandé de ce fait l'association d'Alprostadil avec des hypotenseurs sous peine de potentialiser leurs effets. On évitera aussi l'association avec les anticoagulants car l'Alprostadil à une action anti-agrégant plaquettaire.

Un surdosage peut être repéré par un état dépressif du patient, avec possiblement une respiration rapide, des selles molles et un priapisme. Si le patient est atteint de priapisme, cela devient une urgence chirurgicale avec comme risque une atteinte irréversible du corps caverneux avec un trouble définitif de l'érection.

L'administration du produit déclenche dans les 10 à 30 minutes une érection qui peut être maintenue pendant une heure. La durée et la rigidité vont déprendre de la dose choisie par le médecin.

Le patient fait sa première injection en compagnie du prescripteur qui va le former à s'auto-injecter le produit. Il n'y a pas de de différence d'efficacité entre les différentes formes d'administration.

3- I- C) Androgène

Cf chapitre prise en charge de la dysfonction sexuelle de la femme

3- I- D) Bupropion

La thérapeutique commercialisée contenant cette molécule possède l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour l'aide au sevrage tabagique accompagnée d'un soutien au patient.

Son utilisation dans le traitement et le soutien de certaines dysfonctions sexuelles sera donc classée comme du hors AMM et ne pourra pas bénéficier d'une prise en charge.

Les informations ci-dessous sont tirées des données de son utilisation suivant l'AMM (115).

On va retrouver cette molécule sous le nom commerciale Zyban® L.P sous forme de comprimé à libération prolongée (L.P) dosé à 150mg. Pour l'AMM et en hors AMM, la posologie va de 1 à 2 comprimés selon les résultats et la tolérance.

Si la personne est âgée ou possède des problèmes hépatiques ou rénaux, on limitera la posologie à un comprimé par jour.

Ce médicament ne peut pas être utilisé / délivré chez les mineurs car ne répondant à aucune indication.

Le Bupropion est un inhibiteur sélectif de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline.
Les effets indésirables les plus fréquents sont liés au mode d'action et à l'effet antidépresseur, en stimulant la psyché. Les effets indésirables seront des céphalées, des vertiges, des convulsions, des insomnies, une agitation et de l'anxiété. On pourra aussi citer une urticaire à l'introduction de ce médicament.

Pour éviter les insomnies, on évitera de prendre le comprimé dans les 8 heures avant de se coucher.
Pour limiter le risque de convulsions, il faudra préciser aux patients de ne pas croquer ni de mâcher le comprimé.

Ce médicament est également contre indiqué, compte tenu du risque de convulsions, s'il y a une tumeur au niveau du SNC, si la personne est en sevrage d'alcool ou de molécules susceptibles d'entraîner des convulsions comme les benzodiazépines.

Il sera contre indiqué avec les médicaments inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO). On recommandera un délai de deux semaines entre les prises de ces deux médicaments.

On observera des interactions avec d'autres médicaments antidépresseurs agissant sur la dopamine et la noradrénaline. Le médecin devra prendre en compte pour le patient, sa pathologie et ses thérapeutiques avant d'introduire ce médicament.

Ce médicament est métabolisé par le cytochrome P 2D6, ce qui devra être pris en compte pour éviter sa compétition avec d'autre médicament (notamment certains bétabloquants et certains antipsychotiques) pouvant potentialiser l'effet de l'un ou de l'autre, ou rendre inefficace certaines molécules.

3- I- E) Antidépresseur et tramadol

Concernant l'éjaculation prématurée l'une des méthodes efficaces est d'augmenter au niveau du SNC le taux de sérotonine. Il est donc normal de retrouver dans la prise en charge l'utilisation des IRSS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) et l'antidouleur qu'est le tramadol.

On va donc détailler la paroxétine (116) (chef de file des IRSS). En ce qui concerne le tramadol, molécule à fort effet addictif, il ne sera pas détaillé pour cette indication malgré les bons résultats de celui-ci.

En pratique, la balance bénéfice/risque n'est pas favorable et il ne devrait venir selon moi, qu'en troisième ou quatrième ligne après les Ipde-5, les IRSS, la méthode du *squeezing* et les anesthésiants.

L'utilisation indiquée dans l'AMM est pour le traitement des troubles anxieux généralisés, des épisodes dépressifs majeurs, des troubles de paniques…

Dans le traitement de certaines dysfonctions sexuelles, notamment de l'éjaculation précoce, les IRS seront utilisés en hors AMM à un comprimé par jour, et ne seront donc pas remboursés.

La paroxétine, chef de file des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, se présente sous la forme de comprimé dosé à 20mg à prendre le matin au cours du petit déjeuner.

Le clinicien devra être prudent à l'introduction de cette molécule chez les sujets âgés ou mineur et les personnes avec une insuffisance hépatique.

Il existe une contre-indication avec les inhibiteurs de la monoamine oxydase. Un délai de deux semaines entre l'arrêt des IMAO et l'introduction de la paroxétine devrait être respecté. A l'inverse, une semaine suffit après l'arrêt de la paroxétine et l'introduction des IMAO.

D'autres interactions médicamenteuses sont notables, comme avec les autres antidépresseurs agissant sur la sérotonine pouvant provoquer un syndrome sérotoninergique ou encore avec l'alcool majorant la sédation de ce produit.

Les effets indésirables les plus fréquents, sont les céphalées, les vertiges, les nausées, une possible diminution de l'appétit malgré une prise de poids ainsi qu'une possible vision trouble et un risque suicidaire augmenté.

On pourra aussi citer les insomnies, une agitation et une anxiété de la part du patient pouvant être évitées s'il prend son comprimé au minimum huit heures avant de se coucher.

Pour les patients prenant de la paroxétine ou un autre IRS une éjaculation retardée (désagrément pour le patient sans dysfonction sexuelle) peut se mettre en place au fil du traitement.

L'arrêt de ce traitement se fera de manière dégressive, au risque sinon de subir un syndrome de sevrage. On diminuera la posologie par pallier de 10mg.

Dans les dysfonctions sexuelles, et notamment l'éjaculation précoce, pour éviter ce syndrome de sevrage, le patient peut prendre le comprimé environ une à deux heures avant le rapport tout en maintenant un comprimé maximum par jour.

3- I- F) Autres thérapeutiques

Dans les recommandations, l'utilisation d'une crème anesthésiante peut être utilisée pour prévenir l'éjaculation précoce. Il y a deux spécialités qui sont prescrites dans ce cas, le spray Fortacin® (117) et la crème Emla® (118). Les deux spécialités sont composées de lidocaïne et de prilocaïne.

Je ne détaillerai que le Fortacin® puisqu'il a l'AMM pour traiter l'éjaculation précoce primaire de l'adulte. Bien qu'il ait l'indication, ce produit n'est pas remboursé par la sécurité sociale.
Concernant la crème Emla®, je ne marquerai que les conseils les plus importants à la dispensation puisqu'il n'est pas clairement indiqué dans l'AMM qu'il peut être utilisé pour le trouble de l'éjaculation précoce.

Les deux ayant la même composition, nous retrouverons des renseignements similaires pour les deux spécialités.

Le Fortacin® se présente sous forme de spray. C'est un anesthésique local du groupe à liaison amide. Il va agir de façon directe sur les nerfs en bloquant de manière spécifique, totale et réversible la conduction nerveuse. Cela va diminuer la sensibilité et les sensations permettant à l'homme de retarder le point de non-retour, et donc l'éjaculation.

Avant son utilisation, il faut bien agiter le flacon et faire 3 pulvérisations dans l'air. Il faut dégager entièrement le prépuce et chaque pulvérisation (3 par utilisation) doit couvrir 1/3 du gland. On va ensuite attendre 5 minutes et essuyer l'excédent avant de commencer le rapport. Un maximum de 9 pulvérisations par jour ne devra pas être dépassé, au risque d'avoir des effets indésirables cutanés comme des rougeurs, des sensations de brûlures génitales (homme et femme) ainsi qu'une hypoesthésie (une diminution des sensations, pouvant provoquer un trouble de l'érection secondaire).

La contre-indication est l'hypersensibilité au produit (concernant l'homme mais concernant aussi son ou sa partenaire). Il peut y avoir un passage cutané chez celui-ci provoquant des sensations d'engourdissement et un retard à l'excitation.

On ne devra pas utiliser cette crème (composé gras) avec des préservatifs au polyuréthane, pour éviter toute rupture du préservatif pendant l'acte sexuel.

On évitera également de l'utiliser si on souhaite concevoir un enfant. Si néanmoins son utilisation est nécessaire, l'homme devra faire une pause de 5 minutes après application et se laver le sexe avant de commencer le rapport.

NB : L'utilisation avec les antiarythmiques de classe 3 comme l'amiodarone devra se faire avec précaution et l'accord du médecin.

La crème EMLA® est indiquée pour l'anesthésie par voie locale de la peau saine ou des muqueuses génitales de l'adulte sans plus de précision. Pour les dysfonctions sexuelles, on peut donc passer la crème en remboursement.

On laisse poser la crème 5 à 10 minutes et l'effet anesthésiant se fait ressentir pendant 15 à 20 minutes. On applique environ 5 grammes de crème à mettre au niveau de la zone sensible du pénis, sur le gland. Il est nécessaire de nettoyer le sexe après la durée d'application pour éviter une imprégnation vaginale de l'anesthésique diminuant les sensations sexuelles de la femme.

II) Prise en charge des dysfonctions sexuelles de la femme

Le Tableau 19 récapitule les traitements des dysfonctions sexuelles chez la femme.

TABLEAU 19: RECAPITULATIF DES TRAITEMENTS DES DYSFONCTIONS SEXUELLES CHEZ LA FEMME

	Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle	**Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration**	**Trouble de l'orgasme chez la femme**
Première intention	Information et éducation des femmes sur la sexualité et leur plaisir.	Exclusion d'une cause gynécologique Traitement causal : varices pelviennes, endométriose, ménopause Education à l'acte sexuel	Sexologue +/- psychothérapie de couple avec le partenaire Psychoéducation sur la sexualité
Deuxième intention	Androgène (Testostérone) +/- Œstrogènes Association des deux en 1ère intention en postménopause +/- IRSS	Œstrogènes	Hormonothérapie à base d'androgène sous forme de crème +/- Œstrogènes

En ce qui concerne les traitements adjuvants, la femme pourra avoir recours à un psychothérapeute ou un sexologue (thérapie de groupe ou en individuel) ainsi que l'utilisation d'objet à visée sexuelle comme le vibromasseur. Ce vibromasseur pourra aider à apporter une excitation mais aussi à apprendre et gérer la douleur lors d'une pénétration. L'utilisation de la phytothérapie pourra être conseillée.

NB : les IRSS seront détaillés dans la partie traitement chez l'homme.

3- II- A) Informations

Il y a un rôle important de l'éducation des parents et des cours à l'école sur la sexualité. Le sexologue pourra être appelé pour une éducation sexuelle complémentaire. Il y a une importance à déconstruire la relation sexuelle selon laquelle elle serait centrée sur l'homme. Ces trois dysfonctions sexuelles pourraient déjà être atténuées par une meilleure connaissance des possibilités sexuelles de la femme.

Il faut prendre le temps d'expliquer le mécanisme du corps de la femme, des régions génitales et autres qui sont à stimuler pour parvenir à l'orgasme. La femme devrait donc apprendre à mieux connaître son corps et à communiquer avec son partenaire. La libération de la parole pendant l'acte, amène généralement une meilleure satisfaction de la femme en termes de plaisir, de diminution des douleurs et d'intensité de l'orgasme.

3- II- B) Androgène

Les androgènes dont le chef de file est la testostérone est le traitement substitutif exogène utilisé dans le cadre de l'AMM pour traiter l'hypogonadisme masculin, en lien avec un déficit en testostérone, et confirmé par des signes cliniques et biologiques.

Pour l'homme, plusieurs voies d'administration vont être possibles : Androgel® (gel), Testopatch® (patch), Pantestone® (cp), Androtardyl® (injectable). Des conseils sur ces différentes formes seront donnés en Annexe 3.

Pour la femme, deux spécialités à base de testostérone ont été testées, sans pour autant avoir un impact réel. Les deux voies ont été étudiées avec Intrinsa® (Patch), seul produit à avoir une AMM - détaillé en Annexe 3, ou par l'application d'un gel dosé à 10mg. Les études faites sur l'application du gel montrent de bons résultats malgré un taux trop élevé de testostérone dans le sang. L'étude suggère de diminuer le taux de testostérone appliquée lors de prochaines études, afin de minimiser les effets indésirables (119).

Pour les femmes et les hommes, la principale contre-indication est la présence d'un cancer hormono-dépendant (cancer du sein ou cancer de la prostate), de tumeur hépatique supposée ou confirmée ou d'hypersensibilité à la spécialité.

Une précaution d'emploi se fera avec les AVK, car il y a un risque de majoration du risque hémorragique.

Les effets indésirables les plus fréquents vont être liés à l'augmentation de la testostérone sérique : acné, alopécie et calvitie, hirsutisme et gynécomastie chez l'homme, qui peut perdurer après le traitement.

Des effets indésirables plus généraux pourront être ressentis par le patient, comme des troubles de l'humeur, des céphalées et des douleurs abdominales, une augmentation de la tension artérielle et une aggravation d'une apnée du sommeil déjà présente.

Une précaution particulière sera portée à la prescription de la testostérone chez l'homme. Comme celle-ci facilite la diffusion métastasique du cancer de la prostate, il sera réalisé obligatoirement un dosage des PSA (Antigène Spécifique de la Prostate) ainsi qu'un toucher rectal à l'initiation et tout le long du traitement. Au vu du risque de ce traitement et notamment chez les hommes âgés avec des comorbidités, la primo-prescription sera réalisée par un spécialiste en endocrinologie, en urologie ou en gynécologie.

Le renouvellement se fera par tout médecin.

Ce traitement n'est pas recommandé chez l'enfant ou l'adolescent car il entraîne une accélération de la croissance et de la maturation osseuse (soudure précoce des cartilages de conjugaison) provoquant une diminution de la taille de l'adulte.

3- II- C) Œstrogènes

Pour les femmes, le recours à un traitement hormonal substitutif à base d'œstrogènes peut être utile pour traiter les différentes dysfonctions sexuelles existantes. Ces œstrogènes de synthèse, proches chimiquement et biologiquement des œstrogènes endogènes, seront retrouvés dans divers médicaments. On citera ici quelques exemples parmi l'ensemble des spécialités disponibles.

Différents traitements sont disponibles avec différentes formes d'administration. On peut citer la forme orale (avec comme exemple ici l'Oromone®) (120), la forme gel (Oestrodose®) (121) et la forme intravaginale, la forme ovule (avec ici la Colpotrophine®) (122).

L'indication de la forme gel ou orale est le traitement substitutif des symptômes de déficit en œstrogènes chez les femmes ménopausées. La forme ovule sera indiquée pour traiter le trouble trophique vulvo-vaginaux causé le plus souvent par un déficit en œstrogènes. Ce trouble trophique se manifestera par une sécheresse vaginale et une atrophie vulvo-vaginale.

L'apport d'œstrogènes exogènes est contre-indiqué avec un cancer ou un antécédent de cancer oestrogéno-dépendant comme le cancer du sein ou de l'endomètre. De plus, des affections hépatiques, une hypersensibilité au produit ou des affections thrombo-emboliques contre-indiquent le traitement du sujet avec ces molécules.

Les effets indésirables seront liés à l'impact des œstrogènes sur le corps : tensions mammaires, dysménorrhées, métrorragies, modification du poids, troubles de l'humeur avec de possibles céphalées et des nausées/vomissements.

L'un des effets indésirables le plus redouté est la thrombose veineuse. A l'initiation, le spécialiste devra évaluer le risque thrombotique, et contre-indiquera le traitement si celui-ci est trop élevé.
Parmi les facteurs de risques, on trouvera le tabac, le surpoids et la sédentarité ou des antécédents de maladies thrombo-emboliques.

On effectuera de plus des bilans biologiques et radiographiques réguliers (mammographie notamment) pour s'assurer que l'on reste dans la fenêtre thérapeutique et que l'on ne stimulera pas de cellules cancéreuses hormono-dépendantes.

Le traitement sera interrompu en cas de suspicion de cancer hormono-dépendant, si la femme présente une augmentation artérielle ou des migraines inexpliquées, ainsi que pendant la grossesse.

Le pharmacien et le médecin devront prendre en compte s'il y a la présence d'un inducteur enzymatique dans les médicaments de la patiente pour éviter une inefficacité de traitement.

Les ovules seront contre-indiqués avec les préservatifs masculins en latex car la présence de corps huileux dans les ovules, pourrait provoquer la rupture du préservatif pendant l'acte. Parmi les effets indésirables locaux, on peut citer le prurit ou des réactions allergiques rares.
Néanmoins l'un des avantages de cette voie, est l'absence d'effets indésirables systémiques.

III) Prise en charge adjuvante

3- III- A) Les accessoires

3- III- A) -i Les lubrifiants

Que ce soit pour l'homme ou pour la femme le lubrifiant est conseillé pendant les rapports selon les besoins personnels de chacun.

Pour l'homme, la lubrification se fait par le liquide pré-séminale mais celui-ci peut être insuffisant et provoquer une douleur lors d'une pénétration répétée ainsi qu'une irritation au niveau de certaines zones du pénis. Une lubrification permettra d'éviter des échauffements voire une possible rupture du frein.

Chez la femme, la sécrétion physiologique d'un liquide par les glandes de Bartholin (glandes œstrogèno-dépendantes) permet la lubrification vaginale (123).

Selon les femmes, la sécrétion peut être insuffisante et provoquer des échauffements, un inconfort et des douleurs lors de la pénétration. Cette sécrétion sera d'autant plus faible lorsque la femme aura passé le stade de la ménopause et c'est à ce moment-là que la demande pour une supplémentation en lubrifiant sera la plus importante.

La composition des lubrifiants est variable. Généralement, ils sont réalisés avec une base aqueuse.

L'avantage des bases aqueuses est qu'elles permettent une compatibilité avec les préservatifs. L'inconvénient, est qu'elles ont tendance à s'évaporer/sécher, et qu'il faudra réitérer l'application du lubrifiant régulièrement pendant le rapport. Cela permet d'introduire la notion de lubrifiants classiques et de lubrifiants à longue durée d'action (composition modifiée pour une évaporation plus lente). Si le port du préservatif n'est plus d'actualité dans le couple, un lubrifiant huileux compatible avec les muqueuses sera conseillé car il donnera de meilleurs résultats à l'utilisation.

Pour les femmes ménopausées, des lubrifiants à base d'œstrogènes viendront combler le déficit et permettront d'éviter des sécheresses vaginales et des atrophies vulvaires. Généralement, ces lubrifiants se mettent en dehors d'un contexte de rapport sexuel comparés à ceux décrit ci-dessus. Ils devront respecter les précautions d'emplois (notamment avec les maladies hormono-dépendantes).

De plus, des compléments par voie orale peuvent aider à suppléer le manque d'œstrogènes.
On conseillera également, d'éviter une hygiène trop fréquente, pour ne pas diminuer la lubrification.
Par exemple, une toilette intime quotidienne, avec un produit adapté au pH vulvaire, et le port de sous-vêtements en coton, pourront aider à garder une hydratation convenable (124).

Dans tous les cas, une réflexion peut être ouverte sur la composition de ces lubrifiants :

Effectivement dans la plupart des lubrifiants commercialisés on peut cibler dans la composition des perturbateurs endocriniens (phénoxyéthanol, parabène). Ethiquement, on peut se poser la question d'appliquer ce type de produit sur des parties génitales et sexuelles. Il sera intéressant de faire un tour dans la pharmacie pour regarder de plus près ce que l'on conseille à nos patientes.

3- III- A) -ii Objets sexuels - Partie Homme

Pour l'homme on retrouvera des objets permettant de combler les troubles de l'érection.
On pourra citer les pompes péniennes et les anneaux péniens qui seront accessibles aux patients sans passer par un médecin. L'implant pénien sera mis lors d'une opération pour restaurer artificiellement une érection.

FIGURE 6 : DANS L'ORDRE D'APPARITION : UNE POMPE PENIENNE, DES ANNEAUX PENIENS ET UN IMPLANT PENIEN

La pompe pénienne va se déposer sur le sexe de l'homme, on applique la partie en verre ou plastique à la base du pénis de façon qu'il n'y ait pas de sortie d'air. A l'aide de la pompe que l'on va actionner, un vide va se créer, entraînant une augmentation des corps caverneux qui se rempliront de sang et donc former une érection. Une fois l'érection artificielle atteinte, celle-ci peut perdurer jusqu'à 15 minutes. Cela peut être une aide pour l'amorce d'une érection.

Conjointement à l'utilisation de la pompe pénienne, on peut avoir recours à l'utilisation d'un anneau pénien. Il est utile pour bloquer le sang dans le pénis et éviter son retour dans le reste du corps.
En maintenant le sang dans les corps caverneux, on permet à l'érection de perdurer dans le temps.

L'anneau pénien peut être mis après l'utilisation de la pompe pénienne ou indépendamment. Il faut cependant mettre en garde le patient quant aux risques de priapisme car l'anneau peut rester bloquer. Tel une bague que l'on porte au doigt, si le pénis ne se vide pas à un moment il y a un risque que le sang stagne et ne permette pas le retrait de l'anneau. En empêchant le reflux du sang, on a un risque de nécrose du pénis.

Il est donc très important de prendre un anneau pénien avec une ouverture qui permettrait en cas de nécessité de l'enlever en urgence.

En dernier recours d'un traitement du trouble de l'érection, on peut faire appel à un implant pénien. Il se compose de plusieurs parties : la pompe, le réservoir, et le cylindre.

En pratique, le patient va appuyer sur la pompe jusqu'à ce que les cylindres se remplissent, permettant une érection artificielle du pénis. Lorsque le patient aura fini il actionnera un bouton qui permettra de faire refluer l'air et de ramener le pénis à l'état basal.

L'hospitalisation est courte et permet d'avoir un rapport après 4 à 6 semaines (125), (126).

3- III- A) -iii Objets sexuels - Partie Femme

FIGURE 7 : DANS L'ORDRE D'APPARITION : DES ACCOMMODATEURS VAGINAUX, UNE SONDE DE REEDUCATION PERINEALE, UN VIBROMASSEUR

Pour la femme, divers objets à visée sexuelle peuvent être utilisés (Figure 7).
Lors d'un trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration, des accommodateurs vaginaux ou une sonde de rééducation pourront être utilisés.

Les accommodateurs vaginaux existent en plusieurs tailles (comme sur la Figure 7). L'intérêt est de commencer par la plus petite taille et d'aller travailler progressivement sur le relâchement du périnée puis de passer aux tailles supérieures. Le sexologue va travailler en amont sur la partie psychologique de la pénétration pour pouvoir appréhender la pratique avec la patiente de la meilleure façon.

Les sondes vaginales (comme la sonde Saint-Cloud sur la Figure 7) sont utilisées pour remuscler le plancher pelvien. On retrouvera notamment ces sondes en post-accouchement pour rééduquer une incontinence urinaire. Néanmoins, ces sondes servent aussi lors des troubles liés à des douleurs génito-pelviennes pour muscler cette partie du corps et arriver à la contrôler. Ces sondes marchent par électrostimulation, en envoyant un petit courant, le gynécologue ou le kinésithérapeute demande à la patiente de contracter le périnée. Sur un système d'interaction avec le praticien, la patiente va se réapproprier cette partie de son corps et lui permettre de savoir la relâcher quand une pénétration aura lieu, diminuant ainsi ces douleurs.

Les vibromasseurs auront leur place pour traiter toutes les dysfonctions sexuelles de la femme. Véritable outil, il doit être utilisé pour apprendre à la femme à mieux connaître ce qui pourrait la stimuler sexuellement. De nos jours, il en existe de tout type, des classiques comme sur la figure 7 mais aussi des plus perfectionnés avec des « aspirateurs » de clitoris.

NB : On a vu précédemment que l'orgasme est lié à la stimulation du clitoris.

L'utilisation de ces vibromasseurs peut se faire avec la participation du sexologue la première fois, pour apprendre à s'en servir, puis se fera à la maison. En pratiquant régulièrement des exercices, la femme apprendra à mieux gérer sa stimulation et son excitation ainsi que sa relaxation en présence d'un corps étranger, sans que le partenaire n'interfère.

L'avantage du vibromasseur, est qu'il peut mettre le partenaire en dehors de la thérapie, laissant la femme avoir son moment à elle, tout en évitant d'être brusquée par celui-ci.

3- III- B) Médecine alternative

3- III- B) -i Naturopathie

La prise en charge thérapeutique peut passer par la médecine alternative. On pourra ainsi avoir recours à la phytothérapie, l'aromathérapie, l'homéopathie ou des aphrodisiaques.

La phytothérapie et l'aromathérapie sont des médecines alternatives qui contiennent des principes actifs dont les propriétés sont mesurables et explicables, contrairement à l'homéopathie et aux aphrodisiaques.

Cependant l'avantage de l'homéopathie est qu'elle permet, de débloquer certaines anxiétés et de permettre une relaxation, qui à elles-seules peuvent suffire à résoudre une dysfonction sexuelle.
Elle ne comporte pas de contre-indication, ni d'interaction médicamenteuse avec d'autres traitements. Elle est donc utile en traitement adjuvant à une psychothérapie et à une thérapeutique médicamenteuse, d'autant plus qu'elle est facilement disponible sans ordonnance, et peut être l'une des premières solutions apportées au comptoir.

Les aphrodisiaques sont des substances (asperge, huitre, corne d'éléphant, clou de girofle, anis…) ayant pour but d'augmenter l'appétit sexuel et la libido, mais qui sont employés selon des pratiques culturelles et empiriques, donc sans preuve scientifique de leur efficacité.

De plus, il y a des risques liés à leur utilisation, comme des interactions médicamenteuses ou des effets indésirables. Ces aphrodisiaques sont le plus souvent vendus en ligne et posent un problème de traçabilité quant à leurs provenances et leurs compositions. Par exemple, des Ipde-5 peuvent être ajoutés dans la mixture de l'aphrodisiaque vendu *via* internet.

Il est donc fortement déconseillé d'acheter en ligne, sur des sites non-médicaux ou non-pharmaceutiques des mixtures supposées aphrodisiaques.

L'équipe de Sabna Kotta a, par exemple, testé différentes plantes considérées comme aphrodisiaques (noix de muscade et safran), pour essayer de relier la résolution d'une dysfonction sexuelle à un mécanisme d'action possible, tenant-compte de la composition de la plante (127). Certains de leurs résultats doivent être pris avec prudence, car leurs tests ont été faits sur des animaux (rats), en association ou non avec d'autres plantes, et sur de petits panels.

En prenant comme modèle les mécanismes d'action des traitements médicamenteux, on sélectionnera en phytothérapie et aromathérapie, les plantes produisant les mêmes modes d'action. On choisira donc :

Des plantes ou des huiles essentielles agissant sur l'augmentation du taux de sérotonine : (traitement de l'éjaculation précoce ou d'un trouble de l'intérêt sexuel de la femme). On peut citer le millepertuis *hypericum perforatum* (attention aux interactions médicamenteuses), *Griffonia simplicifolia* (griffonia), *Rhodiola rosea* (rhodiole) ou le *tribulus terrestris* (tribulus).

Des plantes ou des huiles essentielles agissant sur les hormones (testostérones et œstrogènes) : On pourra citer le *tribulus terrestris* (tribulus), *lepidium mevenii* (maca) et *Panax ginseng* (ginseng) pour une augmentation de la testostérone ; et *Glycine max* (soja), Humulus *lupulus* (houblon*), linum usitatissimum* (lin), *Salvia officinalis* (sauge) et *Panax ginseng* (ginseng) pour une augmentation des taux d'œstrogènes. Il conviendra au comptoir d'écarter des antécédents de cancers hormono-dépendants et d'avoir un accord du médecin.

Des plantes ou des huiles essentielles agissant en stimulant la psyché : certaine plantes (maca, *Zingiber officinale* (gingembre), tribulus, *Paullinia cupana* (guarana)) peuvent stimuler la personne et donc son envie générale d'effectuer et d'initier des actes, pas seulement d'augmenter sa libido.

Leurs profils de sécurité n'ayant pas été testés dans le traitement des dysfonctions sexuelles, on évitera de les donner en première intention (pas de consensus sur la dose à prescrire).

De plus, si le traitement est initié, la posologie se fera de manière empirique en se basant sur une autre indication, au risque d'induire une non-efficacité voire un surdosage avec des effets indésirables.

3- III) B) -ii Chemsex

Le *Chemsex* est une pratique qui consiste à prendre une drogue pendant une activité sexuelle dans le but de décupler les sensations de celle-ci.

On peut citer comme drogues les plus courantes : le poppers, l'ecstasy, la cocaïne, la métamphétamine, la kétamine.

Le Chemsex permet une désinhibition du corps et de l'acte sexuel. Ces drogues permettent de dépasser les barrières psychiques et de ressentir plus de sensations pendant le rapport.

La plupart sont classées comme des drogues dures avec un haut potentiel addictif et même si le *Chemsex* n'entraîne pas systématiquement des effets délétères, il peut comporter des risques (128).

L'effet de désinhibition peut par exemple faire oublier les gestes de prévention, comme le port de préservatifs, et donc faciliter la transmission des IST, mais aussi favoriser les violences sexuelles avec des pertes de connaissances.

Comme citer précédemment, les drogues liées au *Chemsex* ont un pouvoir addictologique puissant. Chez ceux qui en sont adeptes, on pourra observer tous les effets délétères d'un symptôme de sevrage, recherche de drogue, isolement de la personne, perte d'emplois, etc.

Ces drogues, selon l'usager, peuvent induire des anxiétés, des troubles nerveux, des dépressions avec des idées suicidaires. Certains patients passeront à l'acte.

Il est donc déconseillé de commencer l'utilisation de ces drogues. Elles ne font pas partie d'une thérapeutique envisageable pour traiter une dysfonction sexuelle.

Quatrième partie : Prise en charge humaine

Lorsqu'un patient est confronté à une dysfonction sexuelle, il faut savoir l'orienter vers des spécialistes formés à ce sujet. Pour quelles raisons ? Tout d'abord parce que les dysfonctions sexuelles sont très souvent plurifactorielles et qu'une seule spécialité médicale aura moins d'impact qu'une prise en charge globale par plusieurs thérapeutes. Ensuite, et dans chaque cas, il faut une approche médicale pure, organique pour établir un diagnostic différentiel et exclure d'autres maladies primaires.

Puis, il y aura une approche un peu plus psychologique, psychique, pour pouvoir répondre aux différentes causes sociales (mésentente du couple, non connaissance du corps, facteurs culturels…).

Les acteurs seront différents selon les causes. Il faut essayer divers intervenants dans une même spécialité pour arriver à trouver des solutions qui fonctionnent pour la personne concernée.

Difficultés d'une prise en charge médicale : les médecins ne sont parfois pas assez formés ou trop âgés (mentalité d'une autre génération), ils peuvent sous-estimer l'impact de la dysfonction sexuelle sur la vie de la personne. On conseillera alors de consulter un autre thérapeute.

Difficultés d'une prise en charge psychologique : que ce soit par un sexologue ou par un psychothérapeute, chacun d'eux aura sa spécialité, un langage qui lui est propre, et dépendant de sa sensibilité. La difficulté repose donc sur l'aisance du dialogue avec l'interlocuteur et l'approche du spécialiste quant à la pathologie. Par exemple, certains vont faire plus d'exercices pratiques, d'autres vont se focaliser sur le dialogue et l'introspection.

I) Médecin généraliste

C'est le maillon central de la prise en charge de ces pathologies.

Sa formation est réalisée en faculté de médecine, suivie d'un internat en médecine générale. Il est possible de préparer en plus un diplôme universitaire en gynécologie.

La consultation dure en général une vingtaine de minutes, mais elle peut se poursuivre et nécessiter de revoir la personne ou la réorienter vers un autre spécialiste.

C'est l'acteur majeur du parcours de soin de ces pathologies. Il peut être pro-actif en démarchant les populations à risque de trouble de la libido.

Exemples :

- Demander aux femmes atteintes du cancer du sein si elles ont des problèmes à initier ou réaliser un acte sexuel.
- Demander aux femmes ménopausées si la ménopause impacte leurs rapports et s'il n'y a pas de sécheresse vaginale provoquant un inconfort lors d'un rapport.
- Demander et notamment aux hommes atteints de maladies métaboliques (HTA, diabète…) s'ils n'ont pas de problèmes érectiles dû notamment aux dommages possibles du système endothélial.

Mais il peut tout aussi bien dépister ces troubles de manière passive en écoutant simplement les plaintes de ses patients : par exemple, si un patient lui fait part de ses soucis, il pourra orienter ou proposer une thérapeutique.

Tout le monde peut avoir accès à son généraliste sans condition et ouvrir le dialogue sur ses pathologies. La proximité du médecin généraliste facilite donc la discussion. Toutefois, l'une des barrières est que souvent ce médecin est aussi celui de toute la famille dont le conjoint lui-même, et malgré le secret professionnel, certains patients peuvent hésiter à parler de leurs pathologies.

4- I- A) Questionnaires de diagnostic

Il y a plusieurs questionnaires de diagnostic concernant ces dysfonctions sexuelles. On peut noter le travail de Mr F.Giuliano sur la compilation de ses questionnaires (129).

Dans cette partie, un résumé de ces différents tests sera effectué, avec en Annexes 4 et 5 le questionnaire le plus important pour les femmes et les hommes respectivement.

Ces questionnaires, véritables outils de dépistage, ne remplacent pas un examen clinique. Comme vu précédemment, un interrogatoire sur les antécédents médicaux, la personne elle-même et la dynamique du couple doit être effectué, pour établir un diagnostic de la dysfonction sexuelle.

Néanmoins, ils permettent de poser des bases égalitaires de dépistage et permettent un recensement épidémique plus simple et fidèle de la réalité. Ils sont dans la pratique bien construits pour chaque dysfonction mais ils restent peu utilisés par les urologues comme le montre l'article de Mr F.Giuliano.

Pour les femmes :

Les questionnaires pour les femmes sont généralement plus globaux que ceux des hommes. Ils essayent de répondre à des questions sur les différents aspects de l'activité sexuelle de la femme (excitation, désir, orgasme…). Le plus utilisé en France reste le questionnaire FSFI (*Female Sexual Function Index*) :

C'est un questionnaire qui permet une évaluation du désir (Tableau 20) pour les questions 1 et 2, de l'excitation (3 à 6), de la lubrification (7 à 10), de l'orgasme (11 à 13), de la satisfaction sexuelle (14 à 16) et de la douleur durant les relations sexuelles (17 à 19).

TABLEAU 20: SCORE DU QUESTIONNAIRE FSFI EN FONCTION DES REPONSES ETABLIES

Domaine	Questions	Score	Coefficient	Score intermédiaire	Score total
Désir	1, 2	1 - 5	0,6		
Excitation	3, 4, 5, 6	0 - 5	0,3		
Lubrification	7, 8, 9, 10	0 - 5	0,3		
Orgasme	11, 12, 13	0 - 5	0,4		
Satisfaction	14, 15, 16	0 ou 1 - 5	0,4		
Douleur	17, 18, 19	0 - 5	0,4		

Cf Annexe 4 pour vous tester.

Il y a donc un maximum de six points par domaine.

Exemple d'utilisation du tableau : pour les questions concernant le désir (1 et 2), la femme a obtenu 5 points à chacune de ses questions. On prend le total (soit 10) que l'on multiplie par le coefficient et on obtient un score intermédiaire. On fait cela pour les autres catégories puis on ajoute tous les scores intermédiaires et on obtient un résultat sur 36.

Le score maximum est de 36 points. Un score minimum de 26,55 points déterminera le seuil au-delà duquel un diagnostic de dysfonction sexuelle pourra être posé.

Pour les hommes :

Trois grandes catégories de questionnaires sont répertoriées pour l'homme :

- Pour les dysfonctions érectiles

Le questionnaire sur les dysfonctions érectiles le plus utilisé est l'IIEF (*International Index of Erectile Function*). Il a servi, notamment à suivre l'efficacité des Ipde-5 et comporte 15 questions.

Il s'intéresse à plusieurs informations dont l'érection, l'orgasme, le désir, la satisfaction vis-à-vis du rapport sexuel et la satisfaction globale du rapport. Les questions concernent l'expérience sexuelle des quatre dernières semaines. Plus le score est bas plus la dysfonction sera sévère.

Il y a cependant quelques faiblesses dans ce questionnaire puisque les questions sont orientées pour des pratiques hétérosexuelles et se concentrent sur la qualité de l'érection. On peut passer à côté d'informations et notamment sur des problèmes de désir, de satisfaction.

Les questions 1 à 5 plus la question 15 sont centrées sur la dysfonction érectile et dans certains cas le questionnaire est réduit à ces questions pour évaluer la dysfonction érectile.

On peut aussi citer le questionnaire SHIM (*Sexual Health Inventory for Men*) qui comprend les questions 2, 4, 5 et 15 sur les dysfonctions érectiles plus la question 7 qui répond à la satisfaction de l'homme par rapport à l'acte sexuel (Tableau 21).

Les hommes qui répondent à ce questionnaire doivent intégrer les 6 derniers mois de leur vie sexuelle et le spécialiste doit s'assurer que l'homme a bien eu des activités sexuelles pendant cette période. En routine, c'est le test que l'on va utiliser en dépistage, car il est simple.

TABLEAU 21 : SCORE DU QUESTIONNAIRE SHIM EN FONCTION DES REPONSES ETABLIES

Score Normal	Dysfonction érectile (DE) peu sévère	DE peu à moyennement sévère	DE moyennement sévère	DE sévère
Score entre 22 et 25 points	Score entre 17 et 21 points	Score entre 12 et 16 points	Score entre 8 et 11 points	Score entre 5 et 7 points

Cf Annexe 5 pour vous tester, répondre aux questions 2, 4, 5, 7 et 15

Exemple : Un homme répond à ces 5 questions et obtient le score de 12 points (à chaque question il ajoute le score pour avoir un total), il pourra donc être classé comme ayant une dysfonction érectile peu à moyennement sévère.

- Pour les éjaculations prématurées

On pourra citer deux questionnaires : l'IPE (*Index of premature ejaculation*) et le PEP (*Premature ejaculation profil*).

Le but de ces questionnaires pour dépister des éjaculations précoces est de centrer les questions autour de trois axes. Le premier axe est le temps éjaculatoire, même si celui-ci peut être évalué rapidement et fidèlement par le clinicien lors de l'interrogatoire. Le deuxième axe porte sur l'inconfort et l'absence de contrôle de l'éjaculation et le dernier axe concerne le sentiment d'impuissance face à cette éjaculation prématurée et la souffrance qu'elle entraîne sur le couple.

- Pour la sexualité de l'homme de manière plus globale

Ce questionnaire est à mettre en parallèle avec le questionnaire FSFI de la femme. Il va établir une « carte » de la sexualité de l'homme en répondant à plusieurs paramètres pour essayer de définir ou non la dysfonction sexuelle.

Le test se nomme le MSHQ (*Male Sexual Health Questionnaire*) et va répondre à plusieurs paramètres comme la qualification du désir de l'homme, en allant des problèmes possibles en début d'acte sexuel (érection) jusqu'aux problèmes de fin de l'acte (éjaculation et orgasme). Il va aussi permettre de questionner sur l'affect, lié à cette ou à ces dysfonctions sexuelles.

Selon leur auteur, ce test est plus utile chez des personnes âgées (hommes pouvant cumuler plusieurs dysfonctions sexuelles) ou ayant eu des pathologies uro-génitales comme des antécédents de cancer pelvien, une hypertrophie bégnine de la prostate ou des troubles de la miction…

II) Gynécologue, urologue et andrologue

Le gynécologue et l'urologue peuvent être les premiers médecins auxquels le patient confie sa pathologie. Cette consultation peut être conseillée par le médecin généraliste.

Sa formation est réalisée en faculté de médecine, suivie d'un internat en gynécologie ou urologie.

La consultation est plus longue en termes de temps par rapport à celle d'un médecin généraliste. Une seule consultation suffit très souvent, mais il est possible de revenir voir le professionnel si le problème persiste.

A qui s'adressent ces spécialités :

- Gynécologue : Les patients concernés sont les patientes lors de contrôle de routine (dépistage du papillomavirus, prescription de la pilule contraceptive), lors de contrôle d'âge clef comme lors des premiers rapports, lors de la grossesse, lors de la ménopause.

- Urologue : Patients et patientes lors de pathologies primaires liées à l'appareil urinaire.

- Andrologue et Urologue : Pour tous les patients masculins et notamment lorsqu'ils viennent faire des dépistages du cancer de la prostate à partir de 50 ans.

Je pense que l'on peut encore progresser et notamment chez les hommes jeunes sur l'orientation vers ces spécialistes. On peut voir au comptoir que de nombreuses femmes n'ont pas de gynécologue et encore plus d'hommes qui n'ont pas d'urologue/andrologue avant un âge avancé.

Pour les femmes, le manque de consultation chez le gynécologue est plus lié à l'accessibilité du spécialiste (prise de rendez-vous tardif, pas de spécialiste à proximité…)

Pour les hommes, le manque de consultation est plus expliqué par le manque d'informations sur leurs champs de compétences.

Il y aurait pour moi un intérêt, dans le cadre des dysfonctions sexuelles, à éduquer et notamment pendant les cours d'éducation sexuelle, à pousser à une consultation obligatoire pour les deux sexes au début des premiers rapports sexuels ou juste avant. Avec, en plus, une promotion de leurs champs d'expertise.

III) Psychologue

La formation suivie pour devenir un psychologue est une licence en psychologie suivie d'un master en psychologie accompagné d'un mémoire professionnel et de stages professionnalisants. Les études pour accéder au titre de psychologue sont en réflexion et pourraient être prolongées jusqu'au niveau du doctorat.

« Le psychologue est un professionnel du fonctionnement psychique dans ses aspects subjectifs, affectifs et cognitifs et de leurs psychopathologies, ainsi que du comportement humain, de la personnalité et des relations interpersonnelles. » Il est donc celui le plus à même de répondre à des blocages liés à la pensée. Les séances peuvent être pris en charge partiellement (sécurité sociale) (130).

Les séances se déroulent très souvent sous la forme d'une discussion. L'entretien peut se réaliser en une ou plusieurs séances. Il est à noter qu'il n'y a pas qu'un seul type de psychologie et qu'il est intéressant de changer de professionnels si l'on ne se sent pas en confiance. Certains psychologues ont et travaillent avec des approches différentes qui ne fonctionnent pas sur l'entièreté de la population et peuvent ne pas être en accord avec notre façon de réfléchir/penser au moment donné. Il est donc important de choisir son psychologue pour pouvoir travailler le plus efficacement possible pour lever son blocage.

On pourrait le conseiller à l'ensemble des patients et patientes atteints de dysfonctions sexuelles.
Dans ces pathologies, il y aura presque toujours et ce même dans leur définition, une plainte psychologique. Cette plainte psychologique peut être primaire ou secondaire à cette dysfonction mais il faudra la prendre en compte dans la thérapie. A noter qu'il faut aussi considérer le conjoint qui « subit » ou qui est à l'origine de cette dysfonction.

IV) Sexologue

Il n'y a pas de formation exigée pour devenir et exercer le métier de sexologue. Néanmoins une licence en psychologie ou médecine est recommandée (il y a une prépondérance de psychologues et de médecins exerçant ce métier). On notera qu'il faut une connaissance avancée sur le corps humain et sur le psychisme pour pouvoir répondre à un maximum de demandes.

Un sexologue se concentrera plus sur l'acte sexuel en lui-même, les blocages, et la mise en pratique grâce à des jeux de rôles, des conseils pour soulager le ou la patiente.

Un peu à l'image du psychologue, le format de la thérapie se déroulera en une à plusieurs séances.

La discussion sera au centre de cette thérapie mais l'intervenant pourra aussi faire appel à des exercices pour répondre à la demande. Ces séances peuvent se dérouler seul ou en couple. Il peut y avoir l'utilisation d'objets, ou de mises en situation avec le conjoint.

Ces séances s'adressent à tout le monde. L'avantage par rapport aux psychologues, c'est la mise en pratique qui peut permettre de débloquer des situations.

L'un des inconvénients est que la consultation est uniquement remboursée si la séance est réalisée par un médecin sexologue. Une autre difficulté est d'arriver, lors des premières séances, à se livrer concernant ses besoins sexuels. Cela peut dépendre de la personne et/ou de sa culture.

V) Pharmacie

Lors d'une demande sur un sujet relevant de la sphère sexuelle, il est préférable de sortir du cadre du comptoir, c'est-à-dire qu'il est important de s'isoler de la zone de passage pour plus de discrétion mais aussi pour que le patient se sente plus à l'aise lorsque l'on va poser des questions et approfondir sa demande. Il est tout à fait possible de prendre le temps de se diriger vers le bureau ou si la pharmacie le permet, de s'isoler dans un sas de confidentialité.

Pour commencer, on peut lui rappeler que bien évidemment tout ce qui sera dit est soumis au secret médical.

Si on a à faire à une personne de sexe opposé, qui n'a pas l'air d'être à l'aise, on peut lui demander si elle préfère discuter avec un autre intervenant du même sexe. Il faut savoir et pouvoir changer de personnel lorsqu'il y a un risque de perte de données et d'informations, car cela pourrait rendre impossible une réponse adéquate à la demande initiale.

C'est aussi pour cela qu'il est important de communiquer sur ce sujet et plus largement sur le « comment communiquer » sur tout ce qui touche la sphère génitale. Il peut être intéressant de former l'équipe une fois par an sur ce sujet.

La formation du personnel officinale se fait de deux façons. Une formation réalisée à l'université pendant 3 ans (le DEUST) pour devenir préparateur en pharmacie et une formation réalisée en 6 ans débouchant, avec l'écriture d'une thèse, sur le titre de docteur en pharmacie.

L'accompagnement de ces patients se fait au comptoir ou dans un sas de confidentialité. Celui-ci se fait sur une dizaine de minutes maximum.

L'accès à la pharmacie et aux personnels officinales est ouverte à tous les patients. On va retrouver des avantages et des inconvénients sur la place du pharmacien.

-Avantages : On peut rencontrer tout type de population, notamment les personnes jeunes qui ont des médecins de famille, ou des personnes de passage pour qui cet anonymat peut les aider à lever le voile sur leurs problèmes. On peut aussi faire du dépistage de ces dysfonctions sexuelles de manière active/passive comme on le verra par la suite.

-Inconvénients : Le manque de discrétion de la demande : la pharmacie selon l'heure peut être bondée de monde, ou la taille de la pharmacie ne permet pas de se mettre à l'écart. L'officine étant un lieu de passage, cela peut poser des problèmes pour s'ouvrir sur le sujet.

Un autre inconvénient et le temps qui nous est accordé. Une dizaine de minutes au maximum pour cerner le problème et arriver à apporter une solution. Attention cette solution ne doit pas forcément régler le problème mais elle devrait obligatoirement rassurer le ou la patiente et l'orienter vers DES professionnels si besoin d'approfondir ses questionnements.

4- V- A) Commencer le dialogue

Une fois que la personne est à l'écart et plus à même de communiquer, que le professionnel est accepté par le ou la patiente, un dialogue va pouvoir s'instaurer.

La première étape, comme pour n'importe qu'elle demande en pharmacie est la reformulation. Elle est importante pour essayer de cerner l'étiologie du problème.

On peut citer l'exemple d'une patiente avec un cancer du sein qui est à la recherche de produits pour augmenter sa libido, son désir sexuel. En discutant, on peut s'apercevoir que le problème vient de la relation sexuelle en elle-même. La pénétration lui fait mal. À la suite de son cancer du sein et à une diminution de ces œstrogènes, elle souffre de sécheresse vaginale et l'acte lui est devenu douloureux. Inconsciemment, elle cherche donc à éviter le rapport par crainte des douleurs, ce qui a entraîné une diminution de son désir sexuel.

Il est donc important de cerner la demande du patient. Pour cela on peut utiliser le système de questions fermées/ouvertes pour balayer le sujet dans sa globalité.

Pour commencer je propose de commencer par trois questions. Ici seront présentées des propositions de questions :

<u>Une question sur la psychologie de la patiente :</u>

- Est-ce qu'il y a des problèmes personnels (travail, famille…) dans la vie de la personne ?
- Est-ce qu'elle est enceinte ?
- Est-ce qu'il y a d'autres problèmes qui pourrait interférer sur sa capacité sexuelle ?

<u>Une question sur le côté mécanique, pratique de l'acte sexuel :</u>

- Est-ce qu'il y a des pathologies métaboliques (diabète, HTA…) ou psychiatriques (anxiété, dépression…) ?
- Est-ce que la lubrification est suffisante ?
- Est-ce un problème acquis ou de tout temps ?

<u>Une dernière question sur le côté relation/partenaire :</u>

- Est-ce qu'il y a des problèmes de couple ?
- Est-ce qu'il y a une frustration de la part du partenaire ?
- Est-ce que le contexte relationnel est favorable ou non à un acte sexuel ?

Il est nécessaire de justifier chaque question pour mettre à l'aise le ou la patiente. Ce sont les trois types de questions ouvertes qui peuvent nous indiquer à quel niveau se situe le problème et vers qui on va se tourner comme spécialiste pour le résoudre.

A partir de là, effectivement, on peut avoir une idée du professionnel pouvant rentrer dans le schéma du traitement de la dysfonction sexuelle et quels conseils on va pouvoir donner pour soulager le ou la patiente en attendant de régler le problème source.

Le problème peut bien évidemment correspondre à plusieurs étages (psychologique/ mécanique/ relationnel).

On va ensuite commencer à poser des questions fermées tout en les limitant, c'est-à-dire qu'il est essentiel de chercher à cerner le problème. Par exemple, si la personne dit qu'elle a mal pendant le rapport, on peut lui demander ce qui lui fait mal. Pour une femme ça peut être une sécheresse vaginale ou un vaginisme…

La notion de questions limitées se fait parce qu'on est dans la sphère de l'intime. A cela s'ajoute que si on est à la pharmacie du quartier on a peut-être connaissance de la famille du patient.

C'est donc important de laisser le patient aller aussi loin qu'il le veut sans le mettre mal à l'aise avec des questions non nécessaires.

Généralement, on n'aura pas besoin de nombreuses questions puisque grâce aux questions ouvertes on devrait avoir une idée déjà bien plus précise de ce que l'on a à traiter.

Il est important et notamment chez les jeunes patients de rappeler la nécessité de mettre de la distance vis-à-vis d'internet et l'image imposée par la pornographie. On va avoir des problèmes de comparaisons (par exemple de temps, de position, d'incarnation du rôle de l'homme ou de la femme) qui peuvent amener à des dysfonctions sexuelles (diminution de l'excitation lors d'un rapport réel, éjaculation précoce dû à l'image amplifiée des scènes érotiques) ou à créer de fausses dysfonctions avec par exemple une éjaculation qui intervient au bon moment mais qui comparée à des scènes pornographiques longues peut amener le patient à se créer un complexe…

4- V- B) Proposition d'une semaine de sensibilisation

Lors de la réalisation de ma thèse, je me suis aperçu qu'il était important de communiquer sur les dysfonctions sexuelles. J'ai donc voulu imaginer une campagne de sensibilisation quant à ces pathologies.

En octobre, on a le mois « octobre rose » pour sensibiliser la population aux dépistages et plus largement sur la thématique du risque de cancer du sein.

En novembre on a le « movember », pour sensibiliser la population aux cancers de la prostate et de façon plus générale aux cancers chez l'homme.

Ces deux types de cancer sont à l'origine de dysfonctions en termes de libido/plaisir/acte sexuel. Il serait donc intéressant selon moi de faire une semaine courant octobre ou novembre sur la promotion du plaisir sexuel et du « dépistage » de ces dysfonctions.

<u>Comment pourraient se passer ces journées ?</u>

J'imagine une action active/passive : active c'est-à-dire en mettant en place une promotion visuelle quant aux dysfonctions sexuelles, mais passive quant à la promotion orale de celle-ci. On ne doit pas démarcher au comptoir des patients pour leur parler de ces pathologies mais plutôt attendre que le patient entame la conversation sur le sujet. Il est évident qu'il n'est pas possible de poser des questions à un inconnu dans la rue sur sa sexualité et il en va de même au comptoir. On rentre dans la sphère de l'intime et il est nécessaire de laisser le patient faire la démarche. C'est pour cela qu'il faut que cela vienne de la personne elle-même. L'intérêt d'une semaine de sensibilisation serait donc d'interpeller les personnes par une promotion visuelle, de sorte que la discussion puisse s'engager à l'initiative de la personne qui en éprouve le besoin.

L'un des bénéfices de cette action est de positionner la pharmacie comme un centre d'informations de santé et de soulever un débat quant à ces questions tabou, tout en apportant un soutien à des patients potentiellement touchés par ces dysfonctions sexuelles.

La sexualité fait partie du pilier de base de la pyramide de Maslow (7), qui est la pyramide des besoins vitaux. Quand on compare comment on traite les autres thèmes de ce palier (alimentation, respiration, sommeil) on peut vraiment noter la non-information sur la sexualité et donc le manque majeur d'une telle discussion.

Inconvénient : Il est difficile d'inclure tous les problèmes de dysfonction sexuelle dans des informations visuelles, et de toucher chaque catégorie de personne dans la population. Enfin, tous les membres de la pharmacie ne seront pas forcément à l'aise eux-mêmes, pour parler de ces sujets, à cause de leur sensibilité personnelle.

Je vais donc vous présenter une affiche (Figure 8) et un *flyer* (Figure 9) que j'ai réalisés pour cette thèse dans le but de promouvoir une semaine d'information sur les dysfonctions sexuelles et leur dépistage, et vous expliquer les choix faits lors de leur conception.

Affiche proposée :

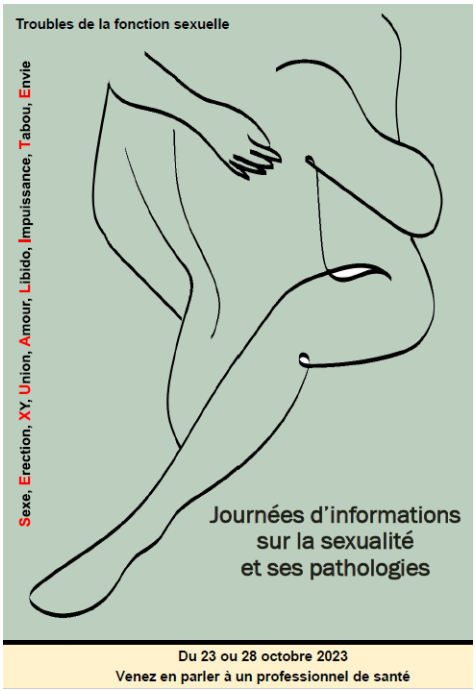


FIGURE 8: AFFICHE SUR LE DEPISTAGE DES DYSFONCTIONS SEXUELLES

Pour la création de mon affiche :

Informations sur le fond :

J'ai choisi un fond vert pâle, donc neutre, c'est-à-dire ni rose, ni bleu pour ne pas stigmatiser chaque sexe. Le vert pâle signifie pour moi la santé mais reste discret à l'œil.

Informations sur l'image :

J'ai choisi une image libre de droit (131). Je voulais qu'en un coup d'œil, on puisse cerner le sujet de cette affiche. J'ai donc choisi un couple suggérant un acte sexuel, l'image stylisée reste cependant décente au regard.

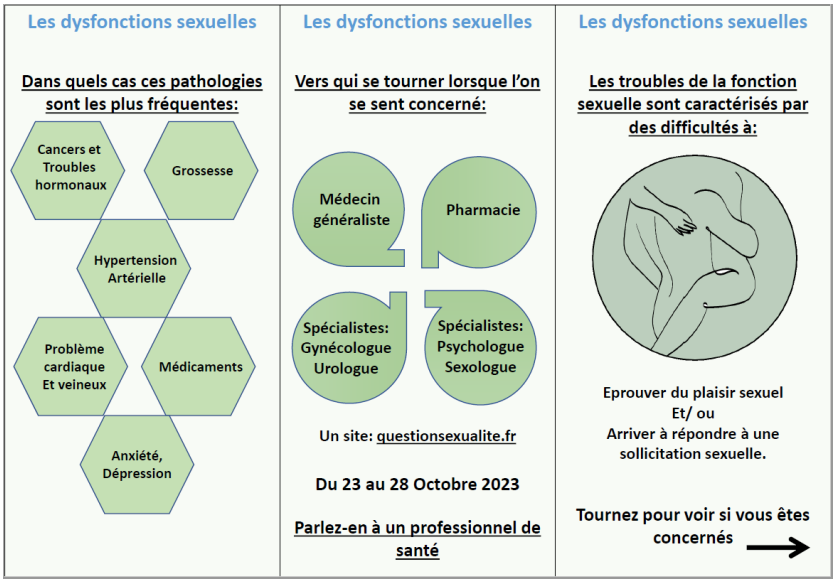
Informations sur l'affiche :

Un titre principal « Journées d'informations sur la sexualité et ses pathologies ». J'ai évité délibérément d'employer le terme de « dysfonction sexuelle » afin que l'affiche puisse parler au plus grand nombre.

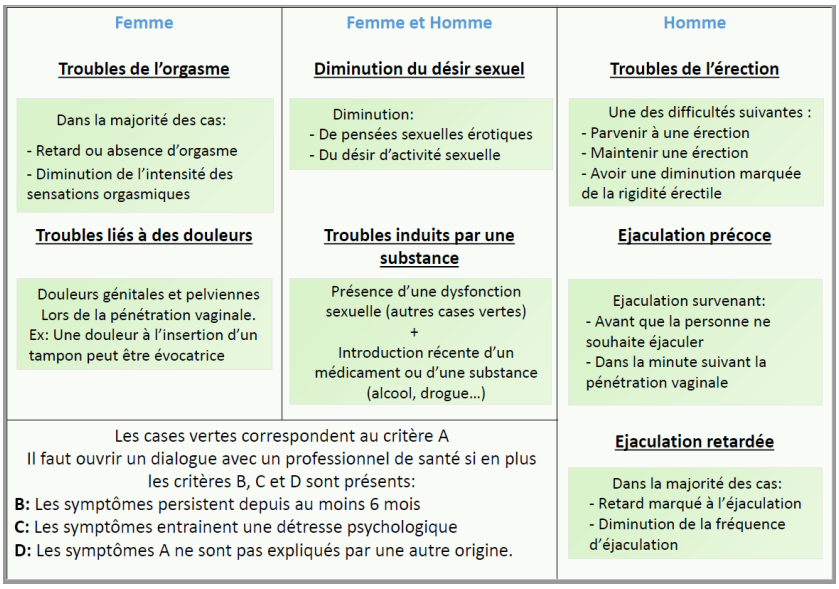
J'ai proposé effectivement des dates pour marquer la campagne de promotion de ses pathologies, mais la durée de cette campagne pourrait être raccourcie ou rallongée. Attention cependant à ne pas trop raccourcir pour pouvoir toucher un public assez large.

De plus, sur le côté, j'ai ajouté quelques mots pour définir un peu plus le sujet de cette campagne de sensibilisation. Pour un patient cela sera toujours plus parlant de pouvoir mettre des mots sur les problèmes liés à sa sexualité. En Rouge les lettres du mot sexualité sont un petit clin d'œil poussant le lecteur à lire entièrement la phrase.

Flyer :



Page 5 Page 6 Page 1



Page 2 Page 3 Page 4

FIGURE 9: FLYER SUR LA PROMOTION DES DYSFONCTIONS SEXUELLES

Pour la création de mon *flyer* : j'ai choisi un fond neutre (vert pâle) comme celui de l'affiche.

Page 1 : pour cette première page, j'ai choisi de faire un rappel du logo de l'affiche pour que le patient puisse identifier rapidement où il pourrait avoir plus d'informations sur le sujet sans pour autant devoir exprimer ouvertement son intérêt pour le sujet.

J'ai rajouté une définition sur ce que sont ces dysfonctions sexuelles dans le but d'accrocher le lecteur pour qu'il sache rapidement si cela le concerne ou non.

Pages 2, 3 et 4 : pour ces pages j'ai voulu définir l'ensemble de ces dysfonctions. Une partie sur la femme, une partie sur l'homme et une partie mixte. La définition de ces pathologies est sur un cadre vert plus foncé pour attirer le regard du lecteur. Quant à l'encadré du bas, il rappelle la temporalité de ces troubles et l'impact qu'ils doivent avoir sur la vie du patient pour qu'ils puissent être classés comme des dysfonctions sexuelles.

Sur toutes les parties du *flyer*, je conseille au lecteur d'ouvrir une discussion sur ses pathologies. En aucun cas ce *flyer* ne peut servir de diagnostic. Et ce, même si je me suis servi des définitions de ces troubles, une cause organique peut ne pas être identifiée par ce *flyer*.

Page 5 : pour cette page, j'ai voulu mettre en lumière les circonstances de vie qui pourraient amener à des dysfonctions sexuelles. Le but est de pousser à la communication entre patients, ou dans le couple/famille. Exemple : « Je sais que ma femme est en dépression, peut être que c'est pour cela qu'elle n'a plus envie de moi quand j'initie le rapport ».

Page 6 : dernière page, il était important pour moi de parler des professionnels de santé qui pourraient agir lorsque l'on fait face à des dysfonctions sexuelles. La base de cette campagne étant l'initiation de la communication, ce rappel était nécessaire.

D'autant que le patient peut ne pas être à l'aise au comptoir pour en parler mais peut être qu'à la prochaine consultation chez le médecin, il initiera le dialogue.

4- V- C) Questions sexualité

Le gouvernement a mis en place un site internet pour répondre aux questions liées à la sexualité, et notamment pour les plus jeunes.

https://questionsexualite.fr/

Dans une optique de santé publique, les thèmes sont dirigés vers la prévention des IST, mais sont aussi abordés les thèmes liés à des pathologies génitales telles que l'endométriose, les dysfonctions sexuelles comme les troubles de la douleur liée à la pénétration vaginale, les troubles de l'érection, etc.

Ce site résume ces pathologies, ce qui est didactique. Il insiste également sur la nécessité d'une communication avec un professionnel de santé. On pourra retrouver sur ce site, quelques conseils selon la pathologie, mais aussi selon les étapes de la vie en rapport avec la sexualité.

Après un conseil en officine, il est donc judicieux de réorienter le patient vers la consultation de ce site pour qu'il ait un support rappelant ce qu'on lui a transmis, (en plus d'une visite chez un médecin).

4- V- D) Prise en charge, le coût pour le patient

Les dysfonctions sexuelles sont souvent non traitées. En cause, le sous diagnostic, l'appréhension d'en parler mais aussi le coût des produits, comme nous allons le voir dans cette partie (Tableau 22).

TABLEAU 22: RECAPITULATIF DES COUTS DES TRAITEMENTS CORRIGEANT LES DYSFONCTIONS SEXUELLES

Thérapeutique	Coût moyen
Ipde-5	**NR**, prix libre. Entre 1 à 2€ par comprimé pour une utilisation.
Bupropion L.P 150mg	**NR**, prix libre. 90€ pour un à deux mois selon la posologie.
Androgène (Testostérone)	Androgel® **NR**, Andractim® **R** pour les hommes 22,02€ (132) Intrinsa® **NR** pour les femmes, n'est plus commercialisé en France.
Psychologue : Sexologue :	**R** selon conditions, En moyenne entre 50 et 70€ la séance (133) **NR**, en moyenne entre 50 et 100€ la séance, **R** uniquement si le sexologue est un médecin conventionné (134)
Alprostadil (Edex®…)	**R** si respect de l'indication. Edex® : 18,62€ pour deux utilisations (135) Caverjet® : 9,85€ pour une utilisation (136) Vitaros® : 34,96€ pour quatre utilisations (137)
Crème anesthésiante Fortacin® : Crème anesthésiante EMLA® :	**NR** : Prix libre entre 50 et 60 euros par flacon. **R** : 4,94€ pour deux utilisations (138)
Antidépresseurs IRS : Exemple paroxétine	Hors AMM donc **NR**. 3,22€ la boite de 14 cp. (139)
Pompe pénienne	**NR**, prix libre : aux alentours des 100€
Anneaux serrés à la base de la verge	**NR**, prix libre : aux alentours des 15-20€
Squeezing	Gratuit
Œstrogènes	**R** si le déficit concerne les femmes ménopausées
Vibromasseur	**NR**. Certains pays, autres que la France, le remboursent en tant que *sex-toy* thérapeutique.

NB : R = Remboursé, NR = Non remboursé, Prix libre = prix variable selon la pharmacie ou le revendeur (objet sexuel).

On peut donc voir que les traitements pour les dysfonctions sexuelles sont encore mal pris en charge. La plupart des traitements référencés comme traitements de première intention ne sont pas remboursés malgré leur prescription obligatoire.

Cela peut être un frein quant à la résolution de ces troubles pour les personnes ne pouvant se permettre l'achat de ces produits.

Conclusion

Au fil de cette thèse, nous avons construit une connaissance sur les dysfonctions sexuelles.

Nous sommes partis de l'enfant avec la construction de sa pensée sexuelle, jusqu'à l'adulte ayant des attraits pour différentes pratiques, avec une personnalité et des envies propres à lui.

Nous avons fait un point sur la biologie, en nous interrogeant sur les mécanismes mis en place par le corps pour pouvoir répondre et initier un acte sexuel.

Dans certains cas, et notamment dans les tranches d'âges avancées de la population, des dysfonctions sexuelles impactent la vie des hommes et des femmes. On a pris le temps de détailler ces dysfonctions sexuelles pour mieux les définir puisque c'est en connaissant le problème que l'on peut arriver à trouver une solution. A ces dysfonctions sexuelles ont été rattachées par la suite les thérapeutiques existantes.

<u>Proposition de réponse à la question de ma patiente :</u>

Pour répondre correctement à la demande de la dame, j'aurai dû lui proposer de dialoguer avec une de mes collègues féminines pour pouvoir discuter de son problème. Il est vrai que j'ai ressenti une gêne lors de sa question. Ma collègue, ayant pris le relai, aurait pris à l'écart cette patiente pour approfondir son problème.

Cette dame se plaignait de douleurs à la pénétration et un lubrifiant lui a été conseillé. Cette femme ayant un antécédent de cancer du sein il fallait faire attention à ne pas lui donner des lubrifiants pouvant interagir avec son système hormonal.

En complément de la délivrance du lubrifiant non hormonal, il était important de la réorienter vers un sexologue voire un psychologue. Effectivement, après un cancer du sein, certaines femmes vont déprécier leurs corps et ne plus penser à leur sexualité. Le sexologue va lui réapprendre à aimer son corps et à se détendre pour ne plus ressentir de douleurs lors de la pénétration. L'utilisation d'un vibromasseur ou d'un accommodateur vaginal pourra être également conseillée seule ou avec son conjoint pour y aller étape par étape.

De cet ensemble d'informations on a constitué le corps de la connaissance

sur les dysfonctions sexuelles.

Comme vu précédemment, il y a un sous traitement de ces pathologies. On peut citer notamment le sous diagnostic par la peur d'initier le dialogue avec un professionnel de santé, mais on peut citer aussi les coûts qui ont un impact important pour la prise en charge.

Concernant les thérapeutiques disponibles, on s'aperçoit qu'il n'y a finalement que peu de recherches, peu d'innovations thérapeutiques, peu d'autorisations de mise sur le marché concernant la mention d'un traitement pour une dysfonction sexuelle et finalement peu de remboursements sur ces produits.

On peut y voir un manque d'intérêts des laboratoires pharmaceutiques et des autorités de santé quant à ces pathologies qui concernent ou concerneront une grosse partie de la population, laissant un vide quant à la prise en charge possible de ces patients.

On doit aussi prendre en compte la méconnaissance du public sur ce qui est considéré comme la normalité : par exemple, à partir de quand peut-on classer un désordre comme une dysfonction ? Ces méconnaissances sont liées notamment aux facteurs socio-culturels, géographiques et sont propres à la personne.

Dans cette dernière partie, j'ai voulu créer des dispositifs d'informations quant à ces pathologies pour mettre en lumière ces dysfonctions et ouvrir un débat avec le patient mais aussi avec les autorités de santé.

Cette information passe par la conception d'une affiche et d'un Flyer, de la mise en avant de questionnaires pour le dépistage et de la promotion des différents acteurs de santé qui sont capables d'intervenir sur le sujet. On peut aussi notifier le site du gouvernement (https://questionsexualite.fr/) à destination du grand public.

Véritable aide pour le dépistage des dysfonctions sexuelles, on peut imaginer la distribution de ces outils dans différentes structures comme les centres d'assistances médicales à la procréation (PMA), les lycées et facultés, les pharmacies ou les cabinets médicaux.

Tous les outils mis en lumière dans cette thèse ont été pensés pour lancer une recherche officinale de pratique.

Cette thèse ouvre la voie à un test en pharmacie, passant par la distribution de l'affiche et des flyers ainsi que par la promotion de la communication orale sur ces dysfonctions sexuelles. Il serait aussi intéressant de réfléchir sur le « comment » on va former l'équipe à répondre aux questions posées sur ces pathologies et à recevoir de la part des patients un retour sur cette nouvelle offre de promotion de la santé.

Bibliographie

1. Larousse É. Définitions : érogène, érotogène - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 24 nov 2022]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9rog%C3%A8ne/30814

2. LES-STADES-EN-DETAILS.pdf [Internet]. [cité 24 nov 2022]. Disponible sur: http://www.sstpro.fr/wp-content/uploads/2013/07/LES-STADES-EN-DETAILS.pdf

3. Les stades freudiens – Cours de psychologie [Internet]. [cité 24 nov 2022]. Disponible sur: https://cours-psycho.com/2008/01/les-stades-freudiens/

4. Deug NC. TROIS THEORIES DU DEVELOPPEMENT.

5. Daniel R. Accueil Présentation Enseignement Recherche Actualité Publications Documents Dossiers Pédopsy et Web Bibliothèque Li.

6. complexe_d_oedipe.pdf [Internet]. [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: https://www.psychaanalyse.com/pdf/complexe_d_oedipe.pdf

7. Pyramide des besoins. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Pyramide_des_besoins&oldid=200774715#cite_note-mas-2

8. Meston CM, Frohlich PF. The Neurobiology of Sexual Function. Arch Gen Psychiatry. 1 nov 2000;57(11):1012.

9. Titre : Clitoris — Wikipédia [Internet]. [cité 21 févr 2023]. Disponible sur: https://www.google.com/imgres

10. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

11. Schulz P. Traitement des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10. deboeck supérieur. 2016. 1395 p. (Psychopharmacologie clinique; vol. III).

12. Larousse É. désir sexuel - LAROUSSE [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/d%C3%A9sir_sexuel/186026

13. Corona G, Rastrelli G, Maseroli E, Forti G, Maggi M. Sexual function of the ageing male. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. août 2013;27(4):581-601.

14. Fugl-Meyer K, Fugl-Meyer AR. Sexual disabilities are not singularities. Int J Impot Res. déc 2002;14(6):487-93.

15. Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, Wellings K, Macdowall W, McManus S, et al. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. BMJ. 23 août 2003;327(7412):426-7.

16. Boddi V, Fanni E, Castellini G, Fisher AD, Corona G, Maggi M. Conflicts Within the Family and Within the Couple as Contextual Factors in the Determinism of Male Sexual Dysfunction. The Journal of Sexual Medicine. 1 déc 2015;12(12):2425-35.

17. Brotto LA, Woo JST, Gorzalka BB. Differences in sexual guilt and desire in east Asian and Euro-Canadian men. J Sex Res. 2012;49(6):594-602.

18. Janssen E, McBride KR, Yarber W, Hill BJ, Butler SM. Factors that influence sexual arousal in men: a focus group study. Arch Sex Behav. avr 2008;37(2):252-65.

19. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

20. Sandfort TG, de Keizer M. Sexual problems in gay men: an overview of empirical research. Annu Rev Sex Res. 2001;12:93-120.

21. Rastrelli G, Carter EL, Ahern T, Finn JD, Antonio L, O'Neill TW, et al. Development of and Recovery from Secondary Hypogonadism in Aging Men: Prospective Results from the EMAS. J Clin Endocrinol Metab. août 2015;100(8):3172-82.

22. Schiavi RC, White D, Mandeli J, Levine AC. Effect of Testosterone Administration on Sexual Behavior and Mood in Men with Erectile Dysfunction. Arch Sex Behav. 1 juin 1997;26(3):231-41.

23. McClure RD, Oses R, Ernest ML. Hypogonadal impotence treated by transdermal testosterone. Urology. mars 1991;37(3):224-8.

24. Ullah MI, Riche DM, Koch CA. Transdermal testosterone replacement therapy in men. Drug Design, Development and Therapy. 2014;8:101.

25. Santtila P, Sandnabba NK, Jern P. Prevalence and determinants of male sexual dysfunctions during first intercourse. J Sex Marital Ther. 2009;35(2):86-105.

26. Prins J, Blanker MH, Bohnen AM, Thomas S, Bosch JLHR. Prevalence of erectile dysfunction: a systematic review of population-based studies. Int J Impot Res. déc 2002;14(6):422-32.

27. Araujo AB, Johannes CB, Feldman HA, Derby CA, McKinlay JB. Relation between psychosocial risk factors and incident erectile dysfunction: prospective results from the Massachusetts Male Aging Study. Am J Epidemiol. 15 sept 2000;152(6):533-41.

28. Gareri P, Castagna A, Francomano D, Cerminara G, De Fazio P. Erectile Dysfunction in the Elderly: An Old Widespread Issue with Novel Treatment Perspectives. Int J Endocrinol. 2014;2014:878670.

29. Boloña ER, Uraga MV, Haddad RM, Tracz MJ, Sideras K, Kennedy CC, et al. Testosterone use in men with sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Mayo Clin Proc. janv 2007;82(1):20-8.

30. Fink HA, MacDonald R, Rutks IR, Wilt TJ. Trazodone for erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. BJU Int. sept 2003;92(4):441-6.

31. Porst H, Burnett A, Brock G, Ghanem H, Giuliano F, Glina S, et al. SOP conservative (medical and mechanical) treatment of erectile dysfunction. J Sex Med. janv 2013;10(1):130-71.

32. Serefoglu EC, McMahon CG, Waldinger MD, Althof SE, Shindel A, Adaikan G, et al. An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the second International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. J Sex Med. juin 2014;11(6):1423-41.

33. Santtila P, Jern P, Westberg L, Walum H, Pedersen CT, Eriksson E, et al. The dopamine transporter gene (DAT1) polymorphism is associated with premature ejaculation. J Sex Med. avr 2010;7(4 Pt 1):1538-46.

34. Waldinger MD. Toward evidence-based genetic research on lifelong premature ejaculation: a critical evaluation of methodology. Korean J Urol. janv 2011;52(1):1-8.

35. Jern P, Santtila P, Johansson A, Alanko K, Salo B, Sandnabba NK. Is there an association between same-sex sexual experience and ejaculatory dysfunction? J Sex Marital Ther. 2010;36(4):303-12.

36. Michetti PM, Rossi R, Bonanno D, De Dominicis C, Iori F, Simonelli C. Dysregulation of emotions and premature ejaculation (PE): alexithymia in 100 outpatients. J Sex Med. sept 2007;4(5):1462-7.

37. Kaya C, Gunes M, Gokce AM, Kalkan S. Is sexual function in female partners of men with premature ejaculation compromised? J Sex Marital Ther. 2015;41(4):379-83.

38. Linton KD, Wylie KR. Recent advances in the treatment of premature ejaculation. Drug Des Devel Ther. 18 févr 2010;4:1-6.

39. Abdel-Hamid IA, El Naggar EA, El Gilany AH. Assessment of as needed use of pharmacotherapy and the pause-squeeze technique in premature ejaculation. Int J Impot Res. févr 2001;13(1):41-5.

40. Morales A, Barada J, Wyllie MG. A review of the current status of topical treatments for premature ejaculation. BJU Int. sept 2007;100(3):493-501.

41. Clomiphene Effects on Idiopathic Premature Ejaculation - PMC [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4630386/

42. Cooper AJ, Magnus RV. A clinical trial of the beta blocker propranolol in premature ejaculation. J Psychosom Res. 1984;28(4):331-6.

43. Cooper K, Martyn-St James M, Kaltenthaler E, Dickinson K, Cantrell A. Interventions to treat premature ejaculation: a systematic review short report. Health Technol Assess. mars 2015;19(21):1-180, v-vi.

44. Carvalho S, Moreira A, Rosado M, Correia D, Maia D, Pimentel P. Female premature orgasm: Does this exist? Sexologies. 1 oct 2011;20(4):215-20.

45. Waldinger MD, Schweitzer DH. Retarded ejaculation in men: an overview of psychological and neurobiological insights. World J Urol. juin 2005;23(2):76-81.

46. Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, Wellings K, Macdowall W, McManus S, et al. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. BMJ. 23 août 2003;327(7412):426-7.

47. Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I, Giovannucci E, Glasser DB, Rimm EB. Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study. Ann Intern Med. 5 août 2003;139(3):161-8.

48. Xia JD, Han YF, Pan F, Zhou LH, Chen Y, Dai YT. Clinical characteristics and penile afferent neuronal function in patients with primary delayed ejaculation. Andrology. sept 2013;1(5):787-92.

49. Michetti PM, Eleuteri S, Giuliani M, Rossi R, Simonelli C. Delayed ejaculation and alexithymia: what is the relationship? F1000Res. 20 mai 2013;2:81.

50. Richardson D, Goldmeier D, BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. Recommendations for the management of retarded ejaculation: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. Int J STD AIDS. janv 2006;17(1):7-13.

51. Higgins A, Nash M, Lynch AM. Antidepressant-associated sexual dysfunction: impact, effects, and treatment. Drug Healthc Patient Saf. 2010;2:141-50.

52. Abdel-Hamid IA, Saleh ES. Primary lifelong delayed ejaculation: characteristics and response to bupropion. J Sex Med. juin 2011;8(6):1772-9.

53. Kingsberg SA, Rezaee RL. Hypoactive sexual desire in women. Menopause. déc 2013;20(12):1284-300.

54. Woo JST, Brotto LA, Gorzalka BB. The relationship between sex guilt and sexual desire in a community sample of Chinese and Euro-Canadian women. J Sex Res. 2012;49(2-3):290-8.

55. Bianchi-Demicheli F, Cojan Y, Waber L, Recordon N, Vuilleumier P, Ortigue S. Neural bases of hypoactive sexual desire disorder in women: an event-related FMRI study. J Sex Med. sept 2011;8(9):2546-59.

56. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. Arch Sex Behav. juin 2003;32(3):193-208.

57. Carvalheira AA, Brotto LA, Leal I. Women's motivations for sex: exploring the diagnostic and statistical manual, fourth edition, text revision criteria for hypoactive sexual desire and female sexual arousal disorders. J Sex Med. avr 2010;7(4 Pt 1):1454-63.

58. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: preliminary findings. J Sex Marital Ther. 2008;34(4):325-42.

59. Burri AV, Cherkas LM, Spector TD. The genetics and epidemiology of female sexual dysfunction: a review. J Sex Med. mars 2009;6(3):646-57.

60. Lutfey KE, Link CL, Rosen RC, Wiegel M, McKinlay JB. Prevalence and correlates of sexual activity and function in women: results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. Arch Sex Behav. août 2009;38(4):514-27.

61. Fugl-Meyer K, Fugl-Meyer AR. Sexual disabilities are not singularities. Int J Impot Res. déc 2002;14(6):487-93.

62. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. Obstet Gynecol. nov 2008;112(5):970-8.

63. Kedde H, van de Wiel HBM, Weijmar Schultz WCM, Wijsen C. Sexual dysfunction in young women with breast cancer. Support Care Cancer. janv 2013;21(1):271-80.

64. Schreiner-Engel P, Schiavi RC, White D, Ghizzani A. Low sexual desire in women: The role of reproductive hormones. Hormones and Behavior. 1 juin 1989;23(2):221-34.

65. van Anders SM. Testosterone and Sexual Desire in Healthy Women and Men. Arch Sex Behav. 1 déc 2012;41(6):1471-84.

66. Désir sexuel hypoactif chez les femmes transsexuelles : prévalence et association avec les niveaux de testostérone - PubMed [Internet]. [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18299474/

67. Kaviani M, Rahnavard T, Azima S, Emamghoreishi M, Asadi N, Sayadi M. The effect of education on sexual health of women with hypoactive sexual desire disorder: a randomized controlled trial. Int J Community Based Nurs Midwifery. avr 2014;2(2):94-102.

68. Sherwin BB. Estrogen and/or androgen replacement therapy and cognitive functioning in surgically menopausal women. Psychoneuroendocrinology. 1988;13(4):345-57.

69. Davis SR. The clinical use of androgens in female sexual disorders. J Sex Marital Ther. 1998;24(3):153-63.

70. Fooladi E, Bell RJ, Jane F, Robinson PJ, Kulkarni J, Davis SR. Testosterone improves antidepressant-emergent loss of libido in women: findings from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Sex Med. mars 2014;11(3):831-9.

71. Sarrel P, Dobay B, Wiita B. Estrogen and estrogen-androgen replacement in postmenopausal women dissatisfied with estrogen-only therapy. Sexual behavior and neuroendocrine responses. J Reprod Med. oct 1998;43(10):847-56.

72. Crenshaw TL, Goldberg JP, Stern WC. Pharmacologic modification of psychosexual dysfunction. J Sex Marital Ther. 1987;13(4):239-52.

73. Basson R, McInnes R, Smith MD, Hodgson G, Koppiker N. Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. J Womens Health Gend Based Med. mai 2002;11(4):367-77.

74. Simon JA, Kingsberg SA, Shumel B, Hanes V, Garcia M, Sand M. Efficacy and safety of flibanserin in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: results of the SNOWDROP trial. Menopause. juin 2014;21(6):633-40.

75. Sathyanarayana Rao TS, Andrade C. Flibanserin: Approval of a controversial drug for a controversial disorder. Indian J Psychiatry. 2015;57(3):221-3.

76. Muin DA, Wolzt M, Marculescu R, Sheikh Rezaei S, Salama M, Fuchs C, et al. Effect of long-term intranasal oxytocin on sexual dysfunction in premenopausal and postmenopausal women: a randomized trial. Fertil Steril. sept 2015;104(3):715-723.e4.

77. Piletz JE, Segraves KB, Feng YZ, Maguire E, Dunger B, Halaris A. Plasma MHPG response to yohimbine treatment in women with hypoactive sexual desire. J Sex Marital Ther. 1998;24(1):43-54.

78. Tribulus terrestris pour le traitement de la dysfonction sexuelle chez la femme : placebo randomisé en double aveugle - étude contrôlée - PubMed [Internet]. [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24773615/

79. Belkin ZR, Krapf JM, Goldstein AT. Drugs in early clinical development for the treatment of female sexual dysfunction. Expert Opin Investig Drugs. févr 2015;24(2):159-67.

80. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA. 10 févr 1999;281(6):537-44.

81. Seehusen DA, Baird DC, Bode DV. Dyspareunia in women. Am Fam Physician. 1 oct 2014;90(7):465-70.

82. Ventolini G, Yaklic JL, Galloway ML, Hampton M, Maher JE. Obstetric vulvar lacerations and postpartum dyspareunia. J Reprod Med. 2014;59(11-12):560-5.

83. Nappi RE, Palacios S, Panay N, Particco M, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey. Climacteric. avr 2016;19(2):188-97.

84. Dogan S. Vaginismus and accompanying sexual dysfunctions in a Turkish clinical sample. J Sex Med. janv 2009;6(1):184-92.

85. Paterson LQP, Davis SNP, Khalifé S, Amsel R, Binik YM. Persistent genital and pelvic pain after childbirth. J Sex Med. janv 2009;6(1):215-21.

86. Yong PJ, Mui J, Allaire C, Williams C. Pelvic floor tenderness in the etiology of superficial dyspareunia. J Obstet Gynaecol Can. nov 2014;36(11):1002-9.

87. Farmer MA, Taylor AM, Bailey AL, Tuttle AH, MacIntyre LC, Milagrosa ZE, et al. Repeated vulvovaginal fungal infections cause persistent pain in a mouse model of vulvodynia. Sci Transl Med. 21 sept 2011;3(101):101ra91.

88. Pazmany E, Bergeron S, Verhaeghe J, Van Oudenhove L, Enzlin P. Sexual communication, dyadic adjustment, and psychosexual well-being in premenopausal women with self-reported dyspareunia and their partners: a controlled study. J Sex Med. juill 2014;11(7):1786-97.

89. Harlow BL, Wise LA, Stewart EG. Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. Am J Obstet Gynecol. sept 2001;185(3):545-50.

90. Kao A, Binik YM, Amsel R, Funaro D, Leroux N, Khalifé S. Biopsychosocial predictors of postmenopausal dyspareunia: the role of steroid hormones, vulvovaginal atrophy, cognitive-emotional factors, and dyadic adjustment. J Sex Med. août 2012;9(8):2066-76.

91. Ter Kuile MM, Melles R, de Groot HE, Tuijnman-Raasveld CC, van Lankveld JJDM. Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list control trial of efficacy. J Consult Clin Psychol. déc 2013;81(6):1127-36.

92. Flanagan E, Herron KA, O'Driscoll C, Williams AC de C. Psychological treatment for vaginal pain: does etiology matter? A systematic review and meta-analysis. J Sex Med. janv 2015;12(1):3-16.

93. Stockdale CK, Lawson HW. 2013 Vulvodynia Guideline Update. Journal of Lower Genital Tract Disease. avr 2014;18(2):93-100.

94. Jeon Y, Kim Y, Shim B, Yoon H, Park Y, Shim B, et al. A retrospective study of the management of vulvodynia. Korean J Urol. janv 2013;54(1):48-52.

95. Brody S, Weiss P. Vaginal orgasm is associated with vaginal (not clitoral) sex education, focusing mental attention on vaginal sensations, intercourse duration, and a preference for a longer penis. J Sex Med. août 2010;7(8):2774-81.

96. Puppo V. Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction. Clin Anat. janv 2013;26(1):134-52.

97. Muehlenhard CL, Shippee SK. Men's and women's reports of pretending orgasm. J Sex Res. nov 2010;47(6):552-67.

98. Graham CA. The DSM diagnostic criteria for female orgasmic disorder. Arch Sex Behav. avr 2010;39(2):256-70.

99. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of Orgasm in Women. The Journal of Sexual Medicine. 2004;1(1):66-8.

100. Garcia JR, Lloyd EA, Wallen K, Fisher HE. Variation in orgasm occurrence by sexual orientation in a sample of U.S. singles. J Sex Med. nov 2014;11(11):2645-52.

101. Hosseini L, Iran-Pour E, Safarinejad MR. Sexual function of primiparous women after elective cesarean section and normal vaginal delivery. Urol J. 2012;9(2):498-504.

102. A comparative study of the effects of local estrogen with or without local testosterone on vulvovaginal and sexual dysfunction in postmenopausal women - PubMed [Internet]. [cité 25 janv 2023]. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20102444/

103. Labrie F, Derogatis L, Archer DF, Koltun W, Vachon A, Young D, et al. Effect of Intravaginal Prasterone on Sexual Dysfunction in Postmenopausal Women with Vulvovaginal Atrophy. J Sex Med. déc 2015;12(12):2401-12.

104. Penteado SRL, Fonseca AM, Bagnoli VR, Abdo CHN, Júnior JMS, Baracat EC. Effects of the addition of methyltestosterone to combined hormone therapy with estrogens and progestogens on sexual energy and on orgasm in postmenopausal women. Climacteric. févr 2008;11(1):17-25.

105. Kaplan SA, Reis RB, Kohn IJ, Ikeguchi EF, Laor E, Te AE, et al. Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. Urology. mars 1999;53(3):481-6.

106. Ferguson DM, Hosmane B, Heiman JR. Randomized, placebo-controlled, double-blind, parallel design trial of the efficacy and safety of Zestra in women with mixed desire/interest/arousal/orgasm disorders. J Sex Marital Ther. 2010;36(1):66-86.

107. Williams VSL, Baldwin DS, Hogue SL, Fehnel SE, Hollis KA, Edin HM. Estimating the prevalence and impact of antidepressant-induced sexual dysfunction in 2 European countries: a cross-sectional patient survey. J Clin Psychiatry. févr 2006;67(2):204-10.

108. Fujii A, Yasui-Furukori N, Sugawara N, Sato Y, Nakagami T, Saito M, et al. Sexual dysfunction in Japanese patients with schizophrenia treated with antipsychotics. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 17 mars 2010;34(2):288-93.

109. Williams VSL, Baldwin DS, Hogue SL, Fehnel SE, Hollis KA, Edin HM. Estimating the prevalence and impact of antidepressant-induced sexual dysfunction in 2 European countries: a cross-sectional patient survey. J Clin Psychiatry. févr 2006;67(2):204-10.

110. Rettenbacher MA, Hofer A, Ebenbichler C, Baumgartner S, Edlinger M, Engl J, et al. Prolactin levels and sexual adverse effects in patients with schizophrenia during antipsychotic treatment. J Clin Psychopharmacol. déc 2010;30(6):711-5.

111. Palha AP, Esteves M. Drugs of abuse and sexual functioning. Adv Psychosom Med. 2008;29:131-49.

112. Dunn JA, Arakawa R, Greist JH, Clayton AH. Assessing the onset of antidepressant-induced sexual dysfunction using interactive voice response technology. J Clin Psychiatry. avr 2007;68(4):525-32.

113. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0298317.htm

114. Notice patient [Internet]. [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/notice/N0214448.htm

115. Notice patient - ZYBAN L.P. 150 mg, comprimé à libération prolongée - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 19 déc 2022]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?typedoc=N&specid=64556383

116. Résumé des caractéristiques du produit - DEROXAT 20 mg, comprimé pelliculé sécable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=60160707&typedoc=R

117. anx_156296_fr.pdf [Internet]. [cité 19 déc 2022]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2022/20220708156296/anx_156296_fr.pdf

118. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cité 19 déc 2022]. Disponible sur: http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0189456.htm

119. Nathorst-Böös J, Flöter A, Jarkander-Rolff M, Carlström K, Schoultz B von. Treatment with percutanous testosterone gel in postmenopausal women with decreased libido--effects on sexuality and psychological general well-being. Maturitas. 10 janv 2006;53(1):11-8.

120. OROMONE [Internet]. VIDAL. [cité 2 févr 2023]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/oromone-7231.html

121. OESTRODOSE [Internet]. VIDAL. [cité 2 févr 2023]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/oestrodose-7011.html

122. COLPOTROPHINE [Internet]. VIDAL. [cité 2 févr 2023]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/colpotrophine-2179.html

123. La lubrification vaginale [Internet]. Secheresse Vaginale. 2019 [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: https://www.secheresse-vaginale.fr/comprendre/le-vagin-et-ses-secretions

124. f3912bae-3b94-48df-b4a0-083a7cc4bb22.pdf [Internet]. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/f3912bae-3b94-48df-b4a0-083a7cc4bb22

125. Implant penien [Internet]. Urologie Grand Est Paris. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: https://www.urologiegrandestparisien.com/posthectomie

126. Implant pénien (prothèse pénienne) [Internet]. Andrologie Paris. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: https://www.andrologie-paris.fr/les-traitements/implant-penien/

127. Kotta S, Ansari SH, Ali J. Exploring scientifically proven herbal aphrodisiacs. Pharmacogn Rev. 2013;7(13):1-10.

128. Foubert PT. Une scoping-review sur la réduction des risques et des dommages dans le chemsex.

129. Giuliano F. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. Progrès en Urologie. juill 2013;23(9):811-21.

130. Remboursement de séances chez le psychologue [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/remboursement-de-seances-chez-le-psychologue

131. Download free media from BiancaVanDijk | Pixabay [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: https://pixabay.com/fr/users/biancavandijk-9606149/

132. Fiche info - ANDRACTIM, gel pour application locale - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=68001518

133. Psychologue, consultations, tarifs et remboursements [Internet]. Mutuelle Smatis. 2020 [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: https://www.smatis.fr/guide-mutuelle-sante/psychologue-consultations-tarifs-et-remboursements/

134. Que fait le sexologue, quand consulter, quels remboursements ? [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: https://www.mutuelle-miltis.fr/guides/le-sexologue/

135. Fiche info - EDEX 20 microgrammes/1 ml, poudre et solvant pour solution injectable (voie intracaverneuse) en cartouche bicompartiment - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=66297965

136. Fiche info - CAVERJECT 20 microgrammes/1 ml, lyophilisat et solution pour usage parentéral - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=68594342

137. Fiche info - VITAROS 300 microgrammes, crème - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=60731732

138. Fiche info - EMLA 5 POUR CENT, crème - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=63396602

139. Fiche info - PAROXETINE BIOGARAN 20 mg, comprimé pelliculé sécable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=64854287

140. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0218848.htm

141. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0313439.htm

142. anx_153514_fr.pdf [Internet]. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2021/20211019153514/anx_153514_fr.pdf

143. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cité 20 déc 2022]. Disponible sur: http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0188852.htm

144. Notice patient [Internet]. [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/notice/N0325356.htm

145. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cité 2 févr 2023]. Disponible sur: http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0186515.htm

146. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cité 2 févr 2023]. Disponible sur: http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0189063.htm

147. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cité 2 févr 2023]. Disponible sur: http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0268934.htm

148. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cité 2 févr 2023]. Disponible sur: http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0222159.htm

149. intrinsa_-_ct-6937.pdf [Internet]. [cité 2 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/intrinsa_-_ct-6937.pdf

Annexes

Annexe 1 : Fiche technique des différents Ipde-5 utilisés en officine

Au comptoir, il est parfois difficile de se rappeler les modalités de prise des différentes molécules de la classe des Ipde-5. Le tableau 23 récapitule les informations importantes.

TABLEAU 23 : FICHE TECHNIQUE DES MOLECULES APPARTENANT A LA FAMILLE DES IPDE-5

Molécule	Informations
Cialis® = Tadalafil (113)	- Posologie : 10mg à 20mg par prise - Doit être pris 30 min avant un rapport - Si utilisation supérieure à 2x/semaine, on peut passer à une prise quotidienne de 2,5mg à 5mg selon les effets indésirables.
Viagra® = Sildénafil (140)	- Posologie : 25mg à 100mg par prise selon l'efficacité. - Doit être pris 1 heure avant un rapport - Une prise par jour maximum - Biodisponibilité diminuée si prise d'un repas riche en graisse
Levitra® = Vardénafil (141)	- Posologie : un comprimé orodispersible de 10mg - Doit être pris 25 min à 1 heure avant le rapport
Avana® = Avanafil (142)	- Posologie : 50mg à 100mg par prise selon l'efficacité - Doit être pris 15 à 30 min avant le rapport -Meilleures spécificités pour les phosphodiestérases d'intérêts.

Annexe 2 : Mode d'emploi des dispositifs contenant de l'Alprostadil

1- Caverject®

Une boite de Caverject contient : 2 seringues contenant de la poudre sèche et leurs solvants, 2 aiguilles fines, 4 tampons imprégnés d'alcool pour la désinfection. Le matériel sert pour deux utilisations.

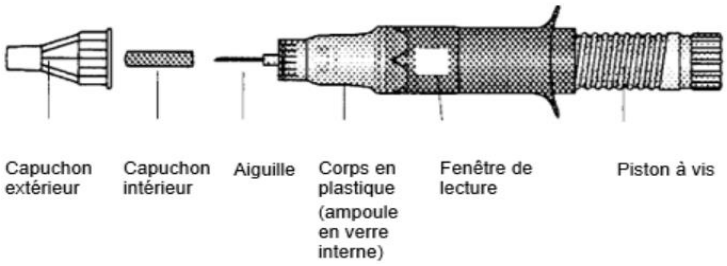
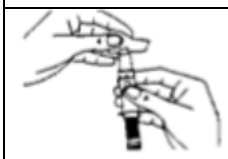
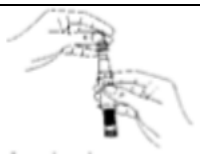
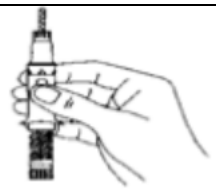


FIGURE 10 : IMAGE DU DISPOSITIF CAVERJECT

Mode d'emploi du dispositif à destination du patient(143) **:**

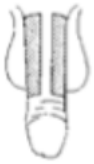
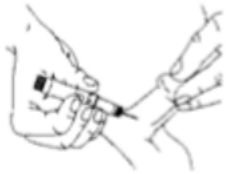
TABLEAU 24 : MODE D'EMPLOI DE LA RECONSTITUTION DU DISPOSITIF CAVERJECT

Avant tout acte, bien se laver et sécher les mains	
	1. Enlevez toutes les parties de l'emballage. Nettoyez l'embout (la membrane en caoutchouc sur la pointe de la seringue) avec un tampon imprégné d'alcool.
	2. Enlevez la pellicule recouvrant l'aiguille
	3. Enfoncez l'aiguille sur l'embout de la seringue. Tournez l'aiguille dans le sens des aiguilles d'une montre jusqu'à complète fixation. Enlevez le capuchon extérieur de l'aiguille.
	4. Tenez la seringue verticalement, l'aiguille pointant vers le haut. Le piston doit être visible dans toute sa longueur.
	5. Pour remplir la seringue de la solution reconstituée, vissez le piston à fond dans le sens des aiguilles d'une montre. La poudre et le solvant sont mélangés. Retournez deux fois la seringue pour assurer la dissolution de la poudre et obtenir un mélange homogène. La solution doit être limpide pour être utilisée.
	6. Tenez la seringue verticalement, l'aiguille dirigée vers le haut. Enlevez le capuchon intérieur de l'aiguille avec précaution et assurez-vous que l'aiguille n'est pas tordue. Si elle est tordue ne pas utiliser le dispositif et changer l'aiguille.

 	7. Pour éliminer les bulles d'air de la solution, tapotez légèrement la seringue avec le doigt jusqu'à ce que celles-ci disparaîssent. Tenez la seringue verticalement, l'aiguille dirigée vers le haut, et assurez-vous en tournant le piston dans le sens des aiguilles d'une montre que celui-ci est tourné complètement jusqu'à la butée. Dans cette position, poussez le piston le plus possible vers le haut. Vous verrez apparaître quelques gouttes de liquide à l'extrémité de l'aiguille. La solution est maintenant exempte de bulles d'air. Il est normal qu'il y ait de petites bulles d'air du côté de l'ampoule de verre.
	8. Tournez lentement l'extrémité du piston dans le sens des aiguilles d'une montre pour choisir la dose prescrite par votre médecin. Si par erreur vous avez choisi un mauvais dosage, vous pouvez continuer de tourner le piston jusqu'à la posologie voulue. La solution doit être impérativement préparée immédiatement avant son utilisation.

Mode d'emploi de l'injection après reconstitution (tableau 25) :

TABLEAU 25 : MODE D'EMPLOI DE L'INJECTION DU DISPOSITIF CAVERJECT

<table>
<tr><th colspan="2">La solution est maintenant reconstituée et prête à l'injection.</th></tr>
<tr><td>Schéma A
  </td><td rowspan="2">Avant toute injection, vous devez être en position debout ou légèrement incliné en arrière pour procéder à l'auto-injection.
Injectez la solution uniquement dans les corps caverneux (zones plus sombres dans le schéma A et le schéma B).</td></tr>
<tr><td>Schéma B
 </td></tr>
<tr><td colspan="2">Il faut varier le point d'injection d'une administration à l'autre.
Pratiquez la première injection d'un côté et l'injection suivant de l'autre.
Il est également recommandé de varier dans une même zone les points d'injections.</td></tr>
<tr><td>Schéma C
  </td><td>Saisissez l'extrémité du pénis entre le pouce et l'index.
Tendez le pénis et pressez-le fermement contre votre cuisse, de sorte qu'il ne puisse pas glisser pendant l'administration.
Nettoyez la zone d'injection avec le deuxième tampon d'alcool.
Mettre le tampon de côté et évitez de toucher cette zone jusqu'à l'injection.
Vérifiez dans la fenêtre de lecture si la dose correcte apparaît.
Tenez la seringue entre le pouce et l'index.
Enfoncez l'aiguille perpendiculairement à travers la peau dans le corps caverneux.
Evitez d'injecter dans les veines ou les vaisseaux sanguins visibles sous la peau.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Pressez le piston de la seringue avec le pouce ou l'index.
D'un mouvement lent et uniforme, injectez complètement la dose choisie dans le corps caverneux.
Si la solution ne sort pas facilement, bouger un peu l'aiguille et réessayez.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Retirez l'aiguille de votre pénis à la fin de l'injection.
Pressez les deux côtés du pénis et appliquez doucement le tampon d'alcool sur le point d'injection.
Massez légèrement le point d'injection afin de mieux répartir le produit.
N'utilisez par le reste pour une deuxième injection, replacez le capuchon extérieur sur l'aiguille et jetez le tout à la poubelle.</td></tr>
</table>

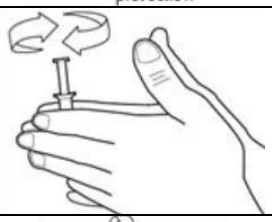
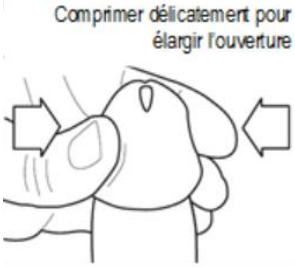
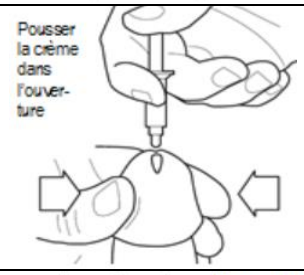
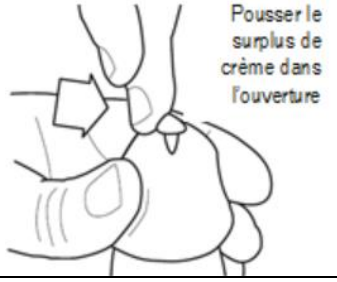
2- Vitaros®

Une boite de Vitaros contient 4 unidoses de crème soit le matériel pour quatre utilisations.

La boite de Vitaros se conserve au réfrigérateur.

Mode d'emploi à destination du patient (Tableau 26) (144)**:**

TABLEAU 26 : MODE D'EMPLOI D'UTILISATION DU DISPOSITIF VITAROS

Il est conseillé d'uriner et de se laver les mains avant toutes manipulations.	
	1. Retirez le contenant AccuDose du sachet en tirant vers le bas la languette située en au haut de l'emballage.
	2. Amenez le contenu de l'AccuDose à température ambiante en faisant rouler le corps du dispositif entre vos mains. Cette étape peut être évitée si le dispositif est déjà à température ambiante.
	3. Tournez le piston poussoir pour être sûr qu'il coulissera facilement. Retirez le capuchon de protection.
	4. Saisir l'extrémité du pénis d'une main et comprimez l'extrémité du pénis pour élargir l'ouverture du gland tout en le tenant à la verticale. Si vous n'êtes pas circoncis, décalottez le gland avant cette opération.
	5. Tenir le corps du dispositif AccuDose entre et les doigts et, sans l'insérer dans le pénis, placez l'embout du contenant le plus près possible de l'ouverture pour que la crème puisse descendre dans l'urètre. Appuyez sur le piston avec le pouce ou l'index jusqu'à ce que toute la crème soit disponible.
	6. Tenir le pénis à la verticale pendant environ 30 secondes afin de permettre une bonne pénétration de la crème. Tout excès de la crème doit être poussé délicatement dans l'ouverture avec le doigt. Ne pas uriner immédiatement après application.
Chaque dose de Vitaros est à usage unique. Nettoyez vos mains après application.	

3- Edex®

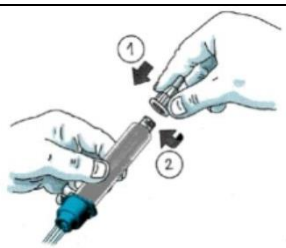
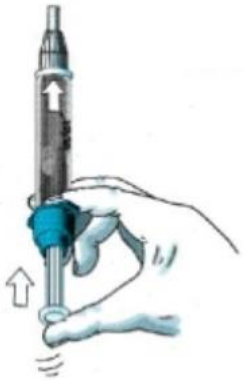
Une boite d'Edex contient selon les dispositifs de 1 à 6 cartouches/seringues soit le matériel pour faire autant d'injections que d'utilisations (Tableau 27).

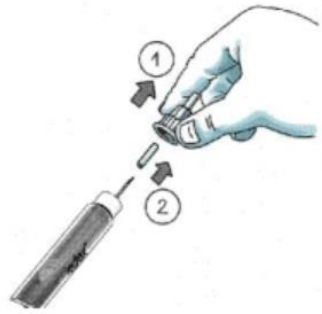
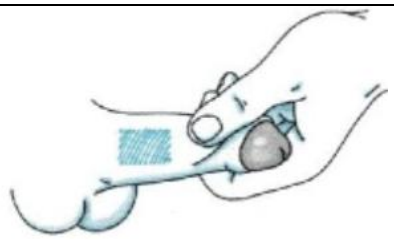
Il y a deux présentations :

- Une présentation avec des cartouches, des aiguilles et un stylo injecteur réutilisable.
- Une présentation avec tout le matériel pour un usage unique.

Il sera détaillé ici le matériel pour un usage unique, étant donné que c'est la forme la plus délivrée en pharmacie (114).

TABLEAU 27 : MODE D'EMPLOI D'UTILISATION DU DISPOSITIF EDEX

<table>
<tr><td colspan="2"><u>Avant tout acte, il est nécessaire de bien se laver et sécher
les mains et la zone d'injection avec de l'eau et du savon.</u></td></tr>
<tr><td>
</td><td>1. La cartouche est séparée entre une partie supérieure contenant le principe actif sous forme de poudre et une partie inférieure contenant le liquide pour solubiliser.
Si la poudre a un aspect collant cela témoigne d'une rupture des deux compartiments, ne pas utiliser le dispositif.</td></tr>
<tr><td> </td><td> 
</td></tr>
<tr><td colspan="2">2. Enlevez la pellicule recouvrant l'aiguille
3. Prendre la seringue et nettoyez l'extrémité avec un tampon imbibé de désinfectant.
Tournez l'aiguille dans le sens des aiguilles d'une montre jusqu'à complète fixation.</td></tr>
<tr><td>  </td><td>4. Tenez la seringue verticalement, l'aiguille pointant vers le haut.
Pour remplir la seringue de la solution reconstituée, poussez le piston doucement de façon à faire passer totalement le liquide vers le compartiment contenant la poudre sèche.
La poudre et le solvant sont mélangés.
Retournez doucement la seringue pour assurer la dissolution de la poudre et obtenir un mélange homogène.
Dans un premier temps opaque, le liquide devient rapidement limpide.</td></tr>
</table>

	
5. Gardez en main la seringue, aiguille vers le haut. Retirez les deux capuchons protecteurs de l'aiguille. 6. Pour éliminer les bulles d'air de la solution, tapotez légèrement la seringue avec le doigt jusqu'à ce que celles-ci disparaissent. Tenez la seringue verticalement, l'aiguille dirigée vers le haut et poussez lentement le piston jusqu'à chasser toutes les bulles d'air et qu'une première goutte de la solution apparaisse.	
7. Poussez le piston jusqu'à ce que le haut du bouchon supérieur soit en face de la graduation (dose prescrite par le médecin) soit atteinte. 8. Nettoyez la zone d'injection du pénis avec un tampon imbibé de désinfectant.	
	
9. Tendre légèrement le pénis et attendre le séchage du désinfectant. La zone quadrillée correspond à la zone d'injection. 10. Amenez la seringue au niveau du pénis. Enfoncez en une seule fois presque complètement l'aiguille dans le pénis. Mettre votre pouce sur le piston et injectez lentement en 5 à 10 secondes. Changez de côté et de site à chaque injection. Si l'injection ne se fait pas ou qu'une douleur se fait ressentir, retirez un peu l'aiguille et réitérez l'injection.	
	11. Après l'injection, retirez l'aiguille du pénis. Effectuez une légère pression sur le point d'injection à l'aide du tampon désinfectant pendant environ 3 minutes.

Annexe 3 : Informations sur les dispositifs contenant de la testostérone

Nous allons voir (Tableau 28) les différentes formes de testostérone commercialisées et apporter des informations utiles pour la délivrance.

TABLEAU 28 : TABLEAU INFORMATIF DES DIFFERENTES FORMES COMMERCIALISEES DE TESTOSTERONE

Médicaments	Informations
Androgel® (145)	Sous forme de sachet gel, la posologie recommandée est de 5g de gel avec une augmentation par parlier de 2,5g jusqu'à atteindre un maximum de 10g. L'application se fait par le patient sur peau sèche et saine au niveau des épaules, des bras ou de l'abdomen. Après application, il ne faut pas faire pénétrer le gel et attendre 3 à 5 minutes avant de s'habiller. Il faut ensuite se laver les mains. Il faut au minimum attendre 48h pour atteindre un équilibre de dose. L'ajustement se fera lors de la prise de sang établie au troisième jour.
Testopatch® (146)	Deux patchs doivent être appliqués simultanément pendant 48h. La posologie pourra varier selon la biologie. L'application se fera sur une zone propre et sèche au niveau des bras, du bas du dos ou des cuisses. Il est déconseillé de recoller au même endroit un patch pour éviter les effets d'irritations. On peut garder le dispositif sous la douche.
Pantestone® (147)	La posologie est de 3 à 4 capsules par jour pendant une à trois semaines avant une adaptation posologie à la suite des biologies. Les capsules doivent être avalées pendant un repas riche en graisse sans être croquées et la prise se fera entre le matin (avec la dose la plus forte) et le soir. Une précaution d'emploi se fera avec les inhibiteurs et les inducteurs enzymatiques.
Androtardyl® (148)	L'injection doit se faire uniquement en intramusculaire et de manière très lente du fait de son véhicule huileux. L'injection se fera toutes les deux à quatre semaines. Ce produit contient de l'huile de sésame et on devra donc faire attention à son potentiel allergisant.
Intrinsa® (149)	Seule à avoir une indication pour la baisse du désir sexuel chez les femmes qui ont subies une ovariectomie bilatérale et une hystérectomie. La dose journalière du patch est de 300 microgrammes. Il sera appliqué deux fois par semaine sur une peau propre et sèche sur la partie inférieure de l'abdomen en s'assurant que toutes les parties du patch soit collées. On peut garder le dispositif sous la douche. La durée de traitement est d'environ 3 à 6 mois en association avec un œstrogène.

Annexe 4 : Questionnaire sur les dysfonctions sexuelles des femmes (FSFI)

Instruction avant de débuter le questionnaire :

Les questions suivantes portent sur vos sentiments et vos réactions sur le plan sexuel au cours des 4 dernières semaines. Veuillez répondre à ces questions aussi sincèrement et clairement que possible.

Lorsque vous répondrez aux questions, tenez compte des définitions suivantes :

- L'activité sexuelle peut comprendre les caresses, les préliminaires, la masturbation et la pénétration vaginale.
- Le rapport sexuel se définit comme la pénétration (l'introduction) du pénis.
- La stimulation sexuelle comprend, par exemple, les préliminaires avec un partenaire, la masturbation et les fantasmes sexuels.
- Le désir sexuel est un sentiment qui comprend le désir d'avoir une activité sexuelle, le fait d'être réceptive aux avances sexuelles d'un partenaire et d'avoir des pensées ou des fantasmes à propos de l'acte sexuel

Questionnaire FSFI (129) **:**

Q1) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti un désir sexuel ?

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

Q2) Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de désir sexuel ?

5 = Très élevé 4 = Élevé

3 = Moyen 2= Faible 1 = Très faible ou inexistant

L'excitation sexuelle est une sensation qui comprend à la fois des aspects physiques et psychologiques. Elle peut comprendre des sensations de chaleur ou de picotement au niveau des organes génitaux, la lubrification (humidité) du vagin ou des contractions musculaires.

Q3) Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous sentie excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

Q4) Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0= Aucune activité sexuelle

5 = Très élevé 4 = Élevé

3 = Moyen 2 = Faible

1 = Très faible ou inexistant

Q5) Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous sentie sûre de votre capacité à être sexuellement excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

5 = Extrêmement sûre 4 = Très sûre

3 = Moyennement sûre 2 = Peu sûre

1 = Très peu sûre ou pas sûre du tout

Q6) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été satisfaite de votre degré d'excitation pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

Q7) Au cours des 4 dernières semaines, votre vagin était-il lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

0 = Aucune activité sexuelle

Q8) Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile d'avoir le vagin lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

1 = Extrêmement difficile ou impossible

2 = Très difficile

3 = Difficile

4 = Légèrement difficile

5 = Pas difficile

Q9) Au cours des 4 dernières semaines, la lubrification (humidité) de votre vagin a-t-elle duré jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

0 = Aucune activité sexuelle

Q10) Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile de conserver la lubrification (humidité) de votre vagin jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

1 = Extrêmement difficile ou impossible 2 = Très difficile

3 = Difficile 4 = Légèrement difficile

5 = Pas difficile

Q11) Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, avez-vous atteint l'orgasme ?

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

0 = Aucune activité sexuelle

Q12) Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, à quel point vous a-t-il été difficile d'atteindre l'orgasme ?

0 = Aucune activité sexuelle

1 = Extrêmement difficile ou impossible 2 = Très difficile

3 = Difficile 4 = Légèrement difficile

5 = Pas difficile

Q13) Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

5 = Très satisfaite 4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite 2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite 0 = Aucune activité sexuelle

Q14) Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation affective avec votre partenaire pendant une activité sexuelle ?

5 = Très satisfaite 4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite 2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite 0 = Aucune activité sexuelle

Q15) Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?

5 = Très satisfaite 4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite 2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite

Q16) Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle en général ?

5 = Très satisfaite 4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite 2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite

Q17) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur pendant la pénétration vaginale ?

0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel

1 = Presque toujours ou toujours

2 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

4 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

5 = Presque jamais ou jamais

Q18) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur après la pénétration vaginale ?

0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel

1 = Presque toujours ou toujours

2 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

4 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

5 = Presque jamais ou jamais quel

Q19) Au cours des 4 dernières semaines, a été votre niveau (degré) de gêne ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale ?

0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel

1 = Très élevé 2 = Élevé

3 = Moyen 4 = Faible

5 = Très faible ou inexistant

Annexe 5 : Questionnaire sur les dysfonctions sexuelles des hommes (IIEF)

Instructions avant de débuter le questionnaire :

Les questions suivantes portent sur vos sentiments et vos réactions sur le plan sexuel au cours des 4 dernières semaines. Veuillez répondre à ces questions aussi sincèrement et clairement que possible.

Lorsque vous répondrez aux questions, tenez compte des définitions suivantes :

- L'activité sexuelle peut comprendre les caresses, les préliminaires, la masturbation et la pénétration vaginale.
- Le rapport sexuel se définit comme la pénétration (l'introduction) du pénis.
- La stimulation sexuelle comprend, par exemple, les préliminaires avec un ou une partenaire, la masturbation et les fantasmes sexuels.
- Le désir sexuel est un sentiment qui comprend le désir d'avoir une activité sexuelle, le fait d'être réceptif aux avances sexuelles d'une partenaire et d'avoir des pensées ou des fantasmes à propos de l'acte sexuel

Questionnaire IIEF (129)**:**

Q1) Avec quelle fréquence avez-vous pu avoir une érection, au cours de vos activités sexuelles ?

0 = Je n'ai eu aucune activité sexuelle

1 = Presque jamais ou jamais

2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)

3 =Quelquefois (environ la moitié du temps)

4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)

5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q2) Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, avec quelle fréquence votre pénis a-t'il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?

0 = Je n'ai pas été stimulé sexuellement

1 = Presque jamais ou jamais

2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)

3 =Quelquefois (environ la moitié du temps)

4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)

5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Les trois questions suivantes portent sur les érections que vous avez peut-être eues pendant vos rapports sexuels.

Q3) Au cours des quatre dernières semaines, lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire (introduction du pénis dans le vagin) ?

0 = Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels

1 = Presque jamais ou jamais

2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)

3 =Quelquefois (environ la moitié du temps)

4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)

5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q4) Pendant vos rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire (introduction du pénis dans le vagin)

0 = Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels

1 = Presque jamais ou jamais

2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)

3 =Quelquefois (environ la moitié du temps)

4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)

5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q5) Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous-a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports ?

0 = Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels

1 = Extrêmement difficile 2 = Très difficile

3 = Difficile 4 = Un peu difficile

5 = Pas difficile

Q6) Combien de fois avez-vous essayé d'avoir des rapports sexuels ?

0 = Aucune fois 1 = 1 à 2 fois

2 = 3 à 4 fois 3 = 5 à 6 fois

4 = 7 à 10 fois 5 = 11 fois et plus

Q7) Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence en avez-vous été satisfait ?

0 = Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels

1 = Presque jamais ou jamais

2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)

3 =Quelquefois (environ la moitié du temps)

4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)

5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q8) À quel point avez-vous éprouvé du plaisir au cours de vos rapports sexuels ?

0 = Je n'ai pas eu de rapports sexuels

1 = Je n'ai pas éprouvé de plaisir du tout

2 = Je n'ai pas éprouvé beaucoup de plaisir

3 = J'ai éprouvé pas mal de plaisir

4 = J'ai éprouvé beaucoup de plaisir

5 = J'ai éprouvé énormément de plaisir

Q9) Lorsque vous étiez stimulé sexuellement ou aviez des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous éjaculé ?

0 = Je n'ai pas été stimulé sexuellement ou je n'ai pas eu de rapports sexuels

1 = Presque jamais ou jamais

2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)

3 = Quelques fois (environ la moitié du temps)

4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)

5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q10) Lorsque vous étiez stimulé sexuellement ou aviez des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous eu un orgasme avec ou sans éjaculation ?

0 = Je n'ai pas été stimulé sexuellement ou n'ai pas eu de rapports sexuels

1 = Presque jamais ou jamais

2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)

3 =Quelquefois (environ la moitié du temps)

4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)

5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q11) Avec quelle fréquence avez-vous ressenti un désir sexuel ?

1 = Presque jamais ou jamais

2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)

3 =Quelquefois (environ la moitié du temps)

4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)

5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q12) Comment évalueriez-vous l'intensité de votre désir sexuel ?

1 = Très faible/nulle 2 = Faible

3 = Moyenne 4 = Forte

5 = Très forte

Q13) Dans quelle mesure avez-vous été satisfait de votre vie sexuelle en général ?

1 = Très insatisfait 2 = Moyennement insatisfait

3 = A peu près autant satisfait qu'insatisfait

4 = Moyennement satisfait 5 = Très satisfait

Q14) Dans quelle mesure avez-vous été satisfait de vos relations sexuelles avec votre partenaire ?

1 = Très insatisfait 2 = Moyennement insatisfait

3 = À peu près autant satisfait qu'insatisfait

4 = Moyennement satisfait 5 = Très satisfait

Q15) À quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?

1 = Pas sûr du tout 2 = Pas très sûr

3 = Moyennement sûr 4 = Sûr

5 = Très sûr

Résumé et mots clefs

N° d'identification :

Titre :

Mise en place d'une information sur les dysfonctions sexuelles, en officine et à l'usage des patients.

Thèse soutenue le 16 mars 2023

Par Boutet Quentin

Résumé :

Les **dysfonctions sexuelles** sont un groupe de **pathologies** touchant la **sexualité** des hommes et des femmes.

Ces **maladies**, aux multiples facettes, sont étroitement liées à nos premières années de vie et à la manière dont notre **développement sexuel s'est construit**.

Elles risquent, si elles ne sont pas prises en charge, de conduire à des **problèmes dans la relation** de **couple** mais aussi avoir un impact négatif sur la **façon dont la personne se perçoit**.

La sexualité fait partie du premier pilier de la pyramide de Maslow, **pyramide des besoins**, pour que l'Homme trouve **son équilibre.** C'est donc un besoin physiologique.

Cette **thèse** fait le point sur ces différentes **pathologies et les thérapeutiques** qui sont actuellement utilisées pour apporter **les outils intellectuels** aux professionnels de santé.

En passant par la description de la prise en charge des thérapeutes, des différents médicaments et accessoires disponibles.

De plus, grâce à la création d'une affiche et d'un flyer, cette thèse fournit **les outils matériels** nécessaires à la **promotion** de ces pathologies dans **le but d'ouvrir un dialogue** avec le patient.

Cette thèse ouvre la voie à de **la recherche officinale** concernant les **dysfonctions sexuelles**.

Toutes ces informations données, de manière simplifiée, peuvent permettre de former les équipes officinales pour qu'elles puissent lancer **le projet des journées de sensibilisation à ces pathologies**.

Mots clefs :

Dysfonctions sexuelles, sexualité, médicaments et thérapeutiques, officine/pharmacie, promotion de la santé.

Directeur de thèse : **Pinet Caroline**, MCU de physiologie à la faculté de Poitiers

Serment de Galien

En présence des maîtres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession.

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens.

De coopérer avec les autres professionnels de santé.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Etudiant **Président du jury**

Boutet Quentin