



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

Année 2021

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 25 novembre 2016)**

Présentée et soutenue publiquement
le 2 septembre 2021 à Poitiers
par **Madame Laure BERGER**

**Les freins à la recherche d'aide médicale décrits par les femmes
souffrant de troubles sexuels :**

Revue systématique de la littérature

COMPOSITION DU JURY:

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Docteur Vincent JEDAT
Madame la Docteure Nadine ASIUS

Directrice de thèse : Madame la Professeure associée Stéphanie MIGNOT



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

Année 2021

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 25 novembre 2016)**

Présentée et soutenue publiquement
le 2 septembre 2021 à Poitiers
par **Madame Laure BERGER**

**Les freins à la recherche d'aide médicale décrits par les femmes
souffrant de troubles sexuels :**

Revue systématique de la littérature

COMPOSITION DU JURY:

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Docteur Vincent JEDAT
Madame la Docteure Nadine ASIUS

Directrice de thèse : Madame la Professeure associée Stéphanie MIGNOT

Liste des enseignants de médecine

Année universitaire 2020 – 2021

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie

- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (**retraite 01/03/2021**)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (en mission 2020/21)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (en cours d'intégration PH)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an à/c nov.2020)

- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 1 an)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie

- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur BINDER de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse.

A Madame la Docteure MIGNOT pour avoir accepté mon sujet et m'avoir guidée durant tout ce projet.

A Monsieur le Docteur JEDAT pour être présent ce jour en dépit des autres impératifs que vous aviez.

A Madame la Docteure ASIUS pour avoir accepté de faire partie de mon jury, malgré ma demande tardive.

A ma famille :

A ma maman, pour ta présence et ton amour depuis toujours, sans toi je ne serais pas qui je suis aujourd'hui.

A mon papa, pour ton soutien et ton amour tout au long de mes longues années d'études.

A Gaston, mon amour, merci de partager mes rires et mes larmes depuis 10 ans. Merci pour tout le bonheur que tu m'apportes.

A Rose notre fille adorée, qui nous émerveille chaque jour, et sa petite sœur qui pointera bientôt le bout de son nez.

A ma petite sœur Caroline, une des personnes les plus importantes dans mon cœur, même si je ne te le dis pas assez.

A mes grands-parents, papé et mamie, qui ne sont malheureusement plus là pour partager avec moi cette nouvelle étape mais pour qui j'ai une pensée émue.

A Mamili, pour tous les souvenirs à Oléron ...

A Franck, mon parrain, qui aura toujours su me conseiller et me soutenir dans mes choix.

A Géraldine pour m'avoir aidée à mettre en forme cette thèse, et toute la famille de Gaston pour m'avoir accueillie chaleureusement parmi vous.

Et à toute ma famille sur qui j'ai toujours pu compter.

A mes amis :

A Clémence, parce que tout le monde n'a pas la chance d'avoir une amitié aussi longue et aussi belle que la nôtre. Et Agathe évidemment ! Vous êtes comme des sœurs pour moi.

A Marie et Sébi, je suis tellement heureuse de vous connaître. Merci pour toute la joie de vivre que vous apportez avec vous. Pour les merveilleux souvenirs que nous partageons et ceux à venir.

A mes amies de fac, Camille, Laura, Lucie et Sarah merci d'avoir toujours été présentes dans les bons moments comme dans les plus difficiles.

A mes nouveaux amis, Agathe, François et Margaux, grâce à vous mon internat a été plus doux. Je suis heureuse de vous avoir rencontrés et j'espère que cette belle amitié continuera longtemps.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Introduction.....	14
I. Méthode.....	16
I.1. Protocole d'enregistrement.....	16
I.2. Sources d'information et recherches	16
I.3. Sélection des études	19
I.4. Extraction des données	20
I.5. Quantification et synthèse des résultats	21
I.6. Analyses complémentaires.....	21
II. Résultats.....	22
II.1. Sélection des études	22
Tableau 1 : Caractéristiques et objectifs des articles sélectionnés	23
Tableau 2 : Méthodologie et évaluation des études sélectionnées	27
Tableau 3 : Résultats	30
II.2. Synthèse des études sélectionnées	33
II.2.1. Synthèse des résultats.....	33
II.2.1.1. Manque d'information et de connaissance autour des problèmes sexuels féminins.....	33
II.2.1.2. Difficultés de communication autour des problèmes sexuels féminins	34
II.2.1.3. Difficultés d'accès aux soins	34
II.2.1.4. Autres raisons	34
II.2.2. Synthèse des biais	35
III. Discussion	36
III.1. Synthèse	36
III.2. Limites et points forts	40
Conclusion.....	42
Financement.....	44
Annexes.....	47
Résumé	55
Summary	56
Serment d'Hippocrate	57

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques et objectifs des articles sélectionnés.....	23
Tableau 2 : Méthodologie et évaluation des études sélectionnées.....	27
Tableau 3 : Résultats.....	30

Liste des abréviations

COREQ	<i>Consolidated criteria for Reporting Qualitative research</i>
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
Google scholar	service de Google permettant la recherche d'articles et de publications scientifiques
GSSAB	<i>Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors</i>
MeSH	<i>Medical Subject Heading</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PsycINFO	base de données de référence en psychologie, produite par l' <i>American Psychological Association</i>
PubMed	base produite par la <i>National Library of Medicine</i> (NLM/NIH, USA) dont l'interface donne accès à l'ensemble des ressources et outils du NCBI (<i>National Center for Biotechnology Information</i>)
RQASF	Réseau québécois d'action pour la santé des femmes
SFMG	Société française de médecine générale
STROBE	<i>The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>

Introduction

La sexualité englobe les phénomènes de la reproduction, d'un point de vue biologique et comportemental mais aussi les phénomènes culturels liés à ces comportements sexuels.

La vision de la sexualité a énormément évolué au cours du temps, parfois libérée parfois censurée. Elle n'a commencé à être étudiée d'un point de vue scientifique qu'à partir du XXe siècle créant ainsi la discipline de la sexologie.

C'est uniquement dans les années 1970 que la sexualité trouve sa place dans le domaine médical. En effet, c'est à ce moment que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la notion de santé sexuelle comme étant « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence » (1).

Cette notion de santé sexuelle intègre donc les dysfonctions sexuelles dans une prise en charge médicale.

Malgré cette inclusion dans le domaine médical, on note un net décalage entre la fréquence élevée des troubles sexuels et le faible nombre de personnes consultant pour ces troubles. En effet, comme le montre les résultats français de *Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors* (GSSAB), parmi les personnes souffrant de troubles sexuels 32,9 % des hommes et 26,4 % des femmes n'avaient fait aucune démarche dans le but de résoudre leurs difficultés. Et pour ceux et celles ayant recherché de l'aide, seulement un tiers l'avait recherché auprès de leur médecin. Alors que dans cette même étude, les personnes interrogées disaient vouloir trouver une solution (2). Ce même constat avait aussi été fait par le relevé des données de la Société française de médecine générale (SFMG) (entre les années 2000 et 2001) qui note que près d'un médecin généraliste sur quatre n'enregistre aucune plainte de ce type (3).

Cela semble montrer une difficulté des patients à exprimer leurs troubles sexuels et à rechercher de l'aide auprès de leur médecin.

Au-delà de ce décalage entre la prévalence des troubles sexuels et le nombre de consultation portant sur le sujet, il existe également un différentiel entre hommes et femmes. Toujours d'après les données de la SFMG, on note que les consultations pour dysfonction sexuelle sont six fois et demie plus fréquente chez l'homme que chez la femme (3). Pourtant les dysfonctions sexuelles féminines sont tout aussi prévalentes que les dysfonctions sexuelles masculines.

La définition des dysfonctions sexuelles, ou troubles sexuels, a beaucoup évolué au cours du temps. Elles sont aujourd'hui décrites en référence à la phase de la relation sexuelle qui est altérée. On en distingue trois types selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (4) :

- Trouble de l'orgasme,
- Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle,
- Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration (vulvodynie, dyspareunie et vaginisme).

La prévalence serait de 25 % pour les troubles de l'orgasme (5), 21 % pour le manque d'intérêt sexuel (6) et entre 9,3 et 15,5 % pour les troubles douloureux (7).

Il existe donc un décalage entre la prévalence des troubles sexuels féminins et le faible nombre de femmes consultant leur médecin généraliste à ce sujet.

Quels sont les freins à la recherche d'aide médicale pour les femmes souffrant de dysfonction sexuelle, quel que soit leur âge ?

Cette thèse cherchera à répondre à cette question par une revue de la littérature.

I. Méthode

I.1. Protocole d'enregistrement

Une revue systématique narrative de la littérature basée sur les critères PRISMA (Annexe 1) a été réalisée.

I.2. Sources d'information et recherches

La revue de la littérature a été effectuée en utilisant la base de données internationales PubMed. Les bases de données LiSSa (Littérature scientifique en santé) pour les articles en français et PsycINFO ont également été utilisées. Une recherche dans la littérature grise a également été effectuée dans *Google scholar*. Les équations de recherche finales ont été validées par les bibliothécaires de la Faculté de Médecine de Poitiers.

La gestion des sources et des références bibliographiques a été effectuée grâce au logiciel ZOTERO.

La recherche dans PubMed a été effectuée à l'aide des mots du *Medical Subject Heading* (MeSH) faisant référence à la recherche d'aide (« *help-seeking behavior* » soit « comportement de recherche d'aide », « *health care seeking behavior* » soit « acceptation des soins par les patients »), aux dysfonction sexuels physiques et psychologiques (« *psychological sexual dysfunctions* » soit « dysfonctionnements sexuels psychogènes », « *sexual dysfunction, physiological* » soit « troubles sexuels d'origine physiologique »).

Ces termes ont ensuite été combinés par le biais des opérateurs booléens AND et OR. Puis ont été ajoutés des filtres, concernant le sexe, le filtre « female » a été sélectionné. La sélection a également été filtrée par langues « anglais » et « français » ainsi que par années (articles parus après 2000). Cela a permis d'obtenir l'équation de recherche Pubmed suivante:

(("sexual dysfunctions, psychological"[MH] OR ("sexual dysfunctions, psychological"[TW] OR "psychological sexual dysfunctions"[TW] OR "sexual

aversion disorder"[TW] OR "Disorders, Sexual Aversion"[TW] OR "sexual arousal disorder"[TW] OR "dysfunctions, psychosexual"[TW] OR "dysfunction, psychosexual"[TW] OR "psychosexual disorders"[TW] OR "disorder, psychosexual"[TW] OR "sexual dysfunction, psychological"[TW] OR "Aversion Disorders, Sexual"[TW] OR "orgasmic disorder"[TW] OR "Disorders, Orgasmic"[TW] OR "Sexual Arousal Disorders"[TW] OR "psychological sexual dysfunction"[TW] OR "dysfunction, psychological sexual"[TW] OR "psychosexual disorder"[TW] OR "disorders, psychosexual"[TW] OR "psychosexual dysfunction"[TW] OR "psychosexual dysfunctions"[TW] OR "Sexual Aversion Disorders"[TW] OR "dysfunctions, psychological sexual"[TW] OR "frigidity"[TW] OR "Orgasmic Disorders"[TW] OR "Arousal Disorders, Sexual"[TW] OR "Disorders, Sexual Arousal"[TW] OR "hypoactive sexual desire disorder"[TW] OR "psychosexual disorder, nos"[TW] OR "Psychosexual dysfunction (finding)"[TW] OR "Psychosexual disorder (disorder)"[TW] OR "Non-organic sexual dysfunction"[TW])) OR ("sexual dysfunction, physiological"[MH] OR ("sexual dysfunction, physiological"[TW] OR "physiological sexual dysfunctions"[TW] OR "sex disorders"[TW] OR "physiological sexual disorder"[TW] OR "physiological sexual dysfunction"[TW] OR "sexual disorder, physiological"[TW] OR "sexual dysfunctions, physiological"[TW] OR "sexual disorders, physiological"[TW] OR "physiological sexual disorders"[TW])) AND (("Help-Seeking Behavior"[MH] OR ("Help-Seeking Behavior"[TW] OR "Help Seeking Behavior"[TW] OR "Behavior, Help-Seeking"[TW] OR "Help-Seeking Behaviors"[TW] OR "Behaviors, Help-Seeking"[TW] OR "health behaviour"[TW] OR "health behavior"[TW] OR "health belief model"[TW] OR "health belief"[TW])) OR ("patient acceptance of health care"[MH] OR ("patient acceptance of health care"[TW] OR "program acceptability"[TW] OR "health care seeking behavior"[TW] OR "Care Nonacceptors, Health"[TW] OR "nonacceptor"[TW] OR "characteristic, acceptor"[TW] OR "nonacceptor characteristics"[TW] OR "characteristics, nonacceptor"[TW] OR "acceptability, program"[TW] OR "characteristic, nonacceptor"[TW] OR "healthcare patient acceptance"[TW] OR "Health Care Acceptors"[TW] OR "Health Care Nonacceptor"[TW] OR "acceptors, repeat"[TW] OR "acceptability, method"[TW] OR "nonacceptor characteristic"[TW] OR "characteristics, acceptor"[TW] OR "Acceptability of Healthcare"[TW] OR "acceptors"[TW] OR "acceptor, repeat"[TW] OR "Health Care Acceptor"[TW] OR

"Care Acceptors, Health"[TW] OR "Health Care Acceptability"[TW] OR "acceptor characteristics"[TW] OR "method acceptability"[TW] OR "Utilization, Health Care"[TW] OR "Care Nonacceptor, Health"[TW] OR "acceptability of health care"[TW] OR "new acceptors"[TW] OR "Health Care Utilization"[TW] OR "nonacceptors"[TW] OR "acceptor, new"[TW] OR "Health Care Nonacceptors"[TW] OR "acceptor characteristic"[TW] OR "repeat acceptors"[TW] OR "Healthcare Acceptabilities"[TW] OR "acceptors, new"[TW] OR "Healthcare Acceptability"[TW] OR "repeat acceptor"[TW] OR "Care Acceptor, Health"[TW] OR "new acceptor"[TW] OR "healthcare patient acceptances"[TW] OR "patient acceptance of healthcare"[TW])).

Pour la recherche dans LiSSa, les termes ont été utilisés en français puis combinés par les opérateurs booléens. Devant le faible nombre de résultat, aucun filtre n'a été appliqué. L'équation de recherche Lissa ainsi obtenue était:

(dysfonctionnements sexuels psychogènes.mc[T_DESC_MESH_DESCRIPTEUR] OR troubles sexuels d'origine physiologique.mc [TER_MSH]) AND (Comportement de recherche d'aide.mc[TER_MSH] OR Acceptation des soins par les patients.mc[TER_MSH])

Pour la recherche dans PsycINFO l'équation de recherche a été construite à partir des *American Psychological Association (APA) Thesaurus of Psychological Index Terms*. Ils ont ensuite été associés entre eux au moyen des opérateurs booléens OR et AND. Le filtre de sexe féminin a été appliqué ainsi qu'un filtre de date (publication après 2000). L'équation de recherche PsycINFO utilisée était :

(DE "Sexual Function Disturbances" OR DE "Dyspareunia" OR DE "Erectile Dysfunction" OR DE "Female Sexual Dysfunction" OR DE "Inhibited Sexual Desire" OR DE "Premature Ejaculation" OR DE "Priapism" OR DE "Vaginismus") AND (DE "Help Seeking Behavior" OR DE "Health Care Seeking Behavior").

Pour la recherche dans la littérature grise, la base de données Google scholar a été utilisée en combinant les expressions en français ainsi qu'en anglais. Ensuite, a été ajouté le filtre de date : minimum l'année 2000. Les brevets et citations ont été exclus. L'équation de recherche Google scholar était donc la suivante :

("dysfonctionnements sexuels" OR "psychosexual disorder" OR "sexual dysfunction" OR "dysfonctionnements psychosexuels" OR "troubles sexuels" OR "sexual disorder") AND ("help seeking" OR "recherche d'aide" OR "acceptation des soins" OR (healthcare acceptance)) AND (women OR femme OR female OR woman).

Les recherches ont été effectuées du 8 juin au 17 novembre 2020.

I.3. Sélection des études

Les études ont dans un premier temps été sélectionnées par la lecture des titres dans les quatre bases de données. Pour les recherches Pubmed, les titres des cinq premiers « *similar articles* » ont été lus également.

Après élimination des doublons, tous les résumés des articles sélectionnés par le titre ont été lus ainsi que leurs références bibliographiques. Les résumés des références bibliographiques sélectionnées par leur titre ont également été lus.

Par la suite tous les articles sélectionnés par le résumé ont été lus entièrement.

Les critères d'inclusion des études étaient les suivants :

- Toutes les études et revues de la littérature écrites en anglais ou en français, abordant les raisons de non-consultation médicale pour des dysfonctions sexuelles en critère de jugement principal ou secondaire. Ces études ou revues systématiques de la littérature concernaient exclusivement les femmes ou alors les deux sexes avec analyse en sous-groupe selon le sexe.

Les critères d'exclusion des études étaient les suivants :

- Etudes portant uniquement sur des patientes présentant des pathologies chroniques sous-jacentes, des IST, une grossesse en cours ou les femmes en période de post-partum. Les études n'abordant qu'une seule dysfonction sexuelle ont également été éliminées. Etaient également écartées les études abordant les déviances sexuelles et l'hypersexualité telles que définies dans le collège national des universitaires en psychiatrie.

I.4. Extraction des données

Les données des différentes études ont été recueillies librement par lecture simple du texte intégral de l'étude.

Pour chaque étude les informations suivantes ont pu être extraites :

- titre,
- auteur,
- revue,
- population de l'étude (type d'acteur, pays, nombre de sujets),
- année de l'étude,
- objectif principal de l'étude et objectifs secondaires,
- méthodologie utilisée,
- résultats concernant les freins à la recherche d'aide médicale pour les femmes présentant des troubles sexuels.

Le risque de biais inhérent à chaque étude sera également décrit dans les résultats.

I.5. Quantification et synthèse des résultats

Le niveau de qualité de chaque étude est rendu sous forme de score. Ce score est obtenu à partir de l'utilisation de différentes échelles. Les lignes directrices COREQ (*Consolidated criteria for Reporting Qualitative research*) (Annexe 2) pour les recherches qualitatives, les critères STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) (Annexe 3) pour les études descriptives, et les critères de protocole PRISMA (Annexe 1) pour les revues de littérature. Les scores sont présentés sous forme de pourcentage correspondant au nombre de critères présents par rapport au nombre de critères total.

I.6. Analyses complémentaires

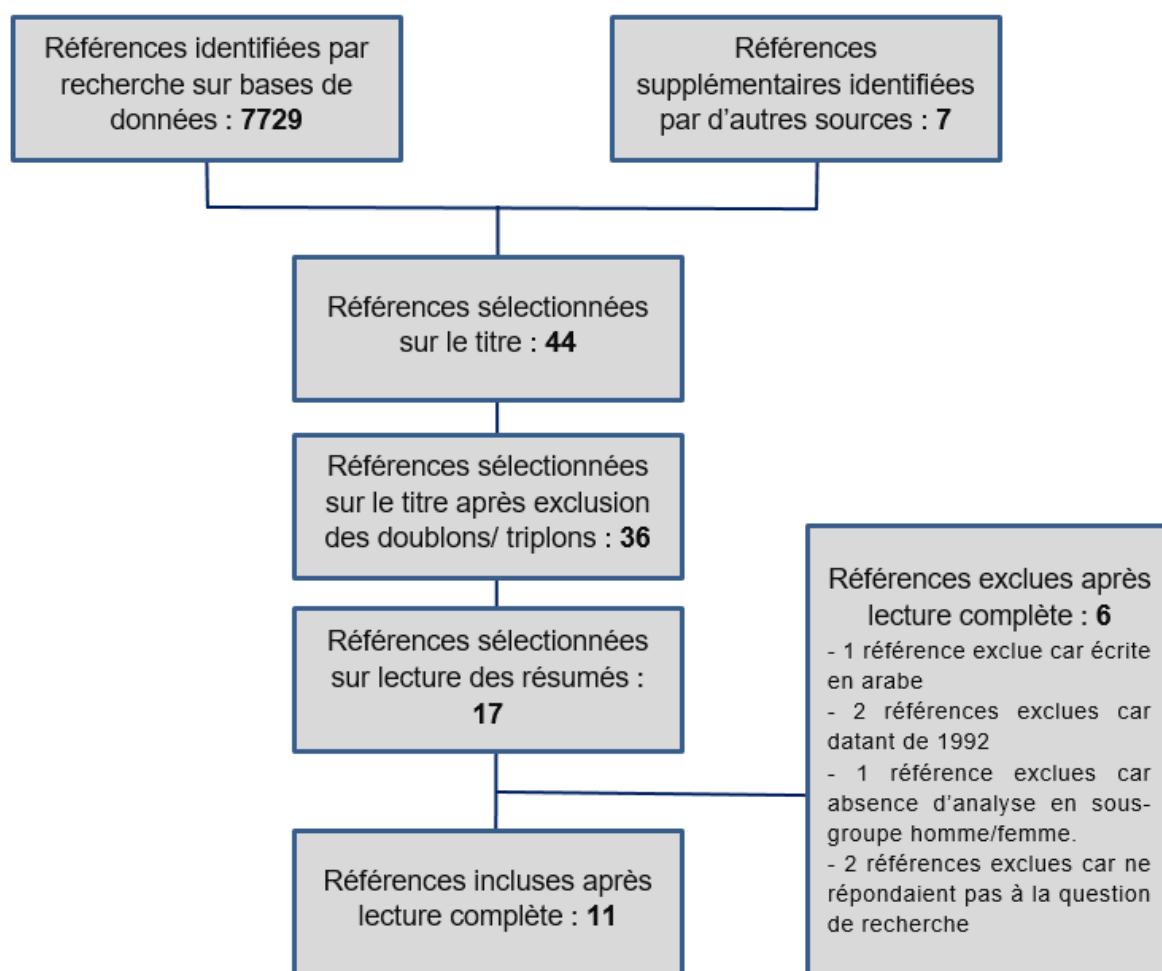
Aucune analyse complémentaire n'a été effectuée.

II. Résultats

II.1. Sélection des études

Les équations de recherche et mots clés utilisés dans les différentes bases de données ont permis de référencer 7 729 publications. Après analyse sur titre, 37 articles ont été sélectionnés. Puis 7 études supplémentaires ont été retenues par la lecture des bibliographies de ces 37 études. Ainsi un total de 44 études a été choisi sur leur titre, soit 36 après retrait des doublons. La lecture des résumés des études a permis d'en retenir 17. L'analyse sur texte intégral a finalement permis de conserver 11 textes.

Parmi ces 11 textes, une des études correspond à une étude globale, le GSSAB, menée dans 29 pays. Plusieurs études ont été faites à partir de ces données afin de préciser les résultats dans les pays/régions du monde concernées ; ces études sont incluses dans les 11 textes.



Les caractéristiques, objectifs et résultats sont résumés dans les tableaux ci-dessous :

Tableau 1 : Caractéristiques et objectifs des articles sélectionnés

Titre	Auteurs	Revue	Objectif(s)
« <i>Why not ask the doctor ?</i> » <i>Barriers in help-seeking for sexual problems among older adults in Poland</i> (8).	Gabriela Gore-Gorszewska.	<i>International Journal of Public Health</i>	Explorer les obstacles à la discussion concernant les problèmes sexuels lors de consultations médicales chez les personnes âgées dans le cadre culturel de la Pologne.
<i>Help-seeking behaviors for female sexual dysfunction: a cross sectional study from Iran</i> (9).	Mariam Vahdaninia, Ali Montazeri, Azita Goshtasebi.	BMC women's health	Evaluer la prévalence des dysfonctions sexuelles et la recherche d'aide des femmes sexuellement actives à Kohgilouyeh en Iran.
« <i>I did not know it was a medical condition</i> » <i>Predictors, severity and help seeking behaviors of women with sexual dysfunction in the Volta region of Ghana</i> (10).	Bolade Ibine, Linda Sefakor Ametepe, Maxfield Okere, Martina Anto-Ocrah.	Plos One	<u>Principal</u> : décrire la prévalence et la gravité des troubles sexuels chez un groupe de femmes ghanéennes en ambulatoire. <u>Secondaire</u> : déterminer les facteurs prédicteurs, la gravité et les comportements de recherche de soins des femmes atteintes.

« <i>Seeking help for sexual function complaints : what gynecologists need to know about the female patient's experience</i> » (11).	Laura Berman, Jennifer Berman, Stan Felder, Dan Pollets, Sachin Chhabra, Marie Miles, Jennifer Ann Powell.	<i>Fertility and sterility</i>	Explorer les comportements de recherche d'aide pour les plaintes d'ordre sexuel.
<i>Seeking help for sexual difficulties: findings from a study with older adults in four European countries</i> (12).	Sharron Hinchliff, Ana Alexandra Carvalheira, Aleksandar Štulhofer, Erick Janssen, Gert Martin Hald, Bente Træen.	<i>European Journal of Ageing</i>	Examiner les facteurs qui influencent les personnes âgées à demander de l'aide pour un problème sexuel.
<i>Help-seeking behaviour for sexual problems : the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB)</i> (13).	E.D. Moreira Jr., G. Brock, D.B. Glasser, A. Nicolosi, E.O. Laumann, A. Paik, T. Wang, C. Gingell.	<i>International journal of clinical practice</i>	Décrire la recherche d'aide pour les problèmes sexuels chez les hommes et les femmes de 40 à 80 ans dans 29 pays.

<i>Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns :Results of a population-based survey in France (2).</i>	Jacques Buvat, Dale Glasser, Raimundo Celestino Silva Neves, Fernanda Gross Duarte, Clive Gingell and Edson Duarte Moreira Jr.	<i>International Journal of Urology</i>	Décrire l'activité sexuelle, la prévalence des problèmes sexuels et les comportements de recherche d'aide associés des adultes en France.
<i>Sexual Activity, Prevalence of Sexual Problems, and Associated Help-Seeking Patterns in Men and Women Aged 40–80 Years in Korea: Data from the GSSAB (14).</i>	Edson D. Moreira Jr, MD, PhD, Sae-Chul Kim, MD, Dale Glasser, PhD, and Clive Gingell, MB, BCh, FRCS, FRCSE.	<i>The Journal of sexual medicine</i>	Etudier la prévalence des problèmes sexuels et les schémas de recherche d'aide associés des adultes en Corée et comparer les résultats avec ceux d'autres pays d'Asie de l'Est et d'Asie du Sud-Est.
<i>A population-based survey of sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior patterns in mature adults in the United States of America (15).</i>	EO Laumann, DB Glasser, RCS Neves and ED Moreira Jr, for the GSSAB Investigators' Group.	<i>International Journal of Impotence Research</i>	Etudier l'activité sexuelle, la prévalence des troubles sexuels et les comportements de recherche d'aide associés des adultes matures aux États-Unis.

<i>Sexual difficulties and help-seeking among mature adults in Australia: results from the GSSAB (16).</i>	Edson D. Moreira Jr, Dale B. Glasser, Rosie King, Fernanda Gross Duarte, Clive Gingell and for the GSSAB Investigators' Group.	<i>Sexual health</i>	Rapporter l'activité sexuelle, la prévalence des difficultés sexuelles et les comportements de recherche d'aide associés parmi les participants en Australie.
<i>Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the GSSAB (17).</i>	Edson Duarte Moreira Junior; Dale Glasser; Djanilson Barbosa dos Santos; Clive Gingell.	<i>Sao paulo medical journal</i>	Rapporter des données sur l'activité, la prévalence des problèmes sexuels et les comportements liés à la recherche d'aide chez les hommes et femmes de la cohorte brésilienne.

**Tableau 2 : Méthodologie et évaluation des études
sélectionnées**

Titre	Population	Années de réalisation	Type d'étude	Qualité de l'étude
<i>« why not ask the doctor ? » Barriers in help-seeking for sexual problems among older adults in Poland (8).</i>	30 résidents polonais : 16 femmes et 14 hommes de 65 à 82 ans.	Janvier à mai 2019.	<u>Qualitatif</u> Etude par entretien semi- structuré.	68,75 % selon les critères COREQ.
<i>Help-seeking behaviors for female sexual dysfunction: a cross sectional study from Iran (9).</i>	1540 femmes mariées, âgées de plus de 15 ans.	Au cours de l'année 2005.	<u>Quantitatif</u> Etude transversale par questionnaire.	45 % selon les critères STROBE.
<i>« I did not know it was a medical condition » Predictors, severity and help seeking behaviors of women with sexual dysfunction in the Volta region of Ghana (10).</i>	300 femmes de plus de 18 ans.	Du 17 avril 2019 au 22 mai 2019.	<u>Quantitatif</u> Etude transversale par questionnaire administré en face à face.	84 % selon les critères STROBE.
<i>« Seeking help for sexual function complaints : what gynecologists need to know about the female patient's experience » (11).</i>	3807 femmes de 18 à 75 ans.	Publié en mars 2003.	<u>Quantitatif</u> Etude transversale par questionnaire administré sur le Web.	45 % selon les critères STROBE.

<i>Seeking help for sexual difficulties: findings from a study with older adults in four European countries (12).</i>	1271 en Norvège, 1045 au Danemark, 991 en Belgique et 509 au Portugal âgés de 60 à 75 ans.	Octobre 2016 à janvier 2017.	<u>Quantitatif</u> Par questionnaire auto administré.	50% selon les critères STROBE.
<i>Help-seeking behaviour for sexual problems : the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (13).</i>	27 500 hommes et femmes âgés de 40 à 80 ans dans 29 pays.	2001 et 2002.		50,2% selon les critères STROBE.
<i>Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns :Results of a population-based survey in France (2).</i>	1500 en France.	2001 et 2002.	<u>Quantitatif</u> Selon les pays : Questionnaires remplis par entretien téléphonique Questionnaires remplis en face à face Questionnaires auto remplis Mixtes	66,1% pour GSSAB France selon les critères STROBE.

<i>Sexual Activity, Prevalence of Sexual Problems, and Associated Help-Seeking Patterns in Men and Women Aged 40–80 Years in Korea: Data from the GSSAB (14).</i>	3691 en Asie.	2001 et 2002.		61,5 % pour GSSAB Corée selon les critères STROBE.
<i>A population-based survey of sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior patterns in mature adults in the United States of America (15).</i>	1491 aux Etats-Unis	2001 et 2002.		64,7% pour GSSAB USA selon les critères STROBE.
<i>Sexual difficulties and help-seeking among mature adults in Australia: results from the GSSAB (16).</i>	1500 en Australie.	2001 et 2002.		60,2% pour GSSAB Australie selon les critères STROBE.
<i>Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the GSSAB (17).</i>	1199 au Brésil.	2001 et 2002.		61,5 % pour GSSAB Brésil selon les critères STROBE.

Tableau 3 : Résultats

Raisons évoquées	Résultat d'après GSSAB [IC 95 %]	Résultats au Ghana (10) p < 0,05	Résultats en Pologne (8)
Pensaient que c'était normal ou n'étaient pas gênées.	68,2 % [65-71,2] en Europe du Nord (2). 62,3 % [58,4-66] en Europe du Sud (2). 38,1 % [32,9-43,5] aux USA (15). 54,1 % [53,3-54,9] en Australie (16). 85,6 % [79-90,8] au Brésil (17). 87,9 % [85,5-90,1] pour l'est de l'Asie (14). 95,8 % [93,8-97,3] pour le sud-est de l'Asie (14). 84,2 % [76,9-90] en France (2).	28,6% pensaient que c'était normal.	
Pensaient que ce n'était pas un problème sérieux ou pensaient que ça passerait tout seul.	63,6 % [60,4-66,7] en Europe du Nord (2). 49,8 % [45,8-53,7] en Europe du Sud (2). 28,2 % [23,4-33,2] aux USA (15). 44,9 % [44-45,8] en Australie (16). 69,9 % [62-77] au Brésil (17). 84,6 % [81,7-87,2] pour l'est de l'Asie (14). 84,5 % [81,3-87,4] pour le sud-est de l'Asie (14). 72,2 % [63,7-79,6] en France (2).		

Pensaient que les médecins ne pouvaient pas les aider, qu'il ne s'agissait pas d'un problème médical.	40,7 % [37,5-44] en Europe du Nord (2). 30,9 % [27,3-34,6] en Europe du Sud (2). 13,5 % [10-17,6] aux USA (15). 20,7 % [19,7-21,8] en Australie (16). 60,8 % [52,6-66,7] au Brésil (17). 79,3 % [76,4-82] pour l'est de l'Asie (14). 73,8 % [69,9-77,3] pour le sud-est de l'Asie (14). 55,6 % [46,8-64,2] en France (2).	14,1 % pensaient qu'un médecin ne pouvait pas les aider 31,3 % pensaient que ce n'étaient pas un problème médical.	« manque de connaissance sur les services médicaux pouvant les aider ».
N'étaient pas à l'aise pour en parler avec leur médecin.	24,9 % [22,2-27,9] en Europe du Nord (2). 43,2 % [39,4-47,1] en Europe du Sud (2). 5 % [2,9-7,9] aux USA (15). 8,3 % [7,3-9,4] en Australie (16). 58,8 % [50,6-66,7] au Brésil (17). 67,9 % [64,6-71] pour l'est de l'Asie (14). 74,3 % [70,5-77,8] pour le sud-est de l'Asie (14). 45,1 % [36,5-54] en France (2).		« Peur du jugement du médecin ».

N'avaient pas de médecin, ou aller chez le médecin étaient trop cher.	21,7 % [19,1-24,6] en Europe du Nord (2). 31,5 % [27,9-35,2] en Europe du Sud (2). 2,3 % [1-4,6] aux USA (15). 3 % [2-4,3] en Australie (16). 46,4 % [38,3-54,6] au Brésil (17). 61,3 % [60,9-67,5] pour l'est de l'Asie (14). 75,2 % [71,4-78,7] pour le sud-est de l'Asie (14). 24,1 % [17,1-32,2] en France (2).		
Le médecin n'était pas à l'aise pour en parler.	7,3 % [5,7-9,2] en Europe du Nord (2). 8,6 % [6,6-11,1] en Europe du Sud (2). 0,9 % [0,2-2,5] aux USA (15). 1,3 % [0,4-2,9] en Australie (16). 22,2 % [15,9-29,6] au Brésil (17). 52,7 % [49,2-56,1] pour l'est de l'Asie (14). 42,1 % [38-46,3] pour le sud-est de l'Asie (14). 9,8 % [5,3-16,1] en France (2).		
N'avaient pas le temps.		18,8 %	
Manque de compréhension concernant les problèmes sexuels.			« manque de connaissance et de compréhension concernant les problèmes sexuels ».
Autres raisons.		0,8 %	
Pas de réponse.		6,3 %	

II.2. Synthèse des études sélectionnées

Parmi les 11 études sélectionnées, seulement six études quantitatives présentaient des résultats significatifs (tableau 3), les quatre autres études quantitatives ont leurs résultats transcrits en annexe 4, une étude était qualitative.

II.2.1. Synthèse des résultats

Concernant les freins à la recherche d'aide médicale pour les problèmes sexuels féminins, quatre causes principales ont pu être mise en évidence.

II.2.1.1. Manque d'information et de connaissance autour des problèmes sexuels féminins

Au travers des études sélectionnées, il est mis en évidence un certain manque d'information et de connaissance concernant les troubles sexuels féminins. Ce manque apparaît à différents niveaux.

En effet, un certain nombre de femmes pensent que présenter des troubles sexuels est « normal ». Cette raison pour ne pas consulter se retrouve dans les différents pays ayant fait l'objet d'une étude sur le sujet, il s'agit d'ailleurs d'un des principaux freins à la consultation selon le GSSAB puisque 84,2 % des femmes françaises avancent cette raison (2).

De nombreuses femmes ne savent pas non plus que les troubles sexuels correspondent à un problème médical ou ne pensent pas que consulter un médecin peut les aider. Cette raison de non-consultation concerne 79,3 % pour l'Asie de l'est selon le GSSAB (12). En France, 55,6 % des femmes n'ont pas consulté leur médecin pour cette raison (2).

II.2.1.2. Difficultés de communication autour des problèmes sexuels féminins

Au-delà du manque de connaissance, un autre frein important apparaît, celui des difficultés de communication autour des troubles sexuels.

Tout d'abord, de nombreuses femmes décrivent une peur du jugement du médecin, de la honte ou de l'embarras à évoquer ce sujet. Ce frein est décrit dans toutes les études, même s'il ne s'agit pas de la raison majoritaire il peut tout de même être une cause de non-consultation pour 74,3 % des femmes du sud-est de l'Asie selon le GSSAB (12). Selon la même étude, 45,1 % des femmes françaises interrogées évoquent également ce frein (2).

Le fait que le médecin n'était pas à l'aise pour parler des troubles sexuels était également une raison mise en évidence dans le GSSAB (11). Concernant la France 9,8 % des femmes faisaient part de ce frein (2).

II.2.1.3. Difficultés d'accès aux soins

Les difficultés d'accès aux soins étaient de manière plus générale une cause de non-consultation pour des troubles d'ordre sexuel, soit l'absence de médecin traitant ou encore des difficultés financières pour accéder aux soins.

II.2.1.4. Autres raisons

0,8 % des femmes au Ghana (8) évoquent « d'autres raisons » (non développées dans l'étude) pour ne pas avoir consulté pour des problèmes sexuels.

On retrouve également dans le GSSAB une autre raison importante pour ne pas avoir consulté qui est que les femmes n'étaient pas gênées par leur trouble sexuel.

II.2.2. Synthèse des biais

La majorité des études développées présentent un important biais de sélection. En effet, deux d'entre elles sont basées sur le volontariat, deux autres ont sélectionné des participantes déjà inscrites dans des centres de soins et enfin les deux études ayant effectué un échantillonnage sur la population générale n'ont obtenu qu'un faible taux de réponse.

Un autre biais a pu être retrouvé dans certaines études : celui du biais d'information lorsque le questionnaire était auto administré.

III. Discussion

III.1. Synthèse

L'objectif de cette revue de la littérature est de connaître les raisons pour lesquelles les femmes ne consultent pas de médecin pour des problèmes d'ordre sexuel. Malgré le faible nombre d'étude existant sur le sujet et le peu de résultats significatifs, plusieurs causes ont pu être identifiées.

Parmi ces causes, la principale décrite par le GSSAB est que les femmes n'étaient pas gênées ou trouvaient cela normal. Cette raison fait ressortir un versant important à prendre en compte : est-il vraiment nécessaire de prendre en charge un trouble que la patiente elle-même ne considère pas comme un problème ? Il semble intéressant de revoir les troubles sexuels en fonction de la détresse qu'ils induisent. Une revue de la littérature parue en 2016 trouve peu d'études menées en prenant en compte la détresse ressentie (18), exceptée une grande étude américaine datant de 2008 qui montre que la prévalence des troubles sexuels vécus comme pénibles est bien inférieure à la prévalence des troubles sexuels sans prise en compte du vécu de la personne. Cette étude souligne donc l'importance d'évaluer la détresse personnelle liée à la sexualité pour estimer avec précision la prévalence des problèmes sexuels qui devraient nécessiter une intervention clinique (19) et ainsi éviter une surmédicalisation.

En revanche une partie des femmes présentant des troubles sexuels décrit bien, pour elle, des conséquences significatives. La principale étant une baisse de la qualité de vie (20).

Cette diminution de la qualité de vie se traduirait par la présence de symptômes dépressifs, une moins bonne relation de couple et une diminution de la satisfaction sexuelle (21).

Mais les conséquences suscitées ne peuvent-elles pas être également les causes de ces troubles sexuels ?

Une revue de la littérature menée par un comité d'experts expose le contexte étiologique des dysfonctions sexuelles. Celui-ci associe : des facteurs prédisposants (pathologies physiques, éducation sexuelle, antécédents de violence psychologique, physique ou sexuelle, troubles psychiatriques, anxiété), des facteurs précipitants (variable selon la personne) et des facteurs de maintien (relation avec le partenaire, environnementaux, anxiété, troubles psychiatriques) (22). Cela montre bien que les troubles psychiatriques, la conjugopathie et les antécédents sexuels peuvent être la cause et non la conséquence des troubles sexuels. Concernant les dysfonctions sexuelles féminines, les troubles psychiatriques semblent d'ailleurs un facteur plus important que la fonction physique, le stress ou l'âge, comme le montre cette étude menée sur des femmes âgées de 50 à 99 ans (23).

Devant ces résultats, il ne semble pas exister de réponse claire sur le sens de la causalité à savoir si les troubles sexuels sont à l'origine de troubles de l'humeur/anxiété ou inversement.

Une autre possibilité existe : le dysfonctionnement sexuel, les troubles de l'humeur et l'anxiété seraient tous les trois en rapport avec une vulnérabilité pré existante. C'est dans ce contexte qu'a été faite une analyse de modélisation d'équation structurelle sur les relations entre dépression, anxiété et problèmes sexuels au fil du temps. Celle-ci montre qu'il n'existe pas de relation causale significative, en revanche, il existerait une responsabilité latente partagée (24).

Les dysfonctions sexuelles ne sont donc pas à considérer comme une branche isolée de la médecine mais comme intriquées avec les autres domaines de la médecine physique et psychiatrique. Il paraît essentiel que le médecin généraliste soit un acteur majeur du dépistage des troubles sexuels. Soit pour les prendre en charge, si la patiente est demandeuse, soit dans une démarche plus globale de prise en charge du patient.

Pourtant une autre des raisons évoquées par les femmes comme un frein à la prise en charge des dysfonctions sexuelles est la peur que le médecin soit mal à l'aise si elles abordaient le sujet. Des études ont été menées pour

connaître les freins des médecins, comme celle réalisée aux Etats-Unis auprès de 505 médecins généralistes et gynécologues (25), ou encore cette étude faite au Portugal auprès de 50 médecins généralistes (26), toutes deux parues dans *The journal of sexual medicine* (la première en 2010 et la seconde en 2012). Les principales raisons évoquées étaient un manque de formation et d'expérience sur le sujet, un manque de connaissance sur les traitements non médicamenteux, un manque de temps, les attitudes et croyances personnelles des médecins interrogés (orientation sexuelle, religion...). Le faible taux de non-consultation pour les dysfonctions sexuelles est donc un problème à double sens : d'une part des freins venant des femmes et d'autres parts ceux venant des médecins.

Cette revue de la littérature a également permis de mettre en avant une donnée surprenante : le sexe reste encore un tabou pour de nombreuses femmes (11). Selon le dictionnaire, le terme tabou désigne un système d'interdictions religieuses appliquées à ce qui est considéré comme sacré ou impur. Et aussi ce sur quoi on fait silence, par crainte, pudeur (27). Et effectivement de tous temps le sexe et en particulier le sexe féminin était l'objet de tabou, de peur. Dans les mythes et folklores le sexe de la femme est d'ailleurs vu comme mystérieux et terrifiant. Son vagin est denté et dévore le pénis. Son clitoris est une flèche acérée et il est plus prudent de l'exciser. Les hommes ont alors créé des mythes et des rites. Des rites sociaux d'isolement, des rites médicaux d'expulsion, des rites religieux de purification (28).

Peu à peu la vision du sexe féminin s'est modifiée, les principaux acteurs essayant de briser ce tabou étant les artistes peintres, les écrivains tels que Simone de Beauvoir, *Le deuxième sexe* ...

Actuellement, le sexe et le corps de la femme s'affichent partout : à la télévision, au cinéma, sur Internet, dans la littérature, dans les magazines. Pourtant, le tabou du sexe persiste comme le montre l'étude du GSSAB et ces données sont confirmées par d'autres études (29).

Cette « sexualisation » retrouvée dans les médias a peut-être donc l'effet inverse, au lieu de libérer la parole des femmes, cela semble entretenir le tabou existant. Selon le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF), plusieurs femmes et adolescentes éprouvent un sentiment d'inadéquation face aux modèles corporels ou sexuels que leur propose la publicité ce qui a des conséquences psychiques (troubles du comportement alimentaire, faible estime de soi) et physiques (30).

Le tabou autour du corps de la femme et de son sexe est donc profondément ancré dans l'histoire et maintenu par les publicités sexistes (28). Mais qu'en est-il pour l'homme ?

Sur l'étude française menée d'après les données du GSSAB 45,1 % des femmes n'osent pas en parler à leur médecin contre 22,5 % pour les hommes, soit le double (2). Au vu de ces données, il semblerait judicieux de mettre en place des mesures adaptées afin de faciliter la parole des femmes autour de la sexualité.

Dans ce domaine, les professionnels peuvent avoir leur rôle à jouer puisque d'après une étude danoise le fait de ne pas aborder le sujet ou de ne pas répondre au patient lorsqu'il a des interrogations concernant la sexualité contribue au maintien du tabou (27). Or, actuellement, d'après les résultats du GSSAB seulement 9 % des personnes participant à l'étude avaient été interrogées par leur médecin au cours des 3 dernières années. Ces mêmes personnes étaient bien les plus susceptibles de rechercher une aide par la suite (11). Plusieurs études ont essayé de mettre en place des outils facilitant le dialogue comme en Angleterre (31). Au-delà du médecin généraliste, il semblerait important qu'une information plus générale, par le biais d'affiches ou de flyers, soit mise en place dans le but d'atteindre le plus grand nombre de femmes possible.

Enfin, il est tout de même à noter que plusieurs des études citées au-dessus, avaient laissé aux femmes la possibilité de sélectionner « autres » dans les raisons de non-consultation. Cependant ces études étant des études quantitatives, dans la grande majorité (exceptée l'étude se déroulant en

Pologne), ces « autres » raisons n'avaient pas été développées, laissant d'autres causes non explorées.

Au vu de l'ensemble de ces données, il semblerait intéressant d'effectuer une nouvelle étude en France, puisqu'une seule existe actuellement. Celle-ci permettrait d'obtenir des données plus récentes que 2009. Les critères de sélection des sujets ne devraient pas fixer de limite d'âge mais uniquement prendre en compte les femmes pour qui les troubles sexuels induisent une détresse. Concernant les barrières de non-consultation pour les dysfonctions sexuelles, une étude qualitative semble plus adaptée afin de ne pas laisser « d'autres » raisons non explorées.

III.2. Limites et points forts

Cette revue de la littérature présente plusieurs limites.

En effet, seules les bases de données disponibles en France ont été utilisées, ce qui a pu créer un biais de sélection.

Malgré l'utilisation de critères d'inclusion et d'exclusion assez précis, il pouvait exister un biais de sélection des articles lié à la subjectivité lors du choix de ceux-ci. De plus, ont été inclus uniquement les textes publiés en français ou en anglais ce qui a pu être à l'origine d'un autre biais de sélection par exclusion d'études pouvant répondre à la question.

Les critères d'inclusion contenaient également une limite à la date de publication fixée à l'année 2000, cette limitation a pu également créer un biais de sélection en éliminant des articles intéressants parus antérieurement.

La qualité des articles sélectionnés a été notée à l'aide de critères validés tels que les critères COREQ ou STROBE mais aucun article n'a été exclu sur le résultat trouvé. La qualité des études s'étendait de 45 % à 84 % et malgré ces différences de qualité méthodologique toutes les études ont été intégrées de manière uniforme.

Finalement sur l'ensemble des études sélectionnées, quatre ne précisent pas la significativité des résultats présentés sur les raisons de non-recherche d'aide, ce qui ne permet pas d'exploiter les résultats présentés. Concernant le GSSAB, l'étude présentant les résultats globaux n'indique pas non plus la significativité des résultats. Cependant, les études plus locales utilisant les données du GSSAB le font.

La majorité des études développées présentent un important biais de sélection et certaines un biais d'information lorsque le questionnaire était auto administré.

Au-delà de ces limites, cette revue de la littérature présente également des points forts. Tout d'abord celle-ci a été faite en suivant les critères PRISMA. De plus, les équations de recherche ainsi que les moteurs de recherche utilisés ont été validés par un bibliothécaire de la faculté de Médecine de Poitiers. Malgré une limitation des moteurs de recherche, la bibliographie de tous les articles sélectionnés a été lue puis analysée afin d'augmenter le nombre d'articles étudiés.

Conclusion

La réalisation de cette revue de littérature permet une synthèse des freins à la consultation décrits par les femmes souffrant de troubles sexuels.

Avoir choisi de traiter ce sujet du point de vue des femmes a permis de mettre en avant plusieurs points importants. Tout d'abord la nécessité d'évaluer la détresse induite par le trouble sexuel et ainsi décider si celui-ci nécessite une prise en charge. Les résultats synthétisés mettent également en avant l'importance d'inclure la santé sexuelle dans la prise en charge globale du patient puisque la santé sexuelle est liée à la santé physique et psychique.

Cette étude montre également l'importance du tabou encore présent dans notre société, en particulier pour les femmes et le rôle que peut jouer le médecin. En se montrant ouvert sur le sujet de la santé sexuelle et non jugeant, le médecin pourrait faciliter la discussion. Si le médecin engageait la conversation, les femmes se sentiraient plus à l'aise pour en parler, soit lors de la consultation ou ultérieurement.

Les patientes semblent également évoquer un manque de connaissance ou des connaissances erronées sur le sujet. Dans ce sens il paraît nécessaire de majorer l'information délivrée. Les médecins généralistes peuvent être le relais de ces informations par l'éducation sexuelle des adolescents mais également tout au long de la vie.

Cependant, pour que le médecin arrive à cette démarche d'information et d'ouverture de la discussion, il doit lui-même surmonter ses propres barrières et limites sur le sujet.

Financement

Cette revue de littérature n'a fait l'objet d'aucun financement.

Références bibliographiques

1. OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
2. Buvat J, Glasser D, Neves RCS, Duarte FG, Gingell C, Moreira ED, et al. Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: results of a population-based survey in France. *Int J Urol Off J Jpn Urol Assoc.* juill 2009;16(7):632-8.
3. fichier_dysfonction_sexuelle9e985.pdf [Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/133/fichier_dysfonction_sexuelle9e985.pdf
4. ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf>
5. Les troubles de l'orgasme féminin [Internet]. 2019 [cité 6 août 2021]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/les-troubles-de-lorgasme-feminin>
6. Troubles du désir sexuel féminin [Internet]. 2019 [cité 6 août 2021]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/troubles-du-desir-sexuel-feminin>
7. Douleurs sexuelles de l'homme et de la femme [Internet]. 2019 [cité 6 août 2021]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/douleurs-sexuelles-de-lhomme-et-de-la-femme>
8. Gore-Gorszewska G. "Why not ask the doctor?" Barriers in help-seeking for sexual problems among older adults in Poland. *Int J Public Health.* nov 2020;65(8):1507-15.
9. Vahdaninia M, Montazeri A, Goshtasebi A. Help-seeking behaviors for female sexual dysfunction: a cross sectional study from Iran. *BMC Womens Health.* 27 févr 2009;9:3.
10. Ibine B, Sefakor Ametepe L, Okere M, Anto-Ocrah M. « I did not know it was a medical condition »: Predictors, severity and help seeking behaviors of women with female sexual dysfunction in the Volta region of Ghana. *PloS One.* 2020;15(1):e0226404.
11. Berman L, Berman J, Felder S, Pollets D, Chhabra S, Miles M, et al. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril.* mars 2003;79(3):572-6.

12. Hinchliff S, Carvalheira AA, Štulhofer A, Janssen E, Hald GM, Træen B. Seeking help for sexual difficulties: findings from a study with older adults in four European countries. *Eur J Ageing*. 1 juin 2020;17(2):185-95.
13. Moreira ED, Brock G, Glasser DB, Nicolosi A, Laumann EO, Paik A, et al. Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Clin Pract*. janv 2005;59(1):6-16.
14. Moreira ED, Kim S, Glasser D, Gingell C. ORIGINAL RESEARCH—EPIDEMIOLOGY: Sexual Activity, Prevalence of Sexual Problems, and Associated Help-Seeking Patterns in Men and Women Aged 40–80 Years in Korea: Data from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB). *J Sex Med*. mars 2006;3(2):201-11.
15. for the GSSAB Investigators' Group, Laumann EO, Glasser DB, Neves RCS, Moreira ED. A population-based survey of sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior patterns in mature adults in the United States of America. *Int J Impot Res*. mai 2009;21(3):171-8.
16. Moreira ED, Glasser DB, King R, Duarte FG, Gingell C, Group for the GI. Sexual difficulties and help-seeking among mature adults in Australia: results from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours. *Sex Health*. 2008;5(3):227.
17. Moreira Junior ED, Glasser D, Santos DB dos, Gingell C. Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Sao Paulo Med J*. nov 2005;123(5):234-41.
18. Nappi ProfRE, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L, Martini E. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*. déc 2016;94:87-91.
19. 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.
20. Sex and the Quality of Life in Denmark. :13.
21. Dubé, Justin P, Serena C-M, Muise, Amy, Rosen, Natalie O. Emotion Regulation in Couples Affected by Female Sexual Interest/Arousal Disorder. *Arch Sex Behav*. nov 2019;Vol.48(8):p.2491-2506.
22. McCabe M, Althof SE, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum SR, Simonelli C, et al. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med*. janv 2010;7(1):327-36.
23. Wang V, Depp CA, Ceglowski J, Thompson WK, Rock D, Jeste DV. Sexual health and function in later life: a population-based study of 606 older adults with a partner. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. mars 2015;23(3):227-33.

24. Forbes MK, Baillie AJ, Schniering CA. A Structural Equation Modeling Analysis of the Relationships between Depression, Anxiety, and Sexual Problems over Time. *J Sex Res.* 12 oct 2016;53(8):942-54.
25. Abdolrasulnia M, Shewchuk RM, Roepke N, Granstaff US, Dean J, Foster JA, et al. Management of Female Sexual Problems: Perceived Barriers, Practice Patterns, and Confidence among Primary Care Physicians and Gynecologists. *J Sex Med.* juill 2010;7(7):2499-508.
26. Alarcão V, Ribeiro S, Miranda FL, Carreira M, Dias T, Garcia e Costa J, et al. General Practitioners' Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices in the Management of Sexual Dysfunction—Results of the Portuguese SEXOS Study. *J Sex Med.* oct 2012;9(10):2508-15.
27. Définitions : tabou - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 5 août 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tabou/76318>
28. Schaeffer J. Le sexe féminin : entre tabou et interdit. *Cah Psychol Clin.* 19 août 2015;n° 45(2):41-75.
29. Traumer L, Jacobsen MH, Laursen BS. Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci.* mars 2019;33(1):57-66.
30. actes-colloque_publicite_0.pdf [Internet]. [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: https://rqasf.qc.ca/files/actes-colloque_publicite_0.pdf
31. Macdowall W, Parker R, Nanchahal K, Ford C, Lowbury R, Robinson A, et al. 'Talking of Sex': Developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. *Patient Educ Couns.* déc 2010;81(3):332-7.

Annexes

Annexe 1. Critères PRISMA

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle PRISMA 2009.

Section/sujet	N°	Critères de contrôle	Page N°
TITRE			
Titre	1	Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.	
RÉSUMÉ			
Résumé structuré	2	Fournir un résumé structuré incluant, si applicable : contexte ; objectifs ; sources des données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats ; numéro d'enregistrement de la revue systématique.	
INTRODUCTION			
Contexte	3	Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.	
Objectifs	4	Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude (PICOS ^a).	
MÉTHODE			
Protocole et enregistrement	5	Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où (par exemple, l'adresse web), et, le cas échéant, fournir des informations d'identification, y compris le numéro d'enregistrement.	
Critères d'éligibilité	6	Spécifier les caractéristiques de l'étude (par exemple, PICOS, durée de suivi) et les caractéristiques du rapport (par exemple, années considérées, langues, statuts de publication) utilisées comme critères d'éligibilité, et justifier ce choix.	
Sources d'information	7	Décrire toutes les sources d'information (par exemple : bases de données avec la période couverte, échange avec les auteurs pour identifier des études complémentaires) de recherche et la date de la dernière recherche.	
Recherche	8	Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, y compris les limites décidées, de sorte qu'elle puisse être reproduite.	
Sélection des études	9	Indiquer le processus de sélection des études (c.-à-d. : triage, éligibilité, inclusion dans la revue systématique, et, le cas échéant, inclusion dans la méta-analyse).	
Extraction des données	10	Décrire la méthode d'extraction de données contenues dans les rapports (par exemple : formulaires pré-établis, librement, en double lecture) et tous les processus d'obtention et de vérification des données auprès des investigateurs.	
Données	11	Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées (par exemple : PICOS, sources de financement) et les suppositions et simplifications réalisées.	
Risque de biais inhérent à chacune des études	12	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude (en spécifiant si celui-ci se situe au niveau de l'étude ou du résultat), et comment cette information est utilisée dans la synthèse des données.	
Quantification des résultats	13	Indiquer les principales métriques de quantification des résultats (par exemple : <i>risk ratio</i> , différence entre les moyennes).	
Synthèse des résultats	14	Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectué, y compris les tests d'hétérogénéité (par exemple : I^2) pour chaque méta-analyse.	
Risque de biais transversal aux études	15	Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global (par exemple : biais de publication, rapport sélectif au sein des études).	
Analyses complémentaires	16	Décrire les méthodes des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression), si effectuées, en indiquant celles qui étaient prévues <i>a priori</i> .	

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle PRISMA 2009 (suite).

Section/sujet	N°	Critères de contrôle	Page N°
RÉSULTATS			
Sélection des études	17	Indiquer le nombre d'études triées, examinées en vue de l'éligibilité, et incluses dans la revue, avec les raisons d'exclusion à chaque étape, de préférence sous forme d'un diagramme de flux.	
Caractéristiques des études sélectionnées	18	Pour chaque étude, présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites (par exemple : taille de l'étude, PICOS, période de suivi) et fournir les références.	
Risque de biais relatif aux études	19	Présenter les éléments sur le risque de biais de chaque étude et, si possible, toute évaluation des conséquences sur les résultats (voir item 12).	
Résultats de chaque étude	20	Pour tous les résultats considérés (positifs ou négatifs), présenter, pour chaque étude : (a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention ; (b) les amplitudes d'effets estimés et leurs intervalles de confiance, idéalement avec un graphique en forêt (<i>forest plot</i>).	
Synthèse des résultats	21	Présenter les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisée, incluant les intervalles de confiance et les tests d'hétérogénéité.	
Risque de biais transversal aux études	22	Présenter les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études (voir item 15).	
Analyse complémentaire	23	Le cas échéant, donner les résultats des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression [voir item 16]).	
DISCUSSION			
Synthèse des niveaux de preuve	24	Résumer les principaux résultats, ainsi que leur niveau de preuve pour chacun des principaux critères de résultat ; examiner leur pertinence selon les publics concernés (par exemple : établissements ou professionnels de santé, usagers et décideurs).	
Limites	25	Discuter des limites au niveau des études et de leurs résultats (par exemple : risque de biais), ainsi qu'au niveau de la revue (par exemple : récupération incomplète de travaux identifiés, biais de notification).	
Conclusions	26	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études.	
FINANCEMENT			
Financement	27	Indiquer les sources de financement de la revue systématique et toute autre forme d'aide (par exemple : fourniture de données) ; rôle des financeurs pour la revue systématique.	

^aNote du traducteur : *Patient, problem or population, Intervention, Comparison, control or comparator, Outcomes, Study design*

Annexe 2. Critères COREQ

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe 3. Critères STROBE

Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche



Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE.

	Item N°	Recommandation
Titre et résumé	1	(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé
Introduction		
Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i>
Méthodes		
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document
Contexte	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données
Population	6	(a) <i>Étude de cohorte</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi <i>Étude cas-témoin</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins <i>Étude transversale</i> – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) <i>Étude de cohorte</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés <i>Étude cas-témoin</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas
Variables	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant
Sources de données/mesures	8*	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe
Biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi
Analyses statistiques	12	(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) <i>Étude de cohorte</i> – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités <i>Étude cas-témoin</i> – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé <i>Étude transversale</i> – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité
Résultats		
Population	13*	(a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux
Données descriptives	14*	(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) <i>Étude de cohorte</i> – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE (suite).

	Item N°	Recommandation
Données obtenues	15*	<i>Étude de cohorte</i> – Rapporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps <i>Étude cas-témoin</i> – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés <i>Étude transversale</i> – Reporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité
Discussion		
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude
Autre information		
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté

*Indiquer l'information séparément pour les cas et les témoins dans les études cas-témoins et, le cas échéant, pour les groupes exposés et non-exposés dans les études de cohorte et les études transversales.

Remarque : Un article d'élaboration et d'explication traite chaque item de la liste de contrôle et indique le cadre méthodologique de référence accompagné d'exemples publiés dont la rédaction est claire. La liste de contrôle STROBE s'utilise mieux à l'aide de cet article (disponible gratuitement sur les sites Web de PLoS Medicine - <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine - <http://www.annals.org/>, et Epidemiology - <http://www.epidem.com/>).

Annexe 4. Tableau présentant les prévalences des freins retrouvés pour les autres études sélectionnées

Titre	Résultats
<i>Help-seeking behaviors for female sexual dysfunction : a cross sectional study from Iran (9).</i>	- 9,6 % avaient honte d'en parler. - 9,6 % pensaient que le médecin ne pouvait pas les aider. - 39,1 % avaient des contraintes de temps. - 28,5 % n'avaient pas pensé à demander à leur médecin. - 1,8 % n'avaient pas été interrogées par leur médecin.
<i>Seeking help for sexual function complaints : what gynecologists need to know about the female patient's experience (11).</i>	- 22 % étaient trop embarrassées pour en parler. - 17 % pensaient que le médecin ne pourrait pas les aider. - 12 % pensaient que ce n'était pas un problème médical.
<i>Seeking help for sexual difficulties : findings from a study with older adults in four European countries (12).</i>	- L'embarras : 2,7 % en Norvège, 4,8 % au Danemark, 8,9 % en Belgique et 4,4 % au Portugal. - La honte : 0,5 % en Norvège, 0,6 % au Danemark, 5,5 % en Belgique et 3,1 % au Portugal. - Le manque de temps : 0 % en Norvège, 0,6 % au Danemark, 1,5 % en Belgique, 0 % au Portugal. - Pensaient que ça passerait tout seul : 7,5 % en Norvège, 10,8 % au Danemark, 10,1 % en Belgique et 5 % au Portugal. - N'étaient pas gênées : 15,9 % en Norvège, 14,7 % au Danemark, 18,1 % en Belgique et 21,4 % au Portugal.

	- Ne savaient pas qui aller consulter : 0,7 % en Norvège, 2,1 % au Danemark, 1,2 % en Belgique et 1,9 % au Portugal. - Autres raisons : 11,1 % en Norvège, 17,7 % au Danemark, 16,8 % en Belgique et 9,4 % au Portugal.
<i>Help-seeking behaviour for sexual problems : the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (13).</i>	- Pensaient que c'était normal pour l'âge ou n'étaient pas gênées par le problème : 70,9 % pour les pays de l'ouest non européens, 80,5 % pour l'Amérique du Sud et centrale 73,3 % pour le Moyen-Orient. - Pensaient que ce n'était pas un problème sérieux ou pensaient que ça passerait tout seul : 66 % pour les pays de l'ouest non européens, 70,1 % pour l'Amérique du Sud et centrale 63,6 % pour le Moyen-Orient. - Pensaient que les médecins ne pouvaient pas les aider, qu'il ne s'agissait pas d'un problème médical : 44 % pour les pays de l'ouest non européens 53,9 % pour l'Amérique du Sud et centrale, 57,9 % pour le Moyen-Orient. - N'étaient pas à l'aise pour en parler avec leur médecin : 21,9 % pour les pays de l'ouest non européens, 56,9 % pour l'Amérique du Sud et centrale 37,6 % pour le Moyen-Orient. - N'avaient pas de médecin, ou aller chez le médecin était trop cher : 16,2 % pour les pays de l'ouest non européens, 44,5 % pour l'Amérique du Sud et centrale, 46,2 % pour le Moyen-Orient. - Le médecin n'était pas à l'aise pour en parler : 5,9 % pour les pays de l'ouest non européens, 18,5 % pour l'Amérique du Sud et centrale, 23,3 % pour le Moyen-Orient.

Résumé

Objectif : On note un décalage entre la fréquence élevée des troubles sexuels et le faible nombre de personnes consultant pour ces troubles. Le but de cette revue de la littérature est de connaître les freins à la recherche d'aide médicale pour les femmes souffrant de dysfonction sexuelle et ce quel que soit leur âge.

Méthode : Cette revue de la littérature a été menée en suivant les critères PRISMA. Les mots clés « comportement de recherche d'aide », « dysfonctionnements sexuels psychogènes », « troubles sexuels d'origine physiologique » ont été utilisés pour effectuer les recherches dans PubMed, LiSSa, Psychinfo et Google scholar. Les articles sélectionnés étaient ceux datant de moins de 2000, écrits en Français ou en Anglais dont le critère de jugement principal ou secondaire abordait les raisons de non-consultation médicale pour des dysfonctions sexuelles.

Résultats : Onze études ont été sélectionnées. Seulement sept études apportaient des résultats significatifs. Les principales raisons mises en évidence étaient que les femmes n'étaient pas gênées ou pensaient que c'était normal, que ça passerait tout seul. Certaines pensaient que les médecins ne pouvaient pas les aider ou n'étaient pas à l'aise pour en parler avec eux. D'autres femmes avançaient que le médecin n'était pas à l'aise pour en parler.

Conclusion : Peu d'études apportent des résultats significatifs concernant ce sujet. Cette revue de la littérature met en évidence un manque d'information concernant les troubles sexuels, mais également un tabou de la part des patientes et du médecin. Elle met aussi en avant la notion de gêne induite, ou non, par ces troubles.

Mots-clés : Female sexual dysfunction, help seeking behavior, sexual disorders

Summary

Purpose : There is a difference between the high frequency of sexual disorders and the low number of people consulting for these disorders. The aim of this literature review is to find out what the barriers are to seeking medical help for women with sexual dysfunction, regardless of their age.

Method : This review of the literature uses the PRISMA criteria. The keywords "help-seeking behavior", « psychological sexual dysfunctions », « sexual dysfunction, physiological » were search in PubMed, LiSSa, Psychinfo and Google scholar. The articles selected have been published after 2000, written in French or in English, for which the primary or secondary endpoint adressed the reasons for not consulting a doctor for sexual dysfunctions.

Results : Eleven studies were selected. Only seven studies provided significant results. The main reasons were that the women were not embarrassed or thought it was normal, that it would go away on its own. Some thought the doctors couldn't help them or were uncomfortable discussing it with them. Other women said the doctor was uncomfortable talking about it.

Conclusion : Few studies provide significant results on this subject. This review of the literature highlights a lack of information about sexual disorders, but also sexual dysfunction stays a taboo for patients and doctors. It also helps to introduce the notion of discomfort induced, or not, by these disorders.

Keywords : Female sexual dysfunction, help seeking behavior, sexual disorders

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Résumé

Objectif : On note un décalage entre la fréquence élevée des troubles sexuels et le faible nombre de personnes consultant pour ces troubles. Le but de cette revue de la littérature est de connaître les freins à la recherche d'aide médicale pour les femmes souffrant de dysfonction sexuelle et ce quel que soit leur âge.

Méthode : Cette revue de la littérature a été menée en suivant les critères PRISMA. Les mots clés « comportement de recherche d'aide », « dysfonctionnements sexuels psychogènes », « troubles sexuels d'origine physiologique » ont été utilisés pour effectuer les recherches dans PubMed, LiSSa, Psychinfo et Google scholar. Les articles sélectionnés étaient ceux datant de moins de 2000, écrits en Français ou en Anglais dont le critère de jugement principal ou secondaire abordait les raisons de non-consultation médicale pour des dysfonctions sexuelles.

Résultats : Onze études ont été sélectionnées. Seulement sept études apportaient des résultats significatifs. Les principales raisons mises en évidence étaient que les femmes n'étaient pas gênées ou pensaient que c'était normal, que ça passerait tout seul. Certaines pensaient que les médecins ne pouvaient pas les aider ou n'étaient pas à l'aise pour en parler avec eux. D'autres femmes avançaient que le médecin n'était pas à l'aise pour en parler.

Conclusion : Peu d'études apportent des résultats significatifs concernant ce sujet. Cette revue de la littérature met en évidence un manque d'information concernant les troubles sexuels, mais également un tabou de la part des patientes et du médecin. Elle met aussi en avant la notion de gêne induite, ou non, par ces troubles.

Mots-clés : Female sexual dysfunction, help seeking behavior, sexual disorders

Summary

Purpose : There is a difference between the high frequency of sexual disorders and the low number of people consulting for these disorders. The aim of this literature review is to find out what the barriers are to seeking medical help for women with sexual dysfunction, regardless of their age.

Method : This review of the literature uses the PRISMA criteria. The keywords "help-seeking behavior", « psychological sexual dysfunctions », « sexual dysfunction, physiological » were search in PubMed, LiSSa, Psychinfo and Google scholar. The articles selected have been published after 2000, written in French or in English, for which the primary or secondary endpoint adressed the reasons for not consulting a doctor for sexual dysfunctions.

Results : Eleven studies were selected. Only seven studies provided significant results. The main reasons were that the women were not embarrassed or thought it was normal, that it would go away on its own. Some thought the doctors couldn't help them or were uncomfortable discussing it with them. Other women said the doctor was uncomfortable talking about it.

Conclusion : Few studies provide significant results on this subject. This review of the literature highlights a lack of information about sexual disorders, but also sexual dysfunction stays a taboo for patients and doctors. It also helps to introduce the notion of discomfort induced, or not, by these disorders.

Keywords : Female sexual dysfunction, help seeking behavior, sexual disorders