



**HAL**  
open science

# Les psychiatres parlent-ils de sexualité avec leurs patients ? Enquête nationale évaluant les approches des psychiatres en sexologie

Florian Coromines

► **To cite this version:**

Florian Coromines. Les psychiatres parlent-ils de sexualité avec leurs patients ? Enquête nationale évaluant les approches des psychiatres en sexologie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03510968

**HAL Id: dumas-03510968**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03510968v1>**

Submitted on 4 Jan 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE COTE D'AZUR, NICE  
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

**LES PSYCHIATRES PARLENT-ILS DE SEXUALITE AVEC LEURS  
PATIENTS ?  
ENQUETE NATIONALE EVALUANT LES APPROCHES DES  
PSYCHIATRES EN SEXOLOGIE**

Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2020 à NICE

Par

Florian COROMINES né le 14/01/1991 à NICE

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

**JURY**

Président du Jury : Monsieur le Pr Michel BENOIT

Assesseur : Monsieur le Pr Guy DARICOURT

Assesseur : Monsieur le Pr Christian PRADIER

Assesseur : Monsieur le Pr Philippe ROBERT

Directeur de thèse : Madame le Dr Carol BURTE

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

**Doyen**

**Pr. BAQUÉ Patrick**

**Vice-doyens**

**Pédagogie**

**Pr. ALUNNI Véronique**

**Recherche**

**Pr. DELLAMONICA Jean**

**Etudiants**

**M. JOUAN Robin**

**Chargé de mission projet Campus**

**Pr. PAQUIS Philippe**

**Conservateur de la bibliothèque**

**Mme AMSELLE Danièle**

**Directrice administrative des services**

**Mme CALLEA Isabelle**

**Doyens Honoraires**

**M. RAMPAL Patrick**

**M. BENCHIMOL Daniel**

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence ( 48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie ( 45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale ( 52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie ( 49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFUGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

## REMERCIEMENTS

Monsieur le Pr Michel BENOIT,

Vous m'avez fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie des précieux conseils que vous m'avez apporté à l'initiation de mon travail et de l'intérêt que vous avez apporté à ce dernier. Je vous remercie également pour l'intérêt que vous portez à la formation des internes.

Monsieur le Pr Guy DAR COURT,

Vous m'avez fait l'honneur de participer à ce jury. Je tiens à vous remercier pour le savoir que vous m'avez transmis au travers de vos séminaires auquel j'ai eu un grand plaisir à participer. Votre démarche de faire coexister les différents courants de la psychiatrie est pour moi un modèle dans ma manière d'appréhender les patients.

Monsieur le Pr Christian PRADIER,

Je vous remercie pour la bienveillance que vous avez toujours témoignée aux étudiants de la faculté de médecine de Nice. Je vous ai connu dès ma première année de médecine aux travers de vos cours et c'est un honneur de vous compter dans mon jury de thèse pour clôturer mes études médicales. Il me paraissait important de soumettre mon travail à un membre extérieur à la psychiatrie ou à la médecine sexuelle.

Monsieur le Pr Philippe ROBERT,

Vous m'avez fait l'honneur de juger mon travail. Je vous connais également depuis le début de mes études. J'ai pris plaisir à participer à vos séminaires de recherches durant l'internat qui m'ont aidé à la réalisation de mon travail.

Madame le Dr Carol BURTE,

Je te remercie pour ton implication dans l'enseignement du D.I.U de sexologie. Ton enseignement a été très riche et m'a apporté une ouverture lors de mon apprentissage de la psychiatrie. Il m'a été tout naturel de faire ce travail abordant les liens entre la psychiatrie et la sexologie. Merci de l'honneur que tu m'as fait d'accepter d'être ma directrice de thèse. Tes précieux conseils m'ont beaucoup aidé.

Aux équipes du Centre Hospitalier Sainte Marie. Merci de votre accueil et de la bienveillance que vous avez manifesté à mon égard. Je pense naturellement aux médecins qui m'ont beaucoup appris dans les différents services où j'ai travaillé : docteurs Léna Labataille, Lylia Rahmoune, Sevan Oksayan et Véronique Belmas. Je remercie le Dr Jean-Paul Orth pour toute la confiance qu'il m'a portée. Je remercie aussi toutes les équipes soignantes.

Je tiens à apporter une attention particulière à Suerda Albuquerque. Tu es une psychologue en or. Ton approche clinique a été pour moi une source de savoir immense au cours de ces deux semestres passés ensemble. Ton soutien a été déterminant.

Je remercie l'équipe du PPG Nord : Florence, Alejandra, Sophie, Manuel, Céline et Sébastien. Merci à Fabienne, pour sa gentillesse et son aide durant la relecture de mon travail.

Aux équipes de l'hôpital Lenval, notamment les docteurs Christine De Georges, Valérie Bonnard-Couton et Arnaud Fernandez. La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est une discipline que vous m'avez fait connaître et apprécier. Votre façon d'appréhender le patient m'a été d'une aide incontestable y compris dans l'exercice de la psychiatrie générale. Je pense aussi aux équipes soignantes qui m'ont beaucoup appris.

Aux équipes du Centre Hospitalier Princesse Grace. Je remercie particulièrement les docteurs Joséphine Loftus, Iréna Cussac et Ségolène Moulierac. Vous m'avez transmis des connaissances précieuses dans vos domaines respectifs. Merci pour toute la bienveillance que vous m'avez témoignée. Je remercie aussi les équipes soignantes. Je souhaite aussi remercier Isabelle T, Isabelle M, Cédric, Patricia, Stéphanie, Aurélie et Natacha.

Aux collègues internes que j'ai pu rencontrer durant mes différents stages.

A mon compagnon, pour tout l'amour que tu me portes et le soutien que tu m'as témoigné depuis notre rencontre, il y a bientôt quatre années. Je t'aime.

A mes parents. Vous m'avez accompagné depuis ma naissance. Vous m'avez soutenu depuis le début de mes études et encouragé dans les moments difficiles.

A mon frère, tu m'as suivi dans ces études et tu vas toi aussi être interne dans un an à l'issue des ECN que tu vas, j'en suis sûr, réussir brillamment.

A tous les membres de ma famille. A vous mamie Solange et papi Jean qui n'êtes malheureusement pas là pour constater ma réussite.

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	13
<b>A) <u>PSYCHOPATHOLOGIE, SEXUALITE ET PSYCHIATRES</u>.....</b>	<b>14</b>
<b>I) LES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES ET LEUR IMPACT SUR LES TROUBLES SEXUELS.....</b>	<b>14</b>
1) DEPRESSION ET SEXUALITE .....	14
2) BIPOLARITE ET SEXUALITE.....	15
3) SCHIZOPHRENIE ET SEXUALITE.....	16
4) TROUBLES ANXIEUX.....	17
5) TROUBLES DE LA PERSONNALITE.....	18
6) TROUBLES ADDICTIFS.....	19
7) PARAPHILIES.....	19
<b>II) REPONSE SEXUELLE ET TROUBLES SEXUELS.....</b>	<b>20</b>
<b>III) ATTITUDES DES PRATICIENS VIS-A-VIS DES TROUBLES SEXUELS..</b>	<b>22</b>
1) QUELLE QUE SOIT LA SPECIALITE.....	22
2) CHEZ LES PRATICIENS PSYCHIATRES.....	23
3) ECHELLES PSYCHOMETRIQUES UTILISEES EN PSYCHIATRIE ET EN MEDECINE SEXUELLE.....	24
<b>B) <u>ETUDE</u>.....</b>	<b>25</b>
<b>I) MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>25</b>
<b>II) RESULTATS.....</b>	<b>26</b>
<b>III) DISCUSSION ET ANALYSE.....</b>	<b>45</b>
1) METHODOLOGIE ET REPRESENTATIVITE.....	45
2) DYSFONCTIONS SEXUELLES ET SITUATIONS SPECIFIQUES RENCONTREES PAR LES PSYCHIATRES.....	46

3) LIEN BIDIRECTIONNEL ENTRE TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET TROUBLES SEXUELS.....	47
4) CONSEQUENCES DE LA IATROGENIE SUR LA SEXUALITE.....	47
5) L'ABORD DE LA SEXUALITE.....	48
6) PRISE EN CHARGE DES TROUBLES EN LIEN AVEC LA SEXUALITE.....	50
a) Représentations des psychiatres sur les attentes des patients.....	50
b) Raisons justifiant une prise en charge des troubles en lien avec la sexualité.....	50
c) Cheminement clinique des psychiatres.....	50
d) Les examens complémentaires prescrits en cas de dysfonction sexuelle.....	51
e) Orientation vers différents spécialistes aux cours des prises en charges.....	52
f) Utilisation de questionnaires pour évaluer les dysfonctions sexuelles, avantages et inconvénients à leur usage.....	53
7) DIFFERENCES D'APPROCHES SELON LE(A) PATIENT(E) QUI VIENT CONSULTER.....	54
a) Personne âgée.....	54
b) Sexe du patient.....	54
c) Patient souffrant d'un trouble psychotique.....	54
d) Orientation sexuelle.....	55
8) FORMATION.....	55
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>56</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>60</b>
<b>ANNEXES</b>	
Annexe 1 : Echelle ASEX (Arizona Sexual Experience Scale).....	63
Annexe 2 : Echelle SCS-M (Sexual Complaints Screener for Men).....	64
Annexe 3 : Echelle SCS-W (Sexual Complaints Screener for Women).....	65
Annexe 4 : Questionnaire enquête qualitative.....	66
Annexe 5 : Questionnaire enquête quantitative.....	69
Annexe 6 : Résultats enquête qualitative.....	79
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>	<b>107</b>

## INTRODUCTION

La psychiatrie est une spécialité médicale se préoccupant des maladies mentales. Son nom, d'après l'étymologie grecque « *psyche* » et « *iatros* » se traduit littéralement par « *la médecine de l'âme* ». Cette discipline se distingue donc des autres spécialités médicales par sa nature même à s'intéresser à l'intime de son patient. Elle se situe au carrefour de nombreuses spécialités par la richesse sémiologique des différents troubles et de leurs diagnostics différentiels, sans oublier les dernières innovations thérapeutiques.

Le psychiatre a pour rôle de diagnostiquer et de traiter, par un traitement et/ou une psychothérapie, des patients présentant des états relevant d'une simple difficulté d'adaptation jusqu'à des états de profondes détresses.

Tout au long de sa carrière, il devra avoir une approche mettant en confiance le patient afin d'obtenir les informations nécessaires à sa prise en charge.

Du fait de ses différents troubles, la maladie mentale est fréquemment stigmatisée, rendant parfois le patient peu enclin à se confier sur ses difficultés, d'autant plus si ces dernières constituent des sujets tabous comme par exemple les troubles sexuels. Ces troubles sont déjà fréquents dans la population générale car concernent plus de 30 % des hommes et 40 % des femmes et ils sont plus importants chez des patients atteints d'un trouble mental.

Les sexologues eux-mêmes considèrent dans leur nosographie qu'un trouble mental est souvent un facteur de complexité d'un trouble sexuel donné.

Aborder la sexualité pour un médecin est délicat, la sexualité étant un thème sujet à de nombreuses projections de la part des praticiens, souvent négatives. Pourtant le psychiatre, par la nature même de son métier à s'intéresser à l'intime de son patient, est le praticien le plus à même d'aborder ces sujets avec ses patients.

Dans une première partie, nous étudierons les relations entre les troubles psychiatriques et les troubles sexuels et nous parlerons également de ce que disent les études réalisées sur l'abord de la sexualité. Puis, dans une seconde partie, nous présenterons, d'une part, les résultats de notre étude sur l'évaluation des approches des psychiatres en matière de sexologie, et nous proposeront, d'autre part, une conduite à tenir afin d'aider les professionnels dans leur pratique.

## **A) PSYCHOPATHOLOGIE, SEXUALITE ET PSYCHIATRES**

### **D) LES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES ET LEUR IMPACT SUR LES TROUBLES SEXUELS**

#### **1) DEPRESSION ET SEXUALITE**

Il s'agit d'une pathologie fréquente qui concernera, sur une vie entière, 11 % des hommes et 22 % des femmes (CNUP, 2016).

Comme l'atteste le DSM 5, cette pathologie a un impact majeur sur l'humeur, le niveau d'énergie avec également des répercussions physiologiques. En somme, il existe une tristesse manifeste et tous les axes tournent au ralenti avec une perte du plaisir, une fatigabilité, un ralentissement idéique et moteur, une perturbation du sommeil, une anorexie. La sexualité s'en trouve entravée par la perte du plaisir, de la volonté, une diminution de l'activité dirigée vers un but, une fatigue, ne permettant pas un intérêt suffisant pour la sphère sexuelle, non seulement par absence d'envie, de fantasme mais aussi par une inhibition et un désintérêt pour l'autre.

Il existe une importante comorbidité entre dysfonction sexuelle et dépression avec un lien de causalité bidirectionnel.

D'après Porto 2014, quel que soit le type de dysfonction sexuelle, les études confirment que la prévalence est beaucoup plus importante parmi les sujets dépressifs.

La maladie dépressive peut occasionner, par une diminution de la réponse parasympathique, une dysfonction érectile et un déficit de la lubrification chez la femme. Par une augmentation du tonus sympathique, il peut y avoir une diminution de l'excitation et de la libido et l'éjaculation peut devenir prématurée. De plus l'éjaculation est médiée par la sérotonine et dans les états dépressifs, nous avons un déficit en sérotonine ce qui fait que l'éjaculation n'est plus inhibée et survient trop rapidement.

Inversement, les sujets souffrant d'une dysfonction sexuelle éprouvent une détresse significative pouvant entraîner un état dépressif. Par exemple, la dysfonction érectile affecte le bien être psychologique, l'estime de soi et peut être une cause de dépression (Shabsigh et al, 1998).

Par ailleurs, un état dépressif est susceptible de déstabiliser le couple, l'irritabilité par exemple peut favoriser des conflits, l'indifférence affective du patient peut causer une incompréhension chez le partenaire. Et bien évidemment, l'altération de la sexualité du patient va entraîner une

moindre satisfaction sexuelle du partenaire qui pourra à son tour être responsable d'un état dépressif pour lui aussi.

Une dysfonction sexuelle va entraîner un cercle vicieux en diminuant l'estime de soi, renforçant l'anxiété de performance, pérennisant les troubles sexuels (Angst, 1998).

Nous constatons que, lorsqu'on traite un syndrome dépressif, nous améliorons la dysfonction sexuelle, et de même, le traitement d'une dysfonction sexuelle permet une amélioration de l'humeur. Les approches par traitement antidépresseur et traitement spécifique d'aide à l'érection (sildénafil) par exemple, peuvent être complémentaires car la dépression ou la dysfonction sexuelle peuvent être la cause, la conséquence, le facteur de maintien ou d'aggravation de l'autre (Porto, 2014).

La plupart des antidépresseurs peuvent induire une dysfonction sexuelle, causant parfois une mauvaise observance aux traitements (Angst, 1998). Il peut y avoir une dysfonction érectile par diminution de l'excitation, une éjaculation retardée par inhibition de la sérotonine (médiateur principal de l'éjaculation), ainsi qu'une diminution du désir sexuel. Les antidépresseurs n'ont pas tous le même poids vis-à-vis de ces effets secondaires, d'où un choix préférentiel à faire selon l'existence d'une dysfonction sexuelle en particulier.

## 2) BIPOLARITE ET SEXUALITE

Le trouble bipolaire est une maladie chronique et fréquente qui concernerait jusqu'à 4 % de la population générale (CNUP, 2016).

Il s'agit d'un trouble se caractérisant par la persistance dans le temps d'une augmentation de l'humeur et de l'énergie.

Il existe une alternance de phases d'excitations dites maniaques, de dépressions et de phases d'euthymies.

Lors de la phase d'excitation, l'humeur peut se trouver expansive ou irritable, c'est un trouble en miroir avec la dépression puisque caractérisé par une augmentation de l'énergie, du plaisir ressenti, une désinhibition avec des possibles prises de risques, dont sexuelles, une hypersexualité.

L'hyperémotivité complique souvent les relations sociales, de même que l'instabilité de l'humeur propice à un isolement par incompréhension et peur des partenaires.

Lorsque les sujets repassent en phase d'euthymie, ils se plaignent du manque d'excès de plaisir caractérisé comme leur état de base. De nombreux patients bipolaires souffrent également de dysfonctions sexuelles, même en période de rémission, pour 80 % d'entre eux (Fekih-Romdamne et al, 2014).

Les traitements prescrits pour traiter la bipolarité interagissent aussi négativement sur la sexualité. Le lithium occasionne fréquemment un émoussement des affects et donc du plaisir, des pensées érotiques. Les antiépileptiques ont tendance à séduire les patients, diminuer le désir et l'excitation sexuelle. Les antipsychotiques affectent également le fonctionnement sexuel (cf. paragraphe suivant).

### 3) SCHIZOPHRENIE ET SEXUALITE

La schizophrénie est une maladie chronique et invalidante, elle concernerait 1 % de la population (CNUP, 2016).

C'est une maladie qui produit des idées délirantes, des hallucinations sensorielles. Le discours et le comportement sont désorganisés, dissociés des affects et de la cognition. Il existe également une symptomatologie déficitaire, de repli. Le DSM-5 décrit plusieurs types de schizophrénies selon la prépondérance des signes délirants, de désorganisation ou négatifs, c'est-à-dire déficitaires.

La socialisation est difficile à cause des idées de persécution, ces sujets évitent donc le contact à l'autre. Les symptômes négatifs sont très invalidants pour la sphère sexuelle étant donné que le discours du sujet est très pauvre, il y a un manque d'initiative et une indifférence. Il y a un émoussement des affects, une certaine froideur, une difficulté à reconnaître leurs propres émotions ainsi que celles d'autrui.

Lors des décompensations, les idées délirantes peuvent interférer avec la sexualité, il en va de même des symptômes négatifs y compris en période de stabilisation.

Les dysfonctions sexuelles sont très fréquentes, entre 50 et 80 % des patients selon les études (Courtois et Bonierbale, 2016). Les relations de couples sont plus difficiles à bâtir que dans la population générale surtout à cause de leur isolement social.

Il existe davantage de comportements à type masturbatoire qu'un réel intérêt pour une relation sexuelle avec l'autre (Tardieu et al 2006).

Ces sujets sont souvent victimes de violences sexuelles à cause de leur vulnérabilité.

Les antipsychotiques interfèrent négativement avec la sexualité car le traitement bloque les récepteurs dopaminergiques, alors qu'on sait que la dopamine joue un rôle majeur dans la libido et l'érection. La levée du blocage dopaminergique permet une augmentation de la prolactine qui entraîne à son tour une diminution de la testostérone et donc une diminution du désir et de la capacité érectile chez l'homme. Chez la femme l'augmentation de la prolactine peut causer une galactorrhée (Courtois et Bonierbale, 2016). De plus l'impact des antipsychotiques sur les paramètres métaboliques est non négligeable sur l'état somatique en général. Cela peut favoriser les causes somatiques des différentes dysfonctions sexuelles (surtout cardiovasculaires). La prise de poids altère l'image du corps, déjà durablement perturbée par la psychose.

Il est donc préférable de :

- Prescrire les antipsychotiques épargnant la sphère sexuelle comme l'aripiprazole ;
- Donner l'antipsychotique à dose minimale efficace ;
- Prescrire des médicaments spécifiques si besoin (comme les inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 – IPDE 5).

#### 4) TROUBLES ANXIEUX

L'angoisse est une émotion envahissante entravant le fonctionnement d'un individu.

On peut rencontrer l'état de stress post traumatique, soit en réponse à une agression sexuelle ou à une autre cause de traumatisme.

Dans le premier cas, le patient pourra développer un trouble grave de la personnalité ou un trouble psychotique, surtout si l'agression se situe à un âge précoce avec une répétition des agressions. Il s'agit de patients dont l'image du corps est durablement perturbée et où les expériences sexuelles sont très difficiles puisque ces patients revivent les événements traumatiques lors de ces expériences.

Dans le second cas, le patient peut développer un tableau classique d'état de stress post traumatique avec fixation sur l'événement et où l'individu est incapable d'investir ce qui lui plaisait auparavant, dont sa sexualité.

Dans les deux cas, les patients peuvent souffrir de tous types de dysfonctions sexuelles.

Dans les troubles obsessionnels compulsifs, on peut retrouver la peur d'avoir des pulsions interdites, la peur d'être contaminé par une maladie. Ces sujets se plaignent souvent d'une moins bonne satisfaction sexuelle. Les hommes sont davantage à risque de souffrir d'éjaculation précoce et d'un trouble de l'érection et les femmes peuvent se plaindre d'une diminution de l'excitation sexuelle et d'anorgasmie. (Soldati, 2016).

Pour la phobie sociale et l'anxiété de performance : on retrouve chez l'homme la peur d'être évalué négativement par sa partenaire, de ne pas être performant, ne pas avoir une érection de qualité. L'anxiété de performance chez l'homme est très fréquemment responsable des causes psychogènes des troubles de l'érection et de l'éjaculation prématurée (Courtois et Bonierbale, 2016). Chez les femmes, cela sera responsable d'un trouble du désir et de l'excitation sexuelle (Soldati, 2016).

En ce qui concerne la iatrogénie, les benzodiazépines ne sont pas responsables de troubles sexuels (Soldati, 2016).

## 5) TROUBLES DE LA PERSONNALITE

Les patients souffrant de troubles de la personnalité présentent un tempérament et des traits de caractère très rigides et peu adaptables aux situations extérieures, entraînant une altération du fonctionnement (DSM 5).

Les patients présentant un de ces troubles souffriront des conséquences en rapport à ce trouble précis de la personnalité. Par exemple, un patient évitant aura tendance, par définition, à éviter le contact social et donc la rencontre à l'autre et les rapports sexuels, non sans souffrance.

Rappelons que le trouble de la personnalité le plus fréquent est le trouble de personnalité borderline (CNUP, 2016). Ces patients souffrent d'une instabilité émotionnelle majeure, ce qui ne reste pas sans conséquence sur le rapport à l'autre et la sexualité. L'autre est tantôt idéalisé, tantôt rejeté, ce qui contraste avec la peur de ces patients d'être abandonné. Il y a souvent des prises de risques notamment sexuelles (multiplication des rapports sexuels dont la plupart ne sont pas protégés), afin de combler un sentiment de vide, sans pour autant que ces derniers ne procurent réellement du plaisir.

Ces patients développent ce trouble fréquemment à la suite de traumatismes subis dans l'enfance tant physiques (notamment violences sexuelles) que psychiques (CNUP, 2016).

Ces patients, notamment les femmes ont d'ailleurs plus de risques de subir à nouveaux des violences sexuelles (Sansone et al, 2011).

## 6) TROUBLES ADDICTIFS

Il s'agit d'un vaste sujet, dont le développement exhaustif ne fait pas l'objet de notre travail.

Les relations entre consommations de produits et conséquences sur la sexualité sont complexes. Les différents produits ont souvent un rôle désinhibiteur favorisant souvent la sexualité sur le court terme mais avec de nombreuses conséquences somatiques (complications cardiovasculaires, maladies sexuellement transmissibles, accidents de la voie publique) et psychiques (dépression, anxiété, dépendance au produit). Les produits peuvent être impliqués dans les violences sexuelles. Les patients consommateurs chroniques de ces toxiques et surtout à forte dose, reconnaissent avoir une sexualité perturbée par ces produits. Il en est de même de la vie affective de ces patients, souvent appauvrie et avec de nombreux conflits au niveau du couple.

La sexualité s'inscrit, dans certains cas, dans une forme d'addiction comportementale où le patient présente une hypersexualité compulsive, source d'une souffrance significative.

## 7) PARAPHILIES

Il s'agit de troubles faisant parties du DSM 5, anciennement appelés déviances sexuelles. L'activité sexuelle implique des objets inanimés, la souffrance ou l'humiliation de soi-même ou de son partenaire, des enfants ou encore des personnes non consentantes et est à l'origine d'une souffrance de l'individu ou d'une altération de son fonctionnement social ou professionnel (CNUP, 2016).

Le DSM 5 cite le trouble voyeurisme, l'exhibitionnisme, le frotteurisme, le masochisme sexuel, le sadisme sexuel, la pédophilie, le fétichisme, le transvestisme.

Il s'agit de troubles mettant les professionnels en difficultés, alors qu'il existe des référentiels et des réseaux de professionnels. Par exemple il existe les CRIR-AVS qui regroupent des professionnels (médecins, psychologues, infirmiers) spécialisés dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Ils sont répartis sur l'ensemble du territoire et

épaulent les professionnels en difficulté dans la prise en charge de ces patients. Ils proposent également des formations.

A noter que la dysphorie de genre (transidentité) et l'homosexualité ne font plus partie des troubles paraphiliques.

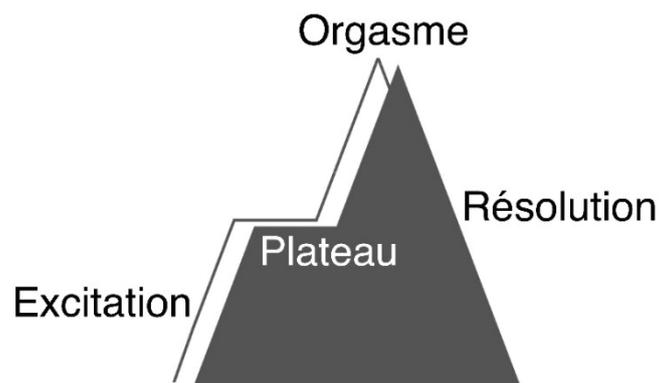
La dysphorie de genre touche à l'identité sexuelle, c'est-à-dire qu'un individu peut identifier son statut masculin ou féminin différent de son sexe biologique.

L'homosexualité concerne l'orientation sexuelle, c'est-à-dire l'attrance pour un partenaire du même sexe.

La dysphorie de genre et l'homosexualité ne constituent pas une pathologie psychiatrique, mais certains hommes et femmes souffrent d'un certain rejet (de l'extérieur ou intériorisé), reliquat d'une lente évolution de la société. Ils peuvent souffrir de pathologies psychiatriques précédemment cités qui, à leur tour, auront une répercussion sur leur sexualité. Les professionnels de santé doivent prendre en compte les problématiques spécifiques de ces populations pour une prise en charge optimale.

## II) REPONSE SEXUELLE ET TROUBLES SEXUELS

La réponse sexuelle chez l'homme se décrit sur le modèle de Masters et Johnson en différentes phases : excitation, plateau, orgasme et résolution.



Une stimulation sexuelle provoque une excitation entraînant l'érection, rendant possible la pénétration, le plaisir croît progressivement jusqu'à une phase de plateau avant que surviennent l'orgasme et l'éjaculation. Vient ensuite la phase de résolution où plus aucune excitation n'est possible en réponse à une stimulation sexuelle.

Les troubles cités par le DSM 5 peuvent survenir au cours des différentes phases :

- Diminution du désir sexuel : déficience ou absence persistante ou répétée de pensées sexuelles ou de fantasmes imaginaires et du désir d'activité sexuelle.
- Trouble de l'érection : difficulté marquée à parvenir à une érection au cours de l'activité sexuelle, difficulté marquée à parvenir ou maintenir l'érection jusqu'à l'achèvement de l'acte sexuel, diminution marquée de la rigidité sexuelle ne permettant pas la pénétration.
- Ejaculation prématurée : phase de plateau trop courte où l'orgasme survient dans la minute après la pénétration, avant que la personne ne souhaite éjaculer.
- Ejaculation retardée voir anéjaculation : retard marqué à l'éjaculation ou absence voire diminution marquée de la fréquence de l'éjaculation.

Il s'agit des définitions citées dans les critères A du DSM 5 : pour plus de détails, nous renvoyons vers ce dernier.

Masters et Johnson ont décrit les réactions sexuelles féminines selon le même modèle linéaire mais avec une différence dans la durée de la phase d'excitation, qui est plus longue, ce qui est également le cas de la phase en plateau. Ils ont montré le fait qu'une femme pouvait avoir plusieurs orgasmes. Aujourd'hui, les réactions sexuelles féminines sont plus volontiers expliquées au travers du modèle de Basson. Basson a intégré les composantes émotionnelles, cognitives, éducationnelles, et culturelles des réactions sexuelles. Ce modèle explique mieux les différentes perceptions et modulations du plaisir sexuel chez les femmes (Courtois et Bonierbale, 2016). Il s'agit d'un modèle circulaire (cycle de phases qui se chevauchent sous l'influence de facteurs physiques et mentaux). Pour simplifier, on utilise le modèle de Masters et Johnson sur lequel est basé le DSM 5 pour la classification des différents troubles sexuels :

- Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle : absence ou diminution de l'intérêt pour l'activité sexuelle, des pensées érotiques, peu ou pas d'initiation de l'activité sexuelle ou absence de réceptivité aux tentatives du partenaire pour initier l'activité sexuelle.
- Trouble de l'orgasme : retard marqué pour parvenir à l'obtention de l'orgasme ou diminution marquée de la fréquence ou absence d'orgasme ; diminution marquée de l'intensité des sensations orgasmiques.
- Trouble lié à des douleurs génito pelviennes ou à la pénétration : difficulté dans la pénétration vaginale pendant la relation sexuelle, douleur vulvo-vaginale ou pelvienne marquée pendant la relation sexuelle ou lors des tentatives de pénétration, peur ou

anxiété marquée d'une douleur vulvo-vaginale ou pelvienne par anticipation, pendant ou résultant de la pénétration vaginale, tension ou crispation marquées de la musculature du plancher pelvien au cours des tentatives de pénétration vaginale.

Nous citons la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé de la santé sexuelle :  
« 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. »

Il y a un lien étroit entre santé mentale et santé sexuelle. Si l'état de santé mentale n'est pas optimal, la sexualité en sera forcément entravée.

La santé sexuelle est étroitement liée à la santé en général, à la qualité de vie et au bien-être.

De plus cette définition met l'accent sur le plaisir et l'absence de risque, ces notions se retrouvent souvent en excès ou en défaut dans la plupart des troubles psychiatriques.

Nous voyons bien que le psychiatre, dans son exercice, sera amené à prendre en charge des patients se présentant avec des plaintes psychiques causes ou conséquences de plaintes sexuelles.

### III) ATTITUDES DES PRATICIENS VIS-A-VIS DES TROUBLES SEXUELS

#### 1) QUELLE QUE SOIT LA SPECIALITE

La question de la sexualité est peu abordée par le médecin que ce soit en psychiatrie ou dans d'autres spécialités, pour différentes raisons :

- Manque de formation,
- Mauvaises représentations : pour Alain Giami (Giami, 2010), certains médecins adoptent une posture d'évitement par rapport à l'abord de la sexualité : « Ces médecins construisent ainsi un système en boucle dans lequel ils justifient leur refus d'aborder ces problèmes par le fait que ce sont les patients eux-mêmes qui ne les abordent pas. [ . . . ] le médecin fonde son attitude sur une symétrie et une similitude entre des dispositions des médecins et celles qui sont attribuées ou projetées sur les patients » ,
- Manque de temps

L'étude de Wimberly et al en 2006 souligne que seuls 12 % des médecins abordent la question de la sexualité en consultation, en majorité pour aborder la question des effets

secondaires des traitements, de l'information et du diagnostic des infections sexuellement transmissibles, ainsi que de la contraception. Il y a peu d'investigation sur le dépistage des dysfonctions sexuelles et leur prise en charge, le bien être sexuel, la relation de couple.

## 2) CHEZ LES PRATICIENS PSYCHIATRES

Les pathologies psychiatriques interfèrent clairement avec la sexualité, mais les maladies psychiatriques interfèrent aussi dans la communication, ce qui fait que ces patients sont encore moins enclins à en parler que les patients ne souffrant pas de pathologie psychiatrique.

Les praticiens, de plus, se concentrent davantage sur les signes dits « bruyants » de la pathologie psychiatrique, et les signes sexuels passent souvent au dernier plan, soit par une sous-estimation de la problématique sexuelle par le praticien, soit par des croyances erronées (peur de blesser le patient, d'induire une décompensation du trouble par exemple, ou simplement la croyance que le patient ne souhaite pas que ce sujet soit abordé ou encore croyance selon laquelle ces patients n'auraient, de toute façon, pas de vie affective). Par conséquent, par rapport à une population non psychiatrique (exemple : abord de la sexualité par un médecin généraliste chez un patient ne souffrant pas de pathologie psychiatrique) la sexualité est encore moins abordée, que ce soit par le patient ou le médecin, ceci participant donc à une pérennisation des troubles.

Les psychiatres n'ont pas de connaissances suffisantes pour aborder la sexualité et il n'existe que peu d'outils à ce jour (échelles) qui, majoritairement, ne sont pas connues par les praticiens.

Dans une étude réalisée par Korchia en 2018 sur la population des internes en psychiatrie, 92,4 % d'entre eux estiment que la formation en sexologie est actuellement insuffisante.

En psychiatrie, peu d'études portent sur la question de l'abord de la sexualité en consultation.

Citons par exemple les mémoires en vue de l'obtention du DIU de sexologie de Mandon en 2017 et Libert en 2018 qui ont traité surtout la question de l'abord de la sexualité en consultation psychiatrique.

Il nous apparaît donc impératif de compléter ces travaux par une évaluation des attitudes des psychiatres, c'est-à-dire la prise en charge qui en découle et pas seulement l'abord en tant que tel.

Nous souhaitons savoir quelle place est donnée à la sexualité par les psychiatres, lors d'une consultation médicale. L'objectif de cette étude est d'évaluer leurs approches globales en sexologie.

### 3) ECHELLES PSYCHOMETRIQUES UTILISEES EN PSYCHIATRIE ET EN MEDECINE SEXUELLE

En psychiatrie, nous n'avons à ce jour que peu d'échelles pour dépister des troubles sexuels. Nous pouvons citer l'échelle ASEX (Arizona Sexual Experience Scale) validée en français pour l'évaluation des troubles sexuels dans la dépression, dans l'étude Briki et al en 2014 (l'échelle extraite de l'article est jointe en annexe 1). Un travail de thèse s'est aussi intéressé à l'utilisation de cet outil pour évaluer la qualité de vie sexuelle chez les patients schizophrènes (Pairin, 2015).

Cette échelle d'après Briki et al « est destinée à mesurer les cinq items spécifiques identifiés par la littérature comme le noyau élémentaire de la symptomatologie des troubles sexuels : pulsion, excitation, érection/lubrification vaginale, facilité à atteindre l'orgasme et satisfaction liée à l'orgasme. [...] Elle mesure chaque item de façon bimodale et relativement non intrusive sur six degrés allant de l'hyperfonctionnement (côté 1) à l'hypofonctionnement (côté 6) [...] elle peut être utilisée en autoévaluation ou hétéroévaluation [...] L'ASEX se veut d'utilisation simple dans le but d'améliorer la mesure des troubles sexuels, par la minimisation de la non-compliance des patients à la passation et par la détection et la quantification rapide des troubles sexuels existants ».

Il existe des échelles spécifiques à la médecine sexuelle : nous avons, par exemple pour les troubles de l'érection, l'International Index of Erectile Function (IIEF), et le Female Sexual Function Index (FSFI) pour évaluer l'activité sexuelle chez la femme. Ces échelles sont accessibles sur le site internet de l'association française d'urologie : <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/les-questionnaires-recommandes-en-medecine-sexuelle>

Un outil paraît intéressant pour le dépistage des dysfonctions sexuelles (Hatzichristou et al, 2010). Il s'agit du Sexual Complaints Screener for Men/Women (SCS-M/ SCS-W, annexes 2 et 3), établi par l'ISSM, la société internationale de médecine sexuelle. Il s'agit d'un outil de dépistage spécifique qui évalue en 10 questions les plaintes sexuelles masculines et féminines au cours des 6 derniers mois. Cette échelle n'est cependant pas encore validée en français.

## **B) ETUDE**

### **D) MATERIEL ET METHODE**

L'étude s'est faite en deux parties. Dans un premier temps, une enquête préliminaire (dite « qualitative »), portant sur une faible population, a permis de collecter les réponses qui ont permis à leur tour, dans un second temps, d'élaborer le questionnaire utilisé pour une étude dite « quantitative ».

Enquête préliminaire : Nous avons élaboré des questions ouvertes consignées dans un guide d'entretien semi dirigé (annexe 4). Nous avons choisi au hasard, jusqu'à saturation des données, des psychiatres au cours d'un congrès de psychiatrie, aux décours de moments leur permettant de répondre à nos questions (pauses et fin de journées essentiellement) en leur demandant s'ils étaient disponibles pour répondre à une étude mais sans leur préciser le thème. Une fois obtenue une réponse positive, et après leur avoir fait signer un consentement pour l'enregistrement de l'entretien (avec l'application dictaphone de l'iPhone), nous avons posé les questions du guide d'entretien. A la lumière des réponses obtenues et des remarques des praticiens, les questions ont pu évoluer. Enfin, les entretiens ont été intégralement retranscrits sur Word pour constituer le verbatim afin de laisser place à l'analyse, tant longitudinale (faire émerger les grands thèmes de l'entretien) que transversale (pour chaque question, codage sur un même support des différentes réponses des différents praticiens afin de faire émerger l'idée principale du panel).

Enquête quantitative :

En reprenant les réponses de l'enquête préliminaire, nous sommes passés des questions ouvertes aux questions fermées, en sélectionnant les réponses pour éviter les redondances, mais aussi en apportant des éléments qui n'avaient pas été mis en lumière avec l'enquête préliminaire mais qui nous paraissaient importants à mentionner dans notre questionnaire. Par la nature même des questions fermées, certaines ont dû être reformulées. L'objectif était de quantifier les données qualitatives précédemment obtenues.

En fin de questionnaire, les participant avaient la possibilité de donner leur avis sur l'étude.

Le questionnaire (annexe 5) a été mis en ligne via Google form entre le 13 novembre 2019 et le 4 mars 2020.

Population :

Etaients invités à répondre, les psychiatres ayant obtenu leur diplôme de docteur en médecine. Ils ont été recrutés, soit lors de congrès nationaux (enquête préliminaire janvier 2019, enquête quantitative en décembre 2019 et janvier 2020), soit directement par mail par l'envoi du lien Google form (pour l'enquête quantitative à partir de novembre 2019) tant au niveau local, que national.

Les réponses obtenues ont été traitées de manière anonyme.

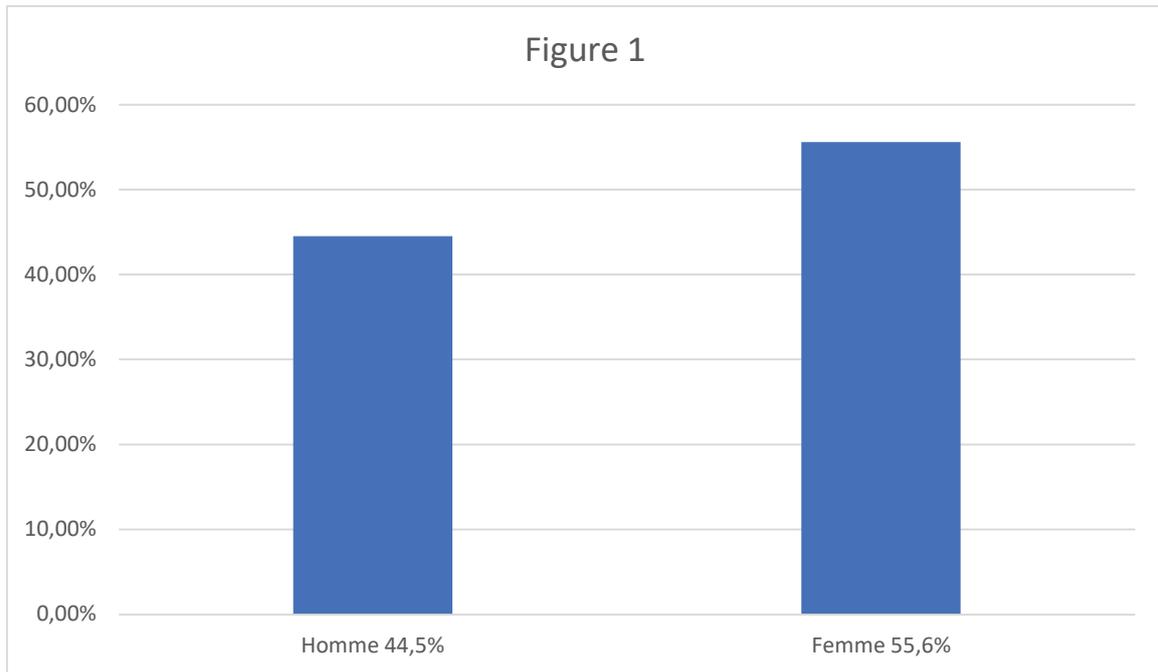
## **II) RESULTATS**

L'enquête qualitative a réuni 12 réponses (saturation des données obtenue à l'issue du douzième entretien).

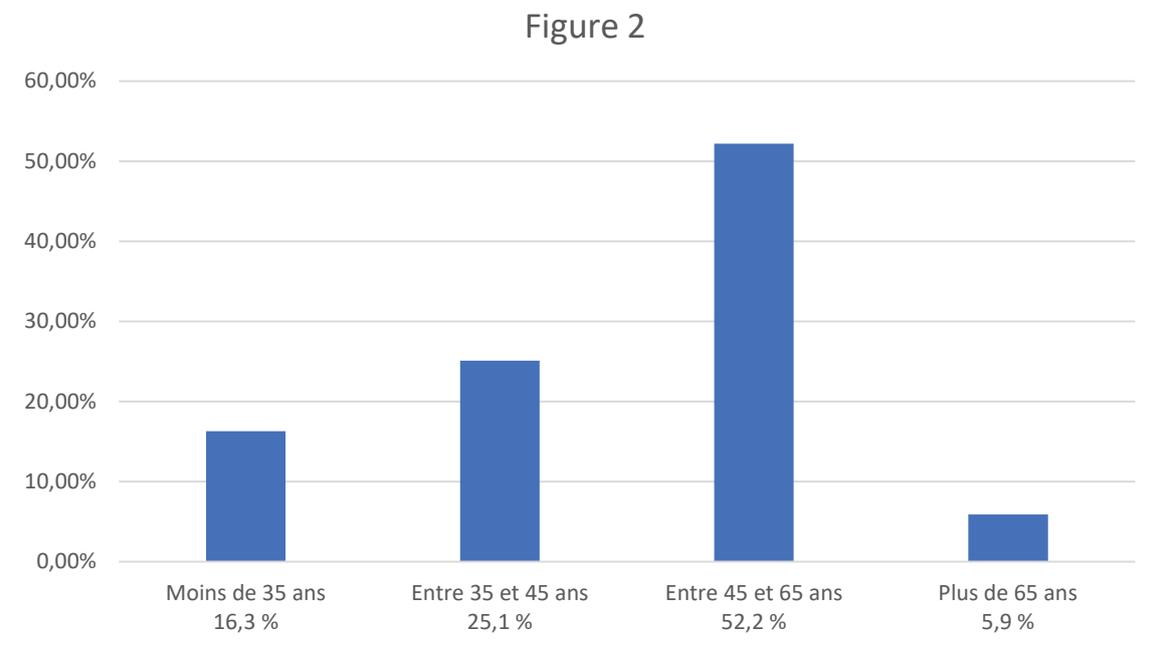
L'enquête qualitative étant une enquête préliminaire, nous n'en détaillerons pas les résultats dans cette partie du travail. Nous renvoyons le lecteur à l'annexe 6 pour prendre connaissance, s'il le souhaite, des résultats de cette enquête. Il pourra ainsi trouver, pour chaque question, les réponses regroupées par différents thèmes avec les verbatims accompagnés des numéros de chaque entretien, de l'entretien 1 [E1] à l'entretien 12 [E12].

L'enquête quantitative a réuni 239 réponses, les résultats sont détaillés ci-dessous :

**Répartition homme-femme :**



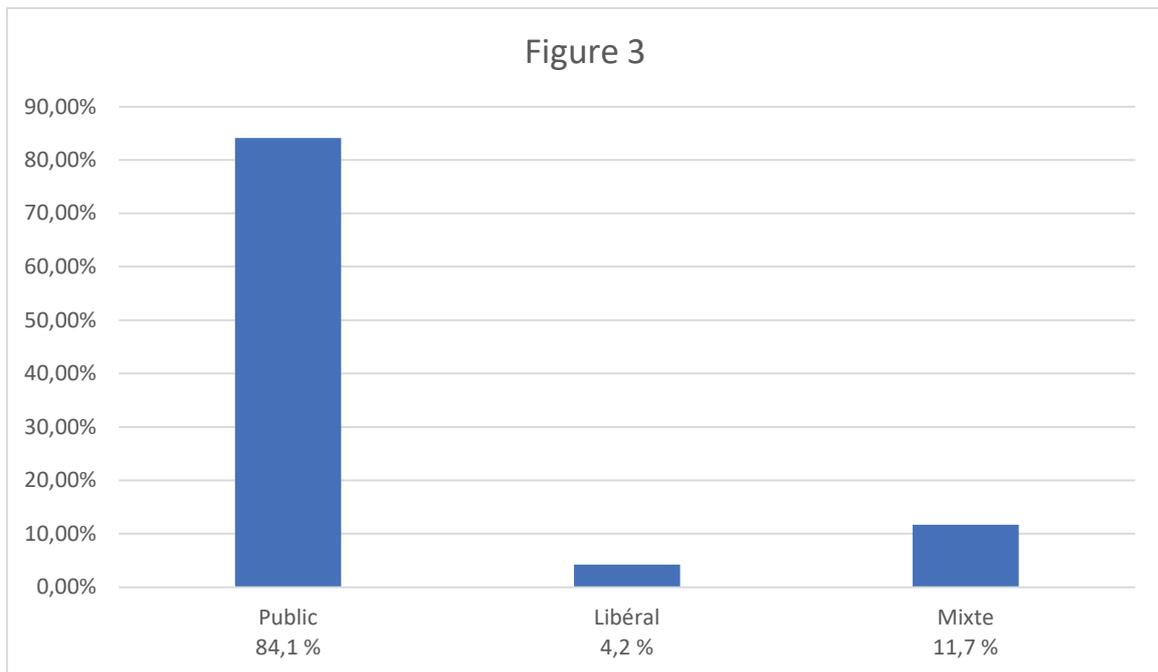
**Répartition des âges :**



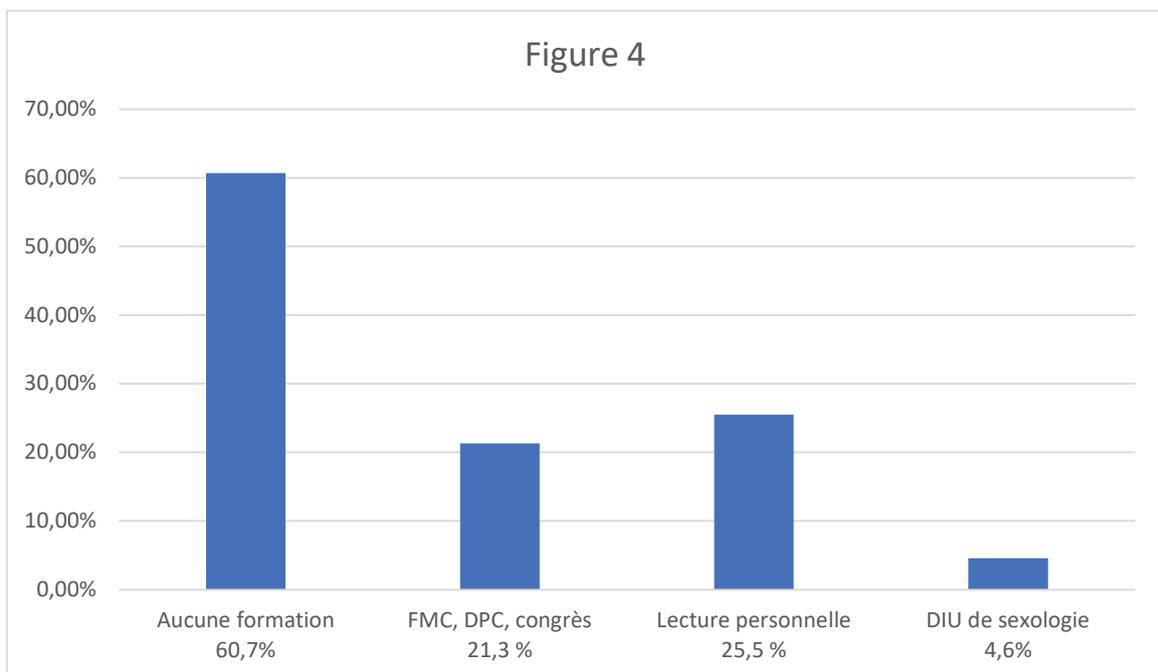
**Répartition par région d'exercice :**

	Pourcentage de réponses (%)
Grand-Est	6,7
Nouvelle-Aquitaine	6,7
Auvergne-Rhône-Alpes	15,5
Bourgogne-Franche-Comté	1,7
Bretagne	5,9
Centre-Val de Loire	2,9
Corse	0,8
Île-de-France	13,4
Occitanie	3,3
Haut-de-France	12,1
Normandie	3,8
Pays de la Loire	3,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	17,2
Outre-mer	4,2
Hors territoire français (préciser) : Tunisie, Bruxelles, Algérie, Côte d'Ivoire et Monaco	2

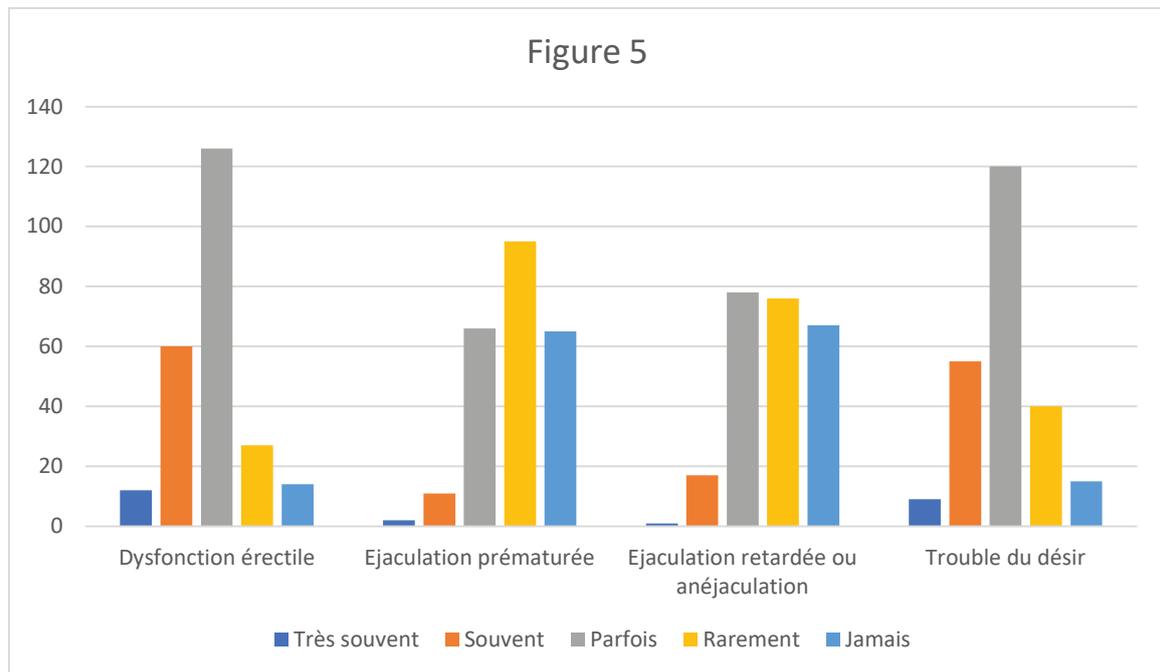
### Répartition par mode d'exercice :



### Formation en sexologie :



**Dysfonctions sexuelles masculines rencontrées en consultation :**

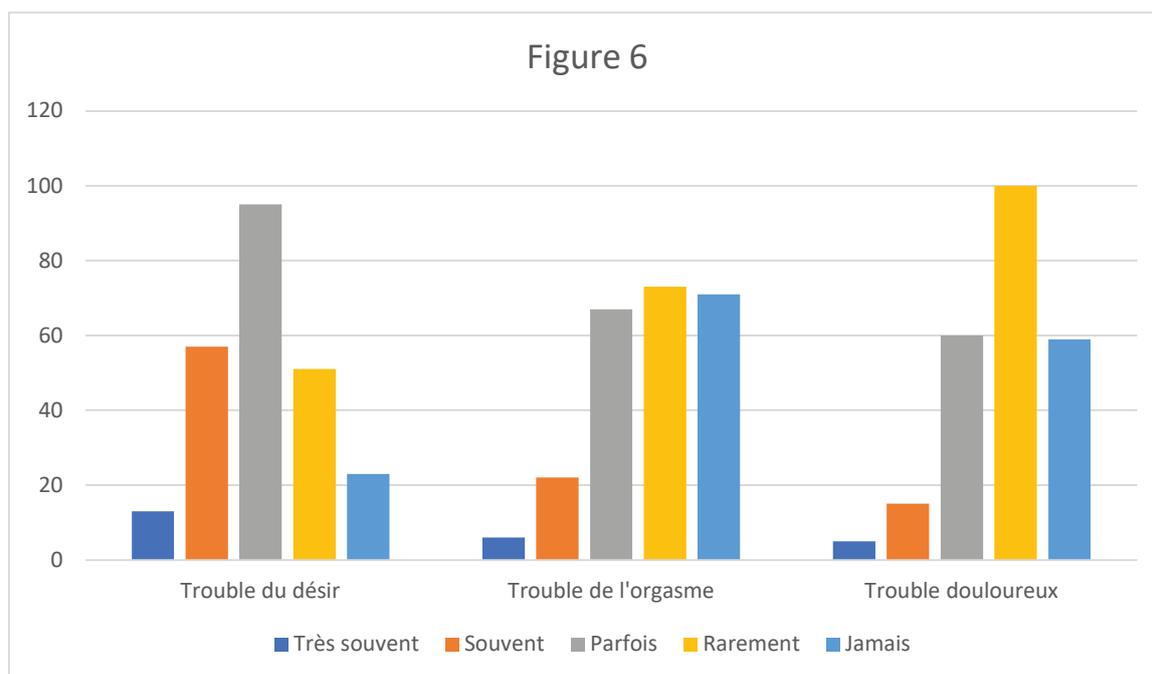


Dans cette question, il était demandé aux psychiatres de dire, pour chaque dysfonction sexuelle, à quelle fréquence ils la rencontrent en consultation.

Fréquence pour chaque dysfonction	Nombre de réponses
<b>Dysfonction érectile</b>	
Très souvent	12
Souvent	60
Parfois	126
Rarement	27
Jamais	14
<b>Ejaculation prématurée</b>	
Très souvent	2
Souvent	11
Parfois	66
Rarement	95
Jamais	65
<b>Ejaculation retardée ou anéjaculation</b>	

Très souvent	1
Souvent	17
Parfois	78
Rarement	76
Jamais	67
<b>Trouble du désir</b>	
Très souvent	9
Souvent	55
Parfois	120
Rarement	40
Jamais	15

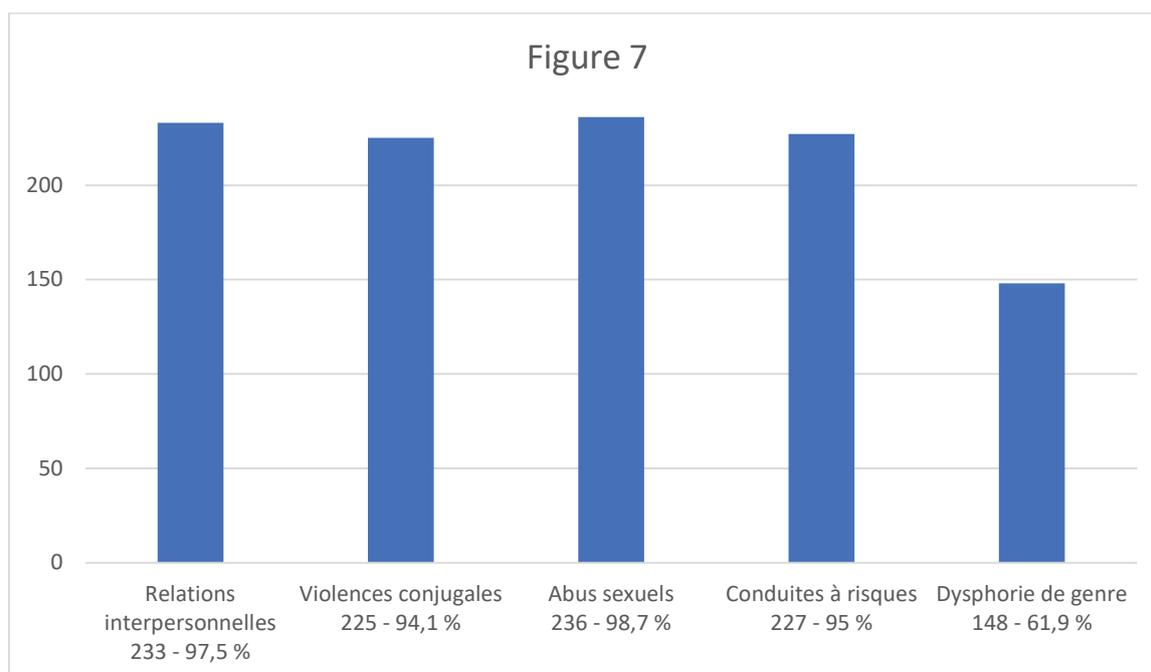
**Dysfonctions sexuelles féminines rencontrées en consultation :**

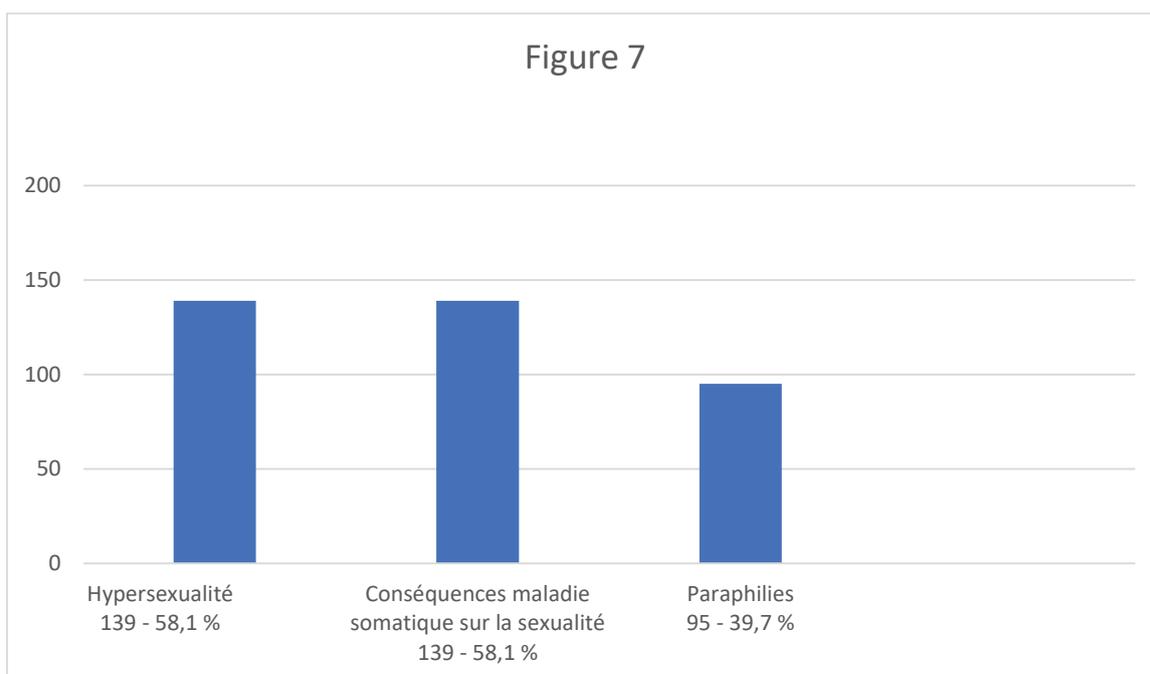


Fréquence pour chaque dysfonction	Nombre de réponses
<b>Trouble du désir</b>	
Très souvent	13
Souvent	57

Parfois	95
Rarement	51
Jamais	23
<b>Trouble de l'orgasme</b>	
Très souvent	6
Souvent	22
Parfois	67
Rarement	73
Jamais	71
<b>Trouble douloureux</b>	
Très souvent	5
Souvent	15
Parfois	60
Rarement	100
Jamais	59

**Situations spécifiques rencontrées par les psychiatres :**





Les résultats sont exprimés en valeur absolue, avec la correspondance en pourcentage. Dans la suite de l'étude les résultats seront exprimés uniquement en pourcentage de réponse.

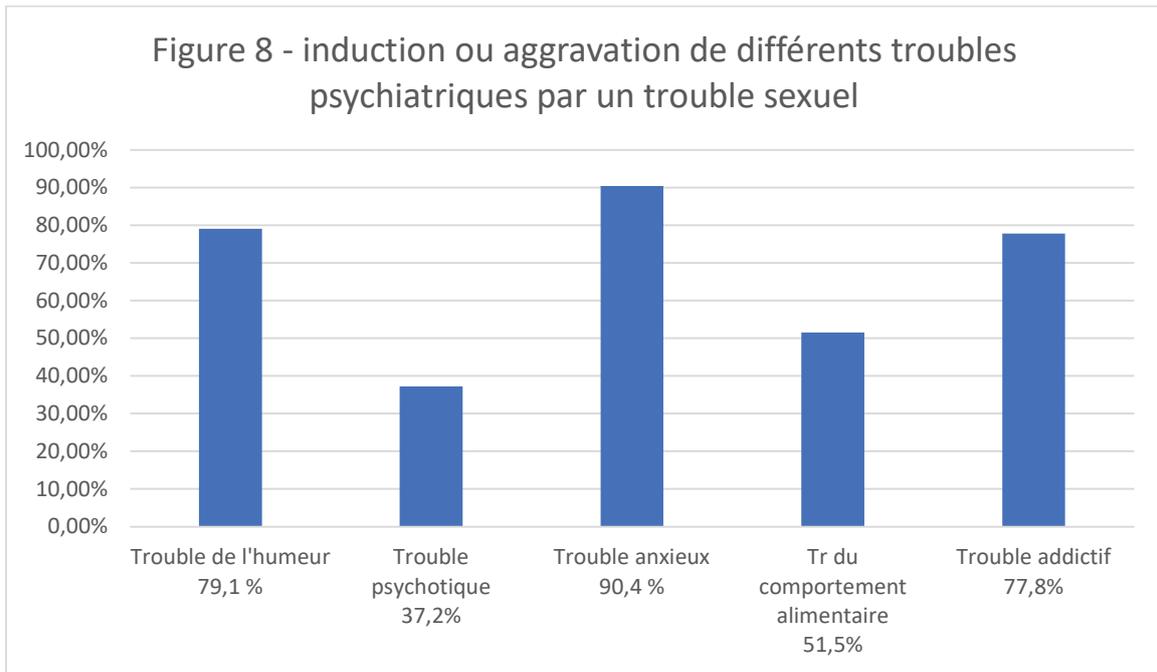
**Raisons qui pourraient expliquer que les patients n'osent pas aborder leur problématique en lien avec la sexualité :**

	Pourcentage de réponses (%)
Honte	58,2
Pudeur	84,5
Peur du jugement	64,4
Sujet tabou	61,5
Patient et thérapeute de sexe différent	40,2
Patients attendent que le médecin en parle en premier	56,9
Problématique secondaire abordée plus tard dans la prise en charge	42,7
En attente qu'une relation de confiance se fasse	68,2
Situation en lien avec la pathologie propre du patient (schizophrénie, dépression mélancolique)	45,6

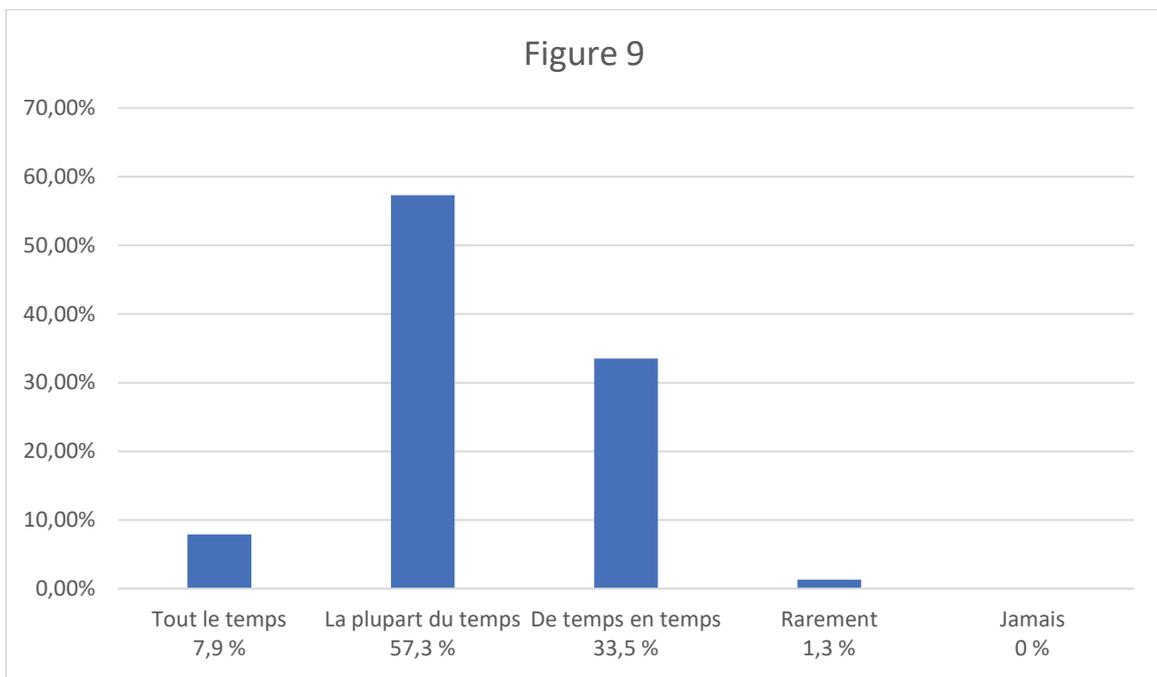
**Estimation de l'incidence d'un trouble sexuel sur l'état psychiatrique des patients, d'après les psychiatres :**

La moitié environ des psychiatres interrogés (48,1%) pense qu'une altération dans la sphère sexuelle peut occasionner une dégradation de l'alliance thérapeutique, quand 88,7 % pensent qu'il peut y avoir une mauvaise observance au traitement.

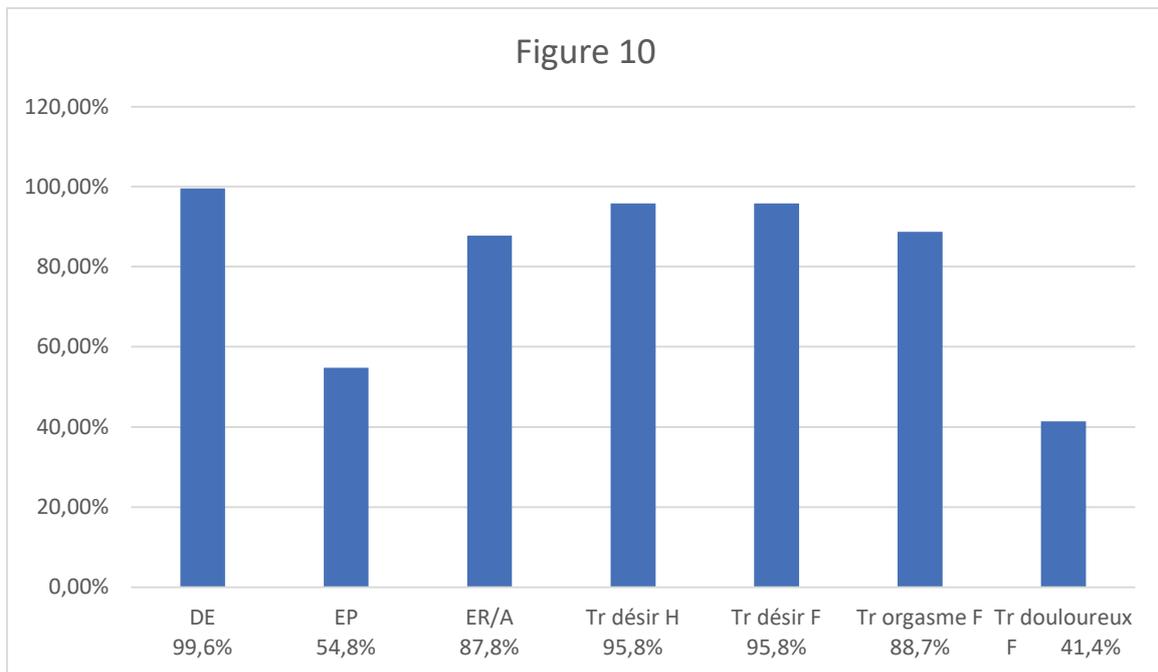
Nous avons pris l'exemple de troubles psychiatriques fréquents en demandant si ces troubles peuvent être induits ou aggravés par un trouble sexuel. Nous consignons dans la figure 8 les réponses allant en ce sens pour chacun des troubles :



**Dans quelle mesure une pathologie psychiatrique peut avoir un impact défavorable sur la sexualité :**



**La iatrogénie peut entrer en compte dans :**



DE : dysfonction érectile

ER/A : éjaculation retardée ou anéjaculation

EP : éjaculation prématurée

**Les attentes des patients en matière de prise en charge des troubles en lien avec la sexualité, d'après les psychiatres interrogés :**

	Pourcentage de réponses (%)
Pas vraiment d'attente	5
Prioriser d'abord la prise en charge de la problématique psychiatrique initiale	26,8
Cette prise en charge dépend de la nature et de la sévérité du tableau clinique	56,1
L'écoute	75,3
Demande d'accompagnement	52,7
Aider à comprendre	58,2
Qu'on leur pose des questions franches sur leur fonctionnement sexuel	48,1
Une prise en charge médicamenteuse	24,3
Une prise en charge psychothérapique	40,6
Un arrêt ou changement de traitement psychotrope	74,9

Une relation de confiance avec le thérapeute	61,1
Un retour à l'état d'équilibre antérieur	47,3
La satisfaction sexuelle	54,8
Être adressé à un confrère spécialisé	26,4

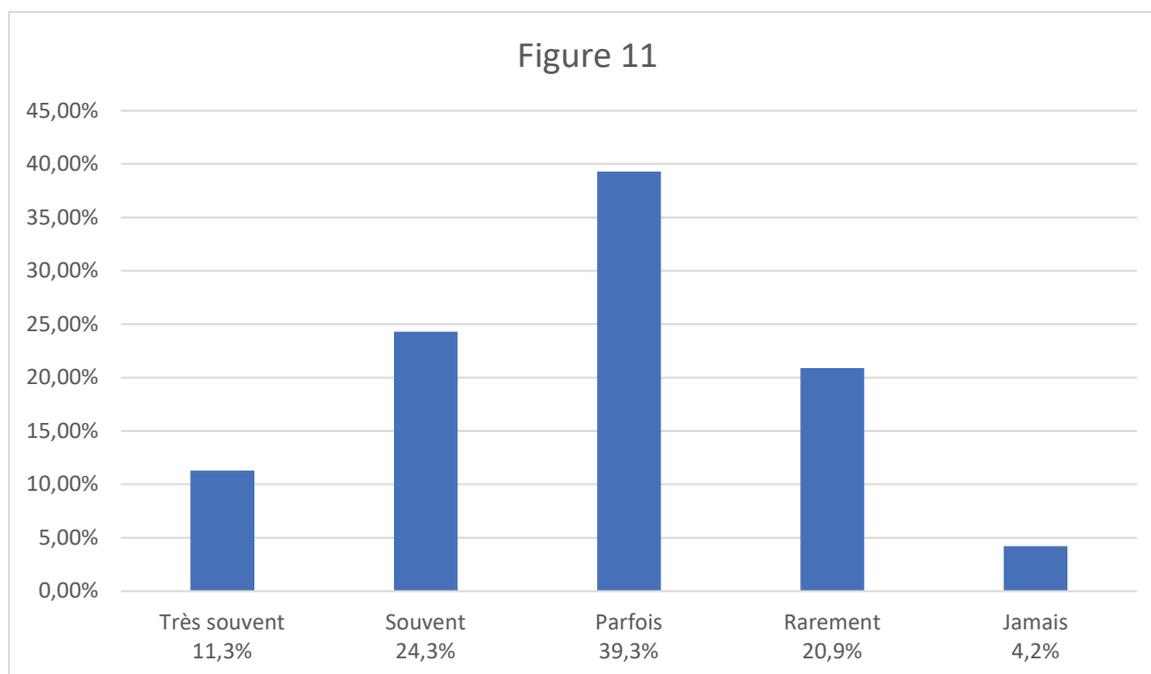
**Raisons justifiant une prise en charge des troubles en lien avec la sexualité :**

	Pourcentage de réponses (%)
Pour améliorer la qualité de vie du patient	95
Pour améliorer le fonctionnement familial et de couple	76,2
À la demande du patient car il s'agit d'une problématique qui le fait souffrir	82,8
Il faut traiter ces troubles en se préoccupant de ce symptôme comme un symptôme dépressif par exemple	53,4
Pour que les patients se sentent mieux	75,7
Pour la globalité de la prise en charge	82,8
Pour favoriser la prise du traitement (observance) et favoriser l'alliance thérapeutique	86,6
Il ne faut pas s'en préoccuper	0,4

**Attitudes des psychiatres lorsqu'un patient suivi au long cours évoque une plainte dans le domaine de la sexualité :**

	Pourcentage de réponses (%)
Réaction de surprise	0,4
Prendre le temps de la réflexion pour réfléchir à la réponse à donner au patient	31,4
L'écoute	88,7
Signification au patient de la prise en compte de cette plainte	81,6
Proposer de recevoir le conjoint	15,5
Approfondir l'interrogatoire	77
Faire soi-même un examen clinique	2,1
Prescrire des examens complémentaires	12,6
Orientation vers un médecin non-psychiatre dans le cadre du bilan étiologique	54
Rechercher une cause iatrogène	88,3
Essayer de modifier le traitement psychotrope	74,5
Si trouble non iatrogène ou problématique relationnelle proposer une approche psychothérapique	70,7
Prescription d'un traitement médicamenteux spécifique au trouble sexuel (par exemple traitement d'aide à l'érection)	23,4
Orientation vers un sexologue	45,6

**Dans le cas où le patient n'aborde jamais le sujet de la sexualité, les psychiatres l'abordent :**



**Les raisons expliquant que les psychiatres n'abordent pas eux spontanément le sujet de la sexualité en consultation :**

	Pourcentage de réponses (%)
Le praticien ne sait pas	5
Oublie	17,2
À cause de la problématique psychiatrique propre du patient (patient en soins sous contrainte, paraphilie...)	16,3
Ne l'aborde pas directement mais par le biais de la relation à l'autre	25,1
Par manque de temps	14,6
Par manque d'outils	11,3
Par manque de formation	23,8
Par manque d'expérience	12,6
Des résistances à l'aborder	9,6
Quand la demande du patient ne s'y prête pas	45,2
Quand la relation thérapeutique ne le permet pas	46,4

Ne sait pas quoi faire une fois l'information obtenue	7,1
L'aborde systématiquement	13

**Les résistances à l'abord du sujet sont :**

	Pourcentage de réponses (%)
Le praticien ne sait pas	10,5
Peur de provoquer une gêne chez le patient	36,4
Peur de blesser le patient	10,5
Peur d'entraîner une décompensation	1,7
Peur que ce soit interprété par le patient comme une tentative de séduction	7,1
Aucune	54

**Prise en charge de la sexualité de la personne âgée :**

59,8 % des psychiatres déclarent moins prendre en compte leur sexualité.

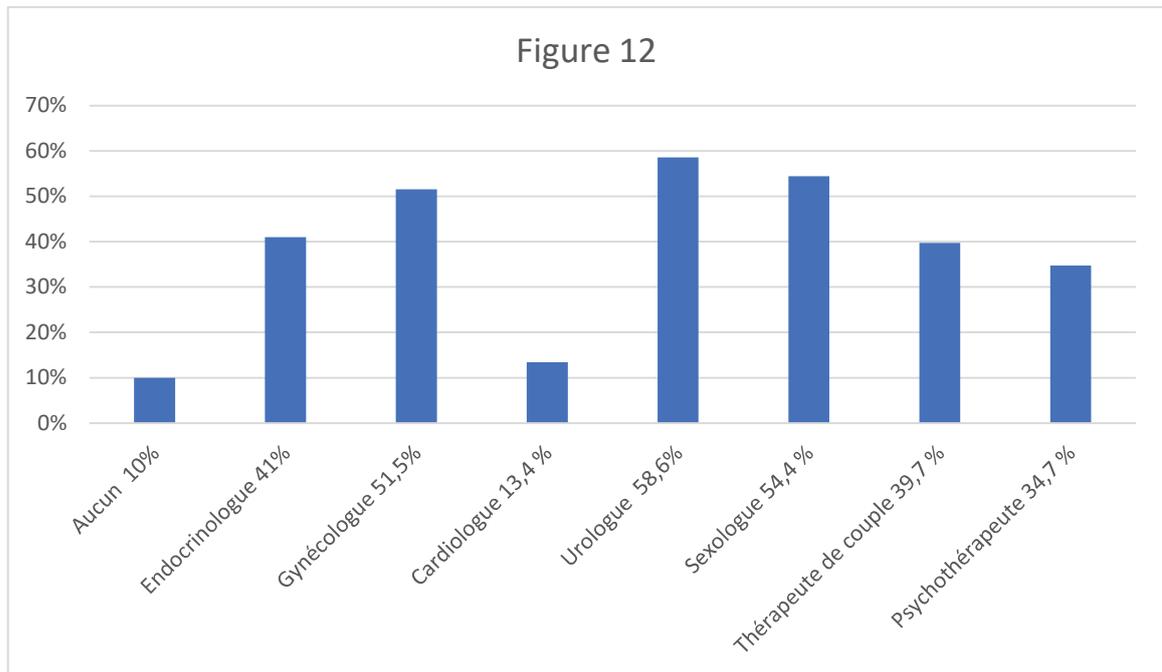
**Approche selon le sexe du patient :**

59,8 % des psychiatres déclarent qu'il n'y a aucune différence dans l'évaluation et la prise en charge selon le sexe de leur patient

**Les examens complémentaires prescrits en cas de dysfonction sexuelle sont :**

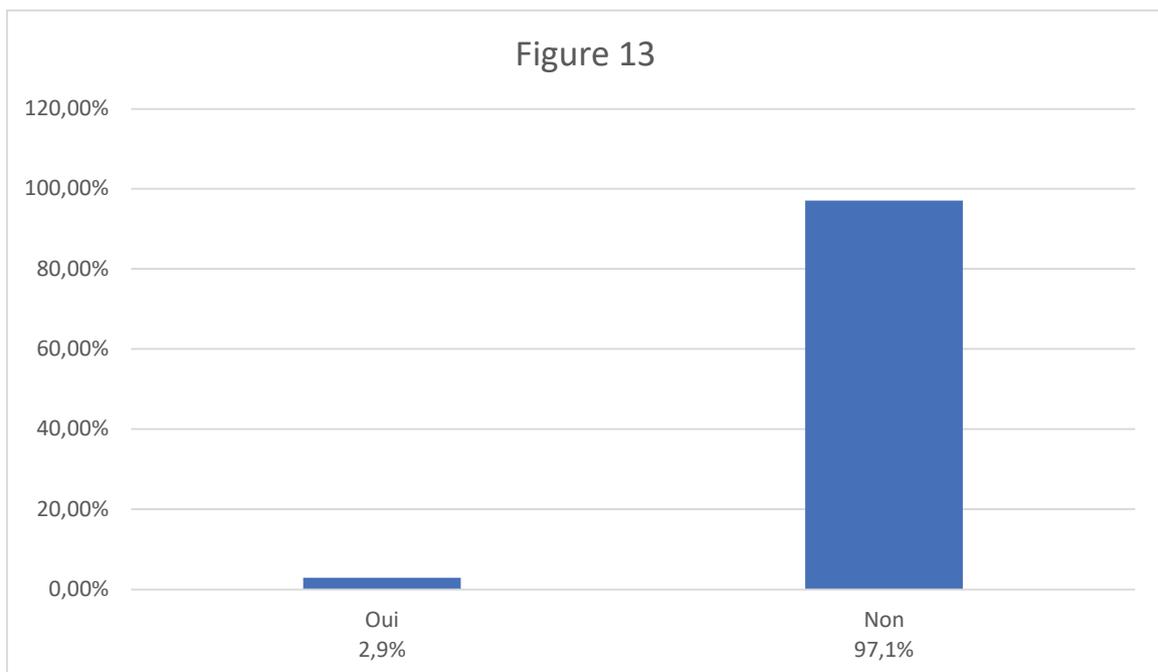
	Pourcentage de réponses (%)
Aucun	47,3
NFS, ionogramme sanguin, bilan hépatique, exploration des anomalies lipidiques, glycémie à jeun, fonction rénale	40,6
TSH	36
HbA1c si le patient est diabétique	29,3
Testostérone chez les hommes	20,5
Œstradiol, progestérone, FSH chez les femmes	18,8
Prolactine	40,2
PSA chez les hommes à partir de 50 ans	22,2
Bilan des maladies sexuellement transmissibles	20,1
ECG	15,9
Examen d'imagerie	3,3

**Orientation vers différents spécialistes aux cours des prises en charges :**

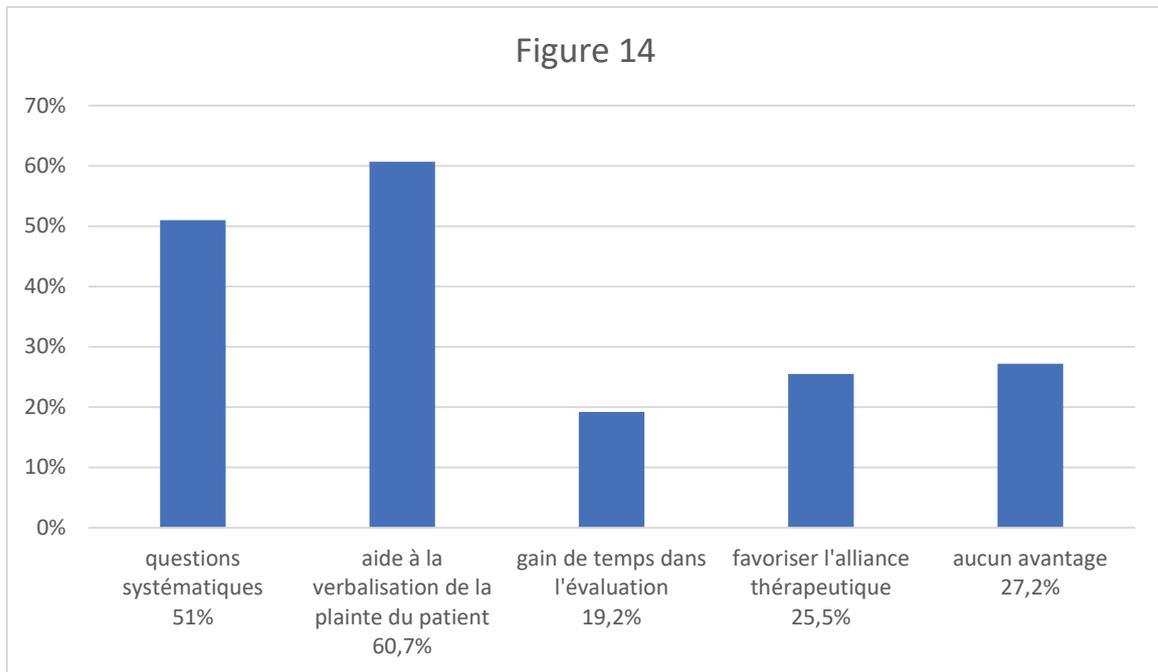


En texte libre à la fin du questionnaire, certains psychiatres ont précisé qu'ils orientent souvent en premier lieu les patients vers les médecins traitants.

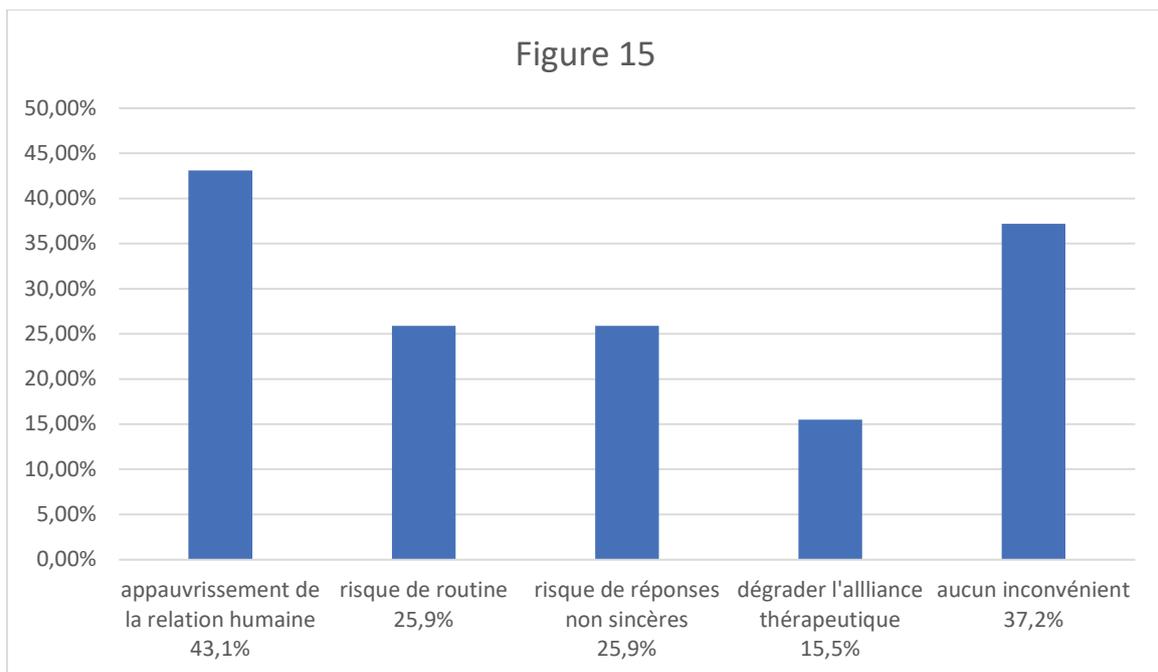
**Utilisation de questionnaires pour évaluer les dysfonctions sexuelles :**



**Avantages à l'utilisation de questionnaires standardisés simples pour évaluer les dysfonctions sexuelles :**



**Inconvénients à l'utilisation de questionnaires standardisés simples pour évaluer les dysfonctions sexuelles :**



**Propositions afin d'améliorer la prise en charge sexologique des patients en psychiatrie :**

	Pourcentage de réponses (%)
Proposer aux professionnels des questionnaires standardisés simples pour évaluer correctement les dysfonctions sexuelles en consultation	41,8
Établir des recommandations à l'usages des professionnels qui seraient par exemple publiées dans des revues psychiatriques connues, nationales ou internationales	56,5
Proposer aux professionnels des formations courtes de type FMC, DPC, formations durant l'internat	75,3
Inciter les psychiatres et les internes en psychiatrie à s'inscrire à un DIU de sexologie	22,2
Assurer une meilleure coordination du réseau existant	49,8
Réponses « autre » : <ul style="list-style-type: none"><li>- Importance des formations intermédiaires, moins lourd qu'un DIU et plus complet qu'un DPC.</li><li>- Importance de l'augmentation de moyens humains en termes de nombre de psychiatres afin de disposer de davantage de temps avec les patients pour aborder ces sujets, pour former les équipes infirmières à ces problématiques également.</li><li>- Il faudrait davantage de sexologues afin d'orienter plus facilement les patients.</li></ul>	Données non quantitatives

### III) DISCUSSION ET ANALYSE

#### 1) METHODOLOGIE ET REPRESENTATIVITE

Les limites de cette étude sont liées à la nature même d'une étude observationnelle avec l'usage d'un questionnaire sur un thème précis : il s'agit de l'existence de biais de sélection et d'information. Le premier biais s'explique par le fait qu'il s'agit d'un questionnaire orienté sur le sujet de la sexualité. Ce questionnaire a été envoyé à de nombreux psychiatres avec un taux de non-réponse important (difficile à quantifier dû au fait qu'il a été envoyé par plusieurs réseaux de diffusions plus ou moins importants à des moments différents) laissant penser que, possiblement, seuls les psychiatres réellement intéressés par ce thème auraient répondu à ce questionnaire. Ce biais a été en partie atténué par le fait qu'un nombre de réponse non négligeable a été obtenu directement en interrogeant les psychiatres lors de congrès nationaux : lorsque nous avons demandé à ces praticiens de répondre à notre questionnaire nous n'avons pas exposé immédiatement le sujet de notre étude, nous leur avons simplement demandé « auriez-vous le temps de répondre à une enquête pour un travail » et une fois obtenue une réponse positive, aucun praticien n'a refusé de répondre au questionnaire une fois le sujet d'étude énoncé.

Par ailleurs, l'enquête quantitative nécessitait un temps d'environ 20 minutes pour répondre à toutes les questions, la validation du questionnaire étant impossible si une question n'avait pas été traitée. Ce délai, jugé long par certains psychiatres dans leur commentaire en fin de questionnaire, a pu décourager un certain nombre d'entre eux à répondre à l'enquête.

Concernant le biais d'information, celui-ci s'explique par la nature auto déclarative de cette étude avec des questions fermées pouvant induire un certain nombre de réponses. Par conséquent, certaines données peuvent être accidentellement faussées. Nous sommes donc parfaitement conscients de cette limite et nous faisons valoir que l'objectif principal était d'obtenir une tendance sur les différentes approches des psychiatres en matière de prises en charges.

Les forces de cette étude résident dans sa rigueur méthodologique. Les réponses proposées par ce questionnaire en ligne ont été élaborées à l'aide des réponses apportées par l'enquête préliminaire (les réponses de l'enquête préliminaire n'avaient pas vocation à être analysées). Cela nous a donc permis d'élaborer un questionnaire pertinent pour évaluer la démarche diagnostique et thérapeutique des psychiatres.

Concernant l'étude préliminaire, les praticiens ont été interrogés sans connaître les interlocuteurs et donc sans a priori concernant leur formation ou leur orientation thérapeutique (neurobiologique, comportementaliste, systémique, analytique). Les réponses obtenues sur ces deux enquêtes proviennent également d'un échantillon national, avec un nombre de réponse significatif, donc davantage représentatif des pratiques des professionnels.

Enfin, sur la représentativité, nous notons que la répartition homme-femme est plutôt équilibrée : un peu plus de la moitié des répondants sont des femmes (55,6%). La répartition des âges est plutôt homogène. Nous constatons effectivement que les réponses proviennent de tout le territoire national avec, toutefois, des taux de réponses plus importants en Provence-Alpes-Côte d'Azur (17,2%), Auvergne-Rhône-Alpes (15,5%), Ile-de-France (13,4%) et Haut-de-France (12,1%). L'exercice libéral, en revanche, est sous représenté (84,1% des réponses proviennent de praticiens exerçant dans le public à titre exclusif).

## 2) DYSFONCTIONS SEXUELLES ET SITUATIONS SPECIFIQUES RENCONTREES PAR LES PSYCHIATRES

Concernant les dysfonctions sexuelles masculines, la dysfonction érectile est celle dont les patients se plaignent le plus (12 réponses « très souvent » et 60 réponses « souvent »). Concernant les troubles du désir, il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes avec un pic des réponses sur « parfois », alors qu'il s'agit d'un trouble fréquent en population générale et encore davantage en psychiatrie (Angst, 1998). Les femmes, d'après les psychiatres, ne se plaignent que très peu de troubles du désir et de douleurs.

Les situations des problématiques interpersonnelles (97,5%), de violences conjugales (94,1%), d'abus sexuels (98,7%) et de conduites à risques (95%) sont quasiment systématiquement retrouvées en consultation.

Les notions de violences et d'abus sont des facteurs bien connus pour être des facteurs de risques de bon nombre de pathologies psychiatriques. Les conduites à risques en sont le plus souvent des conséquences.

Les autres situations se rencontrent aussi dans des proportions significatives mais moins importantes (dysphorie de genre 61,9%, problématique découlant d'une homosexualité 76,5%,

sexualité avec prises de substances 62,8%, hypersexualité 58,1%, conséquence d'une maladie somatique sur la sexualité 58,1%, paraphilie 39,7%).

Quel est l'intérêt de ce constat ? D'une part, les problématiques en lien avec la sexualité ne se limitent pas aux seules dysfonctions sexuelles et d'autres part, bon nombre de ces problématiques s'imbriquent avec les facteurs de risques et les symptômes des pathologies psychiatriques. Ces situations sont, de toute façon, à prendre en compte dans nos évaluations.

### 3) LIEN BIDIRECTIONNEL ENTRE TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET TROUBLES SEXUELS

L'étude a bien mis en évidence un lien bidirectionnel entre les troubles psychiatriques et les troubles sexuels.

Lorsqu'un patient souffre d'un trouble sexuel, il peut y avoir effectivement une répercussion notable sur la psychopathologie. Selon les psychiatres interrogés, il s'agit avant tout d'une aggravation d'un trouble anxieux dans 90,4 % des cas, puis d'un trouble de l'humeur dans 79,1 % des cas, puis addictif pour 77,8 % des cas, et de troubles du comportement alimentaire dans 51,5 % des cas. L'aggravation d'un trouble psychotique est possible, selon 37,2 % des psychiatres interrogés.

De plus, la moitié environ des psychiatres interrogés (48,1%) pense qu'une altération dans la sphère sexuelle peut occasionner une dégradation de l'alliance thérapeutique, quand 88,7 % pensent qu'il peut y avoir une mauvaise observance au traitement.

Concernant le lien inverse, au total 90,8 % des psychiatres pensent que, la plupart du temps, ou de temps en temps, un trouble psychiatrique peut occasionner un trouble sexuel.

Ces données vont dans le sens des notions abordées dans la partie théorique de ce travail.

### 4) CONSEQUENCES DE LA IATROGENIE SUR LA SEXUALITE

Dans l'enquête qualitative, nous n'avons pas posé de question spécifique sur la iatrogénie (annexe 4) mais cette notion a été abordée massivement par les psychiatres interrogés, dans

leurs réponses aux différentes questions). Nous avons donc choisi d'individualiser une question spécifique dans notre enquête quantitative.

99,6 % des psychiatres reconnaissent un lien étroit entre dysfonction érectile et iatrogénie. Il en est de même pour les troubles du désir chez les deux sexes (95,8%).

Rappelons que l'éjaculation est médiée par la sérotonine qui a pour action de l'inhiber ou de la ralentir. C'est pour cela que les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine constituent l'un des traitements de l'éjaculation prématurée car ils retardent l'éjaculation. Par conséquent, la iatrogénie n'entre pas directement en compte dans l'étiologie d'une éjaculation prématurée. Curieusement, 54,8 % des psychiatres pensent que l'éjaculation prématurée peut être d'origine iatrogène.

En revanche, si un patient est traité par un antidépresseur qui inhibe la recapture de la sérotonine l'éjaculation risque d'être retardée, ce qui est cohérent avec la réponse des psychiatres qui ont répondu à 87,8 % que la iatrogénie peut entrer en compte dans l'éjaculation retardée.

De même, chez la femme, les neuroleptiques et les antidépresseurs retardent l'orgasme, ce que soulignent 88,7 % des psychiatres.

Enfin, 41,4 % des psychiatres soulignent que la iatrogénie peut entrer en compte dans les troubles douloureux chez la femme. En vérité, le mécanisme d'action est indirect, c'est-à-dire que cela est possible par un trouble du désir et de la lubrification.

Il ne faut jamais oublier, dans l'évaluation de la iatrogénie, les traitements non psychotropes. Par exemple, les traitements antihypertenseurs sont très souvent pourvoyeurs de dysfonctions sexuelles, comme l'explique l'article de Bouhanick et al en 2019.

## 5) L'ABORD DE LA SEXUALITE

Les psychiatres ont des représentations sur le non-abord de la sexualité par le patient correspondant à des situations en rapport avec une gêne, la plus pondérée étant la sensation de honte à 84,2 %. Vient ensuite la peur du jugement pour 64,4 % des psychiatres, puis la notion de sujet tabou pour 61,5 % d'entre eux et enfin la honte dans 58,2 % des cas.

Les psychiatres reconnaissent pour 68,2 % d'entre eux qu'il est impératif qu'une relation de confiance ce fasse afin d'aborder sereinement ces problématiques.

La différence homme/femme thérapeute/patient entre en compte dans 40,2% des cas sur le non-abord d'un sujet en lien avec la sexualité.

Nous nous sommes aussi interrogés sur la place de la sexualité parmi les différentes problématiques qui concernent les patients. Il se trouve que 42,7% des psychiatres notent qu'il s'agit d'une problématique secondaire.

Majoritairement, les praticiens valident le fait que le patient attend que le psychiatre en parle en premier à 56,9 % mais, paradoxalement, ils ne sont que 35,6 % à admettre aborder très souvent ou souvent de leur propre initiative ces questions.

Mais quelles sont les raisons expliquant que les psychiatres n'abordent pas eux-mêmes le sujet de la sexualité en consultation ?

Dans un peu moins de la moitié des cas, la raison évoquée est en rapport avec l'inadéquation de la situation, c'est-à-dire lorsque la demande du patient ne s'y prête pas (45,2%), et quand la relation thérapeutique ne le permet pas (46,4%).

23,8% des psychiatres interrogés disent avoir une formation insuffisante pour pouvoir aborder ces sujets, un défaut d'expérience pour 12,6 % d'entre eux, et enfin un défaut d'outils dans 11,3 % des cas. Par ailleurs, dans 7,1 % des cas, les psychiatres ne savent pas que faire de l'information obtenue.

Un manque de temps est rapporté pour 14,6 % d'entre eux, tandis que 17,2 % disent tout simplement oublier d'aborder ces sujets.

Nous nous sommes intéressés à certaines réponses apportées par les psychiatres titulaires d'un DIU de sexologie. L'oubli est rapporté dans 9 % des cas. Concernant les réponses « manque de temps », « manque d'outils », « manque de formation » et « manque d'expérience », seule la réponse « manque de temps » capitalise 27,2% des répondants (plus élevé que les 14,6 % de tous les répondants) mais, en revanche, les trois autres items ne comptent aucune réponse. Enfin, 45,4 % de ces psychiatres déclarent aborder systématiquement ces sujets.

Enfin, nous avons voulu savoir en détail quelles sont les résistances, c'est-à-dire les freins à l'abord.

On retrouve ici la peur de provoquer une gêne chez le patient dans 36,4 % des cas, de le blesser dans 10,5 % des cas.

Il peut y avoir une peur que ce soit interprété par le patient comme une tentative de séduction dans 7,1 % des cas.

Enfin 54 % déclarent n'avoir aucune résistance, et 10,5 % ne savent pas s'ils en ont.

La peur d'entraîner une décompensation est très minoritaire, pour 1,7 % des cas.

Chez les psychiatres titulaires d'un DIU de sexologie, les réponses sont différentes : 18,2 % d'entre eux déclarent avoir peur de provoquer une gêne chez le patient, et 81,8 % estiment ne pas en avoir. Les autres items ne comptent aucune réponse.

## 6) PRISE EN CHARGE DES TROUBLES EN LIEN AVEC LA SEXUALITE

### a) Représentations des psychiatres sur les attentes des patients

L'attente majoritaire est l'écoute (75,3%), également l'arrêt ou changement de traitement psychotrope (74,9%). Il est également souligné la relation de confiance avec le thérapeute (61,1%) et la satisfaction sexuelle (54,8%).

Selon les psychiatres interrogés, une prise en charge psychothérapique (40,6%) serait préférée à une prise en charge médicamenteuse (24,3%).

### b) Raisons justifiantes une prise en charge des troubles en lien avec la sexualité

L'immense majorité des psychiatres reconnaissent que traiter les troubles sexuels permet d'améliorer la qualité de vie des patients (95 %), ils reconnaissent à 86,6 % que cela permet de favoriser l'observance des traitements et l'alliance thérapeutique.

76,2 % disent que ces troubles doivent être traités pour améliorer le fonctionnement familial et de couple.

### c) Cheminement clinique des psychiatres

Les professionnels sont nombreux à prendre le temps d'écouter leur patient sur ces problématiques (88,7%). En somme, les approches classiques en psychiatrie sont réalisées dans la majorité des cas comme approfondir l'interrogatoire (77%), psychothérapie (70,4%), rechercher une cause iatrogène (88,3%), modifier le traitement psychotrope (74,5%).

Peu de psychiatres proposent de recevoir le partenaire (15,5%) et prescrivent des examens complémentaires (12,6%). Une très faible proportion d'entre eux réalisent l'examen clinique (2,1 %).

Les orientations vers d'autres professionnels sont faites pour la moitié d'entre eux environ (orientation vers un sexologue dans 45,6% des cas, orientation vers un médecin non-psychiatre dans 54 % des cas).

Les psychiatres interrogés pendant cette étude sont 56,5 % à demander que soit établies des recommandations à leur usage, pourtant il existe de nombreuses revues publiant des recommandations pour les professionnels. Nous citons par exemple la revue *Sexologies* (Colson et al, 2018) qui a publié en 2018 des recommandations d'aide à la prise en charge de la dysfonction érectile.

Les auteurs répondent clairement aux questions sur les critères diagnostiques, les examens complémentaires, les orientations vers d'autres professionnels, les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de première intention. Il est par exemple rappelé que pour une dysfonction érectile sans facteur de complexité (c'est-à-dire secondaire, sans autre troubles sexuel associé, dont la durée n'est pas un facteur de complexité et avec une capacité érectile résiduelle) il est tout à fait possible de prescrire en première intention un traitement d'aide à l'érection (en complément d'informations sexuelles et de conseils d'hygiène de vie). Pourtant, dans notre étude, seuls 23,4% des psychiatres peuvent proposer ce traitement à leur patient.

#### d) Les examens complémentaires prescrits en cas de dysfonction sexuelle

Ils ne sont pas prescrits pour 47,3 % d'entre eux. Les psychiatres titulaires d'un DIU prescrivent davantage car seuls 36,4 % d'entre eux n'en prescrivent aucun.

Le plus souvent, il est prescrit un bilan standard (40,6%), un dosage de la prolactine (40,2 %) et de la TSH (36 %).

Dans certaines situations, les psychiatres peuvent demander à vérifier l'équilibre d'un diabète au moyen de l'HbA1C (29,3 % des psychiatres).

Les dosages hormonaux ne sont réalisés que pour un psychiatre sur cinq avec (20,5 % pour les patients et 18,8 % pour les patientes). Le dépistage des maladies sexuellement transmissibles et le dosage du PSA chez l'homme se réalisent dans le même ordre de grandeur (respectivement 20,1 % et 22,2 %).

L'ECG est peu réalisé, dans 15,1 % des cas. Très peu prescrivent des examens d'imagerie (3,3 %).

Chez les psychiatres titulaires d'un DIU de sexologie les réponses sont globalement du même ordre ou légèrement supérieures, à l'exception des dosages hormonaux : 54,5 % des

psychiatres pour la testostérone, 36,4 %, pour les hormones féminines, 54,5 % pour la prolactine.

e) Orientation vers différents spécialistes aux cours des prises en charges

Le praticien le plus représenté est l'urologue (58,6 %), devant le praticien sexologue (54,4 %). Viennent ensuite le gynécologue (51,5 %), l'endocrinologue (41%), le thérapeute de couple (39,7%), le psychothérapeute (34,7%). Dans cette étude, nous n'avons pas fait la différence entre le sexologue médecin et le sexologue non médecin.

Dans la même lignée que la prescription d'ECG, l'orientation vers un praticien cardiologue est minoritaire, pour 13,4 % des psychiatres interrogés.

Au cours de l'étude qualitative, aucun praticien n'a donné une réponse dans le sens d'une exploration dans le domaine cardiovasculaire. Nous avons choisi, malgré tout, d'intégrer ce paramètre dans l'enquête quantitative à la vue de l'importance des facteurs de risques cardiovasculaires dans la survenue des troubles de l'érection. Ces faibles taux de réponse dans cette étude nous font poser l'hypothèse d'un manque de formation et de sensibilisation des psychiatres sur les comorbidités cardiovasculaires pourtant bien présentes chez les patients souffrants de troubles psychiatriques. Ici encore, Colson et al en 2018 expliquent bien le poids des facteurs de risques cardiovasculaires et les explorations à mener. En effet les troubles de l'érection peuvent être un des premiers symptômes d'une cardiopathie ou d'une artériopathie chez les patients vasculaires, surtout si alcool-tabagiques.

Enfin 10 % admettent ne pas orienter leur patient.

Chez les psychiatres titulaires d'un DIU de sexologie, la tendance de la question précédente sur l'importance du paramètre endocrinien se confirme car 81,8 % d'entre eux orientent leur patient à un confrère endocrinologue. Etonnamment 81,8 % des psychiatres titulaires du DIU orientent leur patient à un confrère sexologue. Ce taux de réponse élevé interroge car nous ne savons pas si ces psychiatres sexologues orientent leur patient vers d'autres confrères sexologues dans le cadre du travail en réseaux ou s'ils orientent vers des confrères sexologues car ils ne pratiquent pas l'exercice de la sexologie malgré la délivrance du diplôme du DIU.

Dans cette étude, les psychiatres sont 49,8 % à demander que soit assurée une meilleure coordination du réseau existant.

Bien évidemment, il ne faut pas négliger l'importance du médecin traitant.

- f) Utilisation de questionnaires pour évaluer les dysfonctions sexuelles, avantages et inconvénients à leur usage

Très peu de psychiatres utilisent des questionnaires pour évaluer les dysfonctions érectiles (2,9 %). Ce taux de réponse s'élève à 36,4 % chez les titulaires d'un DIU de sexologie.

Nous rappelons les outils validés en français introduits dans la partie théorique de ce travail : l'ASEX, score IIEF et FSFI. Ces outils sont peu connus mais pourraient être une aide pour les psychiatres, notamment l'échelle ASEX validée pour certains troubles psychiatriques. L'échelle IIEF est d'utilisation simple mais spécifique des troubles de l'érection. L'échelle FSFI est d'utilisation plus complexe.

Concernant les échelles SCS-M et SCS-W, il s'agit d'échelles en langue anglaise non encore validées en français.

Dans notre étude, environ la moitié des répondant reconnaissent l'avantage du caractère systématique d'un questionnaire (51%), un peu plus estiment que cela permet d'aider le patient à verbaliser sa plainte (60,7%). Il peut s'agir d'un gain de temps pour l'évaluation dans 19,2 % des cas.

Les inconvénients sont plutôt minoritaires d'après les réponses.

Seuls 43,1 % estiment qu'il s'agit d'un appauvrissement de la relation, 25,9 % estiment qu'il y a un risque routinier à la passation de ces derniers avec des réponses non sincères.

A l'extrême 27,2 % estiment qu'il n'y a aucun avantage à l'utilisation de ces outils et 37,2% estiment qu'il n'y a aucun inconvénient.

Concernant l'alliance thérapeutique 25,5 % disent que cela vient renforcer cette dernière tandis que 15,5 % pensent l'inverse.

Il pourrait être intéressant de faire connaître aux professionnels les échelles existantes et de proposer dans une étude ultérieure une validation du SCS-M et SCS-W pour aider tout professionnel non familier avec la sexologie (psychiatres ou autres spécialités médicales) dans le cadre du dépistage des dysfonctions sexuelles. Ces échelles n'ont pas pour but de supplanter

la démarche diagnostique médicale classique mais de la compléter. Elles ont pour avantage, d'une part, de mettre en évidence le trouble présenté par le patient et surtout, d'autre part, de savoir s'il est demandeur d'une prise en charge. Dans cette étude les psychiatres, à 41,8%, plébiscitent ces questionnaires standardisés pour mieux évaluer les dysfonctions sexuelles. Les praticiens seraient libres de les proposer aux patients ou pas selon la pertinence clinique.

## 7) DIFFERENCES D'APPROCHES SELON LE(A) PATIENT(E) QUI VIENT CONSULTER

### a) Personne âgée

Trois psychiatres sur cinq déclarent moins prendre en compte la sexualité de la personne âgée (59,8 %). Les psychiatres titulaires d'un DIU de sexologie semblent mieux prendre en compte leur sexualité puisque 45,4 % d'entre eux déclarent moins prendre en compte leur sexualité.

### b) Sexe du patient

Trois psychiatres sur cinq déclarent qu'il n'y a aucune différence dans l'évaluation et la prise en charge, selon le sexe de leur patient (59,8%).

L'enquête qualitative nous a montré que toutes les situations sont possibles, certains praticiens hommes ont l'impression d'avoir plus de facilité avec les patientes femmes ou inversement, certaines praticiennes femmes sont plus à l'aise avec les hommes ou inversement.

### c) Patient souffrant d'un trouble psychotique

Cette question ne figurait pas initialement dans le guide d'entretien de l'enquête préliminaire. Elle a été individualisée rapidement par une question dédiée, devant les réponses apportées sur ce thème par les psychiatres, à l'occasion des autres questions posées, et ce, dès les premiers entretiens réalisés. Les réponses obtenues se sont avérées très intéressantes mais il nous a semblé finalement complexe de rajouter à l'étude quantitative les particularités de la prise en charge sexologique des patients psychotiques car il serait préférable d'effectuer un travail plus approfondi et dédié uniquement à cette thématique. Nous avons choisi, néanmoins, de consigner

les réponses obtenues par l'enquête préliminaire afin de communiquer les principales problématiques et de permettre une ouverture sur un travail dédié aux problématiques de cette population.

Dans l'enquête qualitative (annexe 6), il est donc souligné l'importance de ne pas stigmatiser les patients dans leur sexualité, l'importance de la prise en compte des risques iatrogènes, la prudence dans l'indication des sexothérapies, l'importance d'attendre que le patient soit stabilisé pour aborder le sujet. Les psychiatres soulignent la complexité de la prise en charge de ces patients, dû à leur pathologie et à leur relation aux autres.

#### d) Orientation sexuelle

Au cours de l'enquête préliminaire, il ressort de nombreuses réponses allant dans le sens d'une absence de différence dans leur prise en charge mais certains psychiatres ont souligné l'importance de la prise en compte des facteurs socio-culturels, de s'adapter aux problématiques de ces populations, ainsi que l'importance de leur porter une attention particulière devant les profils particuliers (souffrances plus importantes, par ailleurs soulignées par 76,5 % des psychiatres dans l'enquête quantitative).

Là encore, il serait intéressant d'effectuer une recherche sur les problématiques de ces populations et de porter la réflexion sur comment sensibiliser les professionnels sur les attentes de prise en charge de ces patients, tant sur le plan psychiatrique, addictologique et sexologique. Nous n'avons donc pas plus développé ce sujet dans l'enquête quantitative pour la même raison que celle évoquée précédemment concernant les patients souffrant d'un trouble psychotique.

#### 8) FORMATION

60,7 % des psychiatres interrogés dans cette étude déclarent n'avoir reçu aucune formation en sexologie. Seuls 4,6% des psychiatres sont titulaires d'un DIU de sexologie. Une partie relative d'entre eux déclare s'être formée avec des formations courtes (21,3%) et des lectures personnelles sur ce thème (25,5%).

Améliorer la formation, toute formation confondue, est plébiscitée par 75,3 % des psychiatres.

Concernant le DIU de sexologie, seuls 22,8 % des psychiatres pensent qu'il faudrait inciter les praticiens à s'y inscrire, ce taux de réponse s'élève à 54,5 % chez les répondant titulaires du DIU de sexologie.

## CONCLUSION

Freud fut l'un des précurseurs en matière d'abord de la sexualité. Il disait « *il faut être convaincu de la nécessité d'aborder les sujets sexuels avant d'entreprendre le traitement* ». Pour lui, l'abord de cette thématique ne posait pas de problème pour la prise en charge, bien au contraire : « *on peut parler avec des femmes de choses sexuelles sans leur porter préjudice et sans éveiller de soupçons contre soi à condition d'adopter une certaine manière de faire et de convaincre les patientes qu'il s'agit là d'un sujet inévitable* ». Enfin, pour lui « *les occasions d'aborder ces questions ne manquent pas* » (citations extraites du cas Dora dans les Cinq psychanalyses).

Ce neurologue de formation, qui s'orienta plus tard vers la psychiatrie et la psychanalyse a été très critiqué par ses confrères. Cette thématique en a constitué l'une des raisons.

Aujourd'hui, le débat est moins brulant mais force est de constater que la sphère sexuelle est encore mise de côté par certains médecins dans leur prise en charge.

Les situations sont variées et ne concernent pas uniquement et directement les dysfonctions sexuelles « mécaniques », mais peuvent être en lien avec l'identité, l'affect, le relationnel, les conséquences psychologiques d'un traumatisme, etc.

Les liens entre troubles psychiatriques et troubles sexuels sont clairement établis et sont souvent bidirectionnels.

Même si nous mettons en avant, pour motifs de non-abord, un manque de temps, de formation, une appréhension de parler de ces sujets, il n'en reste pas moins impératif de le faire car les enjeux sont les mêmes que pour toute problématique en psychiatrie : soulager les souffrances de nos patients, améliorer leur qualité de vie souvent si injustement altérée par les circonstances de la vie, remontant dès la petite enfance pour certains. Dans le cadre de notre métier de psychiatre, nous rencontrons de nombreuses situations qui nous demandent beaucoup de temps et face auxquelles nous avons l'impression de ne pas être suffisamment formés. Certaines situations médico-légales peuvent également nous faire très peur, pour autant, nous y faisons face malgré tout... pourquoi en serait-il autrement pour les troubles en lien avec la sexualité ?

Les attentes des patients sont réelles mais les psychiatres, malgré un manque de formation dans ce domaine, connaissent le cheminement clinique, finalement le même qui nous a été enseigné dès le début de nos études et que l'on applique tous les jours dans notre raisonnement diagnostique et thérapeutique en psychiatrie. C'est ce qui a été montré dans cette étude, à travers l'évaluation de la plainte des patients notamment au moyen de l'écoute et par le biais de

questions simples sur leur fonctionnement actuel mais aussi par le lien avec nos confrères non-psychiatres, la prescription d'examens complémentaires et la proposition d'une thérapeutique, qu'elle soit médicamenteuse ou psychothérapique.

Il est essentiel d'évaluer l'impact de tous traitements prescrits et d'évaluer la balance bénéfique/risque, y compris dans le domaine de la sexualité.

La formation des professionnels doit être encouragée y compris par des formations courtes. Il serait intéressant de favoriser le travail en réseau ou tout au moins d'assurer une meilleure coordination du réseau existant (par exemple, par la création d'un parcours de soins dédié).

L'utilisation d'outils existants doit être encouragée, ces échelles peuvent être une aide complémentaire à l'évaluation médicale classique. L'échelle Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) pourrait être intéressante. Nous pensons qu'il serait opportun de développer des outils de dépistages rapides des dysfonctions sexuelles pour mieux les prendre en charge. Par exemple, il pourrait s'avérer judicieux d'effectuer un travail de recherche pour une validation en français de l'échelle Sexual Complaints Screener (SCS) élaborée par la société internationale en médecine sexuelle.

Afin de synthétiser ce travail et pour proposer une aide aux professionnels, nous proposons une conduite à tenir pour les psychiatres pour savoir que faire en présence d'une plainte sexuelle :

En présence d'une plainte sexuelle :

- Pratiquer **l'écoute** : cela permet déjà de soulager en partie le patient de sa souffrance en la verbalisant ;
- Eventuellement, signifier au patient qu'on a entendu sa plainte et lui faire savoir (si besoin) qu'il est possible de **consacrer une consultation dédiée à cette plainte**, par exemple dès la prochaine consultation ;
- Poser des questions sur son **fonctionnement sexuel antérieur** au trouble ;
- **Evaluer la fonction sexuelle actuelle** avec un vocabulaire adapté mais accessible à la compréhension du patient. On évalue le désir, l'excitation, l'orgasme, l'imaginaire, la douleur et la satisfaction de la vie sexuelle. Si manque de formation ou si praticien non à l'aise, ne pas hésiter à s'aider du questionnaire ASEX (annexe 1) et des questionnaires évaluant spécifiquement un trouble sexuel donné (ex. IIEF pour les troubles de

l'érection, les questionnaires standardisés sont accessibles sur le site de l'association française d'urologie) ;

- Evaluer les possibilités que les symptômes sexuels puissent faire partie de la **symptomatologie psychiatrique**. Le cas échéant, proposer un traitement du trouble psychiatrique (exemple traitement d'une dépression), en prenant le temps de donner des explications au patient ;
- Rechercher les **antécédents médicaux et chirurgicaux, les traitements en cours, les consommations de toxiques du patient** afin de prendre en compte les éventuelles causes organiques et pour orienter la suite des explorations ;
- Si une pathologie organique active est suspectée, ne pas hésiter à se **mettre en lien avec le médecin traitant** du patient, ou à **orienter** le patient, au moindre doute, vers le spécialiste d'organe concerné ou même à prescrire soi-même un bilan biologique (au minimum bilan standard, thyroïdien, hormones sexuelles, prolactine) ;
- Evaluer l'axe de la **iatrogénie** (traitement psychotrope mais pas seulement : antihypertenseur, bétabloquant, ...) ;
- Prendre en compte les aspects **relationnels** c'est-à-dire au niveau du couple : l'histoire du couple, la communication, le temps dédié exclusivement au couple au cours d'une journée, la vie érotique, demander s'il existe une éventuelle relation extra conjugale. Proposer de recevoir le ou la partenaire, selon les cas. Si le patient n'est pas en couple, cela ne dispense pas d'évaluer les aspects relationnels (exemple : relations sexuelles occasionnelles) ou même de constater l'absence de lien relationnel ;
- Ne pas négliger **d'évaluer l'impact de l'environnement** comme le travail, parfois source de stress ;
- Ne jamais perdre de vue qu'un trouble sexuel s'explique rarement par une cause unique mais est souvent **multifactoriel** (organique/endocrinien et/ou psychologique et/ou relationnel et/ou environnemental). Il est possible, par exemple, de traiter une dépression et de proposer un traitement d'aide à l'érection : **la démarche diagnostique et thérapeutique n'est pas exclusive** ;
- Que ce soit au moment de l'écoute initiale ou plus tard, demander au patient ce qu'il pense de sa plainte, **rassurer** le patient, mettre des mots sur sa souffrance, **reformuler** sa plainte (ex. « *vous souffrez d'un trouble de l'érection* ») et, dans tous les cas, **expliquer** la physiopathologie du trouble sexuel. Souvent, des **conseils simples** peuvent améliorer les troubles sexuels;

- **Ne pas travailler seul** : orienter les patients vers les spécialistes d'organes, ou sexologues au moindre doute ou si l'on se trouve dans l'impasse diagnostique ou thérapeutique ;
- Ne pas hésiter à **s'aider de recommandations/revues** pour la prise en charge ou ne serait-ce que pour pouvoir expliquer au patient dans quelle direction on s'oriente ;
- Ne pas hésiter à **se former**, même par des programmes de formations courtes ;
- Ne pas hésiter à **poser des questions si le patient n'aborde pas le sujet**, cela n'entravera jamais l'alliance thérapeutique, bien au contraire. Le fait d'en parler laisse au patient la porte ouverte pour plus tard, si le patient ne s'attarde pas davantage sur le sujet

## **BIBLIOGRAPHIE**

Association Française d'Urologie : Questionnaires recommandés en médecine sexuelle : site internet : <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/les-questionnaires-recommandes-en-medecine-sexuelle>

American Psychiatric Association : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM5) 2015

Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. Int Clin Psychopharmacol 1998 ; 13 (Suppl.6) : S1-S4 cité par Soldati et al 2016 et Porto 2014

Bouhanick B, Blacher J, Huyghe E, Colson MH, Boivin JM, Mounier-Vehier C, Denolle T, Fauvel JP. Dysfonction érectile et traitement antihypertenseur : impact des différentes classes thérapeutiques et conduite à tenir à l'égard du traitement. La Presse Médicale Volume 48, issue 11, Part 1, November 2019, 1222-1228

Briki M, Haffen E, Monnin J, Tio G, Nicolier M, Sechter D, Vandel P. Validation française de l'échelle psychométrique ASEX d'évaluation des troubles sexuels dans la dépression. L'Encéphale 2014 ; 40, 114-122

Collège National des Universitaire de Psychiatrie (CNUP). Référentiel de psychiatrie et d'addictologie 2016

Colson MH , Cuzin B , Faix A , Grellet L , Huyghes E. Algorithmes de prise en charge du patient souffrant de dysfonction érectile. Sexologies 2018. 27, 72-77

Colson MH , Cuzin B , Faix A , Grellet L , Huyghes E. Démarche diagnostique et prise en charge du patient souffrant de dysfonction érectile, actualisation et consignes pratiques. Sexologies 2018. 27, 23-30

Courtois F, Bonierbale M. Médecine sexuelle, fondements et pratiques 2016

CRIR-AVS. Site internet : <https://www.ffcriavs.org/>

Fekih-Rombdhane F, Elkissi Y, Nacef F. Evaluation de la fonction sexuelle dans un groupe d'hommes bipolaires de type 1 en rémission. *Sexologies* 2015 ; 24, 93 - 100

Freud S. Le cas Dora. Cinq psychanalyses 1935

Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. In : Bloy G, Schweyer FX, editors. *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes : EHESP 2010. 147 – 67 cité par Zeler et al 2017

Hatzichristou D, Roser RC, Derogatis LR, Low W, Meuleman EJH, Sadovsky R, Symonds T. Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*. January 2010. Vol 7, issue 1, part 2, 337-348

Korchia T. Mémoire de DIU de sexologie. Etude nationale sur la prise en charge sexologique des patients psychotiques, réalisée auprès de 235 internes de psychiatrie, ainsi que sur leurs approches globales en matière de sexologie 2018

Libert AE. Mémoire de DIU de sexologie. L'abord de la sexualité en entretien psychiatrique : les psychiatres questionnés sur la fréquence, la pertinence et les freins 2018

Mandon V. Mémoire de DIU de sexologie. Abord de la sexualité en consultation psychiatrique : enquête auprès des praticiens hospitaliers 2017

Mialon A, Berchtold A, Michaud PA et al. Sexual dysfunctions among young men : Prevalence and associated factors. *J Adolesc Health* 2012 ;51 :25-31 cité par Soldati et al 2016

Pairin JM. Thèse en médecine. Evaluation de la qualité de vie sexuelle chez les patients schizophrènes : étude observationnelle à travers la passation de l'échelle Arizona Sexual Experience Scale 2015

Porto R. Dépression et sexualité. *La Presse Médicale* 2014 ; 43 : 1111-1115

Sansone RA, Chu JW, Wiederman MW. Sexual behavior and borderline personality disorder among female psychiatric inpatients. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2011 ; 15 :69-73 cité par Soldati 2016

Shabsigh R, Klein LT, Seidman S, Kaplan SA, Lehrhoff BJ, Ritter JS. Increased incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction. *Urology* 1998 ; 52 :848-52 cité par Porto R 2014

Soldati L Troubles sexuels chez les patients atteints d'un trouble psychiatrique. *Revue Med Suisse* 2016 ; 12 : 544-7

Tardieu S, Micallef J, Bonierbale M, Frauger E , Lançon C , Blin O. Comportements sexuels chez le patient schizophrène :impact des antipsychotiques. *L'Encéphale* 2006 ; 32 : 697-704, cahier 1

Wimberly Y, Hogben M, Fry-Johnson. Sexual history-talking among primary care physicians. *J Nat Med Assoc* 2006 December ; 98 (12) : 1924-29 cité par Mandon 2017

WHO. Santé sexuelle : site internet : [https://www.who.int/topics/sexual\\_health/fr/](https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/)

Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France 2017 ; 26, 136 - 145

## Annexe 1 : Echelle ASEX (Arizona Sexual Experience Scale)

Pour chaque question, entourer la réponse correspondant à votre état général pour la semaine précédente, y compris aujourd'hui.

### 1- Comment sont vos « pulsions » sexuelles (désir sexuel) ?

1	2	3	4	5	6
Extrêmement fortes	Très fortes	Assez fortes	Assez faibles	Très faibles	Absentes

### 2- Avec quelle facilité êtes vous excité(e) sexuellement ?

1	2	3	4	5	6
Extrêmement facilement	Très facilement	Assez facilement	Assez facilement	Très difficilement	Jamais

#### VERSION HOMME

### 3- Pouvez-vous facilement avoir et garder une érection durant l'excitation sexuelle ?

1	2	3	4	5	6
Extrêmement facilement	Très facilement	Assez facilement	Assez facilement	Très difficilement	Jamais

#### VERSION FEMME

### 3- Avec quelle facilité se fait la lubrification vaginale durant l'excitation sexuelle ?

1	2	3	4	5	6
Extrêmement facilement	Très facilement	Assez facilement	Assez facilement	Très difficilement	Jamais

### 4- Avec quelle facilité pouvez-vous avoir un orgasme ?

1	2	3	4	5	6
Extrêmement facilement	Très facilement	Assez facilement	Assez facilement	Très difficilement	Jamais

### 5- Vos orgasmes sont-ils satisfaisants ?

1	2	3	4	5	6
Extrêmement satisfaisants	Très satisfaisants	Assez satisfaisants	Assez insatisfaisants	Très insatisfaisants	Jamais

Commentaires.

## Annexe 2 : Echelle SCS-M (Sexual Complaints Screener for Men)

### Sexual Complaints Screener for Men (SCS-M)

This screener is a series of questions concerning your sexual experiences during the last 6 months. Each question can be answered by circling the condition that best characterizes your personal experience. Sexual activity includes any kind of activity aimed at experiencing sexual satisfaction and enjoyment. The term sexual activity does not necessarily include sexual intercourse (vaginal or/and anal penetration)

<p>1a) Some men experience lack of or low sexual interest/desire in sex. Has this happened to you during the last 6 months?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Never/almost never</li> <li>2. Rarely</li> <li>3. Sometimes</li> <li>4. Often</li> <li>5. Almost all the time /Almost always</li> </ol>	<p>1b) Has this been a personal problem for you?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Not at all a problem</li> <li>2. A very small problem</li> <li>3. Some problem</li> <li>4. A considerable problem</li> <li>5. A very great problem</li> </ol>
<p>2a) Some men find that they need much more sexual stimulation to achieve an erection than they needed in the past. Has this happened to you during the last 6 months?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No sexual activity</li> <li>2. Never/almost never</li> <li>3. Rarely</li> <li>4. Sometimes</li> <li>5. Often</li> <li>6. Almost all the time/Almost always</li> </ol>	<p>2b) Has this been a personal problem for you?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Not at all a problem</li> <li>2. A very small problem</li> <li>3. Some problem</li> <li>4. A considerable problem</li> <li>5. A very great problem</li> </ol>
<p>3a) Some men have difficulties in obtaining and/or maintaining hard erection lasting long enough for sexual activity. Has this happened to you in the last 6 months?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No sexual activity</li> <li>2. 1.Never/almost never</li> <li>3. 2.Rarely</li> <li>4. 3.Sometmes</li> <li>5. 4.Often</li> <li>6. 5.Almost all the time/Almost always</li> </ol>	<p>3b)Has this been a personal problem for you?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Not at all a problem</li> <li>2. A very small problem</li> <li>3. Some problem</li> <li>4. A considerable problem</li> <li>5. A very great problem</li> </ol>
<p>4a) some men cannot control their sexual excitement so that they cum (ejaculate) before or shortly (within approximately 2 minutes) after penetration. Has this happened to you during the last 6 months?</p> <p>O. No Sexual activity</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Never/almost never</li> <li>2. Rarely</li> <li>3. Sometimes</li> <li>4. Almost all the time /Almost always</li> </ol>	<p>4b) Has this been a persona problem for you?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Not at all a problem</li> <li>2. A very small problem</li> <li>3. Some problem</li> <li>4. A considerable problem</li> <li>5. A very great problem</li> </ol>
<p>5a)Some men have difficulty ejaculating or reaching orgasm with sexual activity. Has this happened to you during the last 6 months?</p> <p>O. No sexual activity</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Never/Almost never</li> <li>2. Rarely</li> <li>3. Sometimes</li> <li>4. Often</li> <li>5. Almost all the time/Almost always</li> </ol>	<p>5b)Has this been a personal problem for you?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Not at all a problem</li> <li>2. A very small problem</li> <li>3. Some problem</li> <li>4. A considerable problem</li> <li>5. A very great problem</li> </ol>
<p>6a)Some men are concerned about the size and/or shape of their penis. Has this happened to you?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Never/almost never</li> <li>2. Rarely</li> <li>3. Sometimes</li> <li>4. Often</li> <li>5. Almost all the time/Almost always</li> </ol>	<p>6b) Has this been a personal problem?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Not at all a problem</li> <li>2. A very small problem</li> <li>3. Sometimes</li> <li>4. A considerable problem</li> <li>5. A very great problem</li> </ol>
<p>7a)Some men experience pain during or shortly after sexual activity. Has this happened to you during the last 6 months?</p> <p>O. No sexual activity</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Never/almost never</li> <li>2. Rarely</li> <li>3. Sometimes</li> <li>4. Often</li> <li>5. Almost all the time/almost always</li> </ol>	<p>7b)Has this been a personal problem for you?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Not at all a problem</li> <li>2. A very small problem</li> <li>3. Some problem</li> <li>4. A considerable problem</li> <li>5. A very great problem</li> </ol>
<p>8a) During the last 6 months , my sexual life has been:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Very unsatisfying</li> <li>2. Unsatisfying</li> <li>3. Rather unsatisfying</li> <li>4. Satisfying</li> <li>5. Very Satisfying</li> </ol>	
<p>9)Is there anything else you would like to tell us with respect to your sexual life? For those who have not be sexually active during the last 6 months please explain why you have been sexually inactive.</p>	
<p>10)Would you want your physician (counsellor) to further explore sexual difficulties and/or problems?</p>	<p>1.No                      2. Not now                      3. Yes</p>

## Annexe 3 : Echelle SCS-W (Sexual Complaints Screener for Women)

### Sexual Complaints Screener for Women (SCS-W)

This screener is a series of questions concerning your sexual experiences during the last 6 months.  
 Each question can be answered by circling the condition that best characterizes your personal experience.  
 Sexual activity includes any kind of activity aimed at experiencing sexual satisfaction and enjoyment.  
 The term sexual activity does not necessarily include sexual intercourse (vaginal or/and anal penetration)

<p>1a) Some women experience lack of or low sexual interest/desire in sex.Has this happened to you during the last 6 months?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Never/almost never</li> <li>2. Rarely</li> <li>3. Sometimes</li> <li>4. Often</li> <li>5. Almost all the time /Almost always</li> </ol>	<p>1b)Has this been a personal problem for you?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Not at all a problem</li> <li>2. A very small problem</li> <li>3. Some problem</li> <li>4. A considerable problem</li> <li>5. Avery great problem</li> </ol>
<p>2a) Some women do not experience physical sexual excitement e.g. genital swelling , vaginal wetness, tingling sensation)during sexual stimulation and/or sexual activity.Has this happened to you during the last 6 months?</p> <p>0. No sexual activity</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Never/almost never</li> <li>2.Rarely</li> <li>3.Sometimes</li> <li>4.Often</li> <li>5.Almost all the time/Almost always</li> </ol>	<p>2b) Has this been a personal problem for you?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Not at all a problem</li> <li>2. A very small problem</li> <li>3. Some problem</li> <li>4. A considerable problem</li> <li>5. A very great problem</li> </ol>
<p>3a) Some women do not feel sexually turned on or do not have pleasurable sexual feelings when engaging in sexual activity.Has this happened to you in the last 6 months?</p> <p>o. No sexual activity</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Never/almost never</li> <li>2.Rarely</li> <li>3.Someitmes</li> <li>4.Often</li> <li>5.Almost all the time/Almost always</li> </ol>	<p>3b)Has this been a personal problem for you?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Not at all a problem</li> <li>2. A very small problem</li> <li>3. Some problem</li> <li>4. A considerable problem</li> <li>5. A very great problem</li> </ol>
<p>4a) Some women experience difficulties reaching orgasm during sexual activities despite feeling sexually excited.Has this happened to you during the last 6 months?</p> <p>0. No Sexual activity</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Never/almost never</li> <li>2.Rarely</li> <li>3.Sometimes</li> <li>4.Almost all the time /Almost always</li> </ol>	<p>4b) Has this been a persona problem for you?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Not at all a problem</li> <li>2.Avery small problem</li> <li>3.Some problem</li> <li>4.Aconsiderable problem</li> <li>5.Avery great problem</li> </ol>
<p>5a)Some women experience genital pain during or shortly after sexual activity.Has this happened to you during the last 6 months?</p> <p>o. No sexual activity</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Never/Almost never</li> <li>2.Rarely</li> <li>3.Sometimes</li> <li>4.Often</li> <li>5.Almost all the time/Almost always</li> </ol>	<p>5b)Has this been a personal problem for you?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Not at all a problem</li> <li>2. Avery small problem</li> <li>3. Some problem</li> <li>4. A considerable problem</li> <li>5. A very great problem</li> </ol>
<p>6a)Some women experience difficulties allowing vaginal penetration despite their wish to do so.Has this happened to you?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Never/almost never</li> <li>2.Rarely</li> <li>3.Sometimes</li> <li>4.Often</li> <li>5.Almost all the time/Almost always</li> </ol>	<p>6b) Has this been a personal problem?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Not at all a problem</li> <li>2.Avery small problem</li> <li>3.Sometimes</li> <li>4.Aconsiderable problem</li> <li>5.A very great problem</li> </ol>
<p>7a)Some women experience persistent and unwanted genital arousal(tingling, throbbing, pulsating)in the absence of any sexual interest. Has this happened to you during the last 6 months?</p> <p>0. No sexual activity</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Never/almost never</li> <li>2.Rarely</li> <li>3.Sometimes</li> <li>4.Often</li> <li>5.Almost all the time/almost always</li> </ol>	<p>7b)Has this been a personal problem for you?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Not at all a problem</li> <li>2.Avery small problem</li> <li>3.Some problem</li> <li>4.A considerable problem</li> <li>5. A very great problem</li> </ol>
<p>8a) During the last 6 months , my sexual life has been:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Very unsatisfying</li> <li>2. Unsatisfying</li> <li>3. Rather unsatisfying</li> <li>4. Satisfying</li> <li>5. Very Satisfying</li> </ol>	
<p>9)Is there anything else you would like to tell us with respect to your sexual life?      For those who have not be sexually active during the last 6 months please explain why you have been sexually inactive.</p>	
<p>10) Would you want your physician (counsellor) to further explore sexual difficulties and/or problems?</p>	<p>1.No                      2.Not now                      3.Yes</p>

## Annexe 4 : Questionnaire enquête qualitative

Nous envisageons ici la sexualité avec l'interaction des facteurs relationnels, sociaux, psychiques et environnementaux.

La santé sexuelle est envisagée sur une dimension globale comprenant, entre autres, les dysfonctions sexuelles, les conséquences d'une maladie somatique ou psychiatrique, la relation à l'autre, l'estime de soi, les agressions sexuelles, l'âge du patient, le genre, l'orientation sexuelle de ce dernier.

Merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire correspondant à vos pratiques. Si vous êtes d'accord cet entretien sera enregistré. Il est composé de 3 chapitres : vos caractéristiques, les attentes des patients et vos attitudes

### **1)Caractéristiques du praticien :**

- Sexe :
- Âge :
- Département d'exercice :
- Mode d'exercice (si vous travaillez en institution précisez dans quelle structure vous exercez ainsi que la population rencontrée, exemple : intra hospitalier en psychiatrie générale) :
- Ancienneté d'exercice :
- Comment êtes-vous formé (quels cours ou formations spécifiques avez-vous reçu) pour prendre en charge les difficultés que vos patients rencontrent dans leur vie sexuelle ?

Note pour les prochaines questions : dans le cas où la question ne correspondrait pas à une situation vécue ou ne correspondrait pas à votre attitude, précisez-le et ne répondez pas à la question. Par ex. « aucune différence selon que mon patient est un homme ou une femme ».

### **2) Les attentes de vos patients en consultation de psychiatrie :**

- Pour quelles problématiques sexuelles pensez-vous que vos patients aient besoin d'être pris en charge ?
- Quelles problématiques sexuelles rencontrez-vous concrètement dans votre clinique ?

- Quels sont, d'après vous, les domaines de la sexualité que les patients n'oseraient pas aborder et pour quelles raisons selon vous ?
- Dans quelle mesure pensez-vous que ces problématiques puissent avoir une incidence sur la clinique psychiatrique de vos patients ?
- Et inversement, dans quelle mesure pensez-vous que l'état psychiatrique de votre patient peut avoir une incidence sur ces problématiques sexuelles ?
- Quelles sont, d'après vous, les attentes de vos patients lors d'une prise en charge en psychiatrie ?

### **3) Vos attitudes :**

- Pourquoi, d'après vous, les troubles sexuels doivent-ils être traités ?
- Comment réagissez-vous lorsque le patient vient vous voir spécifiquement pour une problématique en lien avec sa vie sexuelle ?
- Comment réagissez-vous lorsque le patient, au décours d'une prise en charge pour une autre problématique, vous fait part d'un problème sur sa vie sexuelle ?
- Comment abordez-vous ces problèmes sexuels si le patient n'en parle pas ?
- Si vous ne l'abordez pas spontanément, pour quelles raisons ?
- Quelles sont vos résistances ?
- Quelles sont les différences dans vos approches selon le sexe de vos patients homme ou femme ?

- Qu'est-ce que l'orientation sexuelle de votre patient change ?
- Qu'est-ce que l'âge de votre patient change ?
- Qu'est-ce qui change si votre patient souffre d'un trouble psychotique ?
- Quel bilan biologique prescrivez-vous ?
- Vers quels spécialistes orientez-vous ?
- Quels questionnaires utilisez-vous pour évaluer les dysfonctions sexuelles ?
- Que vous utilisiez ou pas des questionnaires, quels seraient les avantages et les inconvénients de tels outils ?
- Comment devrait évoluer la formation des psychiatres (qu'il soit interne ou psychiatre dans sa formation continue) dans le domaine de la prise en charge des problèmes sexuels ?

## Annexe 5 : Questionnaire enquête quantitative

Dans le cadre d'une étude de psychiatrie et de sexologie en vue de l'obtention de la thèse en médecine et du mémoire du DIU de sexologie, je mène une enquête sur les représentations et les attitudes autour de l'abord de la sexualité en consultation de psychiatrie.

**Seuls les psychiatres ayant terminé leur internat sont invités à répondre à cette étude**, les internes en psychiatrie étant par définition actuellement en formation.

Nous envisageons ici la sexualité comme l'interaction de facteurs biologiques, psychiques, relationnels, sociaux, et environnementaux.

La santé sexuelle est envisagée sur une dimension globale comprenant, entre autres, les dysfonctions sexuelles, la relation à l'autre, l'estime de soi, les conséquences d'une maladie somatique ou psychiatrique et les agressions sexuelles.

Ce questionnaire comporte 25 questions, les réponses sont anonymes.

12 praticiens ont été précédemment interrogés sous la forme d'un entretien semi-structuré (avec des questions ouvertes). Je vous propose de répondre à ces mêmes questions, reformulées pour la pertinence de l'enquête. Les réponses que vous avez ici proviennent en grande partie des réponses obtenues lors de ces entretiens.

Merci à vous !

- 1) Vous êtes ?
  - A) Un homme
  - B) Une femme
  
- 2) Quel est votre âge ?
  - A) Moins de 35 ans
  - B) Entre 35 et 45 ans
  - C) Entre 45 et 65 ans
  - D) Plus de 65 ans
  
- 3) Quelle est votre région d'exercice ?
  - A) Grand-Est
  - B) Nouvelle-Aquitaine

- C) Auvergne-Rhône-Alpes
- D) Bourgogne-Franche-Comté
- E) Bretagne
- F) Centre-Val de Loire
- G) Corse
- H) Île-de-France
- I) Occitanie
- J) Haut-de-France
- K) Normandie
- L) Pays de la Loire
- M) Provence-Alpes-Côte d'Azur
- N) Outre-mer
- O) Hors territoire français (préciser)

4) Quel est votre mode d'exercice :

- A) Public
- B) Libéral
- C) Mixte (public et libéral)

5) Quelle est votre formation en sexologie ?

- A) Aucune
- B) Formation courte de type FMC, DPC, congrès de psychiatrie sur ce thème
- C) Lecture personnelle sur ce thème
- D) DIU de sexologie

6) Au cours de vos consultations, les patients peuvent se plaindre de :

- Dysfonction érectile
- Ejaculation prématurée
- Ejaculation retardée ou anéjaculation
- Trouble du désir chez l'homme
- Trouble du désir chez la femme

- Trouble de l'orgasme chez la femme
- Trouble douloureux chez la femme

- A) Très souvent
- B) Souvent
- C) Parfois
- D) Rarement
- E) Jamais

7) Etes-vous confrontés aux situations suivantes lors de vos consultations ?

- Dysphorie de genre
- Problématiques découlant d'une homosexualité (ex. rejet, tentatives de suicide...)
- Les relations interpersonnelles
- Violences conjugales
- Patients aux antécédents ou actuellement confrontés à des abus sexuels
- Sexualité avec prises de substances
- Hypersexualité
- Paraphilies
- Conduites à risques
- Conséquence d'une maladie somatique sur la sexualité (ex. cancer, pathologie neurologique, infection à VIH...)

- A) oui
- B) non

8) D'après vous, pour quelles raisons les patients n'oseraient pas aborder une problématique en lien avec la sexualité ?

- A) Honte
- B) Pudeur
- C) Peur du jugement
- D) Sujet tabou

- E) Patient et thérapeute de sexe différent
  - F) Les patients attendent que le praticien en parle en premier
  - G) Problématique secondaire qui est abordée éventuellement plus tard dans la prise en charge
  - H) Il faut le temps que la relation de confiance se fasse
  - I) Situation en lien avec la pathologie propre du patient (schizophrénie, dépression mélancolique...)
- 9) Dans quelle mesure pensez-vous qu'un trouble en lien avec la sexualité puisse avoir une incidence sur l'état psychiatrique de vos patients ?

- Dégradation de l'alliance thérapeutique
- Mauvaise observance au traitement
- Induction ou aggravation d'un trouble de l'humeur
- Induction ou aggravation d'un trouble psychotique
- Induction ou aggravation d'un trouble anxieux
- Induction ou aggravation d'un trouble du comportement alimentaire
- Induction ou aggravation d'un trouble addictif

- A) Oui
- B) Non

- 10) Dans quelle mesure pensez-vous que l'état psychiatrique de vos patients puisse induire ou aggraver un trouble sexuel ?

- A) Tout le temps
- B) La plupart du temps
- C) De temps en temps
- D) Rarement
- E) Jamais

11) Lorsqu'un patient présente l'un de ces troubles, pensez-vous que la iatrogénie peut entrer en compte au cours des situations suivantes :

- Dysfonction érectile
- Ejaculation prématurée
- Ejaculation retardée ou anéjaculation
- Trouble du désir chez l'homme
- Trouble du désir chez la femme
- Trouble de l'orgasme chez la femme
- Trouble douloureux chez la femme

A) Oui

B) Non

12) Quelles sont, d'après vous, les attentes de vos patients lors d'une prise en charge en psychiatrie lorsque ces derniers présentent un trouble en lien avec la sexualité ?

A) Ils n'ont pas vraiment d'attente

B) Prioriser d'abord la prise en charge de la problématique psychiatrique initiale

C) Cette prise en charge dépend de la nature et de la sévérité du tableau clinique

D) L'écoute

E) Demande d'accompagnement

F) Aider à comprendre

G) Qu'on leur pose des questions franches sur leur fonctionnement sexuel

H) Une prise en charge médicamenteuse

I) Une prise en charge psychothérapique

J) Un arrêt ou changement de traitement psychotrope

K) Une relation de confiance avec le thérapeute

L) Un retour à l'état d'équilibre antérieur

M) La satisfaction sexuelle

N) Être adressé à un confrère spécialisé

13) Pourquoi les troubles sexuels doivent-ils être traités d'après vous ?

- A) Pour améliorer la qualité de vie du patient
- B) Pour améliorer le fonctionnement familial et de couple
- C) À la demande du patient car il s'agit d'une problématique qui le fait souffrir
- D) Il faut traiter ces troubles en se préoccupant de ce symptôme comme un symptôme dépressif par exemple
- E) Pour que les patients se sentent mieux
- F) Pour la globalité de la prise en charge
- G) Pour favoriser la prise du traitement (observance) et favoriser l'alliance thérapeutique
- H) Il ne faut pas s'en préoccuper

14) Lors du suivi au long cours d'un patient et que ce dernier un jour vous fait part d'une problématique en lien avec sa sexualité, quelle est votre attitude dans ce cas ?

- A) Réaction de surprise
- B) Prendre le temps de la réflexion pour réfléchir à la réponse à donner au patient
- C) L'écoute
- D) Signification au patient de la prise en compte de cette plainte
- E) Proposer de recevoir le conjoint
- F) Approfondir l'interrogatoire
- G) Faire soi-même un examen clinique
- H) Prescrire des examens complémentaires
- I) Orientation vers un médecin non-psychiatre dans le cadre du bilan étiologique
- J) Rechercher une cause iatrogène
- K) Essayer de modifier le traitement psychotrope
- L) Si trouble non iatrogène ou problématique relationnelle, proposer une approche psychothérapique
- M) Prescription d'un traitement médicamenteux spécifique au trouble sexuel (par exemple traitement d'aide à l'érection)
- N) Orientation vers un sexologue

15) Abordez-vous de vous-même le sujet de la sexualité en consultation si le patient n'en parle pas ?

- A) Très souvent
- B) Souvent
- C) Parfois
- D) Rarement
- E) Jamais

16) Pour quelles raisons n'abordez-vous pas spontanément le sujet de la sexualité ?

- A) Je ne sais pas
- B) J'oublie
- C) À cause de la problématique psychiatrique propre du patient (patient en soin sous contrainte, paraphilie...)
- D) Je ne l'aborde pas directement mais par le biais de la relation à l'autre
- E) Par manque de temps
- F) Par manque d'outils
- G) Par manque de formation
- H) Par manque d'expérience
- I) J'ai des résistances à l'aborder
- J) Quand la demande du patient ne s'y prête pas
- K) Quand la relation thérapeutique ne le permet pas
- L) Je ne sais pas quoi faire une fois l'information obtenue
- M) Je l'aborde systématiquement

17) Quelles sont vos résistances, c'est-à-dire vos freins, à aborder la question de la sexualité de vos patients ?

- A) Je ne sais pas
- B) Peur de provoquer une gêne chez le patient
- C) Peur de blesser le patient
- D) Peur d'entraîner une décompensation
- E) Peur que ce soit interprété par le patient comme une tentative de séduction

F) Je n'en ai pas

18) Prenez-vous moins en compte la sexualité de la personne âgée ?

A) Oui

B) Non

19) Votre approche est-elle différente selon le sexe de votre patient dans l'évaluation et la prise en charge d'un trouble en lien avec la sexualité ?

A) Oui

B) Non

20) Quels examens complémentaires prescrivez-vous en cas de dysfonction sexuelle ou de trouble psycho-sexuel ?

A) Aucun

B) NFS, ionogramme sanguin, bilan hépatique, exploration des anomalies lipidiques, glycémie à jeun, fonction rénale

C) TSH

D) HbA1c si le patient est diabétique

E) Testostérone chez les hommes

F) Œstradiol, progestérone, FSH chez les femmes

G) Prolactine

H) PSA chez les hommes à partir de 50 ans

I) Bilan des maladies sexuellement transmissibles

J) ECG

K) Examen d'imagerie

21) Vers quels spécialistes adressez-vous vos patients au cours de la prise en charge d'une dysfonction sexuelle ou d'un trouble psycho-sexuel ?

A) Aucun

- B) Endocrinologue
- C) Gynécologue
- D) Cardiologue
- E) Urologue
- F) Sexologue
- G) Thérapeute de couple
- H) Psychothérapeute

22) Utilisez-vous des questionnaires pour évaluer les dysfonctions sexuelles ?

- A) Oui
- B) Non

23) Quels seraient, d'après vous, les avantages à l'utilisation de questionnaires standardisés simples pour évaluer les dysfonctions sexuelles ?

- A) Être systématique dans les questions et ne rien oublier
- B) Ces outils peuvent aider le patient à verbaliser par ce biais sa plainte
- C) Il peut s'agir d'un gain de temps pour l'évaluation
- D) Favoriser l'alliance thérapeutique
- E) Aucun avantage, selon moi

24) Quels seraient d'après vous les inconvénients à l'utilisation de questionnaires standardisés simples pour évaluer les dysfonctions sexuelles ?

- A) Appauvrissement de la relation humaine
- B) Risque de routine
- C) Risque de réponses non sincères
- D) Mettre à mal l'alliance thérapeutique
- E) Aucun inconvénient selon moi

25) Que proposez-vous afin d'améliorer la prise en charge sexologique des patients en psychiatrie ?

- A) Proposer aux professionnels des questionnaires standardisés simples pour évaluer correctement les dysfonctions sexuelles en consultation
- B) Établir des recommandations à l'usage des professionnels qui seraient par exemple publiées dans des revues psychiatriques connues, nationales ou internationales
- C) Proposer aux professionnels des formations courtes de type FMC, DPC, formations durant l'internat
- D) Inciter les psychiatres et les internes en psychiatrie à s'inscrire à un DIU de sexologie
- E) Assurer une meilleure coordination du réseau existant
- F) Autre, précisez

Commentaire par rapport à l'étude (facultatif) :

Si vous souhaitez connaître les résultats de cette étude il vous suffit de renseigner votre adresse mail (facultatif) :

## Annexe 6 : Résultats enquête qualitative

Ci-joint les résultats de l'enquête préliminaire :

### 1) Caractéristiques des praticiens :

	Praticien 1	Praticien 2	Praticien 3	Praticien 4	Praticien 5	Praticien 6
Sexe	Femme	Femme	Homme	Homme	Homme	Femme
Age	57 ans	58 ans	56 ans	50 ans	47 ans	57 ans
Département d'exercice	Guyanne	79	92	92	35	16
Mode d'exercice	PH en CMP	PH, hôpital	PH, service addictologie	PH, CMP et hôpital	PH, psychiatrie de liaison et d'urgence	PH, hôpital et consultations
Ancienneté d'exercice	25 ans	14 ans	20 ans	15 ans	22 ans	10 ans
Formation en sexologie	Aucune / expérience	Aucune / expérience	Aucune	formations spécifiques, congrès, lectures personnelles	Aucune	Aucune

	Praticien 7	Praticien 8	Praticien 9	Praticien 10	Praticien 11	Praticien 12
Sexe	Femme	Femme	Homme	Femme	Homme	Homme
Age	37 ans	41 ans	62 ans	30 ans	31 ans	45 ans
Département d'exercice	74	5	44	Algérie	21	Tunisie
Mode d'exercice	PH à l'hôpital et CMP	PH à l'hôpital	PH aux urgences	hôpital	hôpital	hôpital
Ancienneté d'exercice	7 ans	10 ans	32 ans	1 an	1 an	15 ans
Formation en sexologie	un seul cours abordé en DU TCC	Aucune	séances congrès	EMDR pour traiter les traumas sexuels	Aucun	DIU de sexologie

### 2) Les attentes des patients en consultation de psychiatrie :

1) Pour quelles problématiques sexuelles pensez-vous que vos patients aient besoin d'être pris en charge ?

- Il s'agit des problèmes sexuels en rapport avec les troubles mentaux et leurs traitements :

« En psychiatrie ce sont surtout les problèmes sexuels en rapport avec les troubles mentaux et leurs traitements » [E12]

- Les dysfonctions sexuelles iatrogènes :

« Les dysfonctions en rapport avec les prises médicamenteuses » [E3]

« Le premier niveau se situe au niveau des effets secondaires des médicaments » [E5]

« Alors là je pense surtout aux effets secondaires des neuroleptiques » [E7]

- Parmi les dysfonctions sexuelles nous avons la dysfonction érectile :

« L'impuissance » [E4]

« La dysfonction érectile » [E5]

« Des troubles de l'érection » [E6]

« Les troubles de l'érection » [E7]

« Trouble érectile » [E10]

« Les Dysfonctions érectiles » [E12]

- Dont la dysfonction érectile iatrogène :

« Les problèmes mécaniques déjà les médicaments qui peuvent jouer dans cette dynamique la et il y en a pas mal ! » [E2]

« Souvent c'est essentiellement pour les effets secondaires des médicaments : des problèmes d'impuissances pour les hommes » [E9]

« Humm... la dysfonction érectile qu'elle soit due au traitement ou à la pathologie que ce soit la dépression ou autre » [E11]

- Et la dysfonction érectile secondaire à pathologie psychiatrique dépressive ou autre :

« Humm... la dysfonction érectile qu'elle soit due au traitement ou à la pathologie que ce soit la dépression ou autre » [E11]

- Parmi les dysfonctions sexuelles notons « les troubles de la libido » c'est-à-dire les troubles du désir :

« Alors la plupart du temps ils me parlent d'un problème de libido » [E1]

- A savoir les déficits en libido :

« Diminution de la libido » [E4]

« Le manque d'envie » [E5]

« Des baisses de la libido » [E6]

« Déjà la perte de la libido » [E10]

« Les troubles de la libido » [E11]

- Parmi les dysfonctions sexuelles de l'homme on a enfin les troubles de l'éjaculation :

« Des troubles de l'éjaculation » [E6]

« Les troubles de l'éjaculation » (rire) [E7]

« Les troubles de la dynamique sexuelle c'est-à-dire les problèmes d'éjaculation » [E8]

- Et plus précisément l'éjaculation précoce :

« *L'éjaculation précoce* » [E10]

- Chez la femme il est mentionné les troubles du plaisir avec un manque à satisfaire :

« *Les femmes c'est plutôt manque de plaisir à satisfaire* » [E9]

- Également une perte de désir chez femme :

« *La perte du désir chez la femme* » [E10]

- Et enfin le vaginisme :

« *Le vaginisme* » [E10]

« *Le vaginisme* » [E12]

- Les problèmes de couples et la relation à l'autre sont mentionnés :

- La conjugopathie :

« *Après par rapport au couple lorsqu'il y a des difficultés il faut pouvoir entendre le sujet voir qu'il soit reçu avec sa compagne d'ailleurs il peut le demander lui-même parfois, il faut les entendre tous les deux et poser un peu la situation... moi ce que j'ai rencontré souvent c'est que ce sont des personnes qui n'avaient plus rien à voir ensemble* » [E2]

- Les relations interpersonnelles :

« *Le deuxième niveau spontanément auquel je pense ce sont les problématiques sexuelles dans les relations interpersonnelles et donc qui ont un impact ou non sur la psychopathologie ou sur le maintien, les résistances, etc.* » [E5]

- Le rapport à l'autre :

« *Les rapports avec les autres* » [E6]

## 2) Quelles problématiques sexuelles rencontrez-vous concrètement dans votre clinique ?

- On note davantage de plaintes d'hommes :

« *J'ai plus de plaintes d'hommes* » [E6]

- Également les dysfonctionnements induits par les prises de toxiques :

« *Les dysfonctionnements induits par les prises de toxiques* » [E3]

- De plus l'usage des toxiques dans un but récréatif occasionnant une souffrance chez l'individu avec des prises de risques :

« *Les conséquences aussi des prises de toxiques, les dysfonctionnements induits mais aussi l'usage de ces toxiques dans un but récréatif et ils s'en plaignent, ce sont des prises de risques* » [E3]

- Avec des conduites à risques :

« Je peux rencontrer aussi les conduites à risques » [E7]

- Chez le patient bipolaire en phase maniaque il peut être constaté une hypersexualité dont le patient ne se plaint pas :

« Généralement les patients qui ont une hypersexualité, ils ne consultent pas, on le découvre fortuitement lors d'un entretien (patients maniaques par exemples) » [E10]

- On a enfin les troubles du désir :

« Les troubles du désir » [E12]

- Et aussi la dysphorie de genre :

« J'ai le cas récemment d'un jeune de 18 ans qui me dit ne pas savoir s'il est garçon ou fille ou les deux. J'ai des patients transgenres, d'autres qui se sont fait opérés, qui ont changé de sexe... D'ailleurs c'est encore une grosse question ça ! J'ai des patients qui n'ont pas encore changé de sexe qui ont peur et qui sont dans cette limite-là ... je n'ai pas de stats mais on les rencontre de plus en plus depuis à peu près 2009 » [E2]

### 3) Quels sont d'après vous les domaines de la sexualité que les patients n'oseraient pas aborder et pour quelles raisons selon vous ?

#### a) Domaines :

Tous les domaines sont concernés :

« Tous je pense » [E7]

« Je pense que tout est difficile pour les patients » [E10]

« Ben tous ! (rire) » [E11]

- Il y a d'abord le couple avec la vie de couple :

« Comment est leur couple » [E1]

- Et également la question de l'existence d'une sexualité avec le conjoint hors effet secondaire des traitements :

« Par contre sur les questions de simple existence des relations sexuelles avec leur conjoint ce n'est pas simple du tout de parler de ça » [E5]

Il y a aussi :

- L'homosexualité :

« Et l'homosexualité n'en parlons pas ! » [E1]

- Taille du sexe chez l'homme :

« Alors oui c'est vrai ça l'a été à un moment, c'est par exemple la grandeur du zizi euh pardon du sexe » [E2]

- L'éjaculation précoce :

Il y a aussi le fait d'éjaculer c'est-à-dire éjaculateur précoce » [E2]

- Les dysfonctionnements mécaniques :

« Les dysfonctionnements mécaniques » [E3]

- Dysfonction iatrogène dont la diminution du désir :

« Leur envie souvent sous traitement ils n'en parlent pas c'est nous qui essayons de chercher cette problématique Et oui c'est surtout le manque d'envie, voilà » [E4]

- Les paraphilies :

« Je pense à un autre truc très particulier c'est après, c'est sur toutes les conduites autres comme paraphilie, c'est difficile d'en parler systématiquement et ce n'est pas un sujet sur lequel je vais m'attarder » [E5]

- « L'orgasme chez la femme, car c'est encore tabou et ce n'est pas forcément rattaché à des causes médicales dans la tête des femmes » [E12]

#### b) Raisons :

- Beaucoup de patient n'osent pas aborder le sujet de la sexualité :

« Ils n'osent pas je pense tout simplement » [E1]

- Parfois par honte :

« Par honte peut être » [E3]

- Ou par pudeur :

« Concernant les troubles de l'érection chez les hommes ils ne l'abordent pas spontanément je pense qu'il s'agit d'une question d'éducation, de société » [E9]

- Ou parce qu'ils ont peur du regard des autres et du jugement :

« Ils ont peur du regard des autres, du jugement » [E10]

- Il peut s'agir d'un sujet tabou :

« C'est très difficile ça a toujours été un tabou » [E1]

« L'orgasme chez la femme, car c'est encore tabou et ce n'est pas forcément rattaché à des causes médicales dans la tête des femmes » [E12]

- Pour les patients en psychiatrie il s'agit d'une problématique secondaire qui est abordée éventuellement plus tard dans la prise en charge :

« Je ne sais pas, ça dépend parfois on n'aborde pas ces problématiques c'est difficile on aborde beaucoup plus autre chose, je pense que pour eux c'est une problématique plus secondaire tout simplement. Elle est abordée après quelque semaine de traitement » [E4]

- Par manque de formation du praticien :

« De plus ce ne sont pas des choses sur lesquelles je suis formé justement donc je n'ai pas d'idée sur des contextes où il faudrait particulièrement y penser » [E5]

- Ou par résistances du praticien :

« J'ai sans doute des résistances à moi aussi » [E5]

- Ça peut être expliqué aussi par la différence de sexe entre le patient et le thérapeute :

« Il y a des hommes qui n'osent pas aborder certains problèmes car je suis une femme » [E8]

- Aussi, la confiance qui s'établit avec le temps entre le patient et le thérapeute :

« Il y a aussi des patients qui n'osent pas tout aborder au début mais qui en parlent après, le temps que la confiance s'installe » [E8]

- Et enfin parce que dans certains cas il s'agit de patients psychotiques :

« Moi j'ai beaucoup de patients psychotiques, ils vivent rarement en couple [...] et même quand moi j'en parle ils sont assez fuyants » [E1]

#### 4) Dans quelle mesure pensez-vous que ces problématiques puissent avoir une incidence sur la clinique psychiatrique de vos patients ?

- Chez un praticien, la réponse est qu'il ne sait pas :

« Je ne sais pas, il peut y avoir des incidences mais je n'arrive pas à imaginer en pratique quelle incidence ça pourrait avoir » [E1]

- Il n'y a pas d'incidence pour les patients souffrant de schizophrénie, selon un autre praticien :

*« Pour les psychotiques, comme je l'ai dit, ils sont davantage sur le physique des choses. Dans ceux que je prends en charge je n'ai pas de changement de comportement global » [E6]*

- En revanche les problèmes sexuels pour certains peuvent occasionner une mauvaise observance au traitement :

*« Ça peut entraîner pour eux des problèmes de compliance au traitement » [E11]*

*« Le principal impact est la mauvaise observance en cas d'effets indésirables sexuels » [E12]*

- Et donc un risque de décompensation de tous les troubles psychiatriques :

*« Essentiellement sur l'observance thérapeutique donc de décompensation de tous les troubles psychiatriques » [E9]*

- Ces problèmes peuvent donc aggraver un trouble psychiatrique :

*« Tout peut augmenter dans tout trouble psychiatrique » [E4]*

*« Euh... bien sur... on peut le classer en comorbidité ... ça pourrait aggraver un trouble préexistant » [E7]*

*« Ça peut aggraver le trouble » [E11]*

*« Essentiellement sur l'observance thérapeutique donc de décompensation de tous les troubles psychiatriques » [E9]*

- Il peut y avoir une incidence sur les troubles dépressifs :

*« Eh ben clairement sur des questions dépressives » [E5]*

*« Chez les névrotiques on voit beaucoup plus de tristesse » [E6]*

- En induisant un syndrome dépressif :

*« Ça peut aller jusqu'à la dépression quand même : du désespoir, de la tristesse, un retrait sur soi » [E2]*

*« Ça peut avoir une importance majeure, peut-être même plus que ce qu'on pense. C'est vrai que les patients ont du mal à parler de ça. Ils peuvent consulter pour les troubles dépressifs et après on découvre un peu la cause » [E8]*

- Ou en aggravant un syndrome dépressif :

*« Ça augmente surtout dans la dépression » [E4]*

*« Les troubles sexuels peuvent être une conséquence d'un trouble préexistant, un trouble pourrait aggraver une dépression aussi » [E10]*

- Jusqu'à pouvoir conduire à une crise suicidaire :

*« Moi j'avais un patient qui avait même des idées suicidaires à cause de ça !! car aussi il est venu consulter assez tard par rapport à ses troubles » [E8]*

- Du point de vu de certains praticiens une dysfonction sexuelle peut occasionner de l'anxiété :

*« Et sur les questions anxieuses ben oui » [E5]*

- En aggravant un trouble anxieux :

*« Bien sûr ça augmente l'angoisse » [E4]*

- Il a aussi été verbalisé que ces problèmes peuvent conduire à une hypersexualité type masturbatoire :

*« Aussi des activités intenses vers d'autres domaines, il peut y avoir un excès de masturbation » [E2]*

- Et encore des conduites de mises en danger :

*« Le fait de ce faire du mal » [E2]*

- Avec entre autres des consommations de substances :

*« Une rechute essentiellement de prise de substance et de l'illusion qu'avec les substances ils peuvent retrouver une vigueur entre guillemet » [E3]*

- Et il ne faut pas oublier les conséquences chez le partenaire comme par exemple causer une dépression chez ce dernier :

*« On peut aussi voir les conséquences sur la vie de couple et sur la famille par exemple une femme qui est dépressive car c'est son partenaire qui a des soucis sexuels » [E8]*

5) Et inversement dans quelle mesure pensez-vous que l'état psychiatrique de votre patient peut avoir une incidence sur ces problématiques sexuelles ?

- Tout d'abord, tout trouble psychiatrique peut entrainer une dysfonction sexuelle :

*« Bien sûr on le sait déjà, tous les trouble psychiatrique » [E7]*

*« Ben oui bien sûr, chez les dépressifs, chez les psychotiques.... Des troubles de baisse de libido » [E11]*

- Etat dépressif caractérisé :

D'une part il est décrit qu'une dépression peut occasionner des dysfonctions sexuelles :

« Une dépression peut aggraver ou entraîner une dysfonction sexuelle » [E10]

« La dépression c'est évident qu'il y a des troubles en lien avec la sexualité » [E9]

Et plus précisément une diminution de la libido du patient :

« La dépression qui diminue la libido » [E8]

- Dans les troubles bipolaires on peut observer des comportements sexuels pas forcements adaptés :

« Dans les troubles maniaques on peut parler de comportements sexuels pas forcements adaptés, parfois dans la schizophrénie aussi. Sans oublier les conséquences médico-légales » [E9]

- Et de même dans la schizophrénie :

« Parfois dans la schizophrénie aussi » [E9]

Et autres troubles sexuels constatés dans la schizophrénie :

« Je me rappelle un schizophrène qui s'est émasculé, je pense d'ailleurs qu'il n'a rien ressenti » [E10]

- Et de plus, indépendamment de ces pathologies, si l'état psychiatrique nécessite des neuroleptiques, ces traitements peuvent entraîner des troubles :

« Les effets secondaires des neuroleptiques qui entraînent des troubles » [E8]

- En laissant parfois s'installer un cercle vicieux entre les symptômes psychiatriques, médicaments et symptômes sexuels :

« Bien sûr, il y'a un impact mutuel avec un cercle vicieux qui s'installe souvent entre symptômes psychiatriques, médicaments et symptômes sexuels » [E12]

- Encore une fois sans oublier le retentissement sur le partenaire :

« Dépression qui diminue la libido, l'incidence aussi chez le partenaire » [E8]

6) Quelles sont d'après vous les attentes de vos patients lors d'une prise en charge en psychiatrie ?

- Pour un praticien ils n'ont pas d'attente :

« Ils n'ont pas vraiment d'attente » [E1]

- L'un d'eux ne sait pas :

*« Dans le domaine de la sexualité ? Ah je sais pas du tout ça c'est marrant ! » [E5]*

- Il pourrait être possible qu'un trouble sexuel soit géré comme des problématiques de vies, par exemple les ennuis avec le travail :

*« Je pense qu'il y a sûrement plus d'attente que ce que je crois et il y a sûrement des gens qui voudraient en parler comme ils parlent de leurs emmerdes avec leur enfant ou au boulot, en fait je pense qu'ils veulent que ce soit géré comme des problématiques de vie » [E5]*

- Comme attente, est évoquée la capacité d'écoute de la part des psychiatres :

*« L'écoute » [E7]*

- De pouvoir en parler :

*« Évidemment, dès qu'on constate cette problématique on essaie d'en parler » [E4]*

- La prise en compte de la sexualité des patients :

*« Qu'on prenne en compte ces aspects-là » [E11]*

- Les patients seraient en demande d'accompagnement :

*« Les accompagner » [E2]*

- D'aide :

*« L'aide » [E7]*

- Les patients demanderaient qu'on les aide à comprendre :

*« Les aider à comprendre ce qui se passe aussi » [E2]*

- Les patients seraient en demande qu'on leur pose des questions franches sur leur fonctionnement sexuel :

*« Ils attendent, je pense, qu'on leur pose des questions sur comment ça se passe... du terre-à-terre quoi ! » [E6]*

- Les patients sont en demande d'une prise en charge :

*« On essaie de prendre en charge » [E4]*

- Qu'elle soit médicamenteuse :

*« Une prise en charge, un médicament » [E10]*

- Ou psychothérapique :

« Une psychothérapie » [E10]

- Le traitement pouvant être arrêté ou changé :

« Peut-être poser la question par rapport à un arrêt de traitement, un changement de traitement psychotrope » [E6]

- Cette prise en charge devant s'inscrire dans une relation de confiance avec le thérapeute :

« Le patient attend qu'une relation de confiance se fasse » [E8]

- Plusieurs degrés sont évoqués dans cette aide, déjà l'amélioration de leur trouble :

« L'amélioration de leur trouble » [E7]

- Jusqu'à un règlement de leur problème :

« Un règlement de leur problème » [E3]

- Avec parfois une attente d'un règlement dans l'immédiateté :

« Souvent, ils pensent que c'est nous-même qui allons trouver la solution : il y a le côté de l'immédiat de plus en plus dans notre société, c'est un handicap pour nous car notre meilleur allié c'est le temps, quand même » [E2]

- Avec un retour à l'état d'équilibre antérieur :

« Retrouver un équilibre, voir l'état antérieur » [E8]

« Leur attente c'est que ça fonctionne mieux et la satisfaction, le fait d'avoir un fonctionnement qui corresponde au mieux à leur fonctionnement antérieur » [E9]

- Jusqu'à obtenir une satisfaction sexuelle :

« Leur attente c'est que ça fonctionne mieux et la satisfaction, le fait d'avoir un fonctionnement qui corresponde au mieux à leur fonctionnement antérieur » [E9]

- Cette prise en charge dépend de la nature et de la sévérité du tableau clinique :

« Ceci dépend de la nature et de la sévérité du tableau clinique. Si la qualité de vie est relativement préservée, la place donnée aux symptômes sexuels est importante. Si le tableau clinique est plus grave, la sexualité est reléguée au second plan, momentanément » [E12]

- Avec la nécessité de prioriser en premier lieu la prise en charge de la problématique psychiatrique initiale :

« Prioriser d'abord la prise en charge de la problématique psychiatrique initiale » [E4]

- Et enfin, selon les praticiens, les patients seraient en demande d'être bien orientés :

« Les orienter » [E2]

« Être bien orienté » [E4]

### **3) Les attitudes des psychiatres :**

7) Pourquoi, d'après vous, les troubles sexuels doivent-ils être traités ?

- Tout d'abord, les dysfonctions sexuelles doivent être traitées pour améliorer la qualité de vie du patient :

« Ça fait partie de la vie, de la qualité de vie, donc s'il y a un problème, il faut en parler » [E1]

« Euh... car c'est un trouble, ça fait partie du bien-être, voilà » [E7]

« Pour améliorer la qualité de vie des patients ! (rire) c'est quand même cool » [E11]

« C'est très important dans une maladie psychiatrique, vous imaginez quelqu'un qui n'a pas de sexualité !? Ça fait partie du bien-être, il faut l'aborder » [E4]

« Déjà ce sont des troubles importants qui peuvent retentir sur la vie du patient, permettre au patient de vivre une meilleure qualité de vie et de couple » [E10]

« Parce qu'il y va de la qualité de vie des patients, de leur équilibre familial et par conséquent de l'équilibre de leur maladie, notamment si risque de mauvais observance » [E12]

- Également afin d'améliorer le fonctionnement familial et de couple :

« Leur équilibre familial » [E12]

« Permettre au patient de vivre une meilleure qualité de vie et de couple » [E10]

- Les troubles doivent être traités à la demande du patient car il s'agit d'une problématique qui le fait souffrir :

« Ils doivent être traités à la demande du patient s'il y a un handicap ou une souffrance mais s'il n'y a pas de demande on ne va pas imposer. On doit tenir compte de son équilibre au risque de provoquer une rupture dans son équilibre : une pathologie psychiatrique avérée. On ne peut qu'aller au rythme du patient avec une ouverture d'esprit, des propositions. On le voit avec les autres pathologies en psychiatrie, le cheminement peut être très long, ce qui compte c'est l'alliance thérapeutique, l'accompagnement et déjà c'est énorme, c'est ce qui fait que sur le plan narcissique les choses se redressent » [E2]

« La question devrait être posée en « pourquoi ne devraient-ils pas être traités ? »

« Si une personne vient pour des troubles sexuels elle vient pour demander de l'aide. Il faut traiter s'il y a une souffrance, des inquiétudes qui génèrent des angoisses ou autres symptômes comme troubles du sommeil, addictions (alcool, drogue) » [E8]

« Pour que les patients se sentent mieux. Humm il faut répondre à la demande des patients » [E9]

« Eh bien je reprends ce que je viens de dire finalement, il n'y a pas de raison que je ne m'occupe pas des difficultés interpersonnelles générales, les problèmes de boulot, des ruminations et pas de ça. Il s'agit d'une problématique de fonctionnement qui impacte » [E5]

- Il faut traiter ces troubles en traitant le symptôme comme un symptôme dépressif :

« Ça fait partie des symptômes de la dépression » [E4]

- Ces troubles doivent être traités pour que les patients se sentent mieux quelle que soit la pathologie :

« Pour que les patients se sentent mieux. Humm il faut répondre à la demande des patients » [E9]

- Et pour la globalité de la prise en charge :

« Ben parce que ça fait partie de la vie quand même. Quand on traite la globalité de la personne on traite aussi bien son côté psychique que physique, son environnement... c'est pour la globalité de la prise en charge » [E6]

- Et pour favoriser la prise du traitement (observance) et favoriser l'alliance thérapeutique :

« C'est essentiel, au moins pour la compliance au traitement » [E3]

« Pour l'observance des traitements » [E12]

« On le voit avec les autres pathologies en psychiatrie, le cheminement peut être très long, ce qui compte c'est l'alliance thérapeutique, l'accompagnement et déjà c'est énorme, c'est ce qui fait que sur le plan narcissique les choses se redressent » [E2]

## 8) Comment réagissez-vous lorsque le patient vient vous voir spécifiquement pour une problématique en lien avec sa vie sexuelle ?

- La situation ne se présente pas ou ne s'est pas produite chez certains praticiens :

« Des situations comme ça je n'en ai pas » [E7]

« Ça n'arrive pas » [E11]

- Ou bien, ça n'arrive pas car une problématique d'ordre sexuel est généralement toujours concomitante à une pathologie psychiatrique, dans le cas des consultations en psychiatrie :

*« C'est rare, on n'a pas de patient qui vient consulter spécifiquement pour ça, c'est souvent quelque chose qui est concomitant à une pathologie psychiatrique, vraiment je n'ai pas eu de cas comme ça » [E4]*

- Un praticien rappelle la nécessité d'être à l'écoute :

*« Alors déjà j'essaie d'être à l'écoute » [E1]*

- Avec la nécessité de prendre le temps d'une évaluation de la plainte du patient :

*« Ça m'est arrivée, je leur dis votre souffrance date de quand ? je prends le temps, quand je vois que ça relève vraiment de la morphologie plus que de problème d'éjaculation ou autre, je fais plusieurs entretiens pour étayer une observation » [E2]*

*« Il faut les évaluer, les revoir même, il faut prendre le temps » [E8]*

- Et si les troubles sont imputables au traitement, il faut lui expliquer :

*« Si imputable aux effets secondaires d'un traitement, il faut lui expliquer » [E3]*

- Et si cette plainte relève de la psychiatrie le praticien fait une prise en charge classique :

*« Je pense par exemple à une personne qui présentait une problématique sexuelle qui s'est avérée être une grosse problématique de TOC qui était une impulsion idéative sexuelle mais c'est extrêmement rare en fait, mais dans ces cas-là effectivement quand après ça relève de la psychiatrie, je déroule et je retombe sur mes pattes » [E5]*

*« A partir du moment où il n'y a pas de problème mécanique au départ, je n'adresse pas, je dois gérer (sourire) » [E2]*

- Le praticien titulaire du diplôme universitaire en sexologie déclare qu'il prend en charge cette problématique sexuelle spécifique d'emblée :

*« Je l'oriente vers ma consultation de sexologie » [E12]*

- Les praticiens proposent d'orienter le patient :

*« Dans ce cas j'oriente le patient » [E10]*

- Une orientation vers un sexologue :

*« J'oriente vers un sexologue » [E9]*

- Une orientation vers un sexologue connu du praticien :

« Ça m'est déjà arrivé d'envoyer vers une sexologue qu'on a en Guyane » [E1]

« J'adresse à un spécialiste, vous savez ceux qui font les injections pour grossir le sexe » [E2]

« Si c'est quelque chose de l'ordre du psychologique, moi j'ai l'habitude de travailler avec un confrère qui, lui, est sexologue, donc je les oriente » [E3]

- Ou sans précision vers un psychothérapeute ou un sexologue :

« Quand après ça relève de la psychiatrie, je déroule et je retombe sur mes pattes ; dans le cas contraire je bascule sur une psychothérapeute ou sexologue » [E5]

- A partir du moment où il n'y a pas de problème mécanique au départ le praticien n'adresse pas :

« A partir du moment où il n'y a pas de problème mécanique au départ, je n'adresse pas, je dois gérer (sourire) » [E2]

- 9) Comment réagissez-vous lorsque le patient, au décours d'une prise en charge pour une autre problématique, vous fait part d'un problème sur sa vie sexuelle ?

- Un praticien rappelle son aptitude à l'écoute :

« Ben c'est pareil, j'essaie de comprendre ce que ça peut entraîner au niveau de ses troubles, voilà » [E1]

- Chez l'un d'eux, l'abord d'une thématique sexuelle par le patient provoque une réaction de surprise :

« Je me suis déjà vu être surpris ! (rire) » [E5]

- Sans toutefois être déstabilisé, avec un court temps de réflexion pour réfléchir à la réponse à donner au patient :

« De là à me déstabiliser le mot est trop fort mais quand même, je prends deux secondes pour me dire merde qu'est-ce que je fais etc. J'en parle mais avec peu d'outils finalement ... J'essaie quand même de le définir un peu proprement » [E5]

- Après cela, il faut en parler avec le patient :

« Parler avec le patient » [E4]

« Eh ben naturellement ! (rire), on peut parler de tous les sujets, je n'élude rien » [E11]

- En signifiant bien à ce patient qu'on a pris en compte sa plainte :

« J'essaie d'y répondre, j'ai dit qu'on pouvait baisser le traitement et qu'on allait voir au prochain entretien si ça persiste ou pas, que j'entendais ce qu'il avait dit » [E7]

- Il est même proposé de recevoir le partenaire :

« Ça m'arrive même de recevoir la partenaire » [E4]

« Essayer de dédramatiser aussi avec son conjoint » [E6]

- Il faut le temps d'une évaluation, avec la prise en compte dans la réflexion des causes possibles psychologiques et/ou organiques :

« Evaluation » [E4]

« Il faut commencer à voir la cause, est ce que c'est le traitement qu'il prend qui génère ça. Il faut prendre le temps, éventuellement changer de traitement » [E8]

« Je vois si le troubles est préexistant ou non, si ça vient des médicaments » [E10]

« Faire la part entre organique et psychologique » [E4]

- Au moyen d'un interrogatoire :

« Je fais un interrogatoire un peu détaillé pour comprendre comment on peut l'aider » [E4]

« J'essaie d'aborder tous les symptômes cliniques de la dépression » [E6]

- Et d'un examen clinique :

« Essayer aussi d'aller plus loin au niveau de l'examen clinique » [E6]

- Avec un bilan étiologique :

« Ça m'arrive de temps en temps de faire un bilan, de voir certaines pathologies organiques quand il s'agit d'un diabétique par exemple ou autre pathologie chronique connu sur ce patient » [E4]

- Il y a une nécessité de stabiliser/s'occuper du trouble psychiatrique du patient afin de, selon l'évolution, adapter sa prise en charge :

« Là je traite d'abord l'état psychique, j'explique qu'il faut stabiliser avant, il faut passer le cap de la dépression, s'il y a le désir qui revient c'est bon signe, c'est déjà pas mal, c'est une première étape » [E2]

« Je l'intègre dans la pathologie, je le rassure et je le prends en charge, je l'explique et puis bien-sûr le bénéfice risque des traitements » [E2]

« J'essaie de comprendre l'incidence du trouble sexuel sur le trouble psychique » [E1]

- Il faut rechercher une cause iatrogène :

« Il faut commencer à voir la cause, est ce que c'est le traitement qu'il prend qui génère ça. Il faut prendre le temps, éventuellement changer de traitement » [E8]

- Expliquer les risques iatrogènes des traitements psychotropes :

« Je l'explique et puis bien-sûr le bénéfice risque des traitements » [E2]

- Afin de la traiter en adaptant le traitement du patient :

*« J'essaie de voir aussi si on peut modifier le traitement » [E6]*

- Eventuellement en diminuant le traitement :

*« J'essaie d'y répondre, j'ai dit qu'on pouvait baisser le traitement et qu'on aller voir au prochain entretien si ça persiste ou pas, que j'entendais ce qu'il avait dit » [E7]*

*« Quand il s'agit d'un effet secondaire d'un médicament on ajuste les doses pour que les résultats soient plus satisfaisants pour le patient » [E9]*

- Ou en changement de traitement :

*« Il peut m'arriver de changer la molécule et ça va mieux et puis voilà » [E4]*

*« Il faut commencer à voir la cause, est ce que c'est le traitement qu'il prend qui génère ça. Il faut prendre le temps, éventuellement changer de traitement » [E8]*

- Si le trouble n'est pas iatrogène ou s'il s'agit d'une problématique relationnelle, dans ce cas, c'est plus une relation psychothérapique qui est proposée :

*« S'il s'agit d'un trouble proprement dit ou une problématique relationnelle, c'est plus une approche psychothérapique » [E9]*

- Un praticien prend tout simplement en charge :

*« En général, je pose des questions sur la sexualité, donc cette situation est rare » [E12]*

- Il peut y avoir éventuellement une prescription de traitement correcteur :

*« Il est rare que je prescrive un traitement d'aide à l'érection » [E8]*

- Avec dans tous les cas une nécessité d'une réévaluation :

*« Je prends en charge et je vois l'évolution » [E10]*

- L'orientation du patient constitue la dernière possibilité de prise en charge en complément :

*« J'oriente » [E3]*

*« Dès qu'il y a un doute ou autre chose, on oriente » [E4]*

## 10) Comment abordez-vous ces problèmes sexuels si le patient n'en parle pas ?

- Dans ce cas, ce n'est pas abordé :

« Dans ce cas je n'en parle pas » [E7]

- On pose la question :

« Je pose la question » [E8]

« Quelquefois je leur pose la question » [E9]

- Rarement :

« Je pose des questions (rire) mais j'avoue que ce n'est pas fréquent » [E10]

- Parfois :

« Parfois on n'y pense pas » [E11]

- Systématiquement :

« Je pose les questions de manière systématique, à un moment ou à un autre de la prise en charge psychiatrique, selon la nature de la maladie et du traitement » [E12]

## 11) Si vous ne l'abordez pas spontanément, pour quelles raisons ?

Le praticien ne sait pas pourquoi ce n'est pas abordé :

- « Je ne sais pas » [E7]

- Le praticien n'y pense pas :

« Je n'y pense pas » [E1]

« De temps en temps j'oublie en fait ! » [E6]

« On oublie » [E11]

- Pas abordé car les patients reçus sont majoritairement en soins sous contrainte :

« D'abord parce que je n'y pense pas et que j'ai surtout des patients sous contrainte donc c'est vrai qu'on n'aborde pas vraiment ça » [E1]

- Pas abordé car les patients reçus souffrent de paraphilie :

« Pour les paraphilies je n'aime pas m'attarder sur ce sujet avec le patient » [E5]

- Pas abordé directement mais par le biais de la relation à l'autre :

« On n'aborde jamais directement la relation sexuelle, on le fait en abordant la relation à l'autre : est-ce que vous avez un compagnon, comment ça se passe, est-ce que vous êtes irritables en ce moment ? » [E2]

- Pas abordé car selon la demande du patient :

*« Il faut tenir compte de la demande du patient » [E4]*

- Pas abordé selon l'urgence de la situation :

*« Parfois on aborde, parfois la problématique est beaucoup plus importante que les troubles sexuels s'il y a une urgence... Je ne sais pas je cite toujours la dépression ça dépend dans quel contexte il a consulté : tentative de suicide où on aborde rarement au début cette problématique » [E4]*

- Pas abordé par manque d'outils :

*« Oui j'ai un petit frein parce que ... euh... il me manque des outils après pour parler correctement de ces problèmes » [E5]*

- Pas abordé par manque de formation :

*« De plus ce ne sont pas des choses sur lesquelles je suis formé justement donc je n'ai pas d'idée sur des contextes où il faudrait particulièrement y penser » [E5]*

- Pas abordé à cause de résistances du praticien :

*« J'ai sans doute des résistances à moi aussi » [E5]*

- Car la relation thérapeutique ne le permet pas :

*« Tout dépend de la relation thérapeutique avec le patient » [E10]*

- Pas abordé ne sachant que faire de l'information obtenue :

*« Et puis qu'est-ce que j'en fais aussi ?! quand c'est trop médical, c'est compliqué mais je sais orienter vers des collègues sexologues, j'ai 3 - 4 noms en tête » [E5]*

- Les praticiens l'abordent systématiquement :

*« C'est systématiquement abordé » [E3]*

*« Systématiquement » [E8]*

*« Je l'aborde toujours grâce à ma formation en sexologie » [E12]*

- Mais uniquement dans certaines situations : iatrogénie et évaluation des psycho traumatismes :

*« Je le fais assez systématiquement dans l'évaluation des effets secondaires des traitements et je le fais assez systématiquement dans l'évaluation des psycho traumatismes. Après, dans les autres cas, ce n'est pas systématique » [E9]*

- Notion d'expérience :

« *L'expérience fait qu'on est plus à l'aise avec le temps* » [E5]

## 12) Quelles sont vos résistances ?

- Un praticien ne sait pas :

« *Je ne sais pas* » [E7]

- Ou n'y pense pas :

« *Car je n'y pense pas, ce ne sont pas vraiment des résistances* » [E9]

- Il n'y en a aucune :

« *Non, je n'en ai pas* » [E6]

« *Généralement, non* » [E8]

« *Je n'ai pas de problème à en parler* » [E11]

« *Je n'en ai pas, je pense* » [E12]

- L'un d'eux rapporte la peur de blesser le patient :

« *Ça ne m'a jamais été renvoyé par les gens mais les hommes peuvent être beaucoup plus heurté de ce sujet-là que les femmes* » [E5]

- Voir de provoquer une décompensation du patient :

« *Peur de décompenser le patient* » [E10]

## 13) Quelles sont les différences dans vos approches selon le sexe de vos patients homme ou femme ?

- Il n'y a aucune différence :

« *Ça change rien* » [E1]

« *Non* » [E2]

« *Il n'y a pas de différence* » [E3]

« *Je ne pense pas, objectivement* » [E6]

« *Non, ça ne change rien* » [E8]

« *Aucune différence* » [E9]

« *Pour moi, aucune* » [E10]

- Chez les patients hommes il peut y voir plus de réflexion sur la manière dont il va réagir comme pour une dysfonction sexuelle :

*« Alors je vais être honnête, je vais être moins à l'aise avec les hommes qu'avec les femmes ... Je ne sais pas pourquoi ... Je vais plus réfléchir comment va réagir l'homme en face si je vais lui parler d'érection » [E5]*

- Ils essaient toujours d'aborder dans tous les cas, jusqu'à s'adapter aux hommes et aux femmes :

*« On essaie toujours d'aborder » [E4]*

*« Les hommes surtout psychotiques sont plus en demande par rapport à la réparation et leurs symptômes sexuels. Pour les femmes, ce sont surtout les déprimées qui sont en demande. L'abord systématique de la question avec tous les patients, permet d'éviter de passer à côté de certains problèmes qui n'ont pas été verbalisés » [E12]*

- Certains praticiens hommes sont plus à l'aise avec les femmes :

*« Alors je vais être honnête je vais être moins à l'aise avec les hommes qu'avec les femmes » [E5]*

*« J'essaie qu'il n'y ait pas de différence.... Je trouve quand même que c'est plus facile avec une femme qu'avec un homme mais je ne sais pas bien pourquoi (rire) ! » [E11]*

- En revanche chez certains patients, le fait que le praticien soit un homme ou une femme peut avoir de l'importance :

*« Je pense que pour le patient ça change selon que le médecin soit un homme ou une femme » [E8]*

- Un psychiatre homme déclare que c'est surtout l'homme qui en parle, la femme en fait moins la demande :

*« Il faut dire que c'est beaucoup plus l'homme que la femme qui en parle » [E4]*

- Un praticien homme déclare l'inverse, les femmes l'aborderaient plus facilement :

*« Dans mes expériences j'ai l'impression que les femmes l'abordent plus spontanément, plus facilement » [E5]*

- Une psychiatre femme dit que les hommes lui en parlent plus que les femmes :

*« Dans ma carrière, j'ai plus souvent eu des hommes qui m'ont parlé de ça que des femmes » [E7]*

- Et inversement, des psychiatres femmes déclarent que certains hommes sont mal à l'aise avec elles :

*« Il y a des hommes qui n'osent pas aborder certains problèmes car je suis une femme » [E8]*

*« Oui, par exemple en Algérie, c'est un peuple conservateur et, là-bas, un homme sera plus à l'aise de parler de sexualité avec un homme et les femmes c'est la même chose. Mais pour moi il n'y a pas de différence mais pour les patients oui, j'ai pu voir que dans certains cas il y a une différence : certains hommes sont mal à l'aise avec moi » [E10]*

On voit bien que toutes les situations peuvent se produire.

#### 14) Qu'est-ce que l'orientation sexuelle de votre patient change ?

- Ce paramètre ne change rien pour les psychiatres :

*« Non plus » [E1]*

*« Aucune » [E3]*

*« C'est plus simple si le patient est homosexuel car comme la sexualité est plus importante pour eux, ils l'évoquent beaucoup plus, c'est plus fluide, enfin je trouve ! » [E4]*

*« Il n'y en a aucune, je traite de la même manière, enfin je l'espère en tout cas, je pense » [E5]*

*« Non je suis ouverte à tout ! On est même surpris parfois des relations qu'ils peuvent avoir » [E6]*

*« Non ça ne change rien » [E7]*

*« Non ça ne change rien » [E8]*

*« Rien » [E9]*

*« Ça ne change rien » [E10]*

*« Ça ne change rien pour moi » [E11]*

*« Elle ne change rien pour moi » [E12]*

- Il est toutefois souligné la nécessité de s'adapter aux problématiques de cette population :

- Leur porter une attention particulière devant les profils particuliers, il y a plus de dépressions :

*« Sur les pathologies de la psychiatrie en général, en dehors de cette problématique-là, oui dépression, psychoses, etc. Ce sont des profils très particuliers qui demandent une attention en plus. Il y a beaucoup de souffrance, les décisions masquent les souffrances et elles reviennent bien comme il faut pour certains d'entre eux » [E2]*

- En leur ouvrant le plus de portes possibles pour aider à leur compréhension :

*« Nous les psychiatres, on a une responsabilité par rapport à cela, faire tout ce qui est dans notre pouvoir pour ouvrir le plus de portes possibles pour la compréhension d'eux même » [E2]*

- En prenant en compte des facteurs socio-culturels :

*« Elle ne change rien pour moi, mais des facteurs sociaux et légaux comme l'homosexualité, encore interdite en Tunisie, sont à prendre en compte » [E12]*

Aucun psychiatre ne déclare être mal à l'aise quand le patient est homosexuel.

15) Qu'est-ce que l'âge de votre patient change ?

- L'âge ne change rien pour les praticiens :

« Rien » [E1]

« Aucune différence » [E2]

« Ça ne change rien » [E7]

« Ça ne change rien » [E8]

« Non, ça ne change rien » [E9]

« Rien » [E11]

- Un praticien ne sait pas :

« Je pense que ce ne sont pas les mêmes problématiques, mais c'est difficile de répondre du coup car ce ne sont pas les mêmes pathologies ... »

- Un praticien est plus à l'aise avec les patients jeunes :

« Je suis plus à l'aise avec les jeunes » [E5]

- De plus, les patients jeunes seraient plus en demande :

« Les sujets jeunes sont plus en demande » [E12]

- Il y a chez certains une moindre prise en compte de la sexualité chez le sujet âgé :

« Non, après dans mon service j'ai surtout des sujets jeunes

Chez les sujets âgés quand même, il y a quelque chose de déjà enterré dans sa vie sexuelle, en gériatrie c'est rare que les gens viennent se plaindre d'un dysfonctionnement

Et si un sujet de 60 ans a des antécédents éthyliques, il accepte, ça fait partie un peu des conséquences [E3]

« Il est vrai qu'à un certain âge, on n'a pas tendance à aller jusqu'au bout de cette problématique » [E4]

« C'est vrai qu'on l'aborde moins avec les sujets âgés qu'avec les jeunes » [E6]

- Chez le sujet âgé, elle serait mieux abordée dans certains cadres comme l'institutionnel :

« La sexualité du patient âgé, on l'aborde plus dans l'institutionnel que la consultation classique » [E6]

16) Qu'est ce qui change si votre patient souffre d'un trouble psychotique ?

- Le praticien ne sait pas :

« Ça je ne peux pas dire » [E7]

- Cela ne change rien :

« Non ça ne change rien, il ne faut pas stigmatiser le patient » [E8]

« Rien » [E9]

- Avec souci de ne pas stigmatiser :

« Non, on essaie de pas stigmatiser, ils ont le droit aussi » [E11]

- Prise en compte de certaines particularités :

- Risques iatrogènes :

« Je ferai plus attention aux symptômes sexuels induits » [E12]

- Prudence dans l'indication des sexothérapies :

« Je serai plus prudent dans l'indication de certaines sexothérapies qui ne leur seraient pas adaptées » [E12]

- Angoisse du patient :

« Chez le patient psychotique, je fais attention à son angoisse » [E5]

- Leur relation aux autres plus complexe :

« Ils ont plus de difficulté dans la relation avec les autres » [E6]

- Leurs besoins sont différents, ils sont davantage dans la relation physique :

« Ils ont surtout un abord physique avec la sexualité, mécanique, les rapports intimes avec autrui passent au second plan, voire pas du tout » [E6]

- Nécessité d'attendre que le patient soit stabilisé pour aborder le sujet :

« J'attends que le patient soit stabilisé pour aborder le sujet » [E10]

- C'est plus compliqué à prendre en charge, le patient fait avec :

« On constate que, chez un psychotique, c'est un peu compliqué quoi. Un sujet qui est suivi depuis des années en psychiatrie, on sait que c'est un côté qui dysfonctionne. On a du mal, bien évidemment, à l'orienter vers l'extérieur. Ce que je veux dire c'est qu'il y a plusieurs paramètres à prendre en compte » [E4]

## 17) Quel bilan biologique prescrivez-vous ?

- Souvent, aucun bilan n'est prescrit :

« Aucun » [E7]

« Aucun » [E10]

« Non je n'en prescris pas » [E11]

- Ou alors, un bilan standard :

« *Je fais un bilan standard* » [E8]

- Plus précisément :

« *Glycémie* » [E12]

« *Bilan lipidique* » [E12]

- Ou un bilan endocrinologique :

« *Bilan endocrinologique aussi* » [E8]

« *Oui les dosages hormonaux* » [E9]

- Avec certaines précisions : testostérone chez les hommes systématiquement et prolactine :

« *Testostéronémie de manière systématique chez les hommes* » [E12]

« *Dosage de Prolactine parfois* » [E12]

## 18) Vers quels spécialistes orientez-vous ?

- Certain n'orientent pas leur patient car ils prennent en charge les problématiques sexuelles :

« *Je n'oriente pas, je prends en charge moi-même* » [E11]

- Une orientation, si elle doit avoir lieu, dépend du bilan étiologique :

« *Ceci dépendra du bilan étiologique* » [E12]

- Il peut être demandé un avis endocrinologique :

« *Avis endocrino* » [E8]

- Ou gynécologique :

« *Avis gynéco* » [E8]

- Ou auprès d'un praticien urologue :

« *Avis Urologue* » [E8]

- Orientation vers des sexologues :

« *Il y a des praticiens sexologues aux alentours* » [E7]

« *Sexologue* » [E8]

« *Vers des sexologues psychothérapeutes* » [E10]

- Plus précisément et si purement psychologique, psycho-sexologue à orientation TCC :  
« *Si purement psychologique, j'envoie vers un sexologue psychothérapeute d'orientation TCC* » [E9]

#### 19) Quels questionnaires utilisez-vous pour évaluer les dysfonctions sexuelles ?

- Aucun questionnaire n'est utilisé pour évaluer les dysfonctions sexuelles :

« *Je n'en utilise pas* » [E1]

« *Aucun* » [E2]

« *Aucun* » [E3]

« *Je n'en utilise pas* » [E4]

« *Pas du tout* » [E5]

« *Aucun* » [E6 à E 11]

« *En pratique clinique habituelle, je n'ai pas recours aux échelles* » [E12]

- En recherche :

« *En recherche l'ASEX pour les schizophrènes et IIEF pour les hommes, FSFI pour les femmes* » [E12]

- Même si absence de questionnaire, réflexion systématique sur trois dimensions : envie, plaisir et fonctionnement mécanique :

« *En revanche en pratique, j'essaie de sérier sur les trois dimensions : envie, plaisir et fonctionnement mécanique* » [E5]

#### 20) Que vous utilisiez ou pas des questionnaires, quels seraient les avantages et les inconvénients de tels outils ?

- Ne sait pas :

« *Je ne sais pas* » [E1]

« *Je ne sais pas, il faudrait peut-être les connaître avant* » [E3]

- Se pose la question de leur utilité :

« *Je ne sais pas si c'est utile* » [E2]

#### Avantages :

- Être systématique dans les questions que l'on pose et ne rien oublier :

« *On doit oublier des choses en consultations, on serait plus systématique* » [E4]

« Les avantages, comme tout autre questionnaire dont je ne maîtrise pas le sujet, ça me permettrait en les utilisant d'aborder toutes les dimensions » [E5]

« L'avantage serait de ne pas oublier de poser les questions » [E6]

« Il y a des points que j'ai oublié qui pourraient ainsi ne pas être oubliés » [E10]

« Être systématique » [E11]

- Peut aider le patient à verbaliser, par ce biais, sa plainte :

« Si le patient n'ose pas dire des choses spontanément ou oralement il peut le dire par le biais du questionnaire » [E7]

- Il peut s'agir d'un gain de temps pour l'évaluation :

« Ça peut faire gagner du temps aussi » [E7]

### Inconvénients :

- Aucun :

« Je ne vois pas d'inconvénient » [E5]

« Je n'en vois pas » [E10]

- Il s'agit d'un appauvrissement de la relation humaine et de la relation thérapeutique :

« Ça perd quand même de la relation humaine » [E6]

« C'est difficile pour les entretiens, pour la qualité de la relation thérapeutique qu'on a avec le patient, comme tout questionnaire » [E11]

- L'entretien ne serait pas fluide :

« C'est un outil pauvre je trouve, devant un patient ça bloquerait la discussion, je pense qu'on doit aborder de la manière la plus naturelle possible » [E6]

- Risque de routine :

« Je pense que ça deviendrait trop routinier » [E8]

- Ne permettrait pas d'obtenir les réponses si le patient est réticent :

« Mais bon ce n'est pas explicite, on se dit parfois qu'on n'est pas spécialiste même avec un questionnaire ce n'est pas simple, je pense, si le patient est réticent de base » [E4]

- Ne permettrait pas d'obtenir les réponses si le patient n'est pas sincère en cas de trouble de la personnalité :

« Aussi dans les troubles de la personnalité, les gens ne vont pas répondre non plus de manière très sincère » [E7]

- Les questionnaires seraient même inutiles pour la pratique quotidienne hors recherche :

« Pour moi c'est inutile : soit on y pense et on pose les questions, soit on n'y pense pas » [E9]

« Je ne vois pas d'inconvénients mais plutôt un intérêt contesté pour la pratique quotidienne. Tout l'intérêt réside dans les travaux de recherche » [E12]

21) Comment devrait évoluer la formation des psychiatres (qu'il soit interne ou psychiatre dans sa formation continu) dans le domaine de la prise en charge des problèmes sexuels ?

- Il faut proposer des formations spécifiques en sexologie :

« En ajoutant des formations spécifiques car c'est vrai qu'on n'est pas formé du tout » [E1]

« Il n'y a pas beaucoup de gens qui sont spécialisés en la matière. Il faut former les psychiatres à cela » [E4]

« Il faudrait plus de formation » [E6]

« Je pense que ça pourrait être bien s'il s'agit d'une formation systématique » [E10]

« Ce n'est pas négligeable, il faudrait des petites formations » [E8]

« Ça serait bien qu'il y a une formation en lien avec ces problèmes aux psychiatres. En dehors des effets secondaires des médicaments, finalement, on l'aborde peu » [E9]

« Il devrait y avoir des cours spécifiques, plus de formation » [E11]

- Plus précisément des formations sexo-psychothérapeutique type TCC :

« Alors moi je suis cognitiviste convaincu donc je pense que l'avenir serait dans les TCC, je pense qu'il faudrait mieux former sur cette psychothérapie qui peut aider les patients sur cette problématique » [E7]

- Proposer des séances lors de congrès en psychiatries :

« Par exemple, comme pour ce congrès, proposer des séances en rapport avec ce thème, c'est génial c'est la première fois qu'on propose cela dans un grand congrès. Donc l'inclure dans des grands congrès de psychiatrie, ça donnera envie de prendre deux jours pour aller dans des formations spécifiques » [E2]

« Des séances thématiques lors des congrès » [E6]

- Intégrer l'enseignement de la sexologie utile à la psychiatrie aux programmes de l'enseignement des internes en psychiatrie :

« Il devrait y avoir des cours dans ce domaine durant l'internat » [E3]

« Je pense qu'on devrait l'intégrer à la formation initiale des internes » [E5]

- Le DIU de sexologie ne serait pas nécessaire à tous les psychiatres : des formations de courte durée ciblées sur la sexualité des patients atteints de troubles mentaux et sur les effets indésirables des psychotropes seraient souvent suffisantes :

« Le DIU de sexologie ne serait peut-être pas nécessaire à tous les psychiatres. Des formations de courte durée ciblées sur la sexualité des patients atteints de troubles mentaux, et sur les effets indésirables des psychotropes seraient souvent suffisantes » [E12]

- Et enfin il doit y avoir une meilleure coordination du réseau existant :

« Il y a un manque, c'est vrai, il y a une mauvaise coordination, on ne travaille pas assez avec les sexologues » [E4]

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*« Au moment d'être admis à exercer la Médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferais usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.»*

## **Résumé**

### Introduction :

Les troubles sexuels sont fréquents chez les patients atteints d'un trouble psychiatrique. Aborder la sexualité lors d'une consultation n'est pas chose facile. Nous cherchons à évaluer les approches globales des psychiatres en sexologie.

### Méthodologie :

L'étude s'est faite en deux parties : une enquête préliminaire (qualitative), sur une faible population, a permis d'élaborer un questionnaire quantitatif. Seuls les médecins titulaires d'un DES de psychiatrie étaient invités à répondre à l'étude.

### Résultats :

L'enquête préliminaire a réuni 12 réponses et l'enquête quantitative 239 réponses. Les problématiques en lien avec la sexualité ne se limitent pas aux seules dysfonctions sexuelles. Il existe un lien bidirectionnel entre les troubles psychiatriques et les troubles sexuels. 56,9 % des praticiens pensent que le patient attend que le psychiatre en parle en premier tandis que, seulement 35,6 % disent aborder fréquemment, de leur propre initiative, ces questions. Les psychiatres écoutent leurs patients (88,7%), pratiquent une psychothérapie (70,4%), modifient leurs traitements (74,5%), les orientent (54%). Peu d'entre eux proposent de recevoir le partenaire (15,5%) ou prescrivent des examens (12,6%).

### Discussion :

Cette étude présente des biais mineurs de sélection et d'information mais ses forces résident dans sa rigueur méthodologique. L'échantillon est représentatif des psychiatres à l'exception de la sous-représentation des psychiatres libéraux. La formation des psychiatres doit être encouragée ainsi que le développement d'outils d'aide au dépistage des dysfonctions sexuelles. Nous proposerons à la fin de ce travail, à l'intention des psychiatres, une conduite à tenir pour savoir que faire en présence d'une plainte sexuelle.

Mots clés : psychiatrie – troubles sexuels – prise en charge – formation – outils