

D. Chatton, M. Archinard
et F. Wschiansky

LA PRISE EN CHARGE SEXOLOGIQUE DES PATIENTS PAR LE MÉDECIN DE PREMIER RECOURS

Avec l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments permettant de mieux traiter les troubles érectiles, les problèmes de la sphère sexuelle ont été remis récemment sous le feu de l'actualité. Pour le médecin de premier recours, la question se pose de comment prendre en charge ses patients dans ce contexte nouveau. Pour le sexologue, c'est l'occasion de sensibiliser ses collègues à l'importance de la prise en compte de la sexualité dans la prise en charge des patients. Dans cet article, nous donnerons quelques pistes qui nous espérons sauront aider nos confrères dans ce domaine trop souvent négligé.

Mots clés : anamnèse • sexualité

Introduction

Selon les classifications psychiatriques récentes (DSM-IV¹ ou CIM-10²), les troubles sexuels sont subdivisés en trois catégories: les dysfonctions sexuelles susceptibles d'atteindre tout un chacun, les paraphilies (perversions de l'ancienne nomenclature) et les troubles de l'identité de genre. En cas de nécessité de prise en charge, les patients des deux dernières catégories devraient être référés au psychiatre ou au sexologue, nous ne traiterons pas ce sujet ici.

Les dysfonctions sexuelles se subdivisent en quatre sous-catégories: les troubles du désir sexuel (baisse du désir et aversions sexuelles), les troubles de l'excitation sexuelle (troubles de l'excitation sexuelle chez la femme, troubles de l'érection chez l'homme), troubles de l'orgasme (troubles de l'orgasme chez la femme, idem chez l'homme et éjaculation précoce) et les troubles sexuels avec douleur (dyspareunie – non due à une affection médicale générale – et vaginisme).

Dans une population générale, en ce qui concerne les dysfonctions sexuelles, on note une prévalance de 5 à 10% d'anorgasmie féminine, une proportion relativement identique d'anorgasmie masculine; 4 à 9% de troubles érectiles (chroniques), environ 50% de tous les hommes ayant un trouble de l'érection au moins une fois dans leur vie, avec 1% de troubles avant 19 ans, 25 à 50% à l'âge de 75 ans et quasi 100% au-delà de 90 ans;³ les problèmes d'éjaculation prématurée seraient présents chez 36 à 38% des hommes. Les troubles de l'excitation féminine seraient présents chez 11% de la population (Levine et Yost, 1976), jusqu'à 48% (Franck, 1978). Les dyspareunies féminines atteindraient de 8% (Osborn, Hawton et Gath, 1988) à 33,5% (Glatt, Zinner et McCormack, 1990) (cf. Sexual dysfunction de Wincze et Carey⁴ qui citent différentes études américaines, dont celle de Spector et Carey en 1990⁵).

De manière générale aux Etats-Unis environ un quart de la population a un problème sexuel à un moment donné de son existence. Au sujet des couples la situation n'est guère meilleure, puisque Masters et Johnson⁶ avaient constaté déjà en 1970 que 50% des couples américains souffraient à un titre ou un autre d'une dysfonction sexuelle.

Les troubles sexuels sont donc fréquents. Il faut savoir aussi que les connaissances des patients concernant leur fonctionnement sexuel sont souvent approximatives, pour ne pas dire fausses. Bien entendu, les patients apprécient de

pouvoir parler ouvertement de leurs problèmes avec leur médecin même s'ils le font rarement vu leur embarras pour ce sujet très intime. Ils en discutent seulement une fois qu'ils se sentent rassurés sur la bienveillance et la capacité de compréhension de leur interlocuteur.

Certaines interventions médicales interfèrent avec la sexualité des patients. Il en va de la prescription d'un bon nombre de médicaments, parmi eux classiquement les anti-hypertenseurs et les psychotropes (cf. The Medical Letter⁷ et Kaplan⁸). Les manœuvres liées aux problèmes de stérilité sont aussi délétères, ou encore certains conseils de ménagement parfois donnés aux cardiaques, pour ne citer que quelques exemples classiques.

Tout ceci met en évidence la nécessité pour le praticien de pouvoir aborder le domaine de la sexualité avec ses patients dans le cadre de leur prise en charge. D'abord pour se faire une meilleure idée du fonctionnement global desdits patients; ensuite, pour pouvoir aussi mieux discuter l'éventuel impact d'un traitement sur la sexualité et obtenir, par exemple, une meilleure alliance thérapeutique. Finalement, afin de pouvoir, le cas échéant, investiguer suffisamment une plainte sexuelle pour pouvoir proposer un traitement (par exemple: traiter la dépression d'un patient déprimé et manquant de désir) ou aiguiller le patient vers le spécialiste: gynécologue, urologue, psychiatre ou sexologue.

Nous allons ci-après tenter de donner quelques pistes susceptibles de soutenir les praticiens dans cette démarche.

Rappel de quelques notions fondamentales^{8,9}

a. Sexualité masculine

L'érection est un phénomène purement réflexe qui se passe en état d'excitation sexuelle suffisante, s'il n'est pas inhibé, par exemple par un état d'angoisse trop important. Elle ne dépend en aucune manière de la volonté, ni pour sa production, ni pour sa disparition.

Masters et Johnson,¹⁰ ont classiquement décrit quatre phases dans la courbe d'excitation habituelle chez l'homme (fig. 1): 1) la montée de l'excitation correspondant à la survenue de l'érection pénienne; 2) la phase dite en plateau, avec le maintien de l'érection; 3) l'orgasme avec l'éjaculation et finalement 4) la résolution avec la détumescence pénienne, suivie d'une phase réfractaire de durée variable essentiellement en fonction de l'âge. Cette dernière phase serait due

ASSESSMENT OF SEXUAL DYSFUNCTIONS BY GENERAL PRACTITIONER

In this article, we will focus on the assessment of sexual dysfunctions by the general practitioner, so that he has some ideas on how to investigate and treat them, to discuss with his patient eventual secondary effects of treatments or, if needed, to refer the patient to the adequate specialist. We begin briefly by refreshing essential notions about human sexuality.

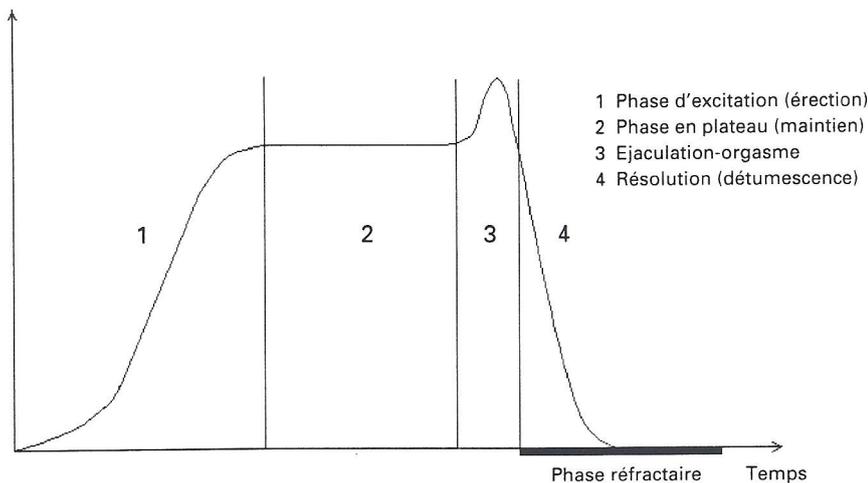


Fig. 1. Courbe d'excitation masculine.

à la décharge de noradrénaline nécessaire au péristaltisme urétral de l'éjaculation, noradrénaline inhibant l'érection et mettant un certain temps à être éliminée. Les phases 1, 3 et 4 sont régies par la physiologie de l'homme et ne sont donc pas contrôlables consciemment. Seule la phase 2 est de durée modulable quasi à volonté par l'homme expérimenté. Non contrôlée et trop courte, elle conduira à des plaintes pour éjaculation prématurée, trop longue (plus rare) pour éjaculation retardée, voire anéjaculation.

L'éjaculation est aussi un phénomène purement réflexe qui une fois déclenchée, à partir d'un certain niveau d'excitation, échappe complètement au contrôle de la volonté.

Enfin, chez l'homme, l'orgasme correspond la plupart du temps à l'éjaculation (cave éjaculation rétrograde), mais il est important de savoir que du point de vue localisation, la commande des deux phénomènes est située dans deux régions différentes du système nerveux central. Les deux phénomènes sont synchronisés, l'un déclenchant automatiquement l'autre. L'existence de ces deux centres explique cependant probablement pourquoi le plaisir orgasmique n'est pas forcément le même d'un rapport à l'autre alors que l'éjaculation en soi ne varie pas beaucoup.

b. Sexualité féminine

Les différences entre les appareils sexuels masculin et féminin peuvent paraître évidentes, elles ne se situent cependant pas vraiment là où on les attend.

En effet, bien qu'intérieurs, tout comme le pénis, les organes génitaux féminins (en l'occurrence les parois du premier tiers du vagin) sont formés de corps spongieux et caverneux. Il s'y produit un engorgement sanguin important avec tumescence de toute la paroi vaginale qui forme alors un organe aux dimensions comparables à un pénis en érection. L'engorgement produit aussi la lubrification vaginale (transsudat). Par ailleurs, les centres nerveux centraux et périphériques de la femme ne montrent pas de diffé-

rences évidentes avec ceux de l'homme.

Des différences se montrent lorsqu'on considère la courbe d'excitation de la femme. En effet, plusieurs variantes sont possibles, l'aspect le plus important étant qu'à partir d'un certain seuil d'excitation des contractions spasmodiques de la musculature pelvienne apparaissent, et qu'une poursuite de la montée de l'excitation est nécessaire avant le déclenchement de l'orgasme. Par ailleurs, chez la femme lors de l'orgasme, il n'y a pas de décharge d'adrénaline et donc pas de phase réfractaire consécutive. De là les variantes de la courbe d'excitation et la possibilité pour la femme de vivre plusieurs orgasmes consécutifs (répétition des phases 2, 3 et 4).

Anamnèse sexologique⁸

Deux situations se présentent fréquemment pour le praticien de premier recours : premièrement, le médecin s'intéresse à connaître mieux la sexualité de son patient et désire s'assurer de l'absence de troubles ; deuxièmement, le patient s'est ouvert spontanément à lui au sujet d'un trouble dans sa sexualité.

Dans le premier cas, tous les aspects de la sexualité actuelle seront brièvement passés en revue : fréquence des rapports, de la masturbation, qualité des rapports sexuels estimée par le patient, qualité du désir, de l'excitation, de l'érection ou de la lubrification, durée, qualité de l'orgasme, de l'éjaculation, satisfaction personnelle et du/de la partenaire. Tout ceci se fera avec tact bien entendu, mais on aura davantage à parler directement des choses plutôt que de manière allusive et détournée. La gêne supposée du patient est bien plus souvent celle du praticien pas assez rodé à aborder ce genre de questions. Comme dans d'autres domaines, on n'est pas sensé savoir bien faire dès l'abord, mais on est responsable si l'on ne pratique pas assez pour améliorer ses compétences !

L'idéal serait que l'anamnèse de tout nouveau patient contienne une rubrique « sexualité, vie affective » documentant ces aspects.

Dans le deuxième cas de figure (patient présentant spontanément une plainte) la première chose à faire avant de s'embarquer dans une anamnèse sexologique est de bien préciser cette plainte afin de la rendre clairement intelligible pour nous. Il n'est en effet pas possible, ni rentable, d'investiguer une plainte que l'on ne comprend pas. Qu'est-ce qui cause vraiment problème ? Pourquoi ? Est-ce un problème pour le patient ou pour son conjoint ? Pourquoi le patient en parle-t-il maintenant (et pas dans un mois ou il y a un mois), en d'autres termes, y a-t-il un fait nouveau ?

Ces aspects clarifiés, on poursuivra l'anamnèse sexologique de manière à préciser si possible le diagnostic (cf. ci-dessus) : Quelle est la fréquence des rapports sexuels ? Si une baisse de

BIBLIOGRAPHIE

- 1 DSM-IV. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4^e édition. Paris : Masson ed, 1996.
- 2 *Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. CIM-10/ICD-10, 1994.
- 3 Kramer A, Lambert D. *Sex: A user's manual*. The Diagram Group. London: Cox and Wyman Ltd, 1988.
- 4 Wincze JP, Carey MP. *Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment*. New-York, London: The Guilford Press, 1991.
- 5 Spector IP, Carey MP. *Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the literature*. *Arch of sexual Behavior* 1990; 19: 389-408.
- 6 Masters WH, Johnson VE. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown, 1970.
- 7 *The Medical Letter* – Vol. 14, No 19 (ML USA No 876). Edition française. *Médicaments provoquant des troubles sexuels – Mise à jour*, sept. 1992.
- 8 Kaplan HS. *The new sex therapy*. New-York: Brunner/Mazel, 1974.
- 9 Czyba J-C, Montella A. *Biologie de la reproduction humaine*. Montpellier: Sauramps, 1993.
- 10 Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Boston: Little, Brown, 1966.
- 11 Kaplan HS. *Evaluation of sexual disorders*. New York. Brunner/Mazer, 1983.

à lire
 à lire absolument.

Adresse des auteurs :

Drs Dominique Chatton et Dr Florian Wschiansky
 Unité de gynécologie psychosomatique et de sexologie
 15, rue des Pitons
 1205 Genève

Dr Marc Archinard
 Médecin chef de division a.i.
 Division de psychiatrie de liaison
 51, bd de la Cluse
 1205 Genève

fréquence est manifeste, quelle est son origine ? Y a-t-il absence ou baisse de désir (global ou spécifique) ? Y a-t-il évitement des rapports ? Pourquoi ? A-t-il peur de la pénétration ? A-t-il une bonne érection ? L'érection est-elle bonne au début, baissant par la suite ? Y a-t-il des érections nocturnes ? A-t-elle une bonne lubrification ? Se sent-elle prête à la pénétration lorsque celle-ci se passe ? A-t-il une éjaculation quand il le souhaite ou plus tôt ou tard que désirée ? Arrive-t-elle à l'orgasme facilement ? Y a-t-il selon elle des conditions pour cela qui ne sont pas remplies ? Ce sont là quelques questions importantes, mais il est impossible d'être exhaustif ici.

On étudiera aussi l'histoire du trouble : sa première survenue, brutale ou progressive ; les conditions de sa présentation, générales ou situationnelles ; s'agit-il d'un trouble primaire ou secondaire ? etc.

Un point intéressant de l'anamnèse d'un trouble sexuel est celui de tenter de comprendre le trouble actuel en terme de facteur facilitant (terrain fragile organique, psychologique), de facteur précipitant (crise personnelle ou de couple, stress, etc.) et de facteur de maintien du trouble (anxiété de performance, conflit de couple, stress, etc.).

On pourra s'attacher à essayer d'en clarifier l'origine probable, sachant qu'en matière sexuelle, les causes d'un trouble sont le plus souvent multifactorielles et parfois difficiles à mettre en évidence. Cette recherche de l'étiologie devrait se faire dans les « cinq cercles » du modèle biopsychosocial : 1) l'organique ; 2) le psychologique ; 3) le couple ; 4) la famille (ascendants et descendants) et 5) le socio-professionnel. En effet, des problèmes dans chacun de ces domaines peuvent entraîner des troubles de la fonction sexuelle. Par exemple, un trouble érectile peut être secondaire à un problème organique (vasculaire, neurologique ou encore médicamenteux), une anxiété de performance, un conflit de couple, une trop grande promiscuité au sein de la famille ou encore un stress professionnel intense. Le plus souvent, il s'agit d'un savant mélange de plusieurs de ces facteurs.

Dans les cas où la situation est simple et claire, en fonction de l'expérience du praticien, en l'absence de pathologie lourde, tant organique, psychologique que de couple, un traitement pourra être tenté. Par exemple, pour un trouble érectile, par prescription d'androgène, de yohimbine, de sildénafil ou d'une prostaglandine intraurétrale ou en injection (alprostadil), en ayant pris les précautions d'usage pour de telles prescriptions. En cas d'échec ou de récurrence du trouble, une consultation spécialisée devra alors

être sérieusement envisagée.

A moins qu'il ait suivi une formation spécifique, l'interniste ou le généraliste gagnera à ne pas aller trop loin lui-même dans le traitement des dysfonctions sexuelles. A la prudence dans le traitement, devrait se coupler une bonne capacité à parler avec son patient de ses symptômes, à lui montrer une écoute et une compréhension. Ceci permettra au patient de s'ouvrir à son médecin de ses troubles, celui-ci pouvant ensuite lui conseiller tels ou tels spécialistes : gynécologue, urologue, sexologue ou psychothérapeute individuel ou de couple de sa connaissance en fonction de sa première impression diagnostique. Cette attitude est de loin préférable à celle consistant à tenter de rassurer le patient en lui disant en substance que ce n'est pas grave et que cela va passer, ce qui le rassure d'autant moins qu'il ne se sent pas pris en charge.

La transmission du cas au spécialiste devra dans tous les cas être faite de manière préparée avec le patient. Celui-ci ayant parlé à cœur ouvert à son médecin de son intimité, il peut ressentir difficilement ce passage. Il peut s'avérer important de prendre du temps pour expliquer le pourquoi d'un tel adressage, de comprendre d'éventuelles réticences et d'en tenir compte afin de mieux pouvoir motiver le patient. Ceci permettra souvent de faciliter l'arrivée chez le spécialiste, particulièrement chez le psychiatre ou le sexologue.

Conclusion

Nous espérons que ces quelques éléments permettront au praticien d'avoir quelques pistes lui permettant d'acquiescer les rudiments nécessaires à la prise en charge de leurs patients en matière sexuelle.

Bien entendu, comme dans d'autres domaines, il sera toujours utile au médecin d'avoir dans son réseau tel psychiatre sexologue à qui s'adresser ou adresser ses patients.

Pour plus de détails sur ce vaste champ brièvement abordé ici, on pourra aussi lire utilement le livre d'Helen Kaplan¹¹. L'Unité de gynécologie psychosomatique et de sexologie est aussi tout à fait disposée à répondre aux questions qui se poseraient à l'avenir. Elle organise par ailleurs une formation à l'approche sexo-corporelle susceptible d'intéresser tout thérapeute sensibilisé au domaine de la sexualité, de ses troubles et de leur traitement. Pour tout renseignement complémentaire vous pouvez vous adresser directement à l'auteur. ■