

Comment aborder les problèmes sexuels au cabinet médical ?

Il n'est pas facile, en pratique clinique, d'investiguer un problème sexuel, car les préjugés personnels liés à l'éducation familiale et religieuse et aux expériences vécues, ainsi que le manque de connaissances théoriques rendent parfois difficile l'abord de ce sujet. Avant d'oser parler d'une difficulté sexuelle, le patient en souffre beaucoup. Explorer le problème de façon objective, rechercher les signes d'une dysfonction sexuelle connue, détailler les circonstances dans lesquelles elle survient, va permettre de poser un diagnostic et beaucoup le soulager. Il faut dépister si ce trouble sexuel est un symptôme d'une maladie somatique ou psychiatrique, ou un effet secondaire d'un médicament ou d'un produit toxique, avant de le taxer de psychosomatique ou de fonctionnel.

INTRODUCTION

La sexualité reste un sujet difficile à aborder pour celui ou celle qui n'y est pas entraîné. La sexologie étant peu enseignée pendant les études médicales, nos connaissances en la matière sont souvent plus personnelles que professionnelles. Et nous sommes tous imprégnés de principes moraux transmis par notre famille, la société et la religion, qui sont plutôt restrictifs et nous freinent pour en parler ouvertement et librement. Il n'est pas toujours facile pour nous autres médecins d'aborder ce thème qui met vite mal à l'aise quand il pose problème.

LES BONNES QUESTIONS

Obtenir une anamnèse sexologique détaillée et complète est très important. Nous avons des expériences personnelles diverses dans ce domaine, et nos vécus et ressentis vont influencer notre approche professionnelle. Nos a priori et préjugés personnels conditionnent inévitablement notre façon d'en parler en clinique. Nous osons poser des questions très intimes à nos patients lorsque nous faisons une anamnèse digestive ou uro-gynécologique, alors que nous glisserons comme chat sur braise sur les questions sexuelles.

CLASSIFICATION DES DYSFONCTIONS SEXUELLES

Lorsqu'un patient ose nous parler spontanément d'une difficulté sexuelle, c'est qu'elle est à l'origine d'une souffrance subjective marquée et qu'elle engendre des difficultés interpersonnelles importantes.¹ Ce trouble interfère avec son épanouissement sexuel et l'empêche d'avoir des relations sexuelles satisfaisantes. Les femmes se plaignent surtout du manque de qualité subjectif des rapports sexuels, alors que les hommes insistent plus sur les aspects quantitatifs et techniques de leurs performances.

Dans la réponse sexuelle, des mécanismes psychologiques et somatiques interviennent conjointement et il est important d'explorer les différents aspects

Rev Med Suisse 2006 ; 2 : 798-801

J. Buffat

Dr Juliette Buffat
Médecin psychiatre,
psychothérapeute et sexologue
Chemin Paul Rose 7
1213 Onex
jbuffat@hin.ch

How to investigate sexual troubles in a medical practice

It is not easy for physicians to investigate genuinely sexual problems because of our personal conceptions about sex related to our familial and religious upbringing. Lack of medical education or information and bad personal experiences inhibit us from speaking freely with our patients. And they, before daring to talk to us about a sexual problem, must already be suffering from severely handicapped relations. Being able to explore in details what causes them problem, to investigate if there is a real sexual dysfunction and how it occurs, will help patients a great deal by providing them a precise diagnosis. We must therefore determine whether the sexual problem is the symptom of a somatic or a psychiatric disease, or a secondary effect of a medication or a drug, before identifying it as a psychosomatic or emotional dysfunction.



du trouble et de l'investiguer en détail, afin de trouver la réponse thérapeutique la plus adéquate. Dans le DSM-IV sont détaillées les définitions des différentes dysfonctions sexuelles, féminines et masculines, très utiles pour construire une bonne anamnèse sexologique, alors que l'ICD-10 n'en donne qu'une brève description.²

LES DIFFÉRENTES PHASES DE LA RÉPONSE SEXUELLE

Afin de mieux aborder les questions posées par les patients, il est fondamental de connaître tout d'abord les différentes phases de la réponse sexuelle normale.³ Son déroulement est subdivisé en quatre phases qu'il convient d'investiguer successivement pour bien diagnostiquer un trouble sexuel. Les troubles sexuels peuvent concerner l'une ou plusieurs des phases de ce cycle (tableau 1).

Pour poser un diagnostic correct, il faut aussi tenir compte de l'âge et de l'expérience de l'individu, de la fréquence et de la chronicité du trouble, du désarroi ressenti subjectivement et du retentissement éventuel dans d'autres domaines (affectif, relationnel, narcissique).

Tableau 1. Les quatre phases de la réponse sexuelle physiologique

1. Le désir : presque toujours accompagné de fantasmes érotiques imaginaires, il est le starter indispensable et le carburant qui fait démarrer puis tourner le moteur sexuel

2. L'excitation : les modifications induites sont principalement des phénomènes de vasocongestion et de tumescence des organes génitaux qui accompagnent l'accélération du rythme cardiorespiratoire. Chez l'homme, elle est le plus souvent identifiée par l'érection, et chez la femme par la lubrification vaginale

3. L'orgasme : c'est l'acmé du plaisir sexuel et le point d'orgue auquel conduit une excitation appropriée. Physiologiquement, il consiste en des contractions rythmiques des muscles du périnée et des organes reproducteurs

4. La résolution : dans cette phase de relâchement de la tension sexuelle, apparaît une sensation de bien-être intense, de détente et de reconnaissance envers le ou la partenaire

COMBINAISON DE FACTEURS ÉTIOLOGIQUES

Il faut estimer quels rôles jouent les différents facteurs potentiels dans l'apparition et la persistance d'un trouble sexuel.

Y a-t-il des facteurs psychologiques qui expliquent la survenue, l'installation, la sévérité, l'exacerbation ou la persistance de la dysfonction sexuelle (anxiété de performance, dépression, trouble de la personnalité, psychose) ? Une baisse du désir sexuel, une dysfonction de la phase excitatoire ou orgasmique peuvent être des symptômes d'un trouble dépressif majeur non diagnostiqué.⁴ Un problème relationnel grave ou une mésentente conjugale source de conflits et de tensions peuvent aussi interférer négativement avec la fonction sexuelle et doivent être recherchés et identifiés.

Existe-t-il une affection médicale générale qui a déclenché l'apparition ou aggravé cette dysfonction (problème cardiovasculaire ou urogénital, affection endocrinienne, diabète, maladie neurologique) ? Des investigations plus poussées sont alors nécessaires auprès des spécialistes concernés afin d'avoir un bilan complet. Une dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale doit être distinguée d'une diminution de l'intérêt et du fonctionnement sexuel dus au vieillissement.

Une dysfonction sexuelle peut aussi être induite par une substance. Le patient prend-il un médicament qui provoque le trouble : antidépresseur, antihypertenseur, anxiolytique, antiépileptique, antagoniste H2, stéroïde ? Ou consomme-t-il régulièrement des substances toxiques telles que l'alcool, des drogues ou du tabac, qui ont toutes une action délétère sur la sphère sexuelle ?⁵

La plupart des patients sont très soulagés lorsqu'ils ont pu comprendre l'origine de leur problème et en saisir sa complexité qui se situe le plus souvent à plusieurs niveaux (somatique, psychologique, émotionnel, sentimental).⁶

CONTEXTE D'APPARITION

Il est important de préciser les circonstances dans lesquelles le trouble survient (contexte, activité sexuelle, type de rencontre) (tableau 2). Existe-t-il de tout temps et depuis toujours ? Sinon, à quel moment est-il apparu, avec quel(le) partenaire, dans quel lieu ? Le trouble est-il généralisé à tous les partenaires rencontrés ? Ou se limite-t-il à un partenaire (fixe, aventure, hétéro ou homosexuel), à un certain type de stimulation jugé inadéquat en durée ou en intensité (caresses préliminaires insuffisantes), ou dans une situation particulière (promiscuité avec d'autres gens, lieux précis, degré de luminosité, ambiance inappropriée, circonstances inhabituelles) ?

Tableau 2. Spécification du type de trouble sexuel

Selon le manuel DSM-IV, on doit spécifier le type du trouble sexuel comme suit :

- Type de tout temps
- Type acquis
- Type généralisé
- Type situationnel
- Dû à des facteurs psychologiques
- Dû à une combinaison de facteurs

PRINCIPALES DYSFONCTIONS SEXUELLES

La connaissance des troubles sexuels les plus fréquents aide à orienter l'anamnèse sexuelle (tableau 3).

Absence ou perte du désir sexuel

Plus fréquent chez la femme, elle se décrit comme peu motivée par les activités sexuelles en général.⁷ Elle évite tout stimulus érotique, ne se masturbe jamais, et n'éprouve aucune frustration quand elle est privée de relations sexuelles, disant qu'elle pourrait très bien s'en passer. Elle ne prend jamais l'initiative et tente d'éviter les rapproche-



Tableau 3. Classification des troubles sexuels selon le DSM-IV

F 52.0: Baisse du désir sexuel
F 52.10: Aversion sexuelle
F 52.2: Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme
F 52.2: Trouble de l'érection chez l'homme
F 52.3: Trouble inhibition de l'orgasme chez la femme
F 52.3: Trouble inhibition de l'orgasme chez l'homme
F 52.4: Ejaculation précoce
F 52.6: Trouble sexuel avec douleur: dyspareunie
F 52.5: Vaginisme
N 94.8 et 50.8: Dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale
F 1x.8: Dysfonction sexuelle induite par une substance
F 52.9: Dysfonction sexuelle non spécifiée

ments intimes, ne s'y livrant qu'avec réticence quand son partenaire insiste. La fréquence des relations est faible et le plaisir souvent absent. C'est la divergence des besoins des deux partenaires qui les pousse à consulter: une baisse du désir sexuel chez un partenaire peut refléter un besoin excessif chez l'autre; ou les deux partenaires peuvent avoir un niveau de désir sexuel dans la norme, mais aux deux extrêmes du continuum.

La baisse du désir peut être secondaire à une infidélité conjugale ou à la naissance d'un enfant. Elle apparaît fréquemment au moment où un couple se stabilise, s'officialise et se met à partager la vie au quotidien, la routine et la monotonie émoussant le désir et les élans amoureux du début. Elle peut évoluer vers une véritable aversion avec évitement de tout contact génital ou intime, ce qui met la vie du couple en danger.

Trouble de l'excitation sexuelle

Il est rarement isolé chez la femme qui présente souvent une problématique incluant le manque de désir, l'absence d'excitation et d'accès au plaisir.⁸ Dans ce cas, la patiente ignore tout des sensations d'excitation érotique et se décrit comme «frigide et insensible». Elle n'a souvent aucune vie fantasmatique associée et l'inhibition vient de l'éducation et est déjà présente à l'adolescence.

Chez l'homme, la dysfonction érectile est un motif fréquent de consultation. Le plus souvent, elle est partielle, l'érection spontanée nocturne et matinale étant préservée. Dans sa forme la plus classique, l'érection est conservée à la masturbation et pendant les préliminaires, mais disparaît au moment du coït, soit juste avant, soit pendant la pénétration. Une anamnèse détaillée de l'histoire affective du patient permet de relever les aspects psychologi-

ques et émotionnels du trouble et de chercher les circonstances d'apparition. Un examen urologique contrôlera s'il y a conjointement une atteinte somatique ou pas.

Anorgasmie et anéjaculation

La caractéristique essentielle du trouble de l'orgasme chez la femme est une absence ou un retard persistant de l'orgasme après une phase d'excitation sexuelle normale. Il existe chez la femme une grande variabilité dans le type ou l'intensité de la stimulation nécessaire pour déclencher un orgasme. La demande la plus fréquente concerne l'incapacité à parvenir à l'orgasme vaginal (par pénétration ou avec un partenaire, l'orgasme clitoridien étant presque toujours atteint en rêve ou en solo). La peur de perdre le contrôle, de se laisser complètement aller ou de se sentir soumise et dominée est souvent présente.

Chez l'homme, soit l'orgasme, soit l'éjaculation peuvent ne plus survenir dans certaines circonstances souvent liées à la routine conjugale, à des infidélités ou à la crainte d'avoir un enfant. Le motif de consultation est plus souvent une stérilité conjugale qu'une demande sexologique.

Ejaculation précoce

Ce trouble est fréquent chez les hommes jeunes et inexpérimentés ou chez ceux qui ont des relations sexuelles rares. L'éjaculation peut survenir déjà pendant les préliminaires amoureux ou dès la pénétration. Le sujet se plaint de ne pouvoir se contrôler et sa partenaire exprime souvent beaucoup de frustration.

Dyspareunie et vaginisme

La pénétration est soit douloureuse, soit carrément impossible, en raison de spasmes réflexes involontaires des muscles périnéaux dus à la peur, à la crispation et au refus inconscient du rapport sexuel.⁹

COMMENT ABORDER LES TROUBLES SEXUELS

Avoir une idée précise des différents troubles existants et de leurs étiologies possibles aide à orienter l'anamnèse sexologique. Adopter une certaine méthode d'investigation suivant les quatre phases de la réponse sexuelle physiologique permet d'identifier où et quand le blocage survient. Il est important d'éliminer une étiologie somatique ou toxique avant d'approfondir la piste psychologique. Le plus souvent, les dysfonctions sexuelles sont d'origine émotionnelle et sentimentale. La peur de l'intimité, la peur de s'engager dans une relation, la crainte de dévoiler ses sentiments amoureux, la crainte de ne pas être à la hauteur de l'être aimé, celle de le décevoir ou de le perdre, le manque d'expérience et de confiance en soi, une rupture sentimentale ou une déception récentes, sont les causes les plus fréquentes des troubles sexuels. L'anamnèse détaillée des circonstances dans lesquelles ils sont apparus permet d'identifier l'origine et de préciser le diagnostic avant d'orienter le choix thérapeutique.¹⁰ ■



Implications pratiques

- Il est important d'investiguer les troubles sexuels dont se plaignent les patients en faisant une anamnèse médicale active et détaillée du problème
- Une bonne connaissance de la réponse sexuelle physiologique et des différentes dysfonctions sexuelles répertoriées permet de conduire une bonne anamnèse sexologique et de poser un diagnostic précis
- Il est important de surmonter nos préjugés personnels moraux et religieux en matière de sexualité pour pouvoir écouter et traiter les patients souffrant de troubles sexuels
- L'étiologie des troubles sexuels est le plus souvent mixte, soit d'origine psychosomatique, émotionnelle et sentimentale
- Une relation de couple durable et affectivement investie peut être mise en péril par une dysfonction sexuelle banale et facilement curable

Bibliographie

- 1 ** DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, par l'American Psychiatric Association, 4^e édition. Washington : 1995. Traduction française coordonnée par J-D Guelfi et coll. Paris : Masson, 1996; 577-613.
- 2 ICD-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève : OMS, 1993. Traduction française. Paris : Masson, 1994; 171-3 (F52).
- 3 Masters WH, Johnson V. Human sexual response. Boston : Little Brown, 1966.
- 4 Nofzinger EA, Thase ME, Reynolds CF, et al. Sexual

- function in depressed men. Assessment by self-report, behavioral, and nocturnal penile tumescence measures before and after treatment with cognitive behavior therapy. Arch Gen Psychiatry 1993;50:24-30.
- 5 Polsky JY, Aronson KJ, Heaton JP, Adams MA. Smoking and other lifestyle factors in relation to erectile dysfunction. BJU Int 2005;96:1355-9.
 - 6 * Kaplan H. The new sex therapy. London : Balliere Tindall, 1974.
 - 7 Riley A. Hypoactive sexual desire disorder; the next target for drug development? Int J Clin Pract 2004;58:1098-100.
 - 8 Kadri N, McHichi Alami KH, McHakra Tahiri S.

- Sexual dysfunction in women: Population based epidemiological study. Arch Women Ment Health 2002;5:59-63.
- 9 Choucroun D. Impénétrée-impénétrant ou les conflits d'un sexe visité et d'un sexe visiteur. Med Hyg 1982; 40:1320-25.
 - 10 * Buffat J. Motifs de consultations sexologiques féminines: approche pour les médecins praticiens. Rev Med Suisse 2005;1:754-61.

* à lire
** à lire absolument