



Sexualité : de la normalité à la dysfonction, comment évaluer ?

 **Wilfrid PAVAGEAU**

 Cabinet Urologie Paris Opéra, 82 bd de Courcelles 75017 PARIS (France)
 wilfpav@gmail.com

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Savoir définir une « normalité » sexuelle
- Savoir quand parler de dysfonction sexuelle
- Connaître les principales causes de dysfonction sexuelle
- Connaître les principales modalités d'évaluation
- Connaître les principes de la prise en charge

LIENS D'INTÉRÊT

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec sa présentation.

MOTS-CLÉS

Bio-psycho-social ; Dysfonction ; Paraphilie.

ABRÉVIATIONS

IM : intra musculaire
 PSA : antigène spécifique de la prostate
 SHBG : Sex Hormon Binding Globulin
 IPDE5 : inhibiteur de la Phospho Di Estérase 5
 IIEF 15 : International index for Erectile Function
 SHIM : Sexual Health Inventory for Men

Une sexualité normale

Pour pouvoir prendre en charge un problème lié à la sexualité, il faut d'abord définir ce qu'est une sexualité sans problème, une sexualité dite normale. Par voie de conséquence définir la normalité sexuelle et donc, en premier lieu, qu'est-ce que la normalité ?

Définitions

1. Dans la 9^e édition du Dictionnaire de l'Académie française, la normalité est le caractère de ce qui est conforme à la norme, à la règle, à l'usage. Ce terme apparaît au XV^e siècle, emprunté du latin *normalis*, proprement « fait à l'équerre », car, en latin, *norma* est un outil, une équerre. Ainsi la normalité est ce qui suit le cours ordinaire et prévisible des choses, comme dans « *les fonctions normales d'un organe* », dit l'Académie. C'est ce qui est habituel, courant, ordinaire, banal.
2. Pour le « Trésor de la Langue Française », dictionnaire de référence aujourd'hui, dans sa version informatisée, la normalité peut être par référence à une moyenne statistique, générale, sans jugement de valeur.

Ou la normalité peut être par référence à un modèle de « type idéal » : la norme prescrit ce qui doit être, en se basant sur des jugements de valeur. C'est alors une règle, un principe auquel on doit se référer pour juger ou agir. Cette acception est surtout valable pour les sciences et la technique.

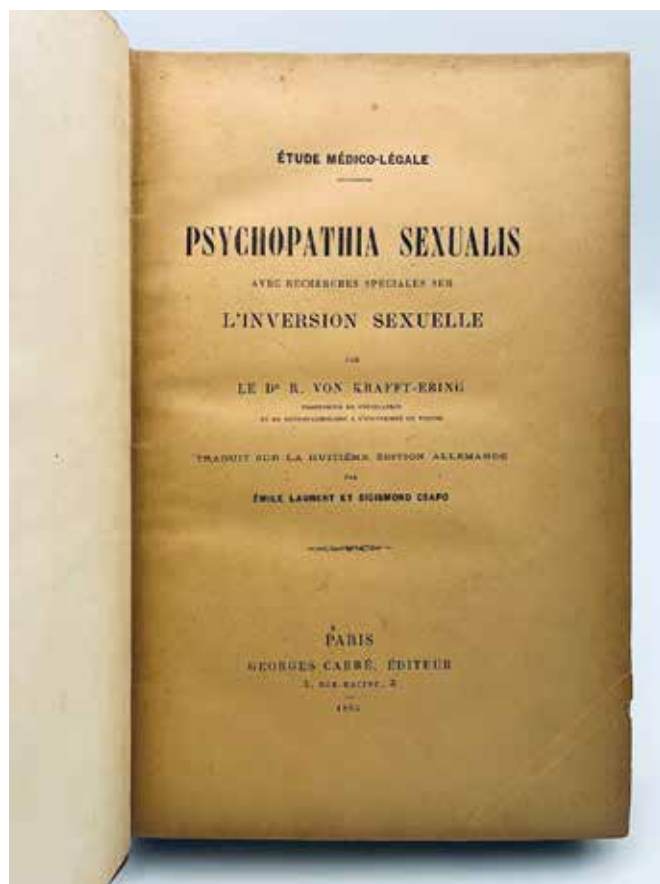
Entre les deux, la norme peut se faire par référence à un modèle de « type idéal et quelquefois à une moyenne statistique » : dans ce cas, le type le plus fréquent est souvent considéré comme idéal et il y a jugement de valeur. Cela va être un état régulier, le plus conforme à l'étalon posé comme naturel, et par rapport auquel tout ce qui dévie est considéré comme anormal. Il y a donc bien une question de moyenne statistique et ensuite plus ou moins un jugement de valeur. C'est là où la norme peut devenir prescriptive, normative. Et exclure ce qui n'est pas dans la norme.

Évolution

Du XIX^e siècle à nos jours

La normalité questionnait auparavant davantage les pratiques sexuelles, qu'aujourd'hui. Ainsi le psychiatre autrichien Richard Von Krafft-Ebing qui définit, en 1886, dans « *Psychopathia sexualis* : Étude médico-légale à l'usage des médecins et des juristes », les comportements normaux et

anormaux dans la sexualité. Il y aura, là, ce qui est normal pour la société et ce qui ne l'est. Ce qui ne l'est pas sera considéré comme pathologique. Il a eu le mérite de mettre à jour la diversité des pratiques et fut le terreau pour le développement futur de la psychanalyse freudienne.



Ce qui va rester « anormal », aujourd'hui, dans les pratiques, sera de l'ordre de la perversion, là où quelqu'un utilise l'autre pour son propre plaisir, sans aucun respect ni considération pour cet autre. Ceci restera psychiatrique et condamnable par la loi. C'est le cas du viol et de l'exhibitionnisme en public, par exemple.

Après les études de Masters & Johnson, aux USA en 1966 (« *Human sexual response* » New York Academy of medicine), nous nous intéressons au fonctionnement normal, courant, habituel de nos organes sexuels. Ainsi seront définis, le fonctionnel et le dysfonctionnel.

Par exemple, un temps inférieur à 2 minutes pour une éjaculation est la norme internationale qui définit l'éjaculation prématurée. Nous ne parlons pas de pathologie pour cette durée, d'ailleurs, mais c'est une variation de la norme, une dysfonction sexuelle, puisqu'elle ne permet pas d'avoir un plaisir optimal ni pour l'homme ni pour la femme. Mais cela peut ne pas être un trouble, si l'homme n'en souffre pas.

Exemples

Existe-t-il d'autres normes en sexualité : l'âge du 1^{er} rapport sexuel dans un pays en est une.

La durée moyenne d'un rapport sexuel, avec ses 7 minutes de pénétration, en est une autre.

Ce sont des normes statistiques. Plutôt que norme, nous utilisons volontiers le terme de moyenne statistique, car la norme contient en elle-même un caractère normatif, voire prescriptif. Or, évidemment, il n'est pas question de pousser à, de prescrire, un rapport sexuel de 7 minutes, par exemple.

Tout ceci varie également en fonction de l'époque et du lieu. Entre le Japon et les USA, les normes sont différentes. De même qu'au Moyen Âge et actuellement, les normes ne sont pas les mêmes. Ceci évolue, comme la taille moyenne de la population. À un endroit, dans une courbe de Gauss, il y a la norme, il y a les écarts et puis il y a ce qui pourrait être hors norme.

En sexualité, la normalité pour l'une ou l'un n'est pas celle pour le voisin. Ce qui est normal pour moi, ce qui est mon habitude, mon ordinaire, n'est pas le même que pour mon ou ma partenaire. Sans que ce soit une règle imposée ou une loi indépassable. Ce ne sont pas des idéaux prescriptifs mais une moyenne statistique. Avec des variations tout à fait possibles autour de la norme, sans que cela ne soit anormal.

Fonctions

Quel est le cours ordinaire prévisible des choses, en sexualité ? quelles sont ses fonctions normales ? À quoi sert la sexualité ? La norme, là aussi, a évolué et, actuellement, il est internationalement reconnu que la fonction de la sexualité peut être la procréation mais pas uniquement ; le plaisir également, avec la recherche de satisfaction, en est une autre. Et, par voie de conséquence, un état de bien-être qui peut s'associer sur le long-terme à une vie ressentie comme meilleure et épanouissante.

La santé sexuelle

Ainsi la sexualité fait partie de la santé sexuelle. Évoquons la définition de la santé sexuelle, selon l'OMS, depuis 2006 :

La santé sexuelle est 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.

<https://santesexuelle-droitshumains.org/sante-sexuelle-definitions/>

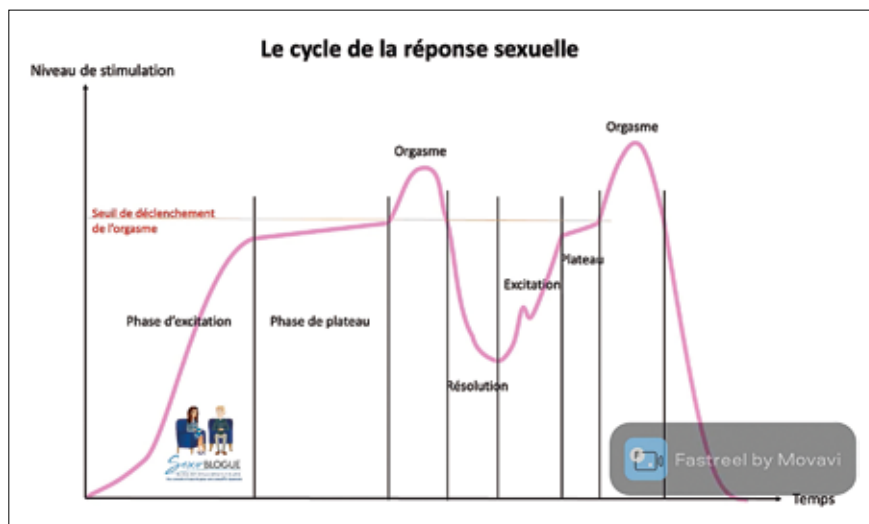
Les questions de reproduction et de fertilité étant vues par des médecins dans des centres dédiés à cette question (CECOS), nous n'aborderons pas ces sujets.

La réponse sexuelle

Les études sur la sexualité humaine menées par Master & Johnson, inventeurs de la sexologie moderne, ont permis de définir des courbes de réponse sexuelle chez la femme et chez l'homme. Ce qui a ensuite abouti à définir des dysfonctions et des troubles.

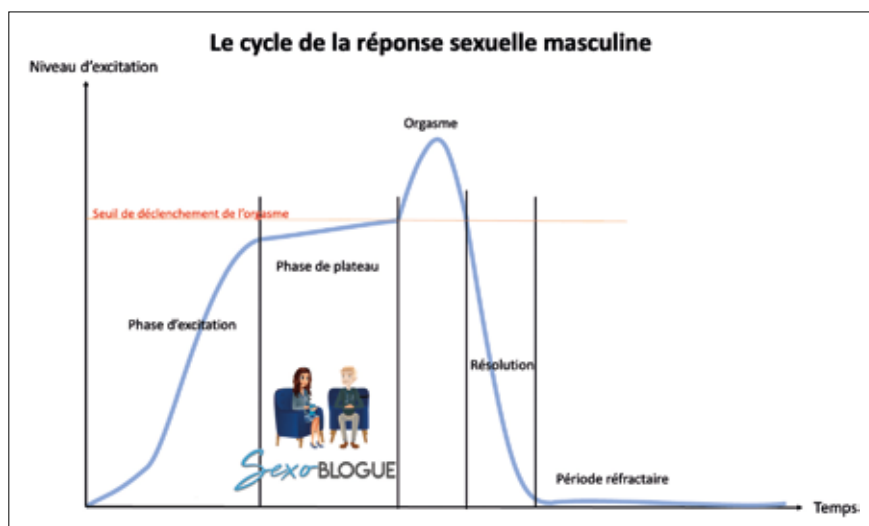
- Le désir, qui serait la première phase avant le début des courbes de réponse sexuelle, est le souhait de s'engager dans une activité sexuelle. Il existe de nombreuses raisons de vouloir une activité sexuelle, dont un intérêt sexuel. L'intérêt et le désir sexuel peuvent être déclenchés par des pensées, des mots, des images, des odeurs ou le toucher. Même si la testostérone est l'hormone du désir, la fonction sexuelle n'est pas directement corrélée au taux sanguin.

Courbe de réponse sexuelle féminine



(Cf. Sexoblogue 9.08.2021)

Courbe de réponse sexuelle masculine



De plus, le cerveau produit des neurostéroïdes sexuels à partir du cholestérol, qui peuvent jouer, surtout après la ménopause. Chez la femme, les œstrogènes permettent de maintenir la sensibilité des tissus génitaux, le pH vaginal, la microflore normale, l'élasticité, la lubrification et le tonus musculaire pelvien.

- Dans l'excitation, les zones du cerveau impliquées dans la cognition, l'émotion, le désir et l'organisation de la congestion génitale sont activées. Des neurotransmetteurs sont impliqués par le biais de leur fixation à des récepteurs spécifiques. Les effets de certaines thérapies médicamenteuses et des études menées chez l'animal ont permis d'identifier le caractère prosexuel de certains neurotransmetteurs ; ils comprennent la dopamine, la noradrénaline et la mélanocortine.

La sérotonine est habituellement un inhibiteur sexuel, de même que la prolactine et l'acide gamma-aminobutyrique (GABA).

La congestion génitale est une réponse végétative réflexe survenant quelques secondes après un stimulus sexuel et

entraînant une congestion et une lubrification génitale.

- L'orgasme est accompagné de contractions des muscles pelviens toutes les 0,8 s, suivi d'une réduction lente de la congestion génitale.
- En phase de résolution peut exister un sentiment de bien-être, de relaxation musculaire généralisée, ou de fatigue, qui suit généralement l'orgasme.

La dysfonction sexuelle

à partir de ces courbes, nous décrivons des dysfonctions et des troubles du désir, de l'excitation, des troubles orgasmiques, ainsi que des troubles éjaculatoires. Un trouble sexuel se définit par une dysfonction qui est nuisible pour la personne qui en est atteinte. On peut effectivement avoir une dysfonction dont on ne souffre pas. On parle de trouble fonctionnel.

Souvent, le médecin sexologue parle, invariablement, de, par exemple, trouble érectile ou dysfonction érectile. Sachant que nous ne traitons que ce dont les patients souffrent.

Chronologiquement

Sur les courbes de réponses sexuelles, nous allons avoir :

1. La dysfonction liée au désir dite désir sexuel hypoactif, aussi bien pour l'homme que pour la femme. Ici, fréquemment, la référence va être la norme de la personne. Par rapport à un avant, le désir sexuel a diminué, ou l'intérêt pour la sexualité. Ou, également, par rapport aux gens de la même classe d'âge, la comparaison va faire question. Une personne peut avoir moins envie que celles et ceux autour d'elle ou lui et en souffrir. Ou pas.

Il faut que le trouble du désir dure depuis plus de 6 mois et qu'il y ait au moins une diminution de 3 des 6 éléments suivants :

- Intérêt pour l'activité sexuelle ;
- Initiation de l'activité sexuelle et réactivité à l'initiation par un/une partenaire ;
- Excitation ou plaisir pendant presque toutes les activités sexuelles ;
- Fantômes ou idéations sexuelles ou érotiques ;
- Sensations génitales ou non génitales pendant l'activité sexuelle ;

- Intérêt ou excitation en réponse à des stimuli sexuels ou érotiques, internes ou externes (p. ex. écrits, verbaux, visuels).

La libido est sensible aux taux de testostérone ainsi qu'à l'alimentation, à l'état général et aux effets des médicaments.

2. La dysfonction excitatoire pourra, chez l'homme, provoquer une dysfonction érectile. De même que des problèmes de lubrification chez la femme.

Sur la phase de plateau, la femme peut avoir des dyspareunies, douleurs à la pénétration, une vestibulodynie ou un vaginisme, contraction musculaire involontaire empêchant la pénétration, que l'on nomme aujourd'hui syndrome du muscle releveur de l'anus.

Il faut un des 3 signes suivant depuis plus de 6 mois :

- Douleur pelvienne profonde et tension lors de la pénétration ou douleur vulvovaginale de type brûlure superficielle causée par un léger toucher.
- Peur ou anxiété avant, pendant ou après la pénétration, ce qui induit souvent une diminution du désir sexuel ou l'évitement de l'activité sexuelle.
- Resserrement réflexe des muscles vaginaux lors de la tentative d'entrée vaginale, rendant la pénétration difficile ou impossible.

3. À la phase suivante, il peut exister des dysfonctions orgasmiques avec éjaculation prématurée ou retardée et des difficultés d'atteinte de l'orgasme pour la femme.

4. Dans la phase de résolution, il peut exister, plus rarement :

- a. Le syndrome de la maladie post-orgasmique, exclusivement masculin, avec 5 critères diagnostiques parmi les suivants :

- état grippal ou d'extrême fatigue,
- faiblesse musculaire,
- état fébrile ou des frissons,
- troubles de l'humeur, irritabilité,
- des troubles de mémoire et de concentration,
- un discours incohérent,
- un prurit nasal et/ou oculaire,

qui doivent survenir en post éjaculation, ou dans les heures qui suivent, qui durent de 2 à 7 jours et sont spontanément résolutifs ;

- b. La dysphorie post-coitale : être triste, anxieux ou irritable après un rapport. Ceci est expérimenté au moins 1 fois dans la vie par 40-45 % des hommes et des femmes tandis que 4 à 5 % en souffrent régulièrement.

DSM-V

Selon le DSM-V (Manuel Diagnostic & Statistique des Troubles Mentaux) référence américaine de classification des pathologies en psychiatrie, il existe :

1. L'éjaculation retardée : il peut y avoir une anéjaculation, ou une éjaculation retardée, primaire ou secondaire.

Il s'agit d'une difficulté à atteindre l'orgasme, qui est concomitant, habituellement, de l'éjaculation. L'orgasme peut se faire sans éjaculation, de même qu'une éjaculation sans orgasme, caractérisant deux troubles différents. Ces phénomènes surviennent aussi sans qu'il y ait un trouble inscrit dans la durée. De nombreux hommes ont expérimenté ces phénomènes. La répétition, la durée de survenue et le fait d'en souffrir en font un trouble.

2. Le trouble de l'érection : le trouble érectile peut survenir dès le début d'un rapport avec un problème à obtenir une érection. Ou plutôt le fait de la maintenir.
3. Les troubles de l'orgasme féminin : la difficulté à obtenir un orgasme est le principal trouble lié à l'orgasme chez la femme.
4. Les troubles de l'intérêt sexuel et de l'excitation chez la femme.
5. Les dyspareunies (douleurs lors de la pénétration) et les troubles de la pénétration (comme le vaginisme).
6. Le trouble du désir sexuel hypoactif chez l'homme.
7. L'éjaculation prématurée.
8. Les dysfonctions sexuelles induites par une substance ou un médicament.
9. Et les autres dysfonctions sexuelles spécifiés ou non spécifiées.

Paraphilies

Les paraphilies sont peu évoquées car actuellement considérées comme une variante d'objets sexuels désirés.

Un trouble paraphilique peut exister si la personne en souffre ou si nous faisons souffrir quelqu'un de non-consentant. Ainsi le viol, l'exhibitionnisme en public, le frotteurisme et la pédophilie sont des troubles paraphiliques. De même que la nécrophilie ou la zoophilie.

Tandis que le sado-masochisme, le fétichisme, la clystérophilie (la pratique des lavements), le travestissement, la copro ou l'urophilie ne sont, souvent, que des paraphilies simples. Bien qu'un certain nombre de gens puissent en souffrir.

L'histoire des paraphilies a beaucoup évolué avec le temps et avec son intégration dans les pratiques plus communes ainsi qu'avec l'évolution des DSM, du 1^{er} en 1952 au 5^e, version révisée, de 2022.

En 1952, le paraphile était une personnalité psychopathe avec sexualité pathologique... L'homosexualité était dans cette catégorie.

En 1968, le DSM-II évoque dorénavant des déviations sexuelles.

En 1980, le III supprime l'homosexualité. Et le terme paraphilie apparaît, comme un trouble psycho-sexuel.

Enfin, dans la version de 2013, la paraphilie n'est pas en elle-même un trouble mental. Le trouble paraphilique est alors défini comme une paraphilie associée à une souffrance cliniquement significative ou à une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Enfin, on distingue dorénavant les paraphilies optionnelles, préférées et exclusives.

Par ailleurs, certains troubles sexuels (l'hypersexualité, l'addiction à la sexualité, la masturbation compulsive) ne sont pas référencés dans le DSM-V mais sont classés dans la CIM-11 (Classification Internationale des Maladies).

Enfin, ultime détail pour vous gastro-entérologues : nous n'évoquons ici que les organes génitaux structurellement faits pour la sexualité, bien qu'aujourd'hui la part de la sexualité oro-génitale ou anale prennent de plus en plus de place dans les comportements sexuels habituels. Nous ne décrivons pas les troubles sexuels anaux ou oro-génitaux, puisque ce ne sont pas leurs fonctions ordinaires primaires, bien qu'il puisse y avoir beaucoup de plaisir à prendre avec ces autres organes.

Principales causes de dysfonctions sexuelles

Nous pouvons différencier les dysfonctions sexuelles primaires de celles secondaires. Les troubles organiques de ceux qui ne le sont pas.

Causes non organiques

Psychologiques

Dans ces dernières, nous rencontrons des dysfonctions sexuelles liées aux troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles autistiques et dépressifs.

Expérientielles

Par manque d'apprentissage de son propre corps ou du corps de l'autre. Mais aussi par abus et traumatismes.

Relationnelles

Que sont les causes inter-personnelles. Le cycle de la réponse sexuelle d'une femme est fortement influencé par son état mental/émotionnel et par la qualité de sa relation avec son partenaire.

Causes organiques

- Dans des pathologies cardiaques et cardio-vasculaires,
- Dans certaines maladies métaboliques et hormonales,
- Des causes infectieuses : cervicite, chlamydiae, etc.,
- Dans des pathologies neurologiques, comme des lésions médullaires ou des neuropathies (diabète ou SEP, par exemple).
- Des causes spécifiquement féminines : vaginose, dermatose, syndrome génito-urinaire de la ménopause, allaitement,
- Des causes physiques : malformations, mutilations, handicap, chirurgie, radiothérapie.

Des **causes psycho-corporelles**, lorsqu'une pathologie modifie l'aspect du corps, ce qui retentit sur l'estime de soi et la désirabilité

Causes exogènes

1. addictions : alcool & toxicomanie
2. médicaments : très fréquemment les anti-dépresseurs de type Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (fluoxétine, venlafaxine, ...), anti-épileptiques, anti-histaminiques, opiacés, anti-hypertenseurs de type bêta-bloqueurs, diurétiques antagoniste de l'aldostérone, ...

Pour chaque phase de la courbe de réponse sexuelle :

Sur le désir ou la libido

- a) chez la femme ou chez l'homme : l'hypogonadisme (déficit en hormones sexuelles dont la testostérone), la maladie rénale chronique, les problèmes relationnels, la dépression, le stress et le diabète.
- b) spécifiquement chez l'homme :
 - Le Déficit Androgénique Lié à l'Age (D.A.L.A).
 - Les médicaments qui peuvent réduire la libido comprennent :
 - des antagonistes faibles des récepteurs aux androgènes (p. ex., la spironolactone, la cimétidine),
 - les agonistes de l'hormone de libération de l'hormone lutéinisante (LHRH) (p. ex., le leuprolide, la goséréline, la buséréline) et ses antagonistes (p. ex., dégarélix) utilisés pour traiter le cancer de la prostate,
 - les antiandrogènes toujours dans le cancer de la prostate (p. ex., le flutamide, le bicalutamide),
 - les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase (p. ex., le finastéride, le dutastéride) utilisés pour traiter l'hyperplasie bénigne de la prostate, ou l'alopecie androgénique,
 - certains antihypertenseurs,
 - pratiquement tous les médicaments qui sont actifs sur le système nerveux central (p. ex., les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, les antidépresseurs tricycliques, les antipsychotiques).
- c) Chez la femme, concernant la montée excitatoire et l'intérêt sexuel (parce que le DSM les met ensemble), elle peut souffrir : de troubles hormonaux, de dystrophies vulvaires ou avoir eu des relations sexuelles non gratifiantes. Des facteurs psychologiques comme la dépression, la faible estime de soi, le stress, l'anxiété, la distractibilité et le manque de communication entre partenaires peuvent jouer.

Dans la phase excitatoire masculine

Moment où il y a, normalement, l'érection, la dysfonction peut être : primaire ou secondaire,

- psychologique, par culpabilité, peur de l'intimité, dépression ou anxiété. Les troubles de l'érection secondaires peuvent être causés par l'anxiété de performance, le stress, ou la dépression.

- organique soit vasculaire soit neurologiques :
 - La dysfonction endothéliale par tabagisme, diabète et athérosclérose, soit pathologique, soit par vieillissement, est l'origine vasculaire la plus fréquente. La dysfonction veino-occlusive donne des fuites veineuses, sources de troubles érectiles.
 - Les causes neurologiques : SEP, diabète, chirurgie, neuropathies, AVC.
- Manque de connaissances sur la fonction sexuelle.
- Lésions des nerfs ou des voies génitales sensibles ou autonomes (p. ex., dues au diabète ou à la sclérose en plaques).
- Dystrophie vulvaire (p. ex., lichen scléreux).

Dans la phase de plateau

- Chez l'homme, il s'agit de maintenir son érection.
- Chez la femme : à la pénétration, il peut y avoir des douleurs à type de vestibulodynie provoquée qui peut être primaire ou secondaire. Son étiologie n'est pas entièrement comprise et peut résulter de plusieurs facteurs, dont une réponse inflammatoire ou immunitaire, une augmentation du nombre de fibres nerveuses entraînant une hyperesthésie, un déséquilibre hormonal et un dysfonctionnement du plancher pelvien. La vestibulodynie provoquée peut se produire dans les syndromes de douleur chronique, dont la fibromyalgie, la cystite interstitielle et le syndrome du côlon irritable. Dans les causes de douleurs, il y a également le syndrome du muscle releveur de l'anus (terme utilisé en lieu et place de vaginisme). Peuvent aussi exister une vaginite, une bartholinite, un lichen scléreux, un herpès génital. Les causes de dyspareunie profonde comprennent l'hypertonie des muscles du plancher pelvien et les troubles utérins ou ovariens. La diminution des œstrogènes qui se produit à la ménopause peut provoquer un syndrome génito-urinaire de la ménopause, provoquant une dyspareunie et diminuer l'intérêt sexuel. La réduction de la testostérone liée à l'âge peut diminuer la libido, de même que l'hyperprolactinémie.

Dans la phase émission-éjaculation-orgasme

- Chez l'homme :

L'éjaculation rétrograde ou une anéjaculation peuvent être liées à des alpha-bloqueurs ou à la chirurgie prostatique ou rectale.

Tandis que l'éjaculation retardée ou celle prématurée ont plutôt des causes psychogènes ou éducationnelles.
- Chez la femme, les causes de troubles orgasmiques peuvent être :
 - Des facteurs contextuels (p. ex., préliminaires constamment insuffisants, éjaculation précoce, mauvaise communication au sujet des préférences sexuelles).
 - Facteurs psychologiques (p. ex., anxiété, stress, manque de confiance en un partenaire).
 - Facteurs culturels (p. ex., manque de reconnaissance ou d'attention portée au plaisir sexuel féminin).
 - Médicaments (p. ex., certains antipsychotiques ou, généralement, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine [ISRS]).

Modalités d'évaluation

La fonction sexuelle est bio-psycho-sociale. Les problèmes sexuels doivent donc être explorés sur les plans de l'altération de la physiologie de la fonction sexuelle (dysfonction) et celui faisant partie de l'altération des interrelations, car cela fait partie de l'expérience sexuelle. Les intrications des problèmes sexuels avec les facteurs psychosociaux sont encore insuffisamment étudiées alors que leur prise en charge est fondamentale, pour éviter de traiter la fonction sexuelle et ses aléas comme une fonction isolée de l'humain.

À l'interrogatoire

Lorsqu'un praticien souhaite évaluer une dysfonction sexuelle, il est important de connaître la persistance de ce trouble : le plus souvent, il faut que le trouble existe depuis plus de 6 mois pour qu'on puisse dire qu'il est persistant.

Ensuite vient la récurrence : est-ce que la dysfonction est présente dans 100 % des cas ou seulement de ci-de là ?

Évidemment, il faut évaluer le symptôme pour la-le patiente/patient : quelle est la place de cette dysfonction, pourquoi est-ce si important pour elle/lui ?

En fait, cela revient à évaluer 4 composantes : l'intégrité anatomique et fonctionnelle, celle psychique, le couple et l'environnement. Nous envisageons donc l'axe de l'organicité, l'axe des événements de vie, celui des défauts d'apprentissage et enfin l'axe des dysfonctionnements relationnels.

De plus, il s'agit de saisir la visée thérapeutique de l'interrogatoire et non seulement diagnostique. En effet, ainsi, le patient peut prendre conscience du contexte, des événements, de la relation qui ont pu amener au trouble sexuel.

Enfin, bien évidemment, la sexualité d'une personne s'articule avec sa structure de personnalité, qu'il s'agit de découvrir.

Les questionnaires d'évaluation

Typiquement, le "Female sexual function Index" (FSFI) et ses 19 questions, pour la femme et les "Male Sexual Health Questionnaire" (MSHQ) ou IIEF 15 pour l'érection, chez l'homme.

Au quotidien, pour un praticien, ces questionnaires sont trop longs. Chez l'homme, on peut utiliser le S.H.I.M avec 5 questions, tirées de l'IIEF (Cf. annexe). Il n'existe, hélas, pas de version abrégée pour chacun des questionnaires. Il existe quelques grilles d'autoévaluation également.

Les douleurs, elles, peuvent être évaluées avec une échelle numérique, simple, sur 10 tout comme l'érection.

Examen

Si le praticien estime qu'il est nécessaire de faire un examen clinique, il peut être pertinent de renvoyer au médecin généraliste traitant ou au gynécologue et/ou l'urologue si nécessaire.

Modalités de prise en charge

Globalement, les prises en charges vont être médicamenteuses, corporelles ou psychosexuelles.

Chez la femme

Dans les troubles du désir

Les œstrogènes : avec de faibles doses en intravaginal (anneaux, gel, comprimés, crème), surtout pour le syndrome génito-urinaire de la ménopause. Les œstrogènes systémiques ne sont pas indiqués pour un trouble du désir mais, en revanche, peuvent être prescrits comme traitement hormonal de la ménopause. Ils doivent être associés avec de la progestérone si la femme a toujours son utérus, en raison du risque majoré de cancer par les œstrogènes seuls.

La testostérone : la forme transdermique à 300 mcg/j ne peut être utilisée que chez la femme ménopausée et n'a pas été étudiée chez la femme non ménopausée chez qui elle n'est pas indiquée. La testostérone injectable ou orale n'est pas autorisée. Avant tout traitement, il convient de faire un bilan lipidique et hépatique et un dosage du taux plasmatique de testostérone. Il conviendra de le renouveler 3 à 6 semaines plus tard. La patiente doit être prévenue des effets indésirables possibles : acné et hirsutisme.

La question du désir est souvent beaucoup plus traitée par les gynécologues.

Éducation & Sexothérapies : il s'agit de faire une mise au point sur ce qui est su par la patiente, de son fonctionnement et d'éclaircir ou de transmettre les bonnes informations quand il en manque.

Pour les dyspareunies & vestibulodynies

Après évaluation gynécologique et sexologique, la thérapie peut comprendre plusieurs éléments.

L'éducation : il convient d'abord d'enseigner l'anatomie, puis d'expliquer la courbe de réponse sexuelle féminine et de corriger les facteurs favorisants.

La kinésithérapie du plancher pelvien peut comprendre : un entraînement des muscles du plancher pelvien, parfois avec un biofeedback, pour enseigner la relaxation des muscles pelviens. D'autres thérapies comprennent la mobilisation des tissus mous et la libération myofasciale, la pression au point de déclenchement, la stimulation électrique, la rééducation vésico-intestinale et l'échographie thérapeutique (feedback visuel).

La désensibilisation progressive se fait ainsi :

- La patiente se touche quotidiennement aussi près de l'introitus que possible, en écartant les lèvres avec ses doigts. Une fois que la peur et l'anxiété dues à l'intro-

duction de son propre doigt ont diminué, la femme sera plus capable de tolérer l'examen clinique.

- La femme insère son doigt au-delà de l'hymen ; pousser ou se pencher vers le bas lors de l'insertion agrandit l'ouverture et facilite la pénétration.
- La femme insère des cônes vaginaux en augmentant progressivement leur taille ; laisser un cône à l'intérieur pendant 10 à 15 minutes aide les muscles périvaginaux à s'habituer à augmenter doucement la pression sans contraction réflexe.
- La femme permet alors à son partenaire de l'aider à insérer un cône lors d'une rencontre sexuelle pour confirmer qu'il peut pénétrer confortablement lorsqu'elle est sexuellement excitée.
- Le couple pratique une stimulation vulvaire avec le pénis pendant les jeux sexuels de sorte que la femme s'habitue à sentir le pénis sur sa vulve.
- Finalement, la femme peut insérer partiellement ou complètement le pénis de son partenaire. Il est possible qu'elle se sente plus en confiance en position supérieure.

Tout ceci s'associe souvent à des séances de sexothérapies, voire à l'utilisation de lubrifiants non parfumés et à base d'eau ou de topiques anesthésiants (lidocaïne).

Dans les troubles orgasmiques

les psychothérapies, les sexothérapies et l'autostimulation seront aidantes.

Chez l'homme

Dans les troubles du désir

Les injections en IM de testostérone, de type Androtardyl 250 mg, sont assez fréquentes, après la mesure biologique du taux de testostérone libre à 8 h le matin et un PSA. On pourra ensuite surveiller l'efficacité avec la testostéronémie totale + SHBG, plus courante et moins onéreuse. On peut faire une injection chaque 2 ou 3 semaines, pendant 3 mois et voir l'effet.

Pour l'excitation, donc pour l'érection

Les IPDE5 (Cf. mode d'action en annexe) et les sexothérapies sont les plus utilisées. Il s'agit d'apprendre au patient à dépasser son anxiété de performance, en lâchant prise, tout en étant aidé par les comprimés, qu'on diminue peu à peu avec le temps. Il existe les IPDE5 à courte durée d'action (sildenafil Viagra 25-50-100 ; vardenafil Levitra 5-10-20 ; avanafil Spedra 50-100-200), en comprimés. Une variante galénique est le film orodispersible de sildenafil qu'est le Xybilun 50-75-100 mg, ainsi que le vardenafil en intra-nasal, fraîchement disponible en Australie, Spontan. Et un IPDE5 à durée d'action longue qu'est le tadalafil, Cialis 10-20 mg, qui peut avoir un effet pendant 48 h environ. Il a aussi une galénique à 5 mg en prise quotidienne, qui mettra 5 jours environ pour être efficace et permet de dissocier la prise d'un médicament du rapport sexuel. Sont également disponibles Eroxon, Vitaros, les pompes à vide, les intra-caverneux Edex & Caverject et les implants péniliens.

Pour l'éjaculation prématurée

Il existe un médicament et une thérapie sexo-corporelle ou sexo-fonctionnelle. Nous utilisons la paroxétine (Deroxat), anti-dépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la séro-

tonine, en prise quotidienne pour ses effets retardateurs. Ainsi que la dapoxétine, un dérivé, sans effet anti-dépresseur, à prendre 2 h avant le rapport, à 30 ou 60 mg. La thérapie sexo-corporelle ou sexo-fonctionnelle va, en quelque sorte, réapprendre au patient à mieux maîtriser son excitation, à la moduler par des exercices, à faire en solo et en couple, de « stop & go », de bascule du bassin et de respiration abdominale, en 12 à 15 séances.

Pour la phase de résolution

- Dans la dysphorie post-coïtale :
 - Essayer des techniques de relaxation ;
 - Prendre une douche chaude en pleine conscience ;
 - Pratiquer des exercices de respiration profonde ;
 - Faire quelque chose d'amusant et de distrayant, comme regarder un film ;
 - Communiquer avec votre partenaire.
- Dans le Syndrome de la maladie post-orgasme : des traitements par AINS, anti-histaminiques ou IRS ont été tentés, parfois avec succès, sur une partie seulement des patients.

Conclusion

La sexualité est une « affaire » complexe. Elle se construit dans un environnement bio-psycho-social. Elle peut présenter des dysfonctions dans ses courbes d'excitation, féminine et masculine. Chacune des phases de ses courbes peut donner lieu à un trouble, si le sujet en souffre. Ceci peut être évalué, diagnostiqué et pris en charge, le plus souvent en collaboration avec un sexologue.

Annexe

S.H.I.M :

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

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

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

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

Premature Ejaculation Profile (PEP)

Veillez répondre aux questions en pensant à votre activité sexuelle actuelle :

Q1 En qui concerne vos rapports sexuels au cours du dernier mois, vous diriez que votre satisfaction a été :

- 1 = Très mauvaise
- 2 = Mauvaise
- 3 = Correcte
- 4 = Bonne
- 5 = Très bonne

Q2 Au cours du dernier mois votre contrôle de l'éjaculation au cours de vos rapports sexuels a été :

- 1 = Très mauvais
- 2 = Mauvais
- 3 = Correct
- 4 = Bon
- 5 = Très bon

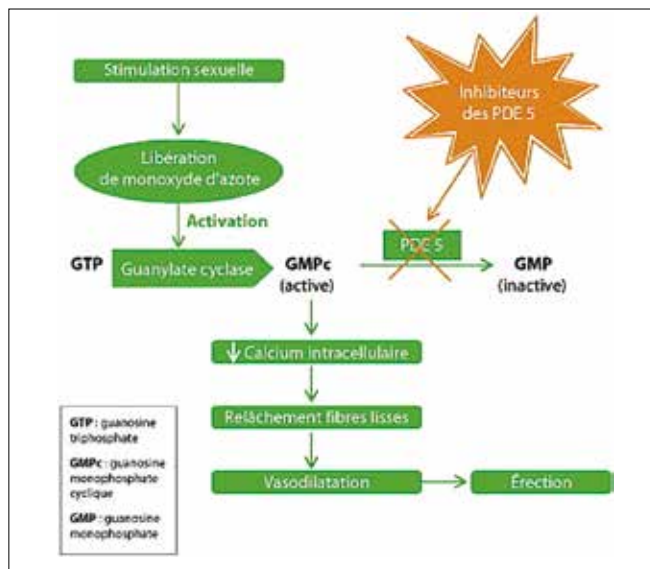
Q3 Au cours du dernier mois, la rapidité avec laquelle vous avez éjaculé lors de vos rapports sexuels avec pénétration vous-a-t-elle contrarié ?

- 1 = Pas du tout
- 2 = Un peu
- 3 = Modérément
- 4 = Beaucoup
- 5 = Extrêmement

Q4 Au cours du dernier mois, la rapidité avec laquelle vous avez éjaculé lors de vos rapports sexuels avec pénétration a-t-elle compliqué vos relations avec votre partenaire ?

- 1 = Pas du tout
- 2 = Un peu
- 3 = Modérément
- 4 = Beaucoup
- 5 = Extrêmement

Schéma du mode d'action des IPDE5



<https://doi.org/10.1016/j.actpha.2013.09.012> - Actualités Pharmaceutiques Volume 52, Issue 530, November 2013, Pages 51-54

5

Les cinq points forts

- Une sexualité normale est celle qui est « fonctionnelle » c'est-à-dire sans dysfonction ni trouble fonctionnel, sur la courbe de réponse sexuelle et dans sa dimension bio-psycho-sociale.
- Chaque phase de la courbe de réponse (désir, excitation, plateau, orgasme, résolution) peut avoir ses dysfonctions.
- Les dysfonctions peuvent être secondaires à des causes organiques, exogènes ou psycho-relationnelles : événements de vie, défaut d'apprentissage, mode relationnel, structure de personnalité.
- L'évaluation de la sexualité se fait par un interrogatoire reposant sur 4 axes : anatomie et fonction, relations, psychisme et environnement.
- Le traitement peut comporter des médicaments de classes thérapeutiques variées, la sexothérapie (information, correction, apprentissage) et des thérapies diverses.