

## DYSFONCTIONS SEXUELLES

**Autrice** Dre Laura Sossauer, Service de médecine de premier recours, HUG

**Experts**

Gynécologie Dre Jasmine Abdulcadir, Service de gynécologie, HUG  
Médecine de famille Dr Cédric Gillabert, Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance, UNIGE  
Sexologie Dre Anne Meynard, Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance, UNIGE  
Dr Lorenzo Soldati, Services des spécialités psychiatriques, HUG

**Superviseuse** Dr Sara Arsever, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG

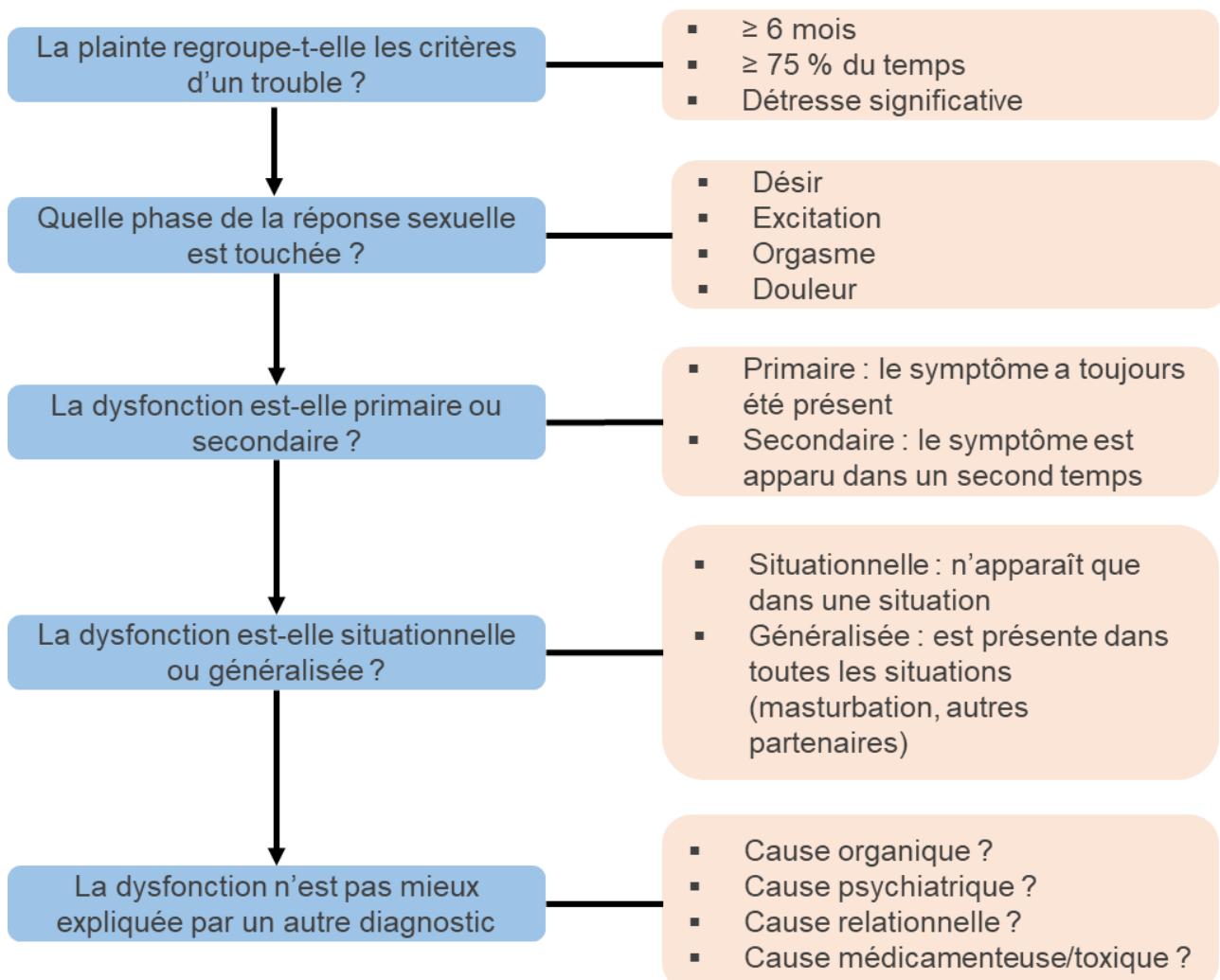
**Comité éditorial** Dre Mayssam Nehme, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG  
Pr Dagmar Haller, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG &  
Institut universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (IuMFE), UNIGe  
Pr Idris Guessous, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & UNIGe

**2025**

### LES POINTS À RETENIR

- Le diagnostic de « dysfonction sexuelle primaire » est un diagnostic psychiatrique, qui ne peut être retenu qu'après exclusion systématique de toutes les autres causes de dysfonction.
- Une exploration systématique selon les critères du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5) : durée  $\geq 6$  mois, fréquence  $\geq 75\%$  des situations, souffrance significative, permet de distinguer les dysfonctions sexuelles cliniquement pertinentes.
- Un bilan somatique, relationnel, psychologique et médicamenteux est essentiel avant d'initier un traitement, souvent pluridisciplinaire (sexothérapie, traitement hormonal, médicamenteux ou physiothérapie).
- La dysfonction érectile peut être un indicateur précoce de pathologies cardiovasculaires sous-jacentes, en particulier chez les hommes de plus de 40 ans.
- Chez la femme, les troubles de l'excitation ou de l'intérêt sexuel sont les plus fréquents, souvent multifactoriels et liés à des facteurs hormonaux, psychologiques et/ou relationnels.

## ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE



### Résumé des diagnostics différentiels

Causes cardiovasculaires : par exemple athérosclérose, insuffisance cardiaque  
 Causes néphrologiques : par exemple insuffisance rénale, dialyse  
 Causes infectieuses : par exemple infections sexuellement transmissibles  
 Causes neurologiques : par exemple polyneuropathie, accident vasculaire cérébral  
 Causes endocriniques : par exemple diabète, hypogonadisme  
 Causes respiratoires : par exemple syndrome des apnées obstructives du sommeil  
 Causes gynécologiques : par exemple lichen scléreux vulvaire, hysterectomie  
 Causes urologiques : par exemple affections prostatiques, malformations  
 Causes angiologiques : par exemple insuffisance veineuse ou artérielle  
 Âge : par exemple vieillissement asymétrique dans le couple  
 Douleurs chroniques : par exemple arthrose, arthrite, fatigue  
 Causes oncologiques : par exemple cancers urologiques, colorectaux  
 Causes personnelles : par exemple anxiété de performance, stress, deuil  
 Causes relationnelles : par exemple conflit de couple, routine, violence  
 Causes psychiatriques : par exemple dépression, trouble anxieux

### Résumé des substances et médicaments pouvant être responsables des dysfonctions sexuelles

Substances : alcool, tabac, cocaïne, héroïne  
 Antihypertenseurs : thiazides, betabloquants, anticalciques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)  
 Antidépresseurs : tricycliques, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRI)  
 Autres médicaments psychotropes : benzodiazépines, antipsychotiques, lithium  
 Hormonothérapie : contraceptifs œstro-progestatifs et progestatifs, anti-androgènes  
 Autres catégories : digoxine, antiacides, antihistaminiques, méthyldopa, inhibiteurs de la 5-alpha-réductase, chimiothérapie  
 Traitement local : gels lubrifiants ou mousses, séquelles de radiothérapie

## DYSFONCTIONS SEXUELLES

### 1. DEFINITIONS, EPIDEMIOLOGIE

Selon la classification internationale des maladies (CIM-11) et le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques (DSM-V), les dysfonctions sexuelles englobent les différentes manières dont une personne rencontre des difficultés à avoir une relation sexuelle comme elle le souhaiterait. Chez le médecin de premier recours, ces problèmes sont fréquents (environ 30 à 40% des femmes comme des hommes<sup>1,2</sup>), mais peu déclarés par les patients ni explorés par les médecins en raison de tabous, de gêne ou par manque de formation.

Pour comprendre la classification des troubles sexuels, il faut comprendre comment s'articule la réponse sexuelle. Bien que plusieurs modèles existent, le modèle en cinq phases utilisé dans le DSM-V (**Tableau 1**) a été choisi. Ce modèle linéaire, bien que sujet à controverses, notamment pour les femmes cisgenres, aide les médecins à organiser les dysfonctions sexuelles selon la ou les phases qu'elles perturbent le plus. Des modèles circulaires plus récents prennent en compte le contexte émotionnel, relationnel et les motivations non sexuelles.<sup>3,4</sup>

Il est important de relever que le **Tableau 1** se focalise sur la réponse sexuelle, mais que la sexualité elle-même ne se limite pas aux pratiques sexuelles. La sexualité ne peut être comprise que dans sa dimension bio-psychosociale, qui englobe aussi les aspects relationnels et sociétaux. Ces aspects doivent donc être explorés lors de toute approche d'une plainte sexuelle. En conséquence les dysfonctions sexuelles sont le plus souvent d'origine multifactorielle, nécessitant une approche pluridisciplinaire englobant les aspects somatiques, psychologiques, socio-culturels et relationnels.

Le modèle présenté prend en considération des catégories genrées, comme « homme cisgenre », « femme cisgenre », c'est-à-dire dont l'identité de genre correspond au sexe qui lui a été assigné à la naissance. Ils seront désignés comme « homme » ou « femme » par soucis de lisibilité. Les auteurs·trices réalisent que cette approche binaire peut poser problème, notamment pour les personnes non cisgenre. Elle a cependant été retenue par manque de littérature claire sur les enjeux de sexe et de genre autour des dysfonctions sexuelles.

Phase	Description	Modifications physiologiques
<b>1.Désir</b>	Intérêt pour des objets et/ou des expériences sexuelles poussant à rechercher ou à répondre à une expérience sexuelle. Peut être spontané ou provoqué/réactionnel.	Phase subjective sans modifications physiologiques. Selon certains modèles elle forme un continuum avec l'excitation.
<b>2.Excitation</b>	Phase déclenchée par des stimuli psychologiques et/ou physiques et souvent associée à du plaisir mais pas toujours (composante réflexe sur stimulations locales possible). Peut donc être centrale et/ou périphérique, les deux pouvant ne pas coïncider.	<u>Périphérique</u> : accélération du rythme cardiaque, de la tension artérielle et musculaire, augmentation du flux sanguins vers les organes génitaux menant à une tuméfaction du clitoris, des lèvres internes, du vagin, du pénis et des testicules. Élévation et gonflement des testicules. Lubrification urétrale (glandes prostatique et séminales) Lubrification vaginale, production de liquide par les glandes de Cowper et de Bartholin. <u>Centrale</u> : sensations subjectives de désir, d'anticipation ou de plaisir
<b>3.Orgasme</b>	Phase correspondant au pic du plaisir. N'est pas nécessaire pour passer à la phase suivante.	Contractions rythmiques des muscles périnéaux et des organes reproducteurs, éjaculation possible pour les hommes (mais non nécessaire).
<b>4.Résolution</b>	Phase consistant au retour à l'état de repos.	Diminution du rythme cardiaque, de la tension artérielle et musculaire, relaxation, désengorgement des organes génitaux. L'orgasme tend à raccourcir cette phase.
<b>5.Période réfractaire</b>	Phase durant laquelle une reprise de l'excitation n'est pas possible. Sa durée est très variable et peut être absente. A tendance à s'allonger avec l'âge, notamment chez les personnes de sexe masculin.	

**Tableau 1 :** Les cinq phases de la réponse sexuelle (selon Masters et Johnson)<sup>5</sup>

## 2. ANAMNÈSE

Une démarche structurée est essentielle en soins primaires. Elle débute par une écoute empathique, sans présupposé, permettant à la personne de s'exprimer librement. Les questions doivent aborder la satisfaction globale, le contexte relationnel, les antécédents médicaux, psychiatriques, médicamenteux, les facteurs socioculturels et la consommation de substances. Une approche systématique est proposée ici pour explorer une plainte sexuelle, qui est repris dans l'algorithme initial (page 2).

### 1. La plainte remplit-elle les critères d'un trouble de la fonction sexuelle ?

La première étape est d'identifier si la plainte de la personne correspond bien à un trouble de la fonction sexuelle. Selon le DSM-V, un trouble peut être retenu s'il :

- Persiste depuis ≥ 6 mois
- Est présent ≥ 75% du temps
- Entraîne une détresse significative
- N'est pas mieux expliqué par un autre trouble psychiatrique, une détresse relationnelle (p.ex violence), un autre facteur de stress significatif ou attribuable aux effets d'un médicament ou d'une pathologie médicale.

Il est par exemple possible de présenter une baisse du désir ou de l'excitation dans certaines phases de vie, comme dans la période périnatale, de la transition ménopausique ou lors de deuil, sans que ceci soit nécessairement qualifié de dysfonction sexuelle. Néanmoins, même en l'absence de diagnostic formel de DS, la prise en charge des symptômes sexuels demeure indiquée lorsqu'ils affectent la qualité de vie des patients-es.

### 2. De quel type de trouble s'agit-il ?

Ensuite, il faut déterminer le type de trouble présenté par la personne. Le **Tableau 2** ci-dessous apporte les définitions du DSM-V. A noter que les différentes classifications internationales ne retiennent pas nécessairement les mêmes entités diagnostiques et que celles-ci ont passablement évolué dans le temps.

Phase	Définition
Désir	<p><b>Diminution du désir sexuel chez l'homme</b> <sup>6</sup></p> <p>Déficience ou absence persistante ou répétée de pensées sexuelles/érotiques ou de fantasies imaginatives ou du désir d'activité sexuelle (en tenant compte de l'âge, du contexte somatique et socioculturel)</p> <p><b>Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme</b> <sup>7</sup></p> <p>Déficience ou réduction significative de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle qui se manifeste par au moins trois des symptômes suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Absence/diminution de l'intérêt pour l'activité sexuelle</li><li>2. Absence/diminution des pensées érotiques ou sexuelles ou des fantasies imaginatives</li><li>3. Peu ou pas d'initiation de l'activité sexuelle et typiquement, absence de réceptivité aux tentatives du/de la partenaire pour initier l'activité sexuelle</li><li>4. Absence/ diminution de l'excitation ou du plaisir sexuel dans presque toutes ou toutes les situations de rencontre sexuelle</li><li>5. Absence de/diminution de l'intérêt sexuel ou de l'excitation sexuelle en réponse aux signaux sexuels/ érotiques, internes ou externes (écrits, verbaux, visuels)</li><li>6. Absence / diminution des sensations génitales ou non génitales pendant l'activité sexuelle dans presque toutes ou toutes les rencontres sexuelles.</li></ol>
Excitation	<p><b>Trouble de l'érection</b> <sup>8</sup></p> <p>Au moins deux des trois symptômes suivants doivent être éprouvés dans presque toutes ou toutes les occasions (75-100%) d'activité sexuelle avec un·e partenaire.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Difficulté marquée à parvenir à une érection au cours de l'activité sexuelle</li><li>2. Difficulté marquée à maintenir une érection jusqu'à l'achèvement de l'acte sexuel</li><li>3. Diminution marquée de la rigidité érectile</li></ol>

Phase	Définition
<b>Orgasme</b>	<p><b>Ejaculation prématuée<sup>9</sup></b>          Troubles de l'éjaculation persistant ou répété survenant pendant le rapport sexuel avec un·e partenaire, approximativement dans la minute suivant la pénétration vaginale (ou autre stimulation sexuelle selon la CIM-11) et avant que la personne ne souhaite éjaculer.</p> <p><b>Ejaculation retardée</b>          L'un ou les deux symptômes suivants doivent être présents dans presque toutes ou toutes les occasions d'activité sexuelle avec un·e partenaire et sans que le sujet de souhaite retarder l'éjaculation :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retard marqué à l'éjaculation</li> <li>2. Absence ou diminution marquée de la fréquence de l'éjaculation</li> </ol> <p><b>Trouble de l'orgasme chez la femme</b>          Présence de l'un ou des deux symptômes suivants dans presque toutes ou toutes les situations d'activité sexuelle.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retard marqué pour parvenir à l'obtention de l'orgasme ou diminution marquée de la fréquence ou absence d'orgasme</li> <li>2. Diminution marquée de l'intensité des sensations orgasmiques</li> <li>3. <i>Orgasme prématué féminin (controversé) : similaire à l'éjaculation prématuée chez l'homme, classifié comme « dysfonction sexuelle non spécifique » dans le Comprehensive textbook of psychiatry. Ne figure pas encore dans le DSM.<sup>10</sup></i></li> </ol>
<b>Douleurs liées à l'activité sexuelle (pour les femmes)</b>	<p><b>Troubles liés à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration<sup>11.12.13</sup> (Vaginisme et dyspareunie)</b>          Difficultés persistantes ou répétées dans un ou plusieurs des cas suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pénétration vaginale pendant la relation sexuelle</li> <li>2. Douleurs vulvo-vaginale ou pelvienne marquée pendant la relation sexuelle ou lors des tentatives de pénétration</li> <li>3. Peur ou anxiété marquée d'une douleur vulvo-vaginale ou pelvienne par anticipation, pendant ou résultant de la pénétration vaginale</li> <li>4. Tension ou crispation marquée de la musculature du plancher pelvien au cours des tentatives de pénétration vaginale</li> </ol>

Tableau 2 : Définition des troubles selon DSM-V selon la phase affectée

### 3. Le trouble est-il primaire ou secondaire ?

Savoir si la dysfonction est primaire (ayant toujours été là) ou secondaire (s'étant installée par la suite) est nécessaire pour contextualiser le problème et en chercher la cause. En effet, un trouble primaire est plus suggestif d'une pathologie somatique sous-jacente ou peut parfois être liés à des évènements survenus lors du développement psychosexuel de l'enfance et/ou de l'adolescence (dont des épisodes de violences).

### 4. Le trouble est-il situationnel ou généralisé ?

De même, savoir si le problème survient dans certains contextes ou systématiquement aide à cibler les diagnostics différentiels. Il faut notamment explorer si le trouble est présent lors de la masturbation et avec différents partenaires. Une dysfonction présente uniquement dans certains contextes et/ou avec un·e partenaire peut par exemple être suggestive d'une cause relationnelle ou psychologique.

### 5. Intensité du trouble ?

Le DSM-V spécifie le degré de souffrance personnelle liés à la dysfonction, notion subjective qui s'apprécie avec le patient, évaluée comme légère, moyenne ou grave.

### 6. Le trouble est-il lié à d'autres dysfonctions sexuelles ?

Très souvent une dysfonction peut en cacher une autre ou être à sa racine. Il faut rechercher d'autres dysfonctions, telles que définies plus haut.

## Service de médecine de premier recours

Le **Tableau 3** ci-dessous apporte des exemples concrets pour explorer une plainte sexuelle.

**Remarque :** Questionner systématiquement la sexualité en médecine de premier recours permettrait un dépistage précoce des dysfonctions sexuelles, une égalité d'accès aux soins sans préjugés sur l'âge, le genre ou l'orientation sexuelle, un dépistage de maladies chroniques et pourrait renforcer le lien médecin-patient en dédramatisant un sujet important qui contribue à une bonne qualité de vie. A contrario, poser des questions hors contexte peut être intrusif et mener à des réponses biaisées. Les médecins sont aussi soumis à des contraintes temporelles et au risque d'être exposé à des révélations qui nécessiteraient des connaissances plus poussées ou une formation spécifique. Par conséquent, un tel dépistage pourrait être recommandé dans des situations à risques de dysfonctions (maladies chroniques, traitements influençant la sexualité, plaintes psychologiques) ou être intégré dans l'anamnèse lors d'un bilan de santé global, lorsque le temps et le contexte relationnel le permettent.

Exemple de phrases-types pour explorer une plainte sexuelle	
<b>Générales</b>	Êtes-vous satisfait·e de votre vie sexuelle ? Qu'est-ce qu'une sexualité épanouie pour vous ? Comment cela se passe-t-il avec votre·vos partenaire·s ? Êtes-vous satisfait·e de vos rapports ? Évitez-vous les rapports sexuels ou au contraire les initiez-vous ? Lors des rapports, avez-vous certaines difficultés à continuer ?
<b>Situationnel ou généralisé</b>	Le trouble est-il présent dans toutes les situations ? Pratiquez-vous la masturbation ? Si oui, comment se passe la masturbation ? Si vous avez plusieurs partenaires, le trouble survient-il avec tous et toutes les partenaires ? Y a-t-il des situations où cela se passe bien ?
<b>Primaire ou secondaire</b>	Comment le trouble est-il apparu pour la première fois ? Dans quelles circonstances ? Était-ce soudain ou progressif ?
<b>Diminution du désir, trouble de l'intérêt sexuel ou de l'excitation</b>	Êtes-vous intéressé par l'activité sexuelle ? Avez-vous un imaginaire et des pensées érotiques ? Comment le caractériseriez-vous ? En êtes-vous satisfait ? En parlez-vous à votre partenaire ? Avez-vous l'impression d'avoir des problèmes d'excitation ? De lubrification ? Initiez-vous les rapports sexuels ? Visionnez-vous de la pornographie ? Seul·e, en couple ?
<b>Trouble de l'érection</b>	Votre érection est-elle suffisamment dure pour permettre la pénétration ? Avez-vous de la difficulté à maintenir votre érection ? Avez-vous des érections nocturnes ou matinales ?
<b>Troubles éjaculatoires</b>	Quel est le temps entre la pénétration et l'éjaculation ? Pouvez-vous la retarder ? Vous sentez-vous gêné, anxieux, déprimé et/ou frustré par votre éjaculation ? Avez-vous des difficultés d'éjaculation ?
<b>Troubles de l'orgasme</b>	Avez-vous des difficultés à avoir un orgasme ? Leurs intensité et/ou fréquence a-t-elle changé ? Le problème survient-il avec tous et toutes les partenaires ? Survennent-ils également lorsque vous vous masturbez ? Quelle valeur accordez-vous à l'orgasme ?
<b>Troubles liés à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration</b>	Avez-vous des douleurs pendant les rapports ? Cela dépend-il du type de rapport (main, bouche, vibromasseur, organes génitaux) ? A quel moment du rapport les douleurs surviennent-elles (pénétration superficielle versus profonde, toucher/caresses des organes génitaux) ? Vous arrive-t-il d'éviter ou d'interrompre un rapport à cause de la douleur ? Avez-vous remarqué une sécheresse vaginale ? Des douleurs au pénis ? Avez-vous des troubles urinaires associés ?
<b>Relations interpersonnelles</b>	Comment cela se passe-t-il avec votre·vos partenaire·s ? Y a-t-il une bonne communication ? Des tensions, des conflits, des violences ? Qui initie le plus souvent l'acte sexuel ? Pourquoi ? Comment le trouble est-il géré dans le couple ? En parlez-vous avec votre·vos partenaire·s ?
<b>Contexte culturel</b>	Quelle éducation sexuelle avez-vous reçue ? Vos parents étaient-ils à l'aise pour discuter de la sexualité ? Comment votre culture et/ou religion abordent-elle le sujet ? Discutez-vous facilement de votre sexualité ? Ressentez-vous des pressions ?

Tableau 3 : exemple de phrases types pour explorer une plainte sexuelle

## 7. Causes à exclure pour parler d'une dysfonction sexuelle idiopathique

Pour définir si l'on a affaire à une dysfonction sexuelle « idiopathique », il faut que le trouble perdure depuis minimum 6 mois et ne soit pas causé par :

1. Une cause organique ([cf Tableau 4](#))
2. Une pathologie psychiatrique ([cf Tableau 4](#))
3. Des facteurs interpersonnels (conflits de couple, violence etc) ([cf Tableau 4](#))
4. Un effet secondaire médicamenteux ou de toxique ([cf Tableau 5](#))

## 8. Questionnaires existants

Plusieurs questionnaires existent pour explorer la fonction sexuelle, comme l'International Index of Erectile Function<sup>14</sup> (15 questions) ou Sexual Health Inventory for Men<sup>15</sup> (5 questions) pour les patients souffrant de dysfonction érectile. Le Premature Ejaculation Profile<sup>16</sup> (4 questions) permet de caractériser l'éjaculation prématurée et le Men Health Sexual Questionnaire<sup>17</sup> (25 questions) permet une approche plus complète de la sexualité masculine (érection, éjaculation, désir et satisfaction). Pour les femmes, le Female Sexual Function Index<sup>18</sup> (19 questions) permet l'étude désir, de l'excitation, de la lubrification, de l'orgasme, de la satisfaction et de la douleur.<sup>19</sup>

### Dysfonctions sexuelles : diagnostic différentiel détaillé

- **Causes cardiovasculaires** : hypertension artérielle (HTA), athérosclérose ou maladie coronarienne, obésité, insuffisance cardiaque
- **Causes néphrologiques** : Insuffisance rénale, dialyse
- **Causes infectieuses** : virus de l'immunodéficience humaine (VIH), infections urinaires, prostatites, maladies pelviennes inflammatoires (PID), vaginoses, infections sexuellement transmissibles (IST), candidoses
- **Causes neurologiques** : épilepsie, sclérose en plaques, accident vasculaire cérébral (AVC), myélopathies, démences, polyneuropathies (diabète/alcool), traumatismes cérébraux-cervicaux, Parkinson
- **Causes endocriniennes** : diabète, hypogonadisme, hyperprolactinémie, maladie de Cushing/d'Addison, dysthyroïdies, tumeur pituitaire
- **Causes respiratoires** : syndrome des apnées obstructives du sommeil (SAOS), bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), asthme
- **Causes gynécologiques** : hystérectomie, annexectomie, syndrome génito-urinaire de la ménopause, endométriose, traumas obstétricaux, mutilations génitales féminines, myomes, kystes ovariens, chirurgie (adhérences), prolapsus, descente d'organes, radiothérapie, lichen scléreux vulvaire, eczéma, psoriasis
- **Causes urologiques** : affections prostatiques, chirurgies urologiques ou rectales, phimosis, paraphimosis, maladie de la Peyronie, fibrose, traumatismes pénins/périnéaux, priapisme, malformations urologiques congénitales ou acquises, incontinence urinaire
- **Causes angiologiques** : fistule artério-veineuse, insuffisance veineuse ou artérielle
- **Age** : vieillissement asymétrique dans un couple, attraction physique moindre (une sexualité épanouie peut être présente à tout âge)
- **Douleurs chroniques (arthrose, arthrites)**, fatigue
- **Causes oncologiques** : cancers urologiques, colorectaux, gynécologiques
- **Causes personnelles** : anxiété de performance, stress, deuil, fausses croyances, mauvaises expériences passées, coutumes/ croyances sexuelles conflictuelles, imaginaire érotique pauvre, interdits culturels ou religieux, pas/peu d'éducation sexuelle, mauvaise image de soi et/ou de son corps, antécédents d'abus sexuels, questionnement sur identité de genre, peur de l'échec, aversion envers certaines pratiques sexuelles ou des perceptions positives, faible conscience de son corps, focalisation sur la partenaire et la pénétration, héritéité
- **Relationnelles** : conflit de couple, routine, pression ou violences de couple, processus de procréation médicalement assistée, changement de rôle, désir hyper/hypoactif chez le-la partenaire, mauvaise communication, peur de l'engagement, préliminaires/stimuli insuffisants
- **Psychiatriques** : Dépression, trouble anxieux, schizophrénie, paraphilic, dysphorie de genre

Tableau 4 : Dysfonctions sexuelles : diagnostic différentiel détaillé

**Médicaments et toxiques responsables de dysfonctions sexuelles****« Dysfonctions sexuelles induites par une substance ou un médicament » selon le DSM-V**

- Substances : alcool, tabac, cocaïne, héroïne, méthadone, amphétamines
- Antihypertenseurs : thiazides, inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), anticalciques, bêta bloqueurs, spironolactone, clonidine
- Digoxine
- Antidépresseurs : tricycliques, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRI), inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO), antagonistes des récepteurs de la dopamine
- Antiacides, antihistaminiques
- Barbituriques, benzodiazépines
- Inhibiteurs de la 5 alpha-réductase
- Antipsychotiques, lithium
- Anticholinergiques
- Radiothérapie/chimiothérapie
- Hormonothérapie : contraceptifs oestro-progestatifs et progestatifs, anti-androgènes, agonistes GnRH, Inhibiteurs de la 5 alpha-réductase
- Indomethacine
- Ketoconazole
- Phentytoïne
- Methyldopa
- Gel lubrifiant/mousse, latex (irritation)

**Remarque :** Les SSRI peuvent avoir un effet délétère sur la fonction sexuelle les premières semaines mais le traitement de la cause sous-jacente (la dépression) peut améliorer la sexualité chez bon nombre de personnes.

**Tableau 5 : Médicaments et toxiques responsables de dysfonctions sexuelles****3. EXAMEN CLINIQUE**

Comme dans toute démarche diagnostique, un status général est requis à la recherche d'une pathologie somatique et/ou psychiatrique expliquant la dysfonction. L'examen clinique doit être ciblé selon le contexte, respectueux de la personne, et précédé d'un consentement explicite. L'examen peut être différé si l'alliance thérapeutique n'est pas suffisante. Il peut aussi être complété par un·e spécialiste si besoin.

- **Maladies cardiovasculaires** : hypertension artérielle, obésité, signe d'insuffisance cardiaque ou artérielle
- **Maladies respiratoires** : syndrome des apnées obstructives du sommeil (SAOS), bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- **Status neurologique** : plégie/ parésie focale, syndrome pyramidal, polyneuropathie
- **Status endocrinologique** : palpitation thyroïde, recherche de signes de dysthyroïdie, diplopie (hyperprolactinémie), signes d'hyper/hypocorticisme
- **Status digestif** : recherche de masse, de douleurs localisées, de cicatrices
- **Status gynécologique** : mutilation génitales, prolapsus, atrophie, lichen, césariennes, épisiotomies, séquelles de radiothérapie
- **Status urologique** : phimosis, déviation de la verge, cicatrices, radiothérapie, toucher rectal
- **Status psychiatrique** : recherche d'une pathologie psychiatrique : dépression, trouble de l'humeur, perturbations de l'image de soi, consommation de substances (**Tableau 4**), recherche d'abus sexuels et de violences

**4. BILAN DE BASE**

Un bilan biologique de première intention par le médecin de premier recours peut être utile en cas de suspicion de cause organique ou si une thérapie médicamenteuse est envisagée.

- **Labo** : Formule sanguine avec répartition, fonction rénale, HbA1c, bilan hépatique, bilan lipidique
  - Personnes de sexe biologique masculin : PSA, TSH, FSH, LH, prolactine, testostérone totale et testostérone libre si totale basse ou douteuse.
  - Personnes de sexe biologique féminin : FSH, LH, prolactine, TSH.

## Service de médecine de premier recours

- **Evaluation d'un état anxio-dépressif :** Dépression : questionnaires PHQ-9, échelle de Hamilton ou GDS pour les patient.es de plus de 75 ans. Trouble anxieux : échelle de GAD-7.
- **En cas de maladie athéromateuse suspectée :** ECG, test d'effort si haut risque cardiovasculaire et/ou anamnèse suggestive **avant** introduction d'une thérapie médicamenteuse type sildénafil en raison du risque d'hypotension, surtout au décours d'une pathologie cardiovasculaire instable ou décompensée et en présence de dérivés nitrés.

**Remarque :** Il n'y a pas de corrélation entre le taux de testostérone et les dysfonctions sexuelles chez les femmes

## 5. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS LES PLUS FRÉQUENTS ET TRAITEMENTS

### Indications à la sexothérapie

Dans la majorité des troubles sexuels, une sexothérapie peut être proposée. La sexothérapie est une forme de psychothérapie intégrative se focalisant sur les troubles sexuels. Elle peut intégrer des éléments de mindfullness, de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou d'hypnose selon le·la thérapeute et l'indication. Dans certaines conditions, une thérapie de couple peut aussi être proposée.

Les paragraphes ci-dessous reprennent les principaux diagnostics différentiels et les autres traitements pouvant être proposés.

### DIMINUTION DU DÉSIR SEXUEL CHEZ L'HOMME / PERSONNES DE SEXE BIOLOGIQUE MASCULIN<sup>6</sup>

- **Diagnostics différentiels**

- Hypogonadisme (déficit androgénique)
- Médicaments : méthadone, SSRI, tricycliques, neuroleptiques, anxiolytique, thiazidiques, spironolactone, anti-H2
- Consommation de substances (alcool en particulier)
- Troubles de l'humeur
- Cause relationnelle : conflit, qualité du lien avec le·la partenaire

- **Traitements**

Lorsque le trouble du désir est associé à un hypogonadisme, un traitement de ce dernier peut améliorer le désir sexuel. Plusieurs options existent : substitution en testostérone, agonistes dopaminergique ou une optimisation du mode de vie (notamment amélioration du sommeil, réduction du stress, arrêt des substance psychoactive, activité physique).

La substitution en testostérone présente cependant de nombreuses contre-indications et implique une surveillance rapprochée en lien avec le risque d'effets indésirables. Il est donc recommandé de solliciter un suivi endocrinologique et/ou urologique en parallèle.

### TROUBLE DE L'INTÉRÊT POUR L'ACTIVITÉ SEXUELLE OU DE L'EXCITATION SEXUELLE CHEZ LA FEMME / PERSONNE DE SEXE BIOLOGIQUE FÉMININ<sup>7</sup>

- **Diagnostics différentiels**

- (Péri-)ménopause
- Chirurgie gynécologique ou endocrinienne : ovariectomie, adrénalectomie, hysterectomie
- Cancer
- Incontinence urinaire, prolapsus génito-urinaires, traumatismes obstétricaux, mutilation génitale
- Médicaments : méthadone, SSRI, tricycliques, neuroleptiques, anxiolytique, thiazidiques, spironolactone, anti-H2
- Trouble de l'humeur, image de soi défaillante, antécédents d'abus sexuels.
- Dysfonction sexuelle chez le·la partenaire, conflits, violences, manque de confiance, transition de vie (naissance, départ des enfants)
- Contextes religieux ou culturels inhibant la sexualité

- **Traitements**

Plusieurs approches thérapeutiques peuvent être mobilisées selon la nature du trouble rencontré.

### Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle chez la femme

La fibansérine et le brémélanotide peuvent avoir un effet favorable sur les troubles du désir hypoactif, mais ne sont pas homologués en Suisse. Sur le plan hormonal, les œstrogènes semblent jouer un rôle mineur sur le désir sexuel. Leur déclin ne serait pas directement lié à une baisse du désir sexuel à la ménopause. Le bénéfice d'un traitement hormonal substitutif (THS) est encore controversé dans cette indication précise, mais peut être essayé en accord avec la personne pour améliorer la qualité de vie et indirectement la sexualité. (Pour des exemples de THS, voir ci-dessous : *Troubles liés à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration*).

Finalement, un traitement à base de testostérone pourrait être recommandé chez les femmes ménopausées selon un consensus international, mais n'est pas homologués en Suisse à cet effet, n'est pas remboursé et est souvent grevés de nombreux effets indésirables.<sup>20-21,22</sup> Une telle prescription devrait être réalisée en concertation avec des médecins spécialistes.

### Trouble de l'excitation sexuelle chez la femme

Les lubrifiants à base d'eau ou de silicone sont une solution simple et efficace qui peuvent améliorer la réponse sexuelle. Ici aussi, une THS peut être proposée chez les femmes ménopausée. Un trouble de l'excitation peut également être secondaire à une pathologie cardiovasculaire, neurologique et/ou à la prise de médicaments. Un bilan diagnostic approfondi est donc recommandé, notamment chez les personnes de plus de 50 ans.

## TROUBLE DE L'ÉRECTION<sup>8</sup>

### • Diagnostics différentiels

La dysfonction érectile est un marqueur précoce du risque cardiovasculaire. Une évaluation du risque cardiovasculaire est donc recommandée de manière systématique, avec mise en place de mesure de prévention adaptée.

- Athérosclérose, diabète
- Pathologies neurologiques : SEP, AVC
- Pathologies urologiques : maladie de la Peyronie, fibrose
- Traumatismes pelviens, irradiations
- Causes endocrinianes
- Médicaments : bêta bloqueurs, spironolactone, anticalciques
- Dépression
- Difficultés relationnelles

### • Traitement

La première ligne de traitement médicamenteuses sont les inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 (IPDE5 : Sildenafil®, Tadalafil®, Vardenafil®, Avanafil®), à prendre entre 25 min et 36h avant le rapport sexuel, selon le médicament. Ils sont contre-indiqués si prise de nitrés/poppers en raison de leur effet hypotenseur, chez les patients au décours d'un évènement cardiovasculaire récent, avec une maladie cardiovasculaire instable ou hypertendus non contrôlés. Ils ne sont pas remboursés par la Lamal.

En cas d'échec ou de contre-indication aux IPDE5, les injections intracaverneuses de prostaglandines (Aprostadiil Caverject®), ou intra-urététales (Aprostadiil, Muse®) sont la deuxième ligne disponible. Elles sont remboursées Lamal. La première injection peut se faire à domicile ou en cabinet urologique. A savoir que ce traitement est inefficace en cas de fuite veineuse.

En cas d'échec de ces thérapies médicamenteuses, des thérapies spécialisées existent, comme le Vacuum-pompe à vide (non remboursée). Il est indiqué pour des hommes avec une pathologie veineuse sévère et/ou des patients âgés souhaitant une méthode non médicamenteuse et non invasive.

Sur le plan chirurgical, il existe des implants pénins gonflables ou semi-rigides qui sont placés de manière permanente. En cas de pathologie artérielle sévère responsable d'une dysfonction érectile secondaire, une chirurgie reconstructrice artérielle du pénis (anastomose) peut être proposée.

Sur le plan angiologique, si l'on suspecte une cause arthrosclérotique, un écho-doppler pénien peut être réalisé en première intention. Si l'origine angiologique est confirmée et en l'absence de réponse à d'autres mesures moins invasives, une angiographie des artères péninnes (pudendales, iliaques et caverneuses) permet d'effectuer une angioplastie et/ou de poser un stent. En cas de fuites veineuses, des embolisations peuvent être proposées, ainsi que la chirurgie microvasculaire (ligature).

## EJACULATION PRÉMATURÉE<sup>9</sup>

- **Diagnostics différentiels**

- Prostatite chronique
- Infection urinaire
- Hypothyroïdie, hypogonadisme
- Anxiété de performance
- Conflit de couple

- **Traitements**

En Suisse, la dapoxétine (Priligy®) a été homologuée pour cette indication mais elle est chère et non remboursée. D'autres SSRI comme la paroxétine<sup>23</sup>, la fluoxétine, la sertraline peuvent aussi avoir cet effet, mais sont pour l'instant off-label, de même que la clomipramine. Ils sont cependant à risque d'impacter la libido et l'érection.

Sur le plan topique, on peut proposer la Lidocaïne (Kenergon spray doseur®), 3-8 pulvérisations à appliquer sur le gland, 5-10 min avant le rapport, des préservatifs retardants avec gel anesthésiant ou encore de la crème anesthésiante Emla®.

Sur le plan psychologique, une sexothérapie peut être proposée en complément ou lors d'éjaculation prématuée secondaire d'origine psychologique.

## EJACULATION RETARDÉE<sup>24</sup>

- **Diagnostics différentiels**

- AVC, lésions spinales, SEP
- Malformation urogénitale congénitale
- Hypothyroïdie
- Diabète (polyneuropathie)
- SSRI, antipsychotiques, opioïdes
- Trouble anxieux
- Problématique relationnelle : pression, conflits de couple

- **Traitements**

L'approche est principalement sexologique avec travail sur le lâcher prise, les inhibitions, les pensées automatiques, l'approche de la sexualité, les croyances/mythes et le fonctionnement du couple. Le bupropion a montré un meilleur contrôle sur l'éjaculation dans une étude de faible envergure (n=19), mais n'est pas indiqué en Suisse pour cette indication et ses effets secondaires sont à pondérer avec ses bénéfices. L'éjaculation retardée peut être l'effet indésirable d'un traitement ou d'une substance. Dans ces situations, il faut considérer le retrait ou d'adaptation des doses.

## TROUBLES LIÉS À DES DOULEURS GÉNITO-PELVIENNES OU À LA PÉNÉTRATION<sup>11, 12, 13, 25</sup>

- **Diagnostics différentiels**

Il est important de bien préciser la localisation des douleurs (superficelle, moyenne ou profonde ; vaginisme ; vulvodynie spontanée ou provoquée ; localisée ou généralisée) car l'étiologie et donc le traitement peut différer en fonction de ses caractéristiques.

- Endométriose pelvienne
- Maladies dermatologiques génitales (p.ex lichen scléreux vulvaire)
- Syndrome génito-urinaire de la ménopause
- Cancer ou un antécédent de cancer dans la sphère génito-urinaire ou anale
- Dysfonction du plancher pelvien
- Mutilations génitales féminines
- Trouble de l'humeur ou anxieux
- Conflits de couple, antécédents d'abus sexuels

- **Traitements**

Une physiothérapie du plancher pelvien est indiqué lors de dysfonction du plancher pelvien ou de vaginisme.

Sur le plan médicamenteux, pour les femmes ménopausées avec sécheresse et/ou inconfort vaginal, on peut proposer des traitements oestrogéniques systémiques, mais avant tous locaux (Ovestin® crèmes/ovules, Intrarosa supp vag®, Vagifem®, Blissel crème®, Oestro-Gynaedron crème®, Estring anneau vaginal®). En cas de sécheresse vaginale, des traitements hydratants non hormonaux existent : Laluna ovules®, PreMeno® ovules, Gynofit gel®, Hyalofemme gel®, Isay gel®, Multi-gyn gel®, Vagisan crème®.

En cas de douleur cyclique liées à l'endométriose ou une dysménorrhée, les contraceptifs hormonaux et les agonistes de la GnRH sont indiqué. En cas de douleur d'origine neuropathiques, la gabapentine, la prégabaline ou les anti-dépresseurs tels que la duloxétine ou l'amitriptyline montrent un bénéfice modeste. La capsaïcine ou la lidocaïne topique peuvent apporter un soulagement chez certaines personnes.

Enfin, d'autres approches comme les blocs nerveux ou les injections de points gâchettes peuvent être proposé en cas d'échec.

**Attention :** une cause gynécologique ou urologique est à exclure en cas de non-réponse ou réponse partielle au traitement de première ligne

## TROUBLE DE L'ORGASME CHEZ LA FEMME / PERSONNE DE SEXE BIOLOGIQUE FÉMININ<sup>20</sup>

- **Diagnostics différentiels**

- SEP
- Diabète
- Interventions/traumatismes gynécologiques
- Incontinence urinaire
- Substances : alcool, tabac, amphétamines
- Médicaments : anti-androgènes, digoxine, opioïdes, antipsychotiques, barbituriques, lithium, SSRI, tricycliques
- Trouble de l'humeur ou anxieux
- Méconnaissance de son propre corps et de son fonctionnement, image de soi altérée
- Antécédents d'abus, croyances ou représentations erronées de la sexualité
- Conflits de couple, perte de confiance, violences, manque d'intimité émotionnelle

- **Traitements**

Une rééducation du plancher pelvien peut être utile en cas d'antécédents de traumatismes obstétricaux ou d'incontinence. En cas d'anorgasmie coïtale, l'amélioration de la stimulation clitoridienne est souvent utile, notamment par l'utilisation de sex-toys ou l'adaptation des pratiques sexuelles.

Sur le plan médicamenteux, en cas de sécheresse vaginale, on peut proposer une substitution oestrogénique systémique ou topique chez les personnes ménopausées ou de simples lubrifiants (sans distinction d'âge). (Voir Troubles liés à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration).

## 6. CONCLUSION

Il est fréquent que des patients présentent des plaintes d'ordre sexuel en consultation, sans que celles-ci n'entrent dans les critères d'une dysfonction sexuelle. Une baisse du désir ou de l'excitation dans certaines phases de vie est normale, comme par exemple dans la période périnatale ou lors de deuil. En parallèle, une difficulté ponctuelle à maintenir une érection peut survenir dans de nombreux contextes, sans que ceci implique une dysfonction érectile. L'âge en soi peut être associé à un déclin de la libido, de la réponse et de l'activité sexuelle.

Ces modifications ponctuelles ou plus durables de la réponse sexuelle ne sont pas toujours pathologiques. Dans ces situations, un espace de discussion, une information ciblée ainsi qu'une réassurance doit être proposé et peut parfois être suffisant.

Cependant, si elles apportent une détresse significative, elles peuvent nécessiter une prise en charge spécifique qui suit une démarche médicale systématique, avec bilan de base et bilan élargi suivant le profil du·de la patient·e et ses facteurs de risques.

## 7. RESSOURCES

### RESSOURCES AUX HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG)

**Centre endométriose :**

<https://www.hug.ch/endometriose>

**Consultation de médecine de la reproduction et endocrinologie gynécologique :**

<https://www.hug.ch/consultation/medecine-reproduction>

**Consultation gynécologique spécialisée mutilations génitales féminines :**

<https://www.hug.ch/gynecologie/mutilations-genitales-feminines>

**Consultation psychothérapeutique pour familles et couples :**

<https://www.hug.ch/consultation/consultation-psychotherapeutique-pour-familles>

**Service d'urologie :**

<https://www.hug.ch/consultation/urologie>

**Unité de médecine sexuelle et sexologie :**

<https://www.hug.ch/specialites-psychiatriques/consultation-specialisee-de-sexologie>

**Unité de santé sexuelle et planning familial :**

<https://www.hug.ch/sante-sexuelle-planning-familial>

## RÉFÉRENCES

1. Reynaert, C., Dubois, T., Jacques, D., & Zdanowicz, N. (2018). Le patient avec des troubles sexuels. In C. Lemogne, P. Cole, S. Consoli, & F. Limosin (Eds.), *Psychiatrie de liaison* (pp. 654–666). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.lemog.2018.01.0654>.
2. Bianchi-Demicheli, F., Ziegler, D. (2005). Traitement pharmacologique des dysfonctions sexuelles féminines : chimère ou réalité ? *Revue Médicale Suisse*, 1(11), 749–753.
3. Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy* 26 (1), 51–65.
4. Whipple, B., & Brash-McGreer, K. (1997). Management of female sexual dysfunction. In M. L. Sipski & C. J. Alexander (Eds.), *Sexual function in people with disability and chronic illness* (pp. 95–107). Aspen Publishers.
5. Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Little, Brown and Company.
6. Bianchi-Demicheli, F., Ortigue, S., & Meyer, P. (2010, 24 mars). Désir sexuel hypoactif chez l'homme : prise en charge en médecine sexuelle. *Revue Médicale Suisse*, 6(241), 614–616.
7. Cour, F., & Bonierbale, M. (2013). Troubles du désir sexuel féminin : sexual desire disorders in women. *Progrès en Urologie*, 23(9), 562–574.
8. Peixoto, N., Mengin, M., & Iselin, C. E. (2018, 28 novembre). Dysfonction érectile, une prise en charge urologique et multidisciplinaire. *Revue Médicale Suisse*, 14(629), 2172–2176.
9. Wisard, M., & Audette, N. (2008, 26 mars). Éjaculation précoce : traitement médicamenteux ou approche sexologique ? *Revue Médicale Suisse*, 4(150), 780–784.
10. Carvalho, S., Moreira, A., Rosado, M., Correia, D., Maia, D., & Pimentel, P. (2011). L'orgasme prématué chez la femme existe-t-il ? *Sexologies*, 20(4), 245–250.
11. Grangier, L., Aerts, L., & Pluchino, N. (2019, 23 octobre). Les dyspareunies chez les patientes atteintes d'endométriose. *Revue Médicale Suisse*, 15(657), 2345–2349.
12. Pharmaceutical Care Research Group, Universität Basel. (2018, 28 février). Le traitement du syndrome génito-urinaire de la ménopause. i.m@il Offizin, (N° 4).
13. Pavlidou, E., Pirtea, P., & Streuli, I. (2016). Traitement hormonal de la ménopause en 2016. *Revue Médicale Suisse*, 12, 1805–1810.
14. Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822–830.
15. Cappelleri, J. C., Rosen, R. C., Smith, M. D., Mishra, A., & Osterloh, I. H. (1999). Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International Index of Erectile Function. *Urology*, 54(2), 346–351.
16. Symonds, T., Perelman, M. A., Althof, S., Giuliano, F., Martin-Morales, A., & Riley, A. (2007). Development and validation of a premature ejaculation profile. *International Journal of Impotence Research*, 19(6), 554–564.
17. Rosen, R. C., Catania, J., Pollack, L., Althof, S., O'Leary, M., & Seftel, A. (2004). Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ): Scale development, reliability and validity. *Urology*, 64(4), 777–782.
18. Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI) : A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191–208.
19. Giuliano, F. (2013). Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. *Progrès en Urologie*, 23(9), 811–821. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2013.01.006>.
20. Somboonporn, W., Davis, S., Seif, M. W., & Bell, R. (2005). Testosterone for peri- and postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), Article CD004509. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004509>.
21. Davis, S. R., & Worsley, R. (2014). Androgen treatment of postmenopausal women. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 142, 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2013.05.006>.
22. Meyer, P. (2016, 16 mars). Place de la testostérone dans le trouble du désir sexuel hypoactif chez la femme. *Revue Médicale Suisse*, 12(540), 540–544.

**Service de médecine de premier recours**

23. Zhang, et al. (2019). Paroxetine in the treatment of premature ejaculation: A systematic review and meta-analysis. *BMC Urology*, 19, Article 2. <https://doi.org/10.1186/s12894-018-0431-7>.
24. Martin-Tuite, P., & Shindel, A. W. (2020). Management options for premature ejaculation and delayed ejaculation in men. *Sexual Medicine Reviews*, 8(3), 473–485. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.09.002>.
25. Faubion, S. S., & Rullo, J. E. (2015, August 15). Sexual dysfunction in women: A practical approach. *American Family Physician*, 92(4), 281–288.