

Sexualité normale et ses troubles IC-58

- Connaître les définitions : genres, sexualités et société. Enjeux de reconnaissance et médicalisation
 - Connaître les quatre phases du rapport sexuel
 - Connaître la sémiologie des principales dysfonctions sexuelles masculines et féminines
 - Connaître les éléments de l'interrogatoire permettant d'identifier les troubles de la sexualité
 - Connaître les quatre composantes impliquées dans la sexualité
 - Connaître les causes organiques des dysfonctions sexuelles masculines et féminines
 - Connaître les autres étiologies des principales dysfonctions sexuelles
 - Savoir orienter la prise en charge d'un couple présentant des troubles de la sexualité
-

Connaître les définitions : genres, sexualités et société. Enjeux de reconnaissance et médicalisation OIC-058-01-A

Une sexualité normale ?

En terme de sexualité aucune norme ne peut être définie (même si la sexualité « normale » fait partie de la définition de la bonne santé selon l'OMS, elle n'existe pas en tant que telle.)

Le comportement sexuel normal est difficile à définir car il est marqué par des contraintes éducatives, morales et sociales qui subissent des modifications au cours du temps et selon les cultures. La sexualité est jugée « normale » quand la réponse sexuelle satisfait celui qui la vit, et ne porte pas préjudice aux partenaires, à l'entourage ou à la société.

L'OMS définit la santé sexuelle comme :

« ...un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. Pour que la santé sexuelle soit assurée et protégée, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et appliqués ». " (OMS, 2006a)

« La sexualité est appréhendée, avant tout, comme une composante de la liberté individuelle et du respect de la vie privée par la jurisprudence et par le droit : le droit ne norme pas les comportements sexuels tout en reconnaissant leur libre exercice, y compris pour des personnes considérées comme vulnérables » (HAS, 2022).

Les composantes de la sexualité :

- Sexe biologique : caractéristiques biologiques qui définissent le caractère masculin ou féminin, caractères qui ne sont pas mutuellement exclusifs (intersexualité).
- Genre : comportements, activités, attentes considérées comme adéquats dans une société donnée. Le genre est en lien avec le sexe biologique mais en est distinct. On appelle personne transgenre une personne dont l'identité de genre est non congruente avec le sexe biologique.
- Orientation sexuelle : attirance envers les différentes identités de genre ou sexuelles.
- Réponse sexuelle : séquence des événements physiologiques et émotionnels rendant possible un rapport sexuel (désir, phase d'excitation, phase de plateau, phase d'orgasme et phase de résolution).

Les éléments influençant le développement et le déroulement de la sexualité sont multiples :

- Facteurs neuro-biologiques et psycho-affectifs
- Normes culturelles et sociales
- Valeurs éthiques et juridiques
- Croyances religieuses et spirituelles
- Contextes économiques, politiques et historiques

Les conséquences des troubles sexuels :

- Les dysfonctionnements de la réponse sexuelle, peuvent exposer l'individu et son couple à des souffrances, parfois importantes.
- Les troubles du comportement sexuel peuvent être responsables de conduites délictueuses.

La médicalisation des troubles sexuels :

- Lorsqu'il existe un dysfonctionnement de la réponse sexuelle sans plainte de l'individu, il n'y a pas lieu de le médicaliser.
- Lorsqu'il existe un trouble du comportement sexuel sans plainte de l'individu, de son entourage ou de la société, il n'y a pas lieu de le médicaliser.
- Le médecin joue un rôle central dans la prévention et l'éducation à la santé sexuelle ainsi que dans la prévention et la prise en charge des violences sexuelles

Connaître les quatre phases du rapport sexuel OIC-058-02-A

Les 4 phases de la réponse sexuelle:

Une relation sexuelle débute après une période de désir sexuel, constituée de pensées sexuelles et érotiques ou de fantasmes imaginatives. Cette phase préalable de désir n'est pas décrite dans toutes les classifications. Ainsi, la relation sexuelle se déroule en quatre phases, que ce soit chez l'homme ou chez la femme :"

- Excitation
- Plateau
- Orgasme – Éjaculation
- Résolution

Excitation :

Il s'agit d'un mécanisme vasculo-tissulaire-sensoriel hydraulique qui se caractérise

- Chez l'homme par une érection avec passage du pénis d'un état de flaccidité à un état de tumescence. 3 types d'érections sont décrites :

- *Érections psychogènes* : mise en jeu des centres cérébraux suite à une stimulation corticale (fantasme, stimulation visuelle ou auditive)
- *Érections nocturnes ou au réveil* : androgéno-dépendante, survenant de manière involontaire pendant le sommeil paradoxal
- *Érections reflexes* : suite à stimulation génitale locale (ou des zones érogènes accessoires), via les centres médullaires

Lors de la phase d'excitation, les érections psychogènes et reflexes sont mises en jeu.

- Chez la femme par la lubrification vaginale (transudat vasculaire par augmentation de la vascularisation vaginale et vulvaire), tumescence de la vulve et de la muqueuse du tiers inférieur du vagin.

Plateau :

La stabilité des mécanismes de la phase d'excitation (érection, lubrification) nécessite un maintien de la stimulation (stimuli psychologiques et physiques).

Orgasme :

L'orgasme est vécu comme un plaisir intense. Il a une qualité, une intensité et une durée très variable selon les individus et chez le même individu, d'une expérience à l'autre. Cette sensation de plaisir intense s'accompagne dans les deux sexes de signes vasomoteurs et le plus souvent de contractions brèves de la musculature striée périnéale.

Chez l'homme, l'orgasme et l'éjaculation, même s'ils surviennent normalement de manière concomitante, répondent à des mécanismes distincts. Ils peuvent ainsi, dans certains cas, survenir l'un sans l'autre.

L'éjaculation correspond à l'expulsion du sperme par le méat urétral, selon deux phases distinctes :

- Une phase d'émission (sécrétion du liquide séminal, contraction du tractus séminal et fermeture du col vésical).
- Une phase d'expulsion (contraction rythmique des muscles lisses péri-urétraux et striés périnéaux)

Résolution :

Chez l'homme, elle correspond à la détumescence du pénis et est classiquement suivie d'une période réfractaire pendant laquelle un nouveau cycle de réponse sexuelle ne peut être débuté.

La femme peut avoir plusieurs orgasmes successifs si la stimulation sexuelle ne s'interrompt pas, et la phase de résolution ne survient alors qu'après le dernier orgasme.

Connaître la sémiologie des principales dysfonctions sexuelles masculines et féminines OIC-058-03-A

Un trouble sexuel est considéré comme une dysfonction s'il est :

- présent depuis au moins 6 mois et dans au moins 75 % des situations pour la plupart des troubles
- responsable d'une souffrance, d'une détresse personnelle et/ou relationnelle

Le trouble peut être temporaire ou ancien, acquis ou non, généralisé et/ou situationnel.

Les dysfonctions sexuelles correspondent :

- aux troubles du désir ;
- aux troubles de l'excitation ;
- aux troubles de l'orgasme ;
- aux troubles de l'éjaculation ;

- aux douleurs sexuelles

Les troubles du désir (anaphrodisie)

- Diminution ou absence de désir et d'intérêt sexuel sous toutes ses formes : coït, caresses, masturbation.
- Examen génital normal.
- Primaire ou secondaire (ayant déjà éprouvé du désir)
- Intensité variable :
 - *baisse transitoire du désir* : absence répétée de fantasmes imaginatives d'ordre sexuel et de désir d'activité sexuelle
 - *aversion pour tout ou partie des activités sexuelles*.

Les troubles de l'excitation

Chez l'homme, ils correspondent à la dysfonction érectile (cf item 126 – Troubles de l'érection) : difficultés à obtenir ou maintenir l'érection jusqu'à la fin de l'activité sexuelle ou une diminution de la rigidité de l'érection. Un homme sur trois a des troubles de l'érection après 40 ans, l'âge étant un facteur de risque indépendant de dysfonction érectile. La dysfonction érectile est un symptôme sentinelle des maladies cardiovasculaires et notamment de coronaropathie.

Chez la femme, ils correspondent à une intumescence ou à un manque de lubrification vaginale. Ils peuvent être à l'origine de douleurs sexuelles (dyspareunies).

Les troubles de l'orgasme

- Absence ou retard de l'orgasme après une phase normale de désir et d'excitation sexuelle :
- Anorgasmie : absence de l'orgasme
- L'hypo-orgasmie : intensité diminuée ou difficulté à atteindre l'orgasme
- La dysorgasmie : douleur survenant lors de l'orgasme

Les troubles de l'éjaculation

Anéjaculation

- Absence d'émission de sperme par le méat urétral
- Associé ou non à un trouble de l'orgasme

Éjaculation prématurée

Défini par :

- un délai entre l'intromission du pénis et l'éjaculation de moins d'1 minute
- et, une impossibilité de retarder l'éjaculation
- et, un sentiment d'insatisfaction ou de frustration de l'un des deux partenaires
- Dysfonction sexuelle masculine la plus fréquente (20%-30%)
- Sujet jeune
- « Immaturité » du contrôle de la sensation pré-orgasmique

Éjaculation rétrograde

- Expulsion de l'éjaculat vers la vessie
- Défaut de fermeture du col vésical
- Elle n'empêche pas l'orgasme.

Hypospermie

Diminution du volume de l'éjaculat

Les dysfonctions sexuelles avec douleurs

Les dyspareunies sont des douleurs génitales persistantes ou répétées associées aux rapports sexuels.

Chez la femme, on distingue :

- les dyspareunies d'intromission qui correspondent à des douleurs à la pénétration. Ces douleurs peuvent être liées à une sécheresse vulvo-vaginale, à des vestibulodynies provoquées (douleurs importantes provoquées par la pression à la pénétration, aux mouvements du pénis ou à l'éjaculation), ou à un vaginisme (spasme involontaire de la musculature du tiers externe du vagin).
- les dyspareunies profondes : douleurs pendant les rapports situées dans le bas-ventre.

Connaître les éléments de l'interrogatoire permettant d'identifier les troubles de la sexualité OIC-058-04-B

Connaître les quatre composantes impliquées dans la sexualité OIC-058-05-A

La sexualité implique quatre composantes et leurs interactions permettent l'accomplissement d'une sexualité épanouie.

Le couple :

- Lieu de l'expression de la sexualité
- Espace rassurant et bienveillant indispensable : notion de sécurité affective
- Les dysfonctionnements au sein du couple peuvent limiter l'épanouissement de la sexualité

L'intégrité anatomique et fonctionnelle :

- Séquence d'événements physiologiques indispensables à l'émergence et au déroulement de la réponse sexuelle.
- Les altérations anatomiques ou fonctionnelles peuvent affecter l'émergence et/ou l'enchaînement de ces séquences physiologiques et altérer la réponse sexuelle et limiter ainsi l'épanouissement de la sexualité
- On recherchera en particulier des affections cardiovasculaires, neurologiques, endocriniennes, iatrogènes, urologiques et gynécologiques (antécédents gynéco-obstétricaux, recherche d'éventuelles mutilations sexuelles féminines, etc).

Les facteurs psychologiques :

- Identifier les facteurs psychologiques pouvant alerter la réponse sexuelle :
- représentations du patient, de son genre, de sa sexualité
- développement sexuel (événements traumatiques),
- attitudes et pratiques sexuelles,
- facteurs de stress positifs (naissance...) ou négatifs (deuil, chômage, infertilité...)

L'environnement :

- La sexualité prend place dans un contexte composite social, économique, politique, historique, éthique, juridique, spirituel et religieux
 - Les normes et les contraintes liées au contexte peuvent directement influencer l'accomplissement de la sexualité.
-

Connaître les causes organiques des dysfonctions sexuelles masculines et féminines OIC-058-06-A

Les troubles du désir (anaphrodisie)

- Andropause (ou syndrome de déficit en testostérone), Ménopause
- Iatrogénie médicamenteuse : psychotropes, , hormonothérapie (anti-androgènes, anti-aromatase, SERMS...)
- Dysthyroïdie
- Syndrome métabolique
- Maladies chroniques : cancer, douleur, suites d'intervention chirurgicales lourdes ...
- Troubles génito-sexuels associés : dysfonction érectile
- Troubles vésico-sphinctériens
- Troubles ano-rectaux

Les troubles de l'excitation

- Causes neurologiques (sclérose en plaques, lésion médullaire) et périphériques (diabète)
- Facteurs de risque cardio-vasculaires : HTA, dyslipidémie, syndrome métabolique, obésité, diabète, coronaropathie
- Iatrogénie médicamenteuse : psychotropes
- Iatrogénie chirurgicale : chirurgie pelvienne
- Autres iatrogénies : radiothérapie/curiethérapie pelvienne
- Maladies chroniques : cancer, douleur, suites d'intervention chirurgicales lourdes ...

Les troubles de l'orgasme

- Anorgasmie /Hypo-orgasmie par augmentation du seuil de perception d'excitation à atteindre pour déclencher l'orgasme :
 - Causes neurologiques (sclérose en plaques, lésion médullaire) et périphériques (diabète)

- Facteurs de risque cardio-vasculaires : HTA, dyslipidémie, syndrome métabolique, obésité, diabète, coronaropathie
- Iatrogénie médicamenteuse : psychotropes
- Iatrogénie chirurgicale : chirurgie pelvienne
- Autres iatrogénies : radiothérapie/curiethérapie pelvienne
- Maladies chroniques : cancer, douleur, suites d'intervention chirurgicales lourdes ...
- Dysorgasme :
 - Troubles vésico-sphinctériens
 - Troubles ano-rectaux
 - Chirurgie pelvienne

Les troubles de l'éjaculation

Anéjaculation ou éjaculation retardée

- Causes neurologiques centrales (sclérose en plaques, lésion médullaire) et périphériques (diabète)
- Hypogonadisme
- Intoxication éthylique
- Prise de stupéfiants
- Iatrogénie médicamenteuse : psychotropes, tramadol, anti-hypertenseurs d'action centrale, Inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine
- Iatrogénie chirurgicale : prostatectomie totale 310

Éjaculation prématurée

- Hyperthyroïdie
- Causes neurologiques : lésion du cône terminal

Éjaculation rétrograde

- Causes neurologiques centrales (sclérose en plaques, lésion médullaire) et périphériques (diabète)
- Hypothyroïdie
- Iatrogénie médicamenteuse : alpha-bloquant 127
- Iatrogénie chirurgicale :
 - Interventions rétro-péritonéales : curage lombo-aortique
 - Traitement chirurgical de l'adénome prostatique 127

Hypospermie

- Dysfonctionnement des vésicules séminales

Les dysfonctions sexuelles avec douleurs

Sécheresse vaginale :

- hypoestrogénie liée à la ménopause (syndrome génito-urinaire de la ménopause)
- iatrogène : hormonothérapie (anti-aromatase), antécédent de radiothérapie ou de curiethérapie
- infections répétées avec déséquilibre de la flore vaginale

Connaître les autres étiologies des principales dysfonctions sexuelles OIC-058-07-B

Les troubles psychiatriques peuvent être associés à l'ensemble des dysfonctions sexuelles (troubles du désir, de l'excitation, de l'orgasme, de l'éjaculation et troubles sexuels avec douleurs) :

- troubles de l'humeur : épisode dépressif caractérisé (cf. Item 66a) ou trouble bipolaire (cf. Item 64) ;
- troubles anxieux (cf. Items 66) ;
- troubles psychotiques (cf. Items 63 et 65) ;
- troubles des conduites alimentaires (cf. Item 71) ;
- troubles liés à l'usage de substances, notamment alcool, cocaïne, héroïne, cannabis mais aussi les stimulants sexuels (poppers, GHB, testostérone, dérivés de l'amphétamine, ecstasy/MDMA, cathions, dérivés de la méphédronne, propofol, etc...) (cf. Items 75 à 80).

Des facteurs psychologiques peuvent également altérer la réponse sexuelle :

- contexte relationnel défavorable, difficultés de communication
- altération de l'image de soi (après chirurgie par exemple)
- traumatismes : expérience sexuelle traumatisante, maltraitements dans l'enfance
- faible niveau d'éducation sexuelle (ex : fausses croyances sur la sexualité, tabous ...)

Savoir orienter la prise en charge d'un couple présentant des troubles de la sexualité OIC-058-08-B

Prise en charge globale :

- Évaluer et traiter le(s) symptôme(s)
- Rechercher les éléments déclencheurs personnels et au sein du couple
- Évaluer le retentissement personnel et sur le couple

Première consultation :

- Lieu et temps dédiés
- Attitude d'écoute
- Patient et son partenaire
- Attitude empathique, bienveillante, sans jugement
- Interrogatoire du patient et de son partenaire, avec questions ouvertes :
 - Histoire de la maladie
 - Profil du patient
 - Évènements de vie positifs/négatifs
 - Désir de prise en charge du patient/du partenaire
- Examen physique ciblé du patient

Modalité de la prise en charge :

- Identifier le motif précis de la consultation (patient et couple)
- Fixer les objectifs avec le patient et le couple (implication active)
- Mettre en place une stratégie thérapeutique :
 - Travail d'information et d'explications rationnelles concrètes
 - Psychothérapie cognitivo-comportementale et émotionnelle
 - Techniques d'affirmation de soi
 - Apport pharmacologique si besoin
 - Approche dite « corporelle » : souvent fondamentale, fondée sur une meilleure prise de conscience comportementale, sensorielle et émotionnelle ;
 - Prise en charge relationnelle : sous forme de thérapie de couple, fondée sur l'amélioration de la communication entre les partenaires
 - Prise en charge des causes générales dans le cadre d'une approche multi-disciplinaire



