

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Titre de la thèse :
**Évaluation des dysfonctions sexuelles féminines en médecine générale
dans les Hauts-de-France.**

Présentée et soutenue publiquement le 01 octobre 2020 à 16h00
au Pôle Formation
par **Marie PRADIER**

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Madame le Docteur Carine MARTIN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations et acronymes employés

DSF Dysfonction sexuelle féminine

FSDS-R Female Sexual Distress Scale-Revised

FSFI Female Sexual Functioning Index

ICSM International Consultation on Sexual Medicine

ISSWSH International Society for the Study of Women's Sexual Health

OMS Organisation Mondiale de la Santé

Table des matières

Résumé	8
1 Introduction	9
2 Matériel et méthode	13
2.1 Type d'étude	13
2.2 Choix de la population	13
2.3 Questionnaire	14
2.4 Analyse des données	14
3 Résultats	15
3.1 Participation au questionnaire	15
3.2 Analyse des questions ouvertes	16
3.2.1 Quelles questions posez-vous ou poseriez-vous pour aborder les DSF lors d'une consultation ?	16
3.2.1.1 Type d'interrogation utilisé pour aborder les DSF	16
3.2.1.2 Thème des interrogations utilisées pour aborder les DSF en consultation	17
3.2.2 Quels éléments de l'entretien vous mènent à aborder les DSF ?	18
3.2.3 Quels éléments de l'examen clinique vous mènent à aborder les DSF ?	19
3.2.4 Quels éléments renseigneriez-vous pour établir un diagnostic de dys- fonction sexuelle chez une de vos patientes ?	20
3.2.5 En cas de dysfonction sexuelle, sur quels éléments mesurez-vous la sévérité de ce trouble ?	21

<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	5
3.3 Analyse des questions fermées	22
3.3.1 Si vous deviez utiliser un questionnaire pour évaluer les dysfonctions sexuelles, combien devrait-il contenir de questions ?	22
3.3.2 Si vous deviez utiliser un questionnaire pour évaluer les dysfonctions sexuelles, quelle serait sa durée de réalisation selon vous ?	23
3.3.3 Données épidémiologiques des répondants	24
3.3.3.1 Genre des répondants	24
3.3.3.2 Durée d'exercice des répondants	25
4 Discussion	26
4.1 Critique de la méthode	26
4.2 Comment aborder le sujet des DSF en médecine générale	26
4.3 Suivi gynéco-obstétrical et sexologie en médecine générale	29
4.4 Comparaison au FSFI et au FSDS-R	31
4.5 Éléments pris en compte dans l'évaluation des DSF	32
4.6 Conclusion	35

Table des figures

1.1	Modèle de la réponse sexuelle selon Basson	12
3.1	Participation au questionnaire	15
3.2	Type d'interrogation utilisé pour aborder les DSF	16
3.3	Nombre moyen souhaité de questions pour un questionnaire explorant les DSF	22
3.4	Durée moyenne souhaitée d'un questionnaire explorant les DSF	23
3.5	Genre des répondants	24
3.6	Genre des répondants selon le type de réponse à la première question . . .	24
3.7	Durée moyenne d'exercice des répondants	25

Liste des tableaux

3.1	Thèmes utilisés pour aborder les DSF	17
3.2	Thèmes utilisés pour aborder les DSF (totaux)	17
3.3	Éléments de l'entretien menant les médecins à aborder les DSF	18
3.4	Troubles de la sphère mentale menant à aborder les DSF	18
3.5	Éléments liés à l'examen clinique menant les médecins à aborder les DSF .	19
3.6	Éléments diagnostics de DSF	20
3.7	Éléments diagnostics de DSF (totaux)	20
3.8	Critères de sévérité des DSF	21
3.9	Critères de sévérité des DSF (totaux)	21

Résumé

Contexte : Les dysfonctions sexuelles (DS) sont un groupe de maladies touchant les deux sexes. Les DS peuvent avoir un impact sur la qualité de vie ou être un symptôme de certaines maladies. Afin d'évaluer ces troubles en médecine générale, chez la femme, il n'existe pas d'outils de dépistage standardisé. Concernant les outils diagnostics, le FSFI est le seul validé en français. L'objectif principal de notre travail est de comprendre comment les médecins généralistes évaluent les DS féminines (DSF), dans les Hauts-de-France. Les objectifs secondaires sont de comparer ces moyens de dépistage et de diagnostic aux outils validés dans d'autres langues, et de proposer des stratégies d'évaluation adaptées à la médecine générale.

Méthode : Cette étude observationnelle descriptive transversale repose sur un questionnaire en ligne contenant des questions ouvertes et fermées adressé à des médecins généralistes des Hauts-de-France.

Résultats : Parmi les 107 questionnaires obtenus, 58 sont complets. Les répondants sont en majorité des hommes (56,9%). Les médecins utilisent dans la plupart des cas des interrogations fermées pour dépister ou aborder le sujet des DSF. Ils se basent sur de nombreux motifs de l'entretien mais également de l'examen clinique pour aborder le sujet. Les généralistes établissent le diagnostic de DSF sur un modèle bio-psycho-social. La sévérité des troubles repose en grande partie sur leur impact sur la sphère mentale. Pour évaluer ces troubles sexuels, un questionnaire de 7 minutes et comprenant environ 5 questions serait adapté pour nos répondants.

Conclusion : Les médecins généralistes semblent utiliser les outils de communication adaptés pour aborder et évaluer les DSF. La validation de certaines interrogations standardisées en français issues de notre travail, afin de dépister les DSF, pourrait être intéressante pour de futures recherches.

1

Introduction

La santé sexuelle est un élément essentiel de la santé, telle qu'elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [1]. En 2015, la prévalence d'au moins une dysfonction sexuelle féminine (DSF) se situe entre 40 et 50% quel que soit l'âge [2].

Les dysfonctions sexuelles féminines sont un domaine illustrant particulièrement bien le modèle bio-psycho-social de la démarche clinique de tout médecin. Alors que les mécanismes physiopathologiques de la sexualité féminine mêlent neurosciences et hormonologie, il est essentiel de prendre en compte l'histoire personnelle de la patiente [3].

Les DSF résultent de l'intrication de plusieurs phénomènes. Par conséquent, différentes définitions existent [4]. La définition et le classement des DSF donnés dans la cinquième version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) sont les outils les plus utilisés dans la recherche scientifique. Selon le DSM-5, les DSF « *sont un groupe hétérogène de troubles qui se caractérisent typiquement chez une personne par une perturbation cliniquement significative de la capacité à répondre sexuellement ou à éprouver du plaisir sexuel* » [3].

La « *perturbation* » chez la femme peut être due à un ou plusieurs des troubles suivants :

1. **un trouble de l'intérêt pour l'activité ou de l'excitation sexuelle.** Le désir sexuel est un état d'activité mentale influencé par des facteurs internes (interactions entre les fonctions cognitives, les neuropeptides, les neuromédiateurs et le système neuro-endocrinien avec rôle des stéroïdes sexuels) et externes (événements extérieurs ou stimulations du ou de la partenaire, par exemple). Il existe une diminution physiologique du désir avec le vieillissement [5]. Les femmes en couple depuis plusieurs années auraient moins de désir spontané mais seraient propices à un désir « réactif » lors d'une stimulation sexuelle adéquate [6]. L'excitation sexuelle correspond à la préparation du corps à la réponse sexuelle, avec l'activation du système nerveux autonome. Il existe une discordance selon les études entre les sensations subjectives

de l'excitation sexuelle (comme la congestion vaginale par exemple) et les mesures objectives réalisées. Cependant, cela n'est pas toujours lié à une mauvaise connaissance des femmes de leur corps et de ses réactions [6].

2. **un trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration.** Le vaginisme (spasme réflexe du plancher pelvien) et la dyspareunie (douleurs survenant lors de la pénétration vaginale) ne sont plus distingués comme des entités à part entière par le DSM-5. Ce sont des pathologies souvent comorbides et difficiles à distinguer. Les douleurs pelviennes entrent, par leur impact global sur la qualité de vie des patientes, dans le cadre nosologique des douleurs chroniques [7]. La douleur lors des rapports sexuels peut induire certains types de comportements : une femme peut par exemple mettre en place des stratégies d'évitement des relations sexuelles [3, 8]. Les dyspareunies superficielles [9] et profondes [8] peuvent avoir de nombreuses étiologies qui doivent être recherchées (Annexe 1).
3. **un trouble de l'orgasme.** Le complexe anatomofonctionnel clitoro-uréthro-vaginal est mis en évidence à partir de la fin des années 1990 par Dr Helen O'Connell. La dépendance entre ces trois structures a permis une compréhension des différents types de plaisirs féminins (clitoridien et vaginal) [10]. Cependant, les mécanismes exacts (notamment neurophysiologiques) de l'orgasme sont encore peu étudiés et mal connus [11]. La dernière version du DSM précise que la stimulation clitoridienne est nécessaire pour atteindre l'orgasme, le plus souvent. L'absence d'orgasme pendant les rapports sexuels avec pénétration vaginale ne constitue pas un diagnostic de trouble lié à l'orgasme. Selon certains auteurs, la satisfaction sexuelle des patientes ne serait pourtant pas bien corrélée avec la notion d'orgasme. De nombreuses femmes seraient satisfaites sexuellement malgré des orgasmes rares ou jamais ressentis [3, 6]. La prise en compte de la souffrance psychologique en lien avec ce trouble est donc primordiale.

Le DSM-5 distingue les dysfonctions sexuelles étant la conséquence d'une autre affection, d'une substance (toxique ou médicament) ou situation. Par conséquent, le diagnostic de DSF est retenu si depuis au moins 6 mois les troubles ont les caractéristiques suivantes :

- ces troubles sont présents dans une majorité des situations (soit 75-100 % des cas) ;
- ces troubles ne peuvent pas être la conséquence de l'abus d'une substance, d'un médicament ou d'une affection médicale, d'un autre trouble mental pouvant mieux expliquer ces symptômes. Les troubles ne peuvent pas être la conséquence d'une souffrance sévère liée à la relation ou d'autres facteurs de stress significatif ;
- ces troubles conduisent à une *souffrance (distress)* cliniquement significative.

L'évaluation des troubles sexuels en médecine générale peut être distinguée en trois étapes : le dépistage, le diagnostic avec évaluation de la sévérité puis la proposition d'une attitude thérapeutique.

Le diagnostic de DSF est retenu en fonction de l'impact « *cliniquement significatif* » selon le DSM-5, ce qui implique une certaine subjectivité. Une aide diagnostique intéressante est l'utilisation d'échelles psychométriques. Parmi les nombreux questionnaires anglophones existants, nous avons choisi ceux présentant le plus haut niveau de preuve scientifique : le Female Sexual Functioning Index (FSFI) et le Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R) (niveaux de preuve 1) [12].

Le FSFI (Annexe 2) a été créé en 2000. Il s'adresse aux femmes en couple, hétérosexuelles, ayant eu un rapport sexuel dans les 4 semaines avant la réalisation du test. Ce test évalue en 19 questions 6 aspects fonctionnels de la sexualité féminine : désir, excitation, lubrification, orgasme, douleur et satisfaction [13]. La durée de réalisation du questionnaire est de 10 à 20 minutes. Les questions sont basées sur le modèle de la réponse sexuelle féminine en 4 étapes, dit *linéaire* selon Masters et Jonhson [14, 15] :

- **phase d'excitation** : sentiments érotiques suivis de la lubrification vagin ;
- **phase de plateau** : vasocongestion cutanée importante, agrandissement taille du vagin, augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle ;
- **phase d'orgasme** ;
- **phase de résolution** : décongestion des tissus, arrêt des myotonies, repositionnement de l'utérus.

La validation française du FSFI a été réalisée en 2012 et présente de très bonnes propriétés psychométriques [16]. Il existe une version raccourcie du FSFI, mais non traduite ni validée en français [17]. Le FSDS-R (Annexe 3) est un complément intéressant au FSFI puisqu'il évalue spécifiquement la souffrance psychologique liée aux troubles sexuels, alors que le FSFI mesure l'altération des fonctions sexuelles. La validation initiale du FSDS a été réalisée en 2002. En 2008, le questionnaire a été affiné afin de mesurer les troubles liés au désir. Composé de 13 items, ce questionnaire anglophone se rapporte à l'activité sexuelle des derniers 7 à 30 jours [18]. La durée de réalisation du FSDS-R est de 5 à 10 minutes. Nous n'avons pas trouvé de version française du FSDS-R.

2

Matériel et méthode

2.1 Type d'étude

Pour notre travail nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive transversale.

2.2 Choix de la population

Pour notre enquête, nous avons ciblé des médecins généralistes de la région Hauts-de-France, contactés au hasard, à partir des coordonnées disponibles sur l'annuaire des professionnels de santé de l'Assurance Maladie et une mailing list de médecins ayant une activité universitaire.

Pour les médecins contactés via l'annuaire des professionnels de santé de l'Assurance Maladie : après un contact téléphonique direct avec eux ou leur secrétariat, un mail contenant le lien du questionnaire leur était envoyé. Deux mails de rappel leur étaient ensuite envoyés, en fonction de leur participation.

Les médecins ont été contactés du 14 février 2020 au 28 avril 2020.

Les réponses étaient anonymes.

2.3 Questionnaire

Le questionnaire en ligne a été élaboré avec l'aide de deux médecins généralistes. Nous l'avons diffusé en ligne avec l'outil *Lime Survey*.

Il était constitué de 8 à 10 questions, en fonction du choix fait à la première question. Il comprenait 3 à 5 questions ouvertes et 5 questions fermées (Annexe 4). Nous avons choisi d'utiliser des questions ouvertes afin de pouvoir étudier les formulations et mots utilisés par les médecins lorsqu'ils abordent les troubles sexuels.

À la deuxième question de notre test (« Quelle(s) question(s) posez-vous ou poseriez-vous à votre patiente ? »), nous avons demandé aux médecins de répondre sous forme interrogative. Pour des raisons de clarté dans la suite de notre travail, nous avons choisi d'appeler **interrogations** ce type de réponse (exemple : « Vos relations avec votre conjoint sont-elles satisfaisantes ? »).

2.4 Analyse des données

Tous les questionnaires ont été analysés, y compris ceux qui étaient incomplets. Les réponses des médecins généralistes, les diagrammes et analyses statistiques ont été classés et effectués en utilisant le logiciel *LibreOffice Calc*. Les réponses ouvertes ont été classées par l'enquêtrice. La classification des différents types d'interrogations (ouvertes, fermées) a été réalisée par une psychologue clinicienne. Une proposition de traduction du FSDS-R a été réalisée avec l'aide d'une personne francophone bilingue, travaillant hors du milieu médical, vivant en Angleterre (Annexe 3).

3

Résultats

3.1 Participation au questionnaire

Au total, 107 questionnaires ont été débutés. Parmi eux, nous avons obtenu 58 questionnaires complets dont :

- 37 questionnaires, soit 63,79 %, complétés en répondant « oui » à la première question ;
- 21 questionnaires, soit 36,21 %, complétés en répondant « non » à la première question.

Par ailleurs, pour un total de 49 questionnaires incomplets nous avons obtenu :

- 29 questionnaires incomplets en répondant « oui » à la première question ;
- 20 questionnaires incomplets en répondant « non » à la première question.

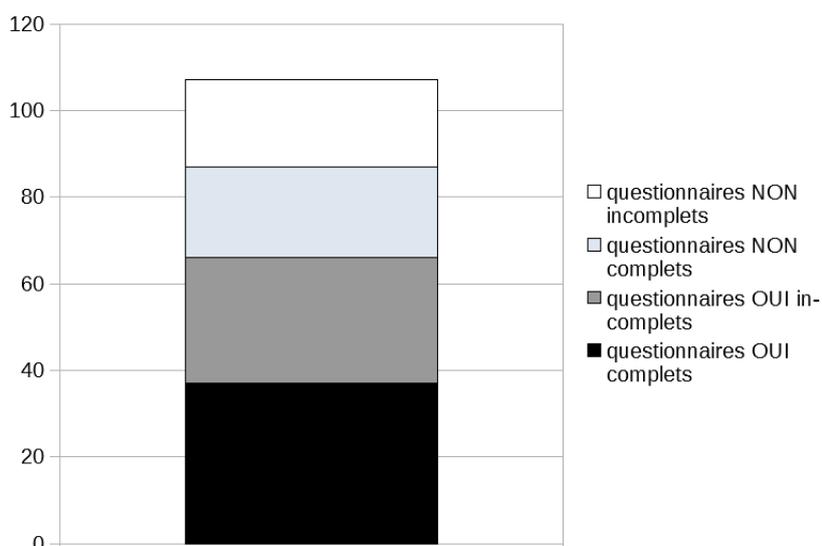


Figure 3.1 – Participation au questionnaire

3.2 Analyse des questions ouvertes

Les résultats suivants sont obtenus sur base de l'ensemble des questionnaires, incomplets et complets.

3.2.1 Quelles questions posez-vous ou poseriez-vous pour aborder les DSF lors d'une consultation ?

Après la réalisation d'un tri par l'enquêtrice des verbatim obtenus (Annexe 5), nous avons classé les réponses des médecins en différentes catégories.

3.2.1.1 Type d'interrogation utilisé pour aborder les DSF

Les médecins participant à l'enquête ont proposé plusieurs types d'interrogations pour aborder les troubles sexuels en consultation. Les verbatim des interrogations ouvertes (par exemple : « Comment se passent les rapports sexuels ? ») et des interrogations fermées¹ (par exemple : « Avez-vous des douleurs lors des rapports ? ») se trouvent en Annexe 5. Nous avons effectué cette classification avec l'aide d'une psychologue clinicienne, disponible en Annexe 6.

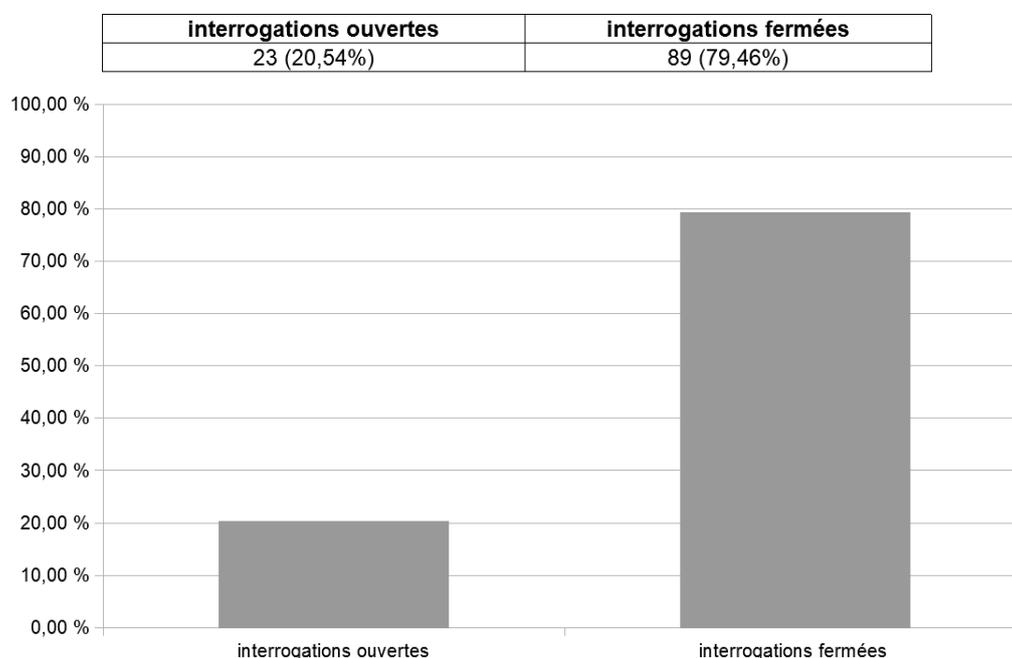


Figure 3.2 – Type d'interrogation utilisé pour aborder les DSF

1. De façon générale, la réponse attendue à une question fermée est de type « oui », « non », ou encore une information précise (un lieu ou une date par exemple). La réponse attendue à une question ouverte est plus libre, le répondant peut utiliser ses mots, l'ampleur de sa réponse ne dépend que de lui.

3.2.1.2 Thème des interrogations utilisées pour aborder les DSF en consultation

Nous avons regroupé les différents thèmes utilisés par les médecins dans les tableaux suivants :

thème de la question	médecins OUI	médecins NON
troubles du désir	14	5
troubles de la lubrification ou sécheresse vaginale	9	2
troubles liés au plaisir	3	1
sentiment de satisfaction vis à vis de la vie sexuelle	6	5
douleurs pelviennes lors des rapports sexuels	26	8
exploration de la vie de couple	11	10
abord de la sexualité de façon neutre	17	9
recherche d'un trouble de la sexualité	9	7
effet d'un traitement sur la sexualité (dont contraception)	5	3
lors de l'exploration d'un trouble de l'humeur type dépressif	4	0
question provenant de la patiente	2	0
trouble du cycle menstruel	2	0
saignements après rapport sexuel	2	0
fréquence des rapports sexuels	1	2
recherche de la présence de leucorrhées	1	1
question sur le nombre de partenaires	1	1
exploration de douleurs non pelviennes	1	3
évaluation du bien-être personnel	0	2
pas de question	2	2
non classable	11	3
total	127	64

Tableau 3.1 – Thèmes utilisés pour aborder les DSF

thème de la question	total des réponses	total des réponses (%)
question provenant de la patiente	2	1,05 %
trouble du cycle menstruel	2	1,05 %
saignements après rapport sexuel	2	1,05 %
recherche de la présence de leucorrhées	2	1,05 %
question sur le nombre de partenaires	2	1,05 %
évaluation du bien-être personnel	2	1,05 %
fréquence des rapports sexuels	3	1,57 %
troubles liés plaisir	4	2,09 %
lors de l'exploration d'un trouble de l'humeur type dépressif	4	2,09 %
exploration de douleurs non pelviennes	4	2,09 %
pas de question	4	2,09 %
effet d'un traitement sur la sexualité (dont contraception)	8	4,19 %
troubles de la lubrification ou sécheresse vaginale	11	5,76 %
sentiment de satisfaction vis à vis de la vie sexuelle	11	5,76 %
non classable	14	7,33 %
recherche d'un trouble de la sexualité	16	8,38 %
troubles du désir	19	9,95 %
exploration de la vie de couple	21	10,99 %
abord de la sexualité de façon neutre	26	13,61 %
douleurs pelviennes lors des rapports sexuels	34	17,80 %
total	191	100,00 %

Tableau 3.2 – Thèmes utilisés pour aborder les DSF (totaux)

3.2.2 Quels éléments de l'entretien vous mènent à aborder les DSF ?

À partir des réponses obtenues à cette question, nous avons réalisé une classification des éléments de l'entretien menant les médecins à aborder le sujet en consultation :

éléments de l'entretien	occurrence	(%)
maladie chronique	1	0,74%
troubles de la lubrification ou sécheresse vaginale	2	1,47%
endocrinologie	2	1,47%
notion de violences	3	2,21%
iatrogénie hors contraception	3	2,21%
troubles du désir	5	3,68%
douleurs	5	3,68%
éléments concernant la vie de couple	6	4,41%
ménopause	6	4,41%
sujet abordé par la patiente	6	4,41%
suivi obstétrique	6	4,41%
suivi gynécologique sans plainte	7	5,15%
autre	9	6,62%
contraception	10	7,35%
suivi gynécologique avec plainte	10	7,35%
douleurs pelviennes	12	8,82%
infection sphère urogénitale	12	8,82%
troubles de l'humeur	31	22,79%
total	136	100,00%

Tableau 3.3 – Éléments de l'entretien menant les médecins à aborder les DSF

Dans la catégorie « troubles de la sphère mentale », nous avons effectué une classification plus précise en fonction des types de troubles mentaux :

troubles de la sphère mentale	occurrence	(%)
troubles addictologiques	2	6,45%
troubles anxieux	4	12,90%
autres atteintes sphère mentale, sans précision	8	25,81%
troubles dépressif	17	54,84%
total	31	100,00%

Tableau 3.4 – Troubles de la sphère mentale menant à aborder les DSF

3.2.3 Quels éléments de l'examen clinique vous mènent à aborder les DSF ?

À partir des réponses obtenues à cette question, nous avons réalisé une classification des éléments de l'examen clinique menant le médecin à aborder le sujet en consultation :

élément liés à l'examen clinique	occurrence	(%)
trouble infectieux de la shère uro-génitale	2	2,35%
lors de l'examen gynécologique, sans préciser sa difficulté de réalisation	4	4,71%
pas d'examen clinique	5	5,88%
atrophie muqueuse vulvaire	6	7,06%
leucorrhées	7	8,24%
douleur lors de l'examen gynécologique	8	9,41%
difficultés examen gynécologique	8	9,41%
lors de l'examen général	9	10,59%
lésions génitales	10	11,76%
éléments liés à l'interrogatoire	26	30,59%
total	85	100,00%

Tableau 3.5 – Éléments liés à l'examen clinique menant les médecins à aborder les DSF

3.2.4 Quels éléments renseigneriez-vous pour établir un diagnostic de dysfonction sexuelle chez une de vos patientes ?

éléments diagnostics	médecins OUI	médecins NON
trouble du désir	14	7
trouble de la lubrification ou sécheresse vaginale	2	4
trouble liés au plaisir	10	6
sentiment de satisfaction vis à vis de la vie sexuelle	2	3
douleurs pelviennes	20	5
trouble de la sphère psychologique (anxiété, dépression, évaluation par le médecin)	4	5
éléments généraux de l'interrogatoire (antécédents, contexte socio-économique)	11	5
éléments liés au couple, à l'orientation sexuelle	5	2
examens complémentaires biologiques, signes biologiques d'infections uro-génitales	4	3
éléments liés à l'exploration du déroulement des rapports sexuels	4	3
éléments liés à la recherche de patiente victime de violence	3	3
examen gynécologique	1	4
maladie chronique	0	3
fréquence des rapports	1	1
ne sait pas	3	0
médicaments	0	2
autre	10	9
total	94	65

Tableau 3.6 – Éléments diagnostics de DSF

éléments diagnostics	total des réponses	total des réponses (%)
fréquence des rapports	2	1,26 %
médicaments	2	1,26 %
maladie chronique	3	1,89 %
ne sait pas	3	1,89 %
sentiment de satisfaction vis à vis de la vie sexuelle	5	3,14 %
examen gynécologique	5	3,14 %
trouble de la lubrification ou sécheresse vaginale	6	3,77 %
éléments liés à la recherche de patiente victime de violence	6	3,77 %
éléments liés au couple, à l'orientation sexuelle	7	4,40 %
examens complémentaires biologiques, signes biologiques d'infections uro-génitales	7	4,40 %
éléments liés à l'exploration du déroulement des rapports sexuels	7	4,40 %
trouble de la sphère psychologique (anxiété, dépression, évaluation par le médecin)	9	5,66 %
trouble liés au plaisir	16	10,06 %
éléments généraux de l'interrogatoire (antécédents, contexte socio-économique)	16	10,06 %
autre	19	11,95 %
trouble du désir	21	13,21 %
douleurs pelviennes	25	15,72 %
total	159	100,00 %

Tableau 3.7 – Éléments diagnostics de DSF (totaux)

3.2.5 En cas de dysfonction sexuelle, sur quels éléments mesurez-vous la sévérité de ce trouble ?

critères de sévérité d'une DSF	médecins OUI	médecins NON
trouble du désir	0	5
troubles de la lubrification ou sécheresse vaginale	0	1
troubles liés au plaisir	0	2
plainte exprimée par la patiente	3	4
douleur génito-pelvienne	1	2
trouble psychologique (dont dépression et anxiété)	20	8
impact sur vie de couple	13	9
impact sur la qualité de vie	9	3
fréquences des troubles sexuels	2	0
fréquence des RS	5	2
durée des troubles	3	0
impact sur la vie sexuelle de la patiente	7	6
ne sait pas	4	0
organicité de la DSF	4	2
impact sur le désir de grossesse	2	0
douleurs (sans précision)	3	3
examen gynéco impossible	2	0
autre	13	9
total	91	56

Tableau 3.8 – Critères de sévérité des DSF

critères de sévérité d'une DSF	total des réponses	total des réponses (%)
troubles de la lubrification ou sécheresse vaginale	1	0,68 %
troubles liés au plaisir	2	1,36 %
fréquences des troubles sexuels	2	1,36 %
impact sur le désir de grossesse	2	1,36 %
examen gynéco impossible	2	1,36 %
douleur génito-pelvienne	3	2,04 %
durée des troubles	3	2,04 %
ne sait pas	4	2,72 %
trouble du désir	5	3,40 %
organicité de la DSF	6	4,08 %
douleurs (sans précision)	6	4,08 %
plainte exprimée par la patiente	7	4,76 %
fréquence des RS	7	4,76 %
impact sur la qualité de vie	12	8,16 %
impact sur la vie sexuelle de la patiente	13	8,84 %
Impact sur vie de couple	22	14,97 %
autre	22	14,97 %
trouble psychologique (dont dépression et anxiété)	28	19,05 %
total	147	100,00 %

Tableau 3.9 – Critères de sévérité des DSF (totaux)

3.3 Analyse des questions fermées

Les résultats suivants ont été réalisés à partir de l'analyse des questionnaires complets.

3.3.1 Si vous deviez utiliser un questionnaire pour évaluer les dysfonctions sexuelles, combien devrait-il contenir de questions ?

Concernant le nombre de questions souhaité d'un questionnaire explorant les DSF, dans notre enquête la durée moyenne obtenue est de 5,07 questions. L'écart type est de 1,73.

Parmi les médecins ayant répondu « oui » à la première question, le nombre moyen de questions s'élève à 5,27. L'écart type est de 1,87.

Parmi les médecins ayant répondu « non » à la première question, le nombre moyen de questions s'élève à 4,71. L'écart type est de 1,66.

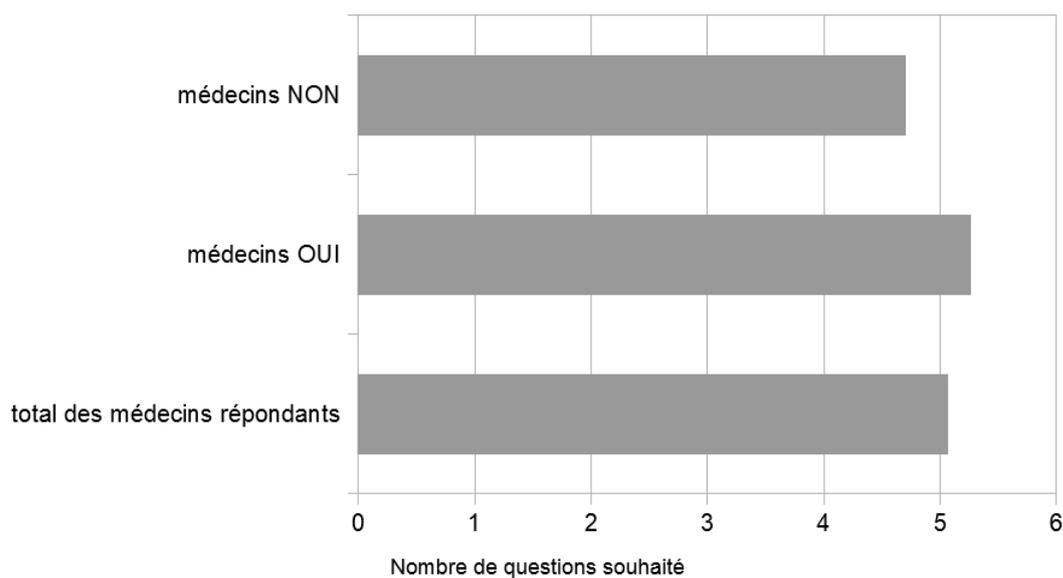


Figure 3.3 – Nombre moyen souhaité de questions pour un questionnaire explorant les DSF

3.3.2 Si vous deviez utiliser un questionnaire pour évaluer les dysfonctions sexuelles, quelle serait sa durée de réalisation selon vous ?

Concernant la durée souhaitée d'un questionnaire explorant les DSF, dans notre enquête la durée moyenne obtenue est de 6,95 minutes. L'écart type est de 4,32.

Parmi les médecins ayant répondu « oui » à la première question, la durée moyenne de ce questionnaire est de 6 minutes. L'écart type est de 4,15.

Parmi les médecins ayant répondu « non » à la première question, la durée moyenne de ce questionnaire est de 8 minutes. L'écart type est de 5,49.

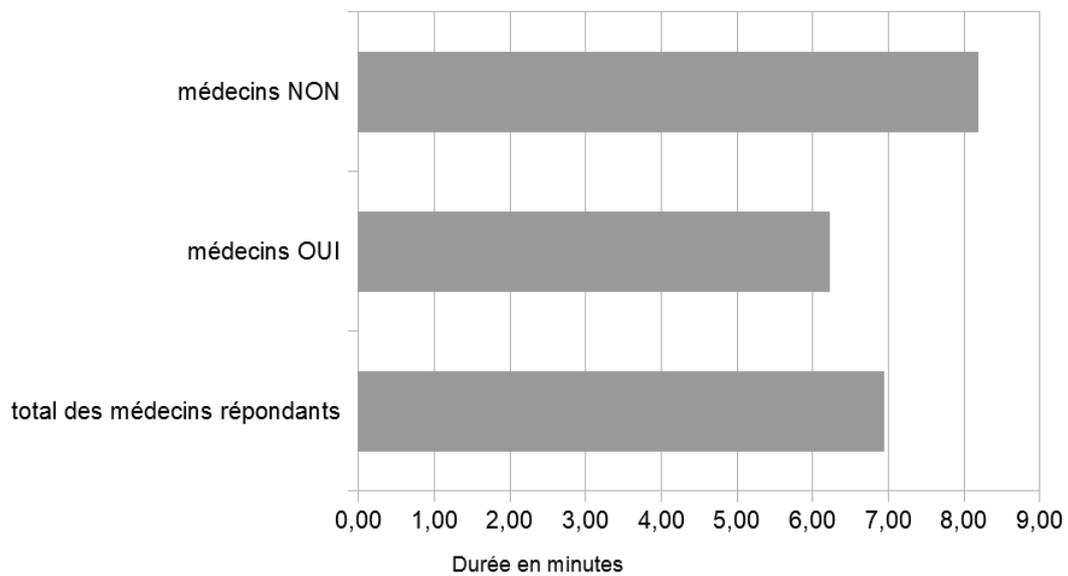


Figure 3.4 – Durée moyenne souhaitée d'un questionnaire explorant les DSF

3.3.3 Données épidémiologiques des répondants

3.3.3.1 Genre des répondants

Concernant le genre des répondants, parmi les réponses obtenues :

- 33 répondants étaient des hommes ;
- 25 répondants étaient des femmes.

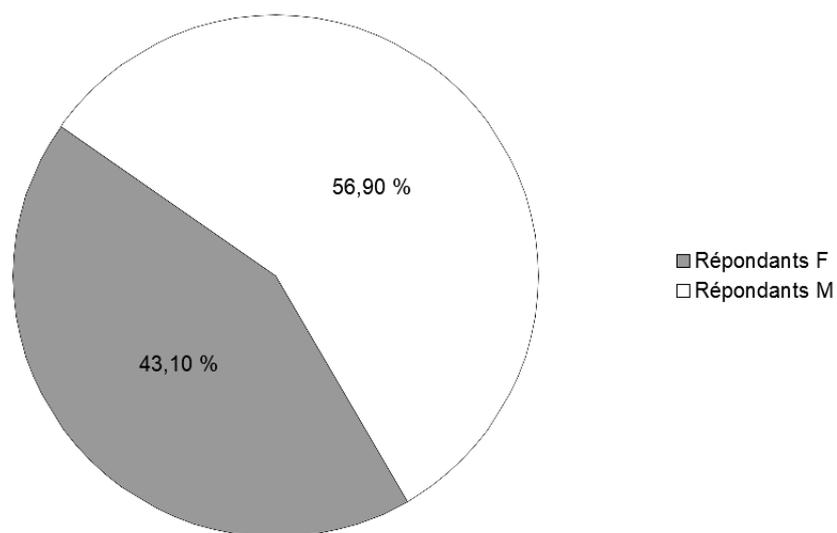


Figure 3.5 – Genre des répondants

Selon le type de réponse obtenu à la première question :

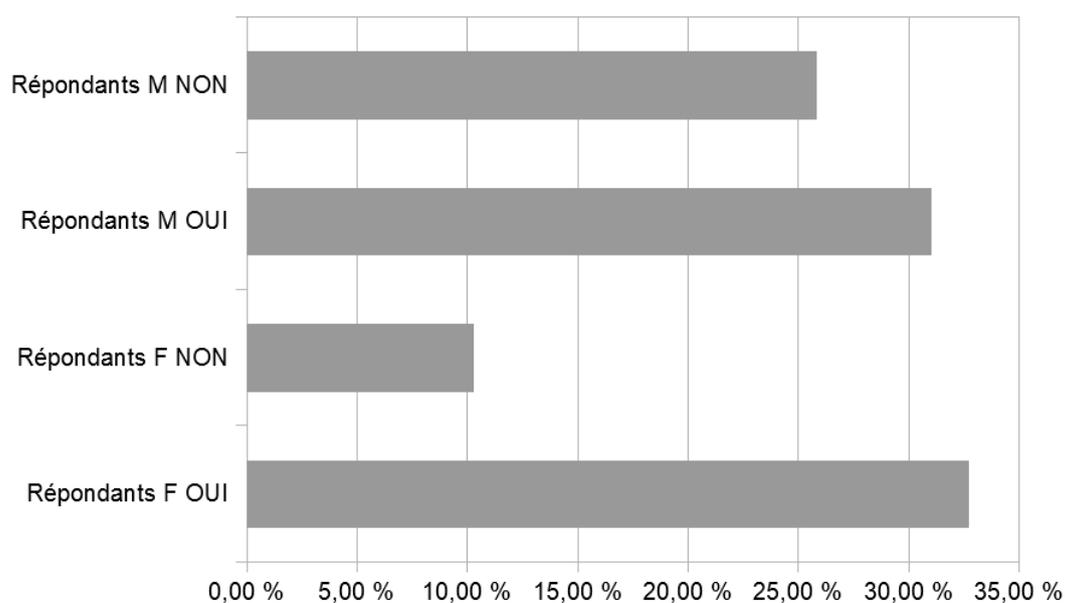


Figure 3.6 – Genre des répondants selon le type de réponse à la première question

3.3.3.2 Durée d'exercice des répondants

Concernant la durée d'exercice des répondants : la durée moyenne d'exercice déclarée était de 17,8 ans, avec pour valeur minimale 1 an et maximale 40 ans.

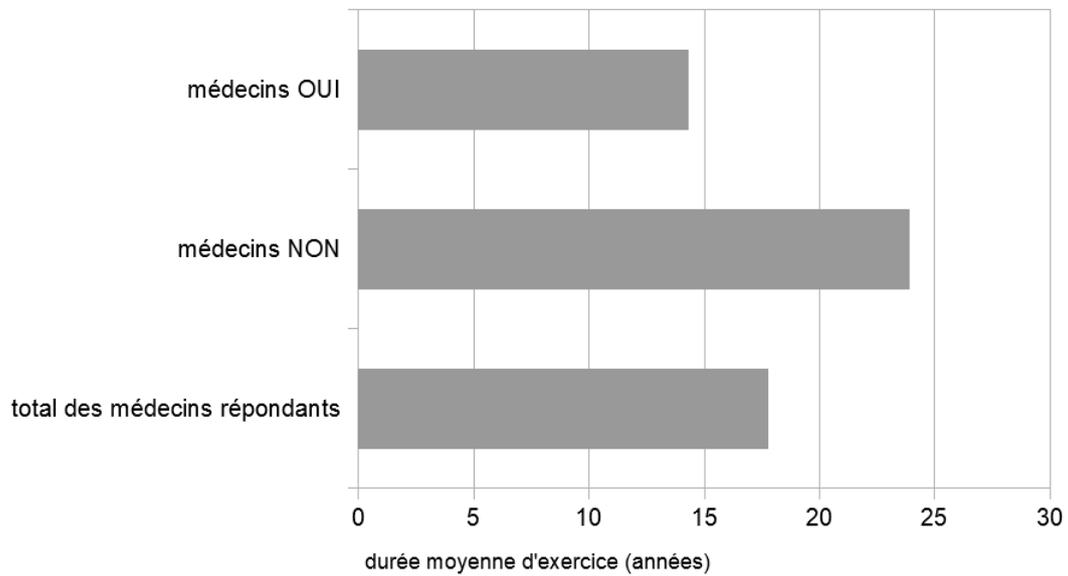


Figure 3.7 – Durée moyenne d'exercice des répondants

4

Discussion

4.1 Critique de la méthode

Tout d'abord, il existe un biais de sélection : les médecins ayant répondu ont été contactés au hasard, mais également en utilisant une mailing list de médecins ayant une activité universitaire. Cela a été réalisé en raison du faible taux de réponse lorsque les généralistes étaient contactés au hasard. De plus, les participants sont des hommes en majorité (56,90%). Cependant, la différence de genre modifie et limite l'abord de la sexualité en consultation [19, 20], ce qui peut limiter la validité externe de notre étude.

La classification des réponses aux questions ouvertes de notre questionnaire a induit un biais lié au classement des verbatim, étant donné l'évaluation subjective des réponses par l'enquêtrice. Il existait également un biais de mémorisation du fait du caractère déclaratif des réponses aux questions ouvertes. Enfin, lorsque nous avons demandé aux médecins de répondre en formulant une interrogation (Q2 du questionnaire), certains ont seulement écrit quelques mots. Cela a en partie limité les données interprétables.

4.2 Comment aborder le sujet des DSF en médecine générale

En dehors de quelques thèses, nous n'avons pas retrouvé d'étude française récente sur les dysfonctions sexuelles féminines en médecine générale. Seulement 15,5% des médecins généralistes questionnaient leurs patients à propos de leur vie sexuelle dans une étude portugaise [21]. Dans une autre étude, seulement 18,8% des femmes déclaraient recourir à l'aide d'un professionnel de santé en cas de trouble d'ordre sexuel. Selon cette même enquête, 9% des participants auraient été questionnés par un médecin sur leur santé sexuelle

lors d'une visite médicale [22]. Pourtant, 41 % des femmes ont déclaré que c'était au médecin d'aborder spontanément le sujet lors d'une consultation de « routine ». Des travaux ont cherché à comprendre pour quelles raisons les médecins abordaient peu la sexualité en consultation [19, 20]. Une enquête quantitative a mis en évidence plusieurs limites selon les médecins généralistes [19] :

- 22% : limites liées au médecin : manque d'entraînement et de connaissances plus qu'un manque d'aisance pour aborder le sujet ;
- 12,9% : limites liées à la relation médecin-malade avec en premier lieu la différence de genre ;
- 21,4% : limites liées au patient : refus ou réticence du patient à en parler ;
- 43,6% : limites contextuelles : le manque de temps est identifié dans plus de la moitié des réponses.

Une étude qualitative hollandaise complète ces résultats [20]. Les éléments limitant l'abord de la sexualité en consultation par les médecins généralistes étaient :

- l'importance du genre et des conséquences que cela peut avoir sur la relation médecin-malade ;
- la difficulté à identifier et parler des troubles sexuels ;
- la difficulté à gérer l'incertitude des médecins liée au manque de connaissance.

Dans notre étude, la proportion de médecins ayant déclaré aborder le sujet des DSF en consultation est de 61,7%. Cela est donc supérieur aux données retrouvées dans la littérature. Le biais de sélection explique peut-être ce résultat. Seulement 2 répondants ont estimé que le questionnement devait provenir de la patiente, et que ce n'est pas au médecin généraliste d'aborder le sujet. Concernant le genre du médecin, les données de la littérature correspondent aux résultats de notre étude : parmi les médecins ayant déclaré aborder les DSF en consultation, 51,35% étaient des femmes, et parmi les médecins déclarant ne pas aborder le sujet, seulement 28,57% étaient des femmes.

Il est important que les éléments de communication verbale et non verbale permettent à la patiente, mais également au médecin, de se sentir à l'aise lors de la consultation. Garantir la confidentialité et le secret médical concernant ces sujets est essentiel. Adopter une attitude empathique, non stigmatisante ni culpabilisante, vis-à-vis de la sexualité de la patiente permet de rassurer et d'ouvrir le dialogue [23]. Parler de sexualité en consultation dépend du contexte, et il existe plusieurs façons d'aborder le sujet. L'International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) propose trois moyens pour aborder la sexualité d'une patiente en consultation [23] :

- soit en partant d'un motif de consultation pouvant affecter la fonction sexuelle (effet iatrogène d'un médicament, ménopause, suivi de maladie chronique). Par exemple : « Many women who have reached menopause, like you, have concerns about sexua-

lity. Do you ? »¹

- soit en partant du couple puis sur l'intimité. Par exemple : « How are things going with your partner ? »²
- soit en posant une ou plusieurs question(s) standardisée(s) de dépistage de type question fermée.

Certains moyens de communication simples ont été étudiés pour évaluer les DSF. Une étude allemande mesurant les performances psychométriques de questions simples de dépistage des troubles sexuels féminins a été réalisée en 2010 [24]. Trois outils d'exploration des troubles sexuels ont été étudiés :

1. une question fermée : « Altogether, are you satisfied with your sex life ? »³. Le test est positif si la patiente répond « non » et est donc en faveur d'une DSF ;
2. deux questions fermées : « Altogether, are you satisfied with your sex life ? ». Si la réponse est « non », le test est terminé et considéré comme positif. Si la réponse est « oui », une deuxième question est proposée : « Altogether, are there any problems in your sex life ? »⁴. Le test est considéré comme positif si la patiente répond « oui » ;
3. avec un questionnaire composé de 5 questions fermées, les deux premières reprennent le test (2) puis les trois questions posées à la suite permettent d'explorer la douleur, les troubles du désir et l'orgasme.

L'outil (1) utilisant une seule question présentait environ une sensibilité de 76% et une spécificité de 77 %, par rapport au FSFI. Pour l'outil (2) la sensibilité était plus élevée (93%) mais la spécificité de 60 % seulement. Enfin, pour l'outil (3), la sensibilité et la spécificité s'élevaient à environ 80%.

Une version raccourcie du FSDS-R utilisant un seul item a également été étudiée afin de dépister les troubles sexuels féminins liés au désir. Le premier item anglophone du FSDS-R a montré une bonne efficacité afin de dépister, sur une seule phrase, les troubles du désir. Il s'agit de la question « How often did you feel distressed about sex life ? »⁵, à laquelle la patiente peut répondre selon une échelle de Likert [25]. Cet item était très bien corrélé au FSDS-R en entier (coefficient de corrélation de Pearson $r=0,90$), mais très mal corrélé au FSFI.

Dans notre étude, les médecins utilisent le plus fréquemment des interrogations fermées (79,64% des réponses obtenues) afin d'explorer en consultation les troubles sexuels. Les

1. Les traductions proposées dans cette section sont des traductions personnelles : « De nombreuses femmes de votre âge ayant atteint la ménopause, comme vous, rencontrent des difficultés sexuelles. Est-ce votre cas ? »

2. « Comment ça se passe avec votre partenaire ? »

3. « De façon globale, êtes-vous satisfaite de votre vie sexuelle ? »

4. « De façon globale, y a-t-il des problèmes dans votre vie sexuelle ? »

5. « À quelle fréquence vous sentez-vous préoccupée par votre sexualité ? »

thèmes des interrogations fermées (sentiment de satisfaction vis-à-vis de la sexualité, difficultés vécues sur le plan sexuel) et les formulations sont dans certains cas proches de traductions de celles proposées dans les études que nous avons citées. Les interrogations ouvertes utilisées quant à elles sont la plupart du temps sur la vie de couple. Une partie des médecins généralistes possède donc déjà les outils de communications pour explorer ces troubles sexuels, et les utilise probablement en fonction de la qualité de la relation médecin-patiente et du contexte de la consultation.

Dans notre étude, nous retrouvons un nombre important d'occasions d'aborder les troubles sexuels en consultation, que cela soit lors de l'entretien avec la patiente, ou lors de son examen clinique.

4.3 Suivi gynéco-obstétrical et sexologie en médecine générale

La manifestation de certaines dysfonctions sexuelles a des points communs avec de nombreux symptômes gynécologiques. Une partie des médecins interrogés dans notre étude explorent la sexualité de leur patiente de façon systématique en consultation gynécologique. Certains éléments de l'entretien et de l'examen clinique retrouvés lors du suivi gynéco-obstétrical leur permettent également d'aborder ce sujet.

Les troubles sexuels liés aux douleurs génito-pelviennes et à la pénétration ont de nombreuses étiologies pouvant être dans certains cas objectivées et parfois traitées (Annexe 1). Selon une enquête sur la sexualité en France, les femmes interrogées ayant le plus consulté un médecin étaient celles souffrant de troubles douloureux [26]. Le cadre nosologique des douleurs chroniques peut rappeler, sous certains aspects, celui des dysfonctions sexuelles liées aux douleurs génito-pelviennes et à la pénétration. La vulvodynie est un bon exemple de l'appartenance à ces deux cadres nosologiques [7]. Dans notre étude, les douleurs génito-pelviennes retrouvées lors de l'entretien et de l'examen gynécologique des patientes amènent les médecins à interroger leurs patientes sur d'éventuels troubles sexuels. Nous pouvons formuler l'hypothèse que les médecins sont plus confiants pour aborder le sujet des troubles sexuels sous l'angle de la douleur en raison du caractère « rassurant » de celle-ci. En cas de symptôme douloureux (sexuel ou non), l'entretien peut être systématisé afin de caractériser la douleur (localisation, temporalité, type). L'impact de cette douleur sur le plan psychosocial peut également être exploré, en particulier si elle est chronique. Le médecin pourrait ainsi se sentir plus à l'aise que lors d'un entretien autour du désir ou de l'excitation sexuelle. De plus, les étiologies de certaines douleurs pelviennes ont bénéficié de travaux de recherche [8, 9] (Annexe 1). Il existe des recommandations pour la prise en

charge de certains types de douleurs, par exemple celles liées à l'endométriose [27]. Cela peut mettre plus en confiance les médecins, par rapport aux connaissances limitées sur le plaisir et l'orgasme féminin, par exemple [10].

La thérapeutique médicamenteuse, en particulier la contraception hormonale est également intéressante pour aborder le sujet des troubles sexuels. De nombreuses femmes en couple ou mariées utilisent un moyen contraceptif [28]. Les contraceptifs hormonaux peuvent influencer la santé sexuelle d'une femme. L'effet « positif » ou « négatif » d'un contraceptif sur la santé sexuelle d'une femme n'est pas dichotomique étant donné le caractère multifactoriel de la sexualité féminine [28]. Plusieurs hypothèses sont formulées quant à l'action des moyens contraceptifs sur la sexualité des femmes. D'une part, les moyens contraceptifs hormonaux peuvent avoir un effet délétère sur la sexualité de la patiente, par les changements hormonaux qu'ils peuvent induire (diminution du plaisir, du désir, de l'excitation, apparition de symptômes génito-pelviens gênants). D'autre part, ces moyens contraceptifs peuvent également avoir un effet vertueux sur la vie sexuelle de la patiente, par l'amélioration sur le plan thymique qu'ils peuvent induire (par exemple : crainte soulevée du risque de grossesse, diminution des douleurs pelviennes, diminution de l'anxiété, stabilité hormonale tout au long du cycle) [28]. Dans notre étude, 7,35% des médecins généralistes déclarent rechercher des troubles sexuels en cas de demande initiale de prescription de contraception, de demande de changement de contraception par la patiente ou de renouvellement. En raison de l'effet variable des moyens contraceptifs sur la sexualité, la recherche des troubles sexuels liés à ce traitement pourrait être effectuée de façon systématique, au même titre que d'autres effets indésirables liés à ces traitements.

Après une grossesse les médecins généralistes peuvent être amenés à revoir leur patiente dans le cadre du suivi en post-partum. Les complications obstétricales constituent un facteur de risque pour développer un trouble sexuel [29]. De plus, il s'agit d'une période à risque élevé de survenue de dysfonction sexuelle. En effet, peuvent survenir des troubles de la miction, des changements dans l'image corporelle de la patiente, un manque de sommeil lié aux besoins du nourrisson [29] lors de cette période. Selon une enquête australienne, le plaisir ressenti lors des relations sexuelles s'améliore à distance de l'accouchement [30]. Dans notre enquête, moins de 4% des répondants abordent le sujet des troubles sexuels en post-partum, alors qu'une information simple sur l'amélioration de la sexualité des patientes à distance de l'accouchement pourrait être délivrée en quelques phrases. Une autre période particulièrement à risque des troubles sexuels est la ménopause.

La ménopause naturelle (à distinguer d'une ménopause chirurgicale ou iatrogène) est une période de changements hormonaux, physiques et psychologiques pouvant entraîner de nombreux symptômes, dont des troubles d'ordre sexuel. La fonction endocrine ovarienne cesse : la concentration d'œstrogènes chute, accompagnée de diminution de la sécrétion

de progestérone [31]. Il s'agit également d'une période de la vie où d'autres facteurs de risque peuvent apparaître et influencer la santé sexuelle de la patiente : survenue de maladies chroniques, effets iatrogènes de traitements, difficultés concernant le partenaire [32]. La ménopause peut entraîner des troubles liés au désir et à l'excitation, mais ces derniers n'ont pas toujours un impact cliniquement significatif [33]. Le syndrome génito-urinaire, fréquent au moment de la ménopause, est lié à la diminution de l'impression œstrogénique des tissus vulvaire, vaginal et de la partie distale du tractus urinaire. Ce syndrome peut être responsable de douleurs pelviennes, de type dyspareunies superficielles, mais également profondes. Les traitements œstrogéniques locaux ont montré leur efficacité contre ces symptômes ainsi que les lubrifiants [8]. La vie sexuelle des femmes ne s'arrête pas avec la ménopause, malgré l'idée socialement véhiculée que la féminité et la sexualité des femmes cessent à partir de cette période de leur vie [34]. Ainsi, dans notre étude, les médecins abordent peu les troubles sexuels en cas de plainte ou de signes cliniques liés à la ménopause. Questionner la patiente sur sa sexualité à cette période peut permettre, dans certains cas, de proposer des traitements simples, ayant peu d'effets indésirables et pouvant améliorer le confort des patientes.

4.4 Comparaison au FSFI et au FSDS-R

L'évaluation des troubles sexuels féminins repose sur un accompagnement global : les interactions entre les phénomènes biologiques, psychologiques et socioculturels doivent être prises en compte lors du diagnostic d'un trouble sexuel. Dans les réponses obtenues nous retrouvons l'aspect multidimensionnel de l'évaluation des troubles sexuels.

Des questionnaires peuvent être utilisés pour aider le praticien dans sa démarche d'évaluation. La durée moyenne d'une consultation en France en médecine générale est de 16 minutes [35]. Les médecins ont répondu en moyenne qu'un questionnaire d'évaluation des troubles sexuels féminins devrait durer environ 7 minutes et comprendre 5 items. Même si l'écart type était élevé, cela correspond à des durées inférieures à celles du FSFI et du FSDS-R qui prennent chacun au moins 10 minutes pour être complétés. Le diagnostic repose donc, en complément d'un entretien complet, sur la présence de fonctions sexuelles altérées pouvant être mesurées par le FSFI, mais également sur l'impact sur la qualité de vie de la patiente, mesuré par le FSDS-R.

Le FSFI est considéré comme le gold-standard pour évaluer les DSF des patientes sur le plan fonctionnel. Ce test évalue 6 différents paramètres de la réponse sexuelle des femmes : désir (2 questions), excitation (4 questions), lubrification (4 questions), orgasme (3 questions), douleurs (3 questions) et satisfaction (3 questions). Parmi ces critères, trois d'entre eux font partie des éléments diagnostics les plus souvent explorés par les répon-

dants de notre étude pour diagnostiquer une dysfonction sexuelle : les douleurs pelviennes, les troubles liés au plaisir et à l'orgasme, les troubles liés au désir. Cependant, dans le FSFI, l'excitation correspond à une sensation qui « comprend à la fois des aspects physiques et psychologiques » au niveau des organes génitaux. Il s'agit, selon le FSFI, de sensations de chaleur, picotements, contractions musculaires, mais également de lubrification. Dans notre enquête, les médecins interrogés mentionnent seulement les symptômes liés à la sécheresse vaginale et les troubles de la lubrification. Le caractère inhabituel, difficilement descriptible de ces sensations limite peut-être les médecins à explorer ces symptômes, d'autant plus que le lien entre ces sensations pelviennes et le degré d'excitation sexuelle n'est pas clairement démontré [6].

Le FSDS-R peut être utilisé pour mesurer l'impact « cliniquement significatif » des troubles sexuels, mais il n'existe qu'une version anglophone (proposition de traduction en Annexe 3). Prendre en compte la souffrance causée par les troubles sexuels est essentiel pour retenir un diagnostic de dysfonction sexuelle féminine. Pour mesurer la souffrance réactionnelle aux troubles sexuels, le FSDS-R utilise plusieurs termes se référant à la souffrance psychologique vis-à-vis de la sexualité.

Dans les réponses que nous avons obtenues, nous ne retrouvons pas les termes utilisés dans le FSDS-R. Les termes utilisés pour évoquer l'impact psychologique sont des catégories diagnostiques correspondant aux troubles de l'humeur anxio-dépressif.

4.5 Éléments pris en compte dans l'évaluation des DSF

Les troubles dépressifs ont plusieurs interactions dynamiques avec les DSF : ils peuvent être un facteur de risque, la cause et/ou la conséquence de la DSF. L'International Consultation on Sexual Medicine (ICSM) propose ainsi qu'en cas de dépression la santé sexuelle doit être explorée et qu'également, en cas de trouble sexuel, les troubles dépressifs doivent être recherchés. Lors d'un trouble dépressif caractérisé, selon le DSM-5, il existe une « diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités ». Cela comprend, entre autres, le plaisir et le désir sexuel [3]. Selon une étude britannique, une fonction sexuelle basse était associée à la dépression, après ajustement de l'âge [36]. Les traitements médicamenteux des troubles mentaux peuvent également être la cause de troubles sexuels (antipsychotiques, benzodiazépines, antidépresseurs) [4]. Dans notre travail, l'aspect dynamique des interactions entre troubles de psychologiques, en particulier troubles dépressifs, et la fonction sexuelle est suggéré par les résultats que nous avons obtenus. Les troubles de la sphère mentale (troubles dépressifs, anxieux, et même addictologiques) sont les symptômes qui mènent le plus fréquemment les médecins à aborder le sujet des troubles sexuels en consultation, soit dans 22,79% des cas. Le critère de sévérité

des troubles sexuels le plus souvent retrouvé dans les réponses obtenues concerne l'impact psychologique des troubles sexuels. La complexité des situations psychosociales parfois mêlées aux effets indésirables médicamenteux peut mener le praticien à coordonner la prise en charge des troubles sexuels avec plusieurs intervenants (psychologue, psychiatre, associations, sexologue).

La littérature mentionne aussi l'impact des troubles anxieux, des antécédents de maltraitance dans l'enfance sur la fonction sexuelle [37, 38]. Un autre critère influençant les troubles sexuels est la qualité de la relation dans le couple.

Une relation altérée entre une femme et son ou sa partenaire peut être une des causes de dysfonction sexuelle. Une étude nationale britannique a montré que les femmes ayant une fonction sexuelle non satisfaisante étaient celles qui n'avaient pas une relation de couple stable [36]. Les troubles sexuels ont des conséquences interpersonnelles. Dans le cadre de la vulvodynie par exemple, ces douleurs chroniques pelviennes peuvent entraîner des sentiments de honte (dans le couple, mais également d'un point de vue social), de culpabilité (rapport sexuel ne correspondant pas aux « normes » en raison des douleurs) et de faible estime de soi [39]. En cas de trouble sexuel, seulement 40% des femmes en parleraient à leur partenaire en première intention [22]. L'orientation sexuelle peut également avoir un impact sur le vécu de la sexualité des femmes. Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes pourraient avoir des troubles sexuels avec des prévalences différentes des femmes hétérosexuelles, mais les études restent rares dans ce domaine [40]. Dans notre enquête, parler du couple pour les médecins interrogés est utile : afin d'aborder le sujet de la sexualité, lorsque l'entretien est recueilli pour effectuer le diagnostic des DSF, et enfin, pour juger de leur sévérité. Étant donné l'importance du rôle du ou de la partenaire en cas de dysfonction sexuelle, éviter le sujet paraît impossible. La position du médecin généraliste peut être délicate dans le cas où il serait amené à suivre le ou la partenaire de la patiente, le secret médical devant être préservé. Les conséquences que les troubles sexuels ont sur le couple peuvent directement impacter la qualité de vie.

La qualité de vie est un concept défini par l'OMS en 1994 [41], utilisé depuis les années 1970 aux États-Unis. L'évaluation de la qualité de vie doit prendre en compte quatre domaines de la vie d'un individu : le domaine psychologique, le domaine physique (santé, dépendance), le domaine social et le bien-être matériel ou statut économique. Certains outils de mesure de la qualité de vie ciblent des pathologies en particulier. Le diabète, qui est une des maladies chroniques les plus fréquentes, atteint tous les domaines de la vie, dont la sexualité [42]. De nombreux facteurs peuvent expliquer une augmentation des dysfonctions sexuelles chez les femmes diabétiques : les comorbidités liées au syndrome métabolique (elles-mêmes pouvant être responsables de DSF), le risque augmenté d'effets indésirables des médicaments instaurés, l'impact psychosocial du diabète (modification des relations intra et interpersonnelles, augmentation du risque de troubles dépressifs) [11, 43]. Dans

notre étude, « l'impact sur la qualité de vie » des troubles sexuels est fréquemment cité par les médecins pour évaluer la sévérité des dysfonctions sexuelles : 8,22% des médecins la mentionnent. Cependant, de nombreuses autres réponses données se réfèrent également à ce concept (les troubles de l'humeur, la relation au sein du couple, la présence de douleurs). Cela montre bien que les médecins interrogés ne prennent pas en compte que le caractère « fonctionnel » des troubles sexuels mais évaluent bien de façon globale l'impact de ces derniers.

4.6 Conclusion

Dans notre étude, nous avons pu montrer que les médecins généralistes peuvent, par plusieurs moyens, aborder le sujet des dysfonctions sexuelles féminines. Les opportunités offertes par la diversité des situations de la médecine générale permettent d'évoquer le sujet en consultation. Cela doit être fait avec empathie, pédagogie pour permettre à la patiente d'être à l'aise. Différents types d'interrogations peuvent être utilisées par les médecins, en fonction des situations et de leurs compétences. Il pourrait être intéressant dans de futures recherches de tester des phrases permettant de dépister les troubles sexuels féminins de façon standardisée, en français. Nous proposons donc à l'issue de notre travail et de l'analyse de la littérature :

- une question ouverte : « Comment se passe votre vie de couple ? ». Le couple est le thème le plus fréquemment utilisé lorsque les répondants formulent une question ouverte.
- deux questions fermées : « Avez-vous des difficultés d'ordre sexuel ? » et « Êtes-vous satisfaite de votre vie sexuelle ? ». Nous avons choisi dans ce cas des questions qui n'induisent pas un certain type de DSF.

Une fois le sujet abordé avec les bons outils de communication, les échelles d'évaluation des troubles sexuels, paraissant peu adaptées à la pratique de la médecine générale, ne semblent pas indispensables.

Bibliographie

- [1] (Europe) WHO. Sexual and Reproductive Health ; 2011.
- [2] McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men : A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016 Feb ;13(2) :144–152.
- [3] Association AP. Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux - Cinquième Edition. ELSEVIER-MASSON ; 2015.
- [4] Parish SJ, Hahn SR, Goldstein SW, Giraldi A, Kingsberg SA, Larkin L, et al. The International Society for the Study of Women’s Sexual Health Process of Care for the Identification of Sexual Concerns and Problems in Women. *Mayo Clinic Proceedings*. 2019 ;94(5) :842–856.
- [5] Cour F, Bonierbale M. Troubles du désir sexuel féminin. *Progrès en Urologie*. 2013 Jul ;23(9) :562–574.
- [6] Basson R. Chapter 2 - Human sexual response. In : Vodusek DB, Boller F, editors. *Handbook of Clinical Neurology*. vol. 130 of *Neurology of Sexual and Bladder Disorders*. Elsevier ; 2015. p. 11–18.
- [7] Bergeron S, Reed BD, Wesselmann U, Bohm-Starke N. Vulvodynia. *Nature Reviews Disease Primers*. 2020 ;6(1) :36.
- [8] Orr N, Wahl K, Joannou A, Hartmann D, Valle L, Yong P, et al. Deep Dyspareunia : Review of Pathophysiology and Proposed Future Research Priorities. *Sexual Medicine Reviews*. 2020 Jan ;8(1) :3–17.
- [9] Monforte M, Mimoun S, Droupy S. [Sexual pain disorders in females and males]. *Progres En Urologie : Journal De l’Association Francaise D’urologie Et De La Societe Francaise D’urologie*. 2013 Jul ;23(9) :761–770.
- [10] Adam F, Thoveron M, Day J, de Sutter P. Comprendre l’orgasme féminin afin de mieux appréhender le trouble de l’orgasme chez la femme. *Sexologies*. 2015 Oct ;24(4) :155–162.

- [11] Parish SJ, Goldstein AT, Goldstein SW, Goldstein I, Pfaus J, Clayton AH, et al. Toward a More Evidence-Based Nosology and Nomenclature for Female Sexual Dysfunctions—Part II. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016 Dec;13(12) :1888–1906. Publisher : Elsevier.
- [12] Hatzichristou D, Kirana PS, Banner L, Althof SE, Lonnee-Hoffmann RAM, Dennerstein L, et al. Diagnosing Sexual Dysfunction in Men and Women : Sexual History Taking and the Role of Symptom Scales and Questionnaires. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016 ;13(8) :1166–1182.
- [13] Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI) : a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000 Jun ;26(2) :191–208.
- [14] Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Oxford, England : Little, Brown ; 1966.
- [15] Trudel G. *Les Dysfonctions Sexuelles : Évaluation et Traitement Par des Méthodes Psychologique, Interpersonnelle et Biologique*. PUQ ; 2000.
- [16] Wylomanski S, Bouquin R, Philippe HJ, Poulin Y, Hanf M, Dréno B, et al. Psychometric properties of the French Female Sexual Function Index (FSFI). *Quality of Life Research*. 2014 Sep ;23(7) :2079–2087.
- [17] Neijenhuijs KI, Hooghiemstra N, Holtmaat K, Aaronson NK, Groenvold M, Holzner B, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI) - A Systematic Review of Measurement Properties. *Journal of Sexual Medicine*. 2019 Apr ;.
- [18] Derogatis LR, Rosen R, Leiblum S, Burnett A, Heiman J. The Female Sexual Distress Scale (FSDS) : Initial Validation of a Standardized Scale for Assessment of Sexually Related Personal Distress in Women. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2002 Jul ;28(4) :317–330.
- [19] Humphery S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Family Practice*. 2001 Oct ;18(5) :516–518. Publisher : Oxford Academic.
- [20] Leusink P, Teunissen D, Lucassen PL, Laan ET, Lagro-Janssen AL. Facilitators and barriers in the diagnostic process of vulvovaginal complaints (vulvodynia) in general practice : a qualitative study. *The European Journal of General Practice*. 2018 Dec ;24(1) :92–98.
- [21] Alarcão V, Ribeiro S, Miranda FL, Carreira M, Dias T, Garcia e Costa J, et al. General practitioners' knowledge, attitudes, beliefs, and practices in the management of sexual dysfunction-results of the Portuguese SEXOS study. *The Journal of Sexual Medicine*. 2012 Oct ;9(10) :2508–2515.

- [22] Moreira ED, Brock G, Glasser DB, Nicolosi A, Laumann EO, Paik A, et al. Help-seeking behaviour for sexual problems : the global study of sexual attitudes and behaviors. *International Journal of Clinical Practice*. 2005 Jan ;59(1) :6–16.
- [23] Parish SJ, Meston CM, Althof SE, Clayton AH, Goldstein I, Goldstein SW, et al. Toward a More Evidence-Based Nosology and Nomenclature for Female Sexual Dysfunctions—Part III. *The Journal of Sexual Medicine*. 2019 Mar ;16(3) :452–462.
- [24] Kriston L, Günzler C, Rohde A, Berner MM. Is one question enough to detect female sexual dysfunctions? A diagnostic accuracy study in 6,194 women. *The Journal of Sexual Medicine*. 2010 May ;7(5) :1831–1841.
- [25] Carpenter JS, Reed SD, Guthrie KA, Larson JC, Newton KM, Lau RJ, et al. Using an FSDS-R Item to Screen for Sexually Related Distress : A MsFLASH Analysis. *Sexual Medicine*. 2015 Mar ;3(1) :7–13.
- [26] Bajos N, Bozon M. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. La découverte ed. Hors Collection Social ; 2008.*
- [27] de Santé HA. *Prise en charge de l'endométriose : démarche diagnostique et traitement médical ; 2017. Library Catalog : www.has-sante.fr.*
- [28] Casado-Espada NM, de Alarcón R, de la Iglesia-Larrad JI, Bote-Bonaecha B, Montejo nL. Hormonal Contraceptives, Female Sexual Dysfunction, and Managing Strategies : A Review. *Journal of Clinical Medicine*. 2019 Jun ;8(6).
- [29] Gutzeit O, Levy G, Lowenstein L. Postpartum Female Sexual Function : Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sexual Medicine*. 2020 Mar ;8(1) :8–13.
- [30] McDonald E, Woolhouse H, Brown SJ. Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. *Midwifery*. 2017 Dec ;55 :60–66.
- [31] Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. *La ménopause en pratique. Elsevier Health Sciences ; 2019. Google-Books-ID : 9iu7DwAAQBAJ.*
- [32] Thornton K, Chervenak J, Neal-Perry G. Menopause and Sexuality. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. 2015 Sep ;44(3) :649–661.
- [33] Parish SJ, Hahn SR. Hypoactive Sexual Desire Disorder : A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sexual Medicine Reviews*. 2016 ;4(2) :103–120.
- [34] Bozon M, Rennes J. *Histoires des normes sexuelles : l'emprise de l'âge et du genre. Clio Femmes, Genre, Histoire. 2015 ;42(2) :7–23.*
- [35] Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time : a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*. 2017 Oct ;7(10) :e017902. Publisher : British Medical Journal Publishing Group Section : General practice / Family practice.

- [36] Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB, Jones KG, Datta J, Field N, et al. Sexual function in Britain : findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*. 2013 Nov ;382(9907) :1817–1829.
- [37] Lutfey KE, Link CL, Litman HJ, Rosen RC, McKinlay JB. An Examination of the Association of Abuse (Physical, Sexual or Emotional) and Female Sexual Dysfunction (FSD) : Results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Fertility and sterility*. 2008 Oct ;90(4) :957–964.
- [38] Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, et al. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016 Apr ;13(4) :538–571.
- [39] Shallcross R, Dickson JM, Nunns D, Mackenzie C, Kiemle G. Women’s Subjective Experiences of Living with Vulvodynia : A Systematic Review and Meta-Ethnography. *Archives of Sexual Behavior*. 2018 ;47(3) :577–595.
- [40] Sobecki-Rausch JN, Brown O, Gaupp CL. Sexual Dysfunction in Lesbian Women : A Systematic Review of the Literature. *Seminars in Reproductive Medicine*. 2017 ;35(5) :448–459.
- [41] de Santé HA. Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie ;. Library Catalog : www.has-sante.fr.
- [42] Colson MH. Dysfonctions sexuelles de la maladie chronique, l’état des lieux. Première partie : fréquence, impact et gravité. *Sexologies*. 2016 Jan ;25(1) :16–23.
- [43] Rahmanian E, Salari N, Mohammadi M, Jalali R. Evaluation of sexual dysfunction and female sexual dysfunction indicators in women with type 2 diabetes : a systematic review and meta-analysis. *Diabetology & Metabolic Syndrome*. 2019 ;11 :73.

Annexes

Annexe 1 : Les dyspareunies	41
Annexe 2 : FSFI, version française	50
Annexe 3 : FSDS-R, proposition de traduction française	52
Annexe 4 : Questionnaire utilisé pour la thèse	53
Annexe 5 : Verbatim des réponses obtenues	53
Annexe 6 : Classification selon le type d'interrogation utilisé pour explorer les DSF	66

Annexe 1 : Les dyspareunies

Selon la dernière revue de la littérature de 2013 de la Société Française d'Urologie, il existe deux types de dyspareunies [9] :

- Les dyspareunies superficielles, orificielles ou d'intromission : elles correspondent à l'apparition d'une douleur dès le début de la pénétration (par exemple, dès le contact avec le vestibule),
- Les dyspareunies profondes : douleur associée à un rapport sexuel et déclenchée par une pénétration vaginale profonde qui est en interaction avec de nombreuses structures pelviennes (le cul-de-sac de Douglas, le col et le corps de l'utérus, le plancher pelvien et la base de la vessie) [8]. Il s'agit donc de douleurs abdomino-pelviennes.

Selon la Société Française d'Urologie, les dyspareunies superficielles peuvent avoir une cause [9] :

- infectieuse (herpès, candidose, infections bactériennes),
- dermatologique vulvaire (lichen scléreux, lichen plan, maladie de Bowen, maladie de Behçet) ; une biopsie peut-être nécessaire afin de caractériser ces lésions,
- allergique (toilettes intimes répétées),
- iatrogène chirurgicale (post-chirurgical, traumatismes obstétricaux...) ou médicamenteuses (pilules contraceptives microdosées),
- hormonale : carence œstrogénique de la ménopause par exemple entraînant une atrophie vulvo-vaginale et une sécheresse vaginale,
- congénitale avec des malformations (cloison vaginale, par exemple),
- urologique : infection urinaire récidivante, cystite interstitielle, diverticule sous-urétral,
- spécifique : la vulvodynie.

Orr et al. proposent dans une revue de la littérature publiée en 2019 la classification suivante des dyspareunies profondes [8] :

- **Type I : dyspareunies d'étiologie gynécologique primaire** : endométriose, syndrome génito-urinaire de la ménopause, iatrogénie (irradiation pelvienne, post-opératoire), prolapsus pelvien (dont le rôle dans les douleurs pelviennes chroniques est débattu), maladie inflammatoire pelvienne (dont les pathologies infectieuses type Infections Sexuellement Transmissibles), syndrome de congestion pelvienne (dont le rôle dans

les douleurs pelviennes chroniques est discuté également), fibromes, adénomyose, anomalie de la position utérine.

- **Type II : dyspareunies d'étiologie non gynécologique** : cystite interstitielle, infections récidivantes du tractus urinaire, syndrome de l'intestin irritable, maladie inflammatoire digestive, syndrome douloureux myofascial, dépression et anxiété.
- **Type III : sensibilisation centrale et trouble génito-pelvien lié à la pénétration**. La sensibilisation centrale correspond à des anomalies d'interprétation du signal douloureux par le système nerveux central : les patientes présentent souvent également une hyperalgésie, une allodynie et des syndromes douloureux chroniques comme la fibromyalgie. Les auteurs situent également dans cette catégorie les troubles liés aux douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration définies par le DSM-5.
- **Type IV : mixte**.

Annexe 2 : FSFI, version française

Les questions suivantes portent sur vos sentiments et vos réactions sur le plan sexuel au cours des 4 dernières semaines. Veuillez répondre à ces questions aussi sincèrement que possible. Vos réponses resteront strictement **confidentielles et anonymes**. Lorsque vous répondrez aux questions, tenez compte des définitions suivantes:

- L'activité sexuelle peut comprendre les caresses, les préliminaires, la masturbation, et la pénétration vaginale.
- Le rapport sexuel se définit comme la pénétration (l'introduction) du pénis.
- La stimulation sexuelle comprend, par exemple, les préliminaires avec un partenaire, la masturbation et les fantasmes sexuels.

Ne cochez qu'une seule réponse par question.

Le désir sexuel est un sentiment qui comprend le désir d'avoir une activité sexuelle, le fait d'être réceptive aux avances sexuelles d'un partenaire et d'avoir des pensées ou des fantasmes à propos de l'acte sexuel.

1. Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous ressenti un désir sexuel?

Presque toujours ou toujours		5
La plupart du temps (plus de la moitié du temps)		4
Parfois (environ la moitié du temps)		3
Rarement (moins de la moitié du temps)		2
Presque jamais ou jamais		1

2. Au cours des quatre dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de désir sexuel?

Très élevé		5
Élevé		4
Moyen		3
Faible		2
Très faible ou inexistant		1

L'excitation sexuelle est une sensation qui comprend à la fois des aspects physiques et psychologiques. Elle peut comprendre des sensations de chaleur ou de picotement au niveau des organes génitaux, la lubrification (humidité) du vagin ou des contractions musculaires.

3. Au cours des quatre dernières semaines, vous êtes vous sentie excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		0
Presque toujours ou toujours		5
La plupart du temps (plus de la moitié du temps)		4
Parfois (environ la moitié du temps)		3
Rarement (moins de la moitié du temps)		2
Presque jamais ou jamais		1

4. Au cours des quatre dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		0
Très élevé		5
Élevé		4
Moyen		3
Faible		2
Très faible ou inexistant		1

5. Au cours des quatre dernières semaines, à quel point vous êtes-vous sentie sûre de votre capacité à être excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		0
Extrêmement sûre		5
Très sûre		4
Moyennement sûre		3
Peu sûre		2
Très peu sûre ou pas sûre du tout		1

6. Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous été satisfaite de votre degré d'excitation pendant une activité ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		0
Presque toujours ou toujours		5
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)		4
Parfois (environ une fois sur deux)		3
Rarement (moins d'une fois sur deux)		2
Presque jamais ou jamais		1

7. Au cours des quatre dernières semaines, votre vagin était-il lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		0
Presque toujours ou toujours		5
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)		4
Parfois (environ une fois sur deux)		3
Rarement (moins d'une fois sur deux)		2
Presque jamais ou jamais		1

8. Au cours des quatre dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile d'avoir le vagin lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		0
Extrêmement difficile ou impossible		1
Très difficile		2
Difficile		3
Légèrement difficile		4
Pas difficile		5

9. Au cours des quatre dernières semaines, la lubrification (humidité) de votre vagin a-t-elle duré jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		0
Presque toujours ou toujours		5
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)		4
Parfois (environ une fois sur deux)		3
Rarement (moins d'une fois sur deux)		2
Presque jamais ou jamais		1

10. Au cours des quatre dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile de conserver la lubrification (humidité) de votre vagin jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		0
Extrêmement difficile ou impossible		1
Très difficile		2
Difficile		3
Légèrement difficile		4
Pas difficile		5

11. Au cours des quatre dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, avez-vous atteint l'orgasme ?

Aucune activité sexuelle		0
Presque toujours ou toujours		5
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)		4
Parfois (environ une fois sur deux)		3
Rarement (moins d'une fois sur deux)		2
Presque jamais ou jamais		1

12. Au cours des quatre dernières semaines, lorsque vous avez eu un rapport sexuel, à quel point vous a-t-il été difficile d'atteindre l'orgasme ?

Aucune activité sexuelle		0
Extrêmement difficile ou impossible		1
Très difficile		2
Difficile		3
Légèrement difficile		4
Pas difficile		5

13. Au cours des quatre dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

Aucune activité sexuelle		0
Très satisfaite		5
Moyennement satisfaite		4
Ni satisfaite, ni insatisfaite		3
Moyennement insatisfaite		2
Très insatisfaite		1

14. Au cours des quatre dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation affective avec votre partenaire pendant une activité sexuelle ?

Aucune activité sexuelle		0
Très satisfaite		5
Moyennement satisfaite		4
Ni satisfaite, ni insatisfaite		3
Moyennement insatisfaite		2
Très insatisfaite		1

15. Au cours des quatre dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?

Très satisfaite		5
Moyennement satisfaite		4
Ni satisfaite, ni insatisfaite		3
Moyennement insatisfaite		2
Très insatisfaite		1

16. Au cours des quatre dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle en général ?

Très satisfaite		5
Moyennement satisfaite		4
Ni satisfaite, ni insatisfaite		3
Moyennement insatisfaite		2
Très insatisfaite		1

17. Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur pendant une pénétration vaginale ?

Je n'ai pas eu de rapport sexuel		0
Presque toujours ou toujours		1
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)		2
Parfois (environ une fois sur deux)		3
Rarement (moins d'une fois sur deux)		4
Presque jamais ou jamais		5

18. Au cours des quatre dernières semaines, avez vous ressenti une gêne ou de la douleur après une pénétration vaginale ?

Je n'ai pas eu de rapport sexuel		0
Presque toujours ou toujours		1
La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)		2
Parfois (environ une fois sur deux)		3
Rarement (moins d'une fois sur deux)		4
Presque jamais ou jamais		5

19. Au cours des quatre dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de gêne ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale ?

Aucune activité sexuelle		0
Presque toujours ou toujours		5
La plupart du temps (plus de la moitié du temps)		4
Parfois (environ la moitié du temps)		3
Rarement (moins de la moitié du temps)		2
Presque jamais ou jamais		1

Annexe 3 : FSDS-R, proposition de traduction française

Madame,

Vous trouverez ci-dessous une listes de sentiments et problèmes que certaines femmes peuvent ressentir à propos de leur sexualité. Merci de lire avec attention chaque proposition et entourer le chiffre qui décrit le mieux LA FRÉQUENCE à laquelle cela vous a concerné ou vous a perturbé, dans les 30 derniers jours, aujourd'hui inclus. Si vous changez d'avis, effacez le premier cercle que vous avez entouré. Lisez l'exemple avant de débiter, et si vous avez une question, n'hésitez pas à la poser.

Exemple : à quelle fréquence vous êtes-vous sentie personnellement responsable de vos problèmes sexuels ? :

Jamais	Rarement	Occasionnellement	Fréquemment	Toujours
0	1	2	3	4

À quelle fréquence vous êtes-vous sentie :

1. Perturbée par votre vie sexuelle :

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2. Insatisfaite à propos de vos rapports sexuels avec votre partenaire :

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

3. Coupable à propos de vos difficultés sexuelles :

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

4. Frustrée par vos difficultés sexuelles :

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

5. Stressée à l'idée d'avoir des rapports sexuels :

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

6. Inférieure aux autres à cause de vos difficultés sexuelles :

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

7. Inquiète vis-à-vis de votre sexualité :

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

8. Incompétente sur le plan sexuel :

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

9. Avec des regrets à propos de votre vie sexuelle :

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

10. Honteuse à cause de vos difficultés sexuelles :

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

11. Insatisfaite de votre vie sexuelle :

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

12. Énervée par votre vie sexuelle :

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

13. Perturbée par votre faible désir sexuel :

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Annexe 4 : Questionnaire utilisé pour la thèse

Note d'introduction :

Actuellement en 5^{ème} semestre du DES de médecine générale, je réalise mon travail de thèse sur le diagnostic des dysfonctions sexuelles féminines en médecine générale. Ce questionnaire nous permettra d'établir les attentes des médecins généralistes afin de proposer un questionnaire adapté à nos pratiques.

Ce questionnaire se réalise en quelques minutes. Merci de donner des réponses courtes et qui reflètent votre pratique.

Merci pour votre participation. Si vous êtes intéressés par les résultats de ce travail de thèse, merci d'envoyer un message à marie.pradier@hotmail.fr.

Questionnaire :

Q1 : Vous arrive-t-il d'aborder en consultation le sujet des dysfonctions sexuelles de vos patientes ?

Q2A : Si oui : quelle(s) question(s) posez-vous à votre patiente ? (3 réponses possibles)

Q2B : Si oui : quels éléments de l'entretien vous mènent à aborder le sujet ? (3 réponses possibles)

Q2C : Si oui : quels éléments de l'examen clinique vous mènent à aborder le sujet ? (3 réponses possibles)

Q2D : Si non : quelle(s) question(s) pourriez-vous poser pour aborder le sujet des dysfonctions sexuelles ? (3 réponses possibles)

Q3 : Quels éléments renseigneriez-vous pour établir un diagnostic de dysfonction sexuelle chez une de vos patientes ? (3 réponses possibles)

Q4 : En cas de dysfonction sexuelle, sur quels éléments mesurez-vous la sévérité de ce trouble ? (3 réponses possibles)

Q5 : Si vous deviez utiliser un questionnaire pour évaluer les dysfonctions sexuelles, combien devrait-il contenir de questions ?

Q6 : Si vous deviez utiliser un questionnaire pour évaluer les dysfonctions sexuelles, quelle serait sa durée de réalisation selon vous ?

Q7 : Vous êtes du genre : F / M

Q8 : Depuis combien d'années exercez-vous ?

Annexe 5 : Verbatim des réponses obtenues

saignements après rapport sexuel	2	Avez-vous des saignements après les rapports ?	saignements lors des rapports	
fréquence des rapports sexuels	1	Avez-vous des rapports sexuels occasionnels ou réguliers ?		
relation médecin-patiente	1	ça dépend de la relation qui s'est installée auparavant		
leucorrhées	1	présence de leucorrhées anormales		
ménopause	1	quel changement a provoqué votre ménopause sur votre vie sexuelle ?		
maladie chronique	1	Y-a-t-il des difficultés sexuelles avec cette pathologie ?		
nombre de partenaire	1	uni ou multipartenaire ?		
antécédents généraux	1	antécédents médicaux, chirurgicaux et gynécologiques		
contexte	1	cela dépend énormément du contexte qui amène à évoquer cette problématique		
image corporelle	1	vous n'êtes pas à l'aise à cause de votre image corporelle, c'est ça ?		
syndrome douloureux	1	présentez-vous des douleurs morales ou physiques ?		
masturbation	1	si elle se masturbe		
post partum	1	retour de couche et votre vie sexuelle		
pas de question	2	elle m'en parle spontanément	je réponds à ses questionnements	
autres	3	que voulez-vous dire par là ?	vivez-vous votre sexualité comme une contrainte ?	vous sentez-vous à l'aise lors des rapports ?

Q2 : « Quelle(s) question(s) pourriez-vous poser pour aborder le sujet des dysfonctions sexuelles ? » - Médecins « non »

thème	total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
troubles du désir	5	Envie / libido	baisse de la libido	vous arrive-t-il de ne pas avoir envie de rapports sexuels ?	Avez-vous des problèmes de libido ?	votre désir sexuelle est-il toujours présent ?					
troubles de la lubrification ou sécheresse vaginale	2	Est-ce que vous souffrez de sécheresse vaginale ?	sécheresse vaginale								
troubles liés au plaisir	1	Ressentez-vous du plaisir lors des rapports sexuels ?									
sentiment de satisfaction vis à vis de la vie sexuelle	5	Êtes-vous satisfaite de votre vie intime ?	votre sexualité vous convient-elle ?	Êtes-vous satisfaite de votre vie sexuelle ?	votre vie sexuelle vous semble-t-elle équilibrée ? Satisfaisante ?	Votre sexualité vous satisfait-elle ?	Avez-vous une vie sexuelle satisfaisante ?				
douleurs pelviennes lors des rapports sexuels	8	la dyspareunie	pas de douleurs lors des rapports sexuels ?	Avez-vous parfois mal pendant les rapports sexuels ?	Existe-t-il des douleurs lors de la pénétration ?	douleurs rapports	dyspareunies	Ressentez-vous des douleurs lors des rapports sexuels ?	Avez-vous des douleurs pendant les rapports ?		
exploration de la vie de couple	10	votre vie sentimentale est-elle épanouie ?	et sinon comment se passe votre vie de couple ?	pas de soucis avec votre conjoint ?	En parlez vous (des problèmes de sexualité) à votre conjoint ?	vos relations avec votre conjoint sont-elles satisfaisantes ?	comment va votre couple ?	Pas de problème de couple?	Etes-vous en couple, voyez-vous quelqu'un en ce moment?	Comment ça se passe avec votre compagnon/compagne ? Et sur le plan intime/sexuel ?	Physiquement vous vous entendez bien avec votre conjoint ?
abord de la sexualité de façon neutre	9	Aimeriez-vous parler de votre sexualité ?	Souhaitez-vous évoquer votre santé sexuelle ?	comment se passent vos relations sexuelles ?	Avez-vous des relations sexuelles ? Comment se passent-elles ?	Souhaitez-vous que nous abordions votre santé physique, psychique et sexuelle ?	Voulez-vous parler de votre sexualité ?	Avez-vous des questions sur les rapports sexuels ?	Avez vous des questions par rapport à votre sexualité ?	Avez-vous toujours des rapports avec votre conjoint ?	
recherche d'un trouble de la sexualité	7	Rencontrez-vous des soucis dans vos relations intimes ?	Avez-vous des problèmes de sexualité ?	si vous le voulez un jour, je reste disponible pour parler d'une éventuelle dysfonctionnalité de votre sexualité.	Avez-vous remarqué des difficultés lors de vos rapports sexuels dont vous souhaitez que nous parlions ?	Quels problèmes rencontrez-vous dans votre sexualité ?	Avez-vous déjà eu un problème sexuel récemment ?	Avez-vous des problèmes au lit avec Mr ?			
effet d'un traitement sur la sexualité (dont contraception)	3	vous prenez toujours la pilule ?	la contraception entraîne-t-elle des troubles de la sexualité ?	le ou les traitements que vous prenez entraînent-ils des effets sur votre sexualité ?							

fréquence des rapports sexuels	2	Vous avez souvent des rapports sexuels ?	Avez-vous des rapports sexuels fréquents ?	
leucorrhées	1	pertes anormales		
nombre de partenaires	1	Avez-vous plusieurs partenaires ?		
syndrome douloureux	3	dans le cadre de fibromyalgie	algies	pas de douleurs en urinant ?
problème gynécologique	1	Avez-vous des soucis gynécologiques ?		
violence	1	Avez vous subi des violences ?		
bien-être personnel	2	Avez-vous besoin de parler de votre bien-être personnel ?	Sentez-vous heureuse ?	
pas de question	2	aucune, j'attends que la patiente aborde le sujet	pas de question	
préliminaires	1	Existe-t-il des préliminaires qui semblent vous convenir ?		

Q2C : « Quels éléments de l'examen clinique vous mènent à aborder le sujet ? » - Médecins « oui »

thème	total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
atrophie muqueuse vulvaire	6	sécheresse	sécheresse	sécheresse vaginale	éléments orientant vers une hypo-œstrogénie	atrophie et sécheresse de la muqueuse vaginale	sécheresse lors de l'examen									
douleur lors de l'examen gynécologique	8	douleur à l'examen gynécologique	douleur pelvienne	toucher vaginale douloureux	douleur pelvienne	douleur au toucher vaginal	douleur lors de l'examen au spéculum pour frottis	douleur à l'introduction du spéculum	douleur pelvienne							
difficultés examen gynécologique	8	vaginisme	patiente angoissée par examen gynécologique	réticence à l'examen gynécologique	difficulté d'examen gynécologique	difficulté réalisation du frottis	toucher vaginal ou pose du spéculum difficile	impression de difficulté / gêne à accepter l'examen gynécologique	contracture de la musculature pelvienne à l'examen pelvien							
lésions génitales	10	problème cutané	lésions génitales	éraillures de la vulve	lésion de grattage vulvaire	lichen vulvaire	érythème vulvaire	anomalie de la vulve	excision rituelle	lichen	troubles traumatiques vulvo-vaginaux					
Leucorrhées	7	pertes vaginales malodorantes	pertes odorantes	leucorrhée	présence d'une vaginose	leucorrhées	leucorrhées à répétition	pertes								
trouble infectieux sphère uro-G	2	mycose vaginale	troubles infectieux vulvo-vaginaux													
lors de l'examen général	9	douleurs abdomino-pelviennes	palpation abdominale sensible	anomalie diverse	lésions, plaies, traces de coups	lésions suspectes de violences	signes de violence	hématomes et autres traces de violence	douleur lors de l'examen clinique	examen gynécologique retrouvant des anomalies						
lors de l'examen gynéco, sans préciser sa difficulté de réalisation	4	examen gynécologique	frottis	examen pelvien	xérose cutanée / muqueuse											
pas d'examen clinique	5	aucun élément de l'examen clinique	aucun	selon information par une consœur exerçant dans la même structure	seulement l'interrogatoire	ce n'est pas l'examen clinique qui mène à aborder le sujet, c'est plutôt l'écoute active										
éléments liés à l'interrogatoire	26	manifestations épisode dépressif caractérisé	manifestation anxiété	infection urinaire	dyspareunies	plainte gynécologique	Méno-métrorragies	désir de grossesse	infection urinaire	demande de contraception	trouble gynécologique	trouble anxieux	dyspareunie	dysthyroïdie	manifestation concernant la sphère génitale	pathologie de la sphère génitale
		bouffées de chaleur	métrorragies	plainte contraceptive	état psychique	ménopause	dépression	métrorragies	signes d'anorexie mentale	sd dépressif avéré	maladie chronique ayant un rapport avec la gynécologie	symptôme de la ménopause				

Q3 : « Quels éléments renseigneriez-vous pour établir un diagnostic de dysfonction sexuelle chez une de vos patientes ? » - Médecins « oui »

thème	total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
trouble du désir	14	Diminution libido	une baisse de la libido	absence de désir	libido, désir	trouble de la libido	trouble de la libido	libido	trouble de la libido	comment est sa libido ?	trouble de la libido	baisse de la libido	évaluation du désir	diminution/absence libido	absence de désir sexuel seule et/ou avec partenaire	
trouble de la lubrification ou sécheresse vaginale	2	trouble de la lubrification	sécheresse vaginale													
trouble liés au plaisir	10	absence de plaisir, voir crainte	plaisir ressenti pendant l'acte	trouble du plaisir	orgasme ?	difficulté orgasmique	a-t-elle des difficultés à éprouver du plaisir sexuel ?	anorgasmie	manque de plaisir au cours du rapport	trouble du plaisir ou de l'orgasme	évaluation de la satisfaction des orgasmes					
sentiment de satisfaction vis-à-vis de la vie sexuelle	2	satisfaction vie sexuelle	EVA « épanouissement vie sexuelle »													
douleur pelvienne	20	vaginisme	la présence de dyspareunie	douleur pendant les rapports	dyspareunies	vaginisme secondaire sécheresse	dyspareunies	dyspareunies	vaginisme	dyspareunie	dyspareunie	dyspareunie	A-t-elle des dyspareunies de et quel ordre ?	dyspareunie	dyspareunie	évaluation des douleurs physiques / psychiques lors des rapports sexuels
		rapports sexuels douloureux/désagréables	vaginisme	vaginisme	dyspareunie	douleurs lors des rapports intimes (préliminaires et rapports avec pénétrations)										
trouble de la sphère psychologique (anxiété, dépression, évaluation par le médecin)	4	un trouble anxio-dépressif	déprime	dépression	angoisse d'anticipation											
éléments généraux de l'interrogatoire (antécédents, contexte socio-économique)	11	entretien	antécédents	histoire personnelle, familiale et intime	antécédents médicaux et chirurgicaux	antécédents gynéco-obstétricaux	anamnèse	le contexte	antécédents gynécologiques et obstétriques	antécédents gynécologiques et obstétriques	vécu	le vécu de la personne				
éléments liés au couple, à l'orientation sexuelle	5	présence de partenaire	relations amoureuse	nombre de partenaires	problèmes de couple	orientation sexuelle										
examens complémentaires biologiques, signes biologiques d'infections urogénitales	4	prélèvements biologiques infectieux à répétitions	infection	constat objectif d'anomalies	éléments biologiques											
éléments liés à l'exploration du déroulement des rapports sexuels	4	impossibilité de pénétration	antécédent des vécus des rapports	déroulement des rapports	symptômes lors d'activités sexuelles											
éléments liés à la recherche de patiente victime de violence	3	antécédents de violences sexuelles	antécédents de violences ou non	antécédent d'agression de mutilation												
examen gynécologique	1	éléments cliniques (examen gynécologique)														
fréquence des rapports	1	fréquence des rapports														
ne sait pas	3	ne sait pas	je ne sais pas	je ne connais pas le diagnostic												
autre	10	dysfonctionnement endocrinien	problèmes évoqués par la patiente (douleurs, anxiété)	caractère primaire ou secondaire	douleurs	post-partum	variante morphologique	maladie	anomalie morphologique clinique en rapport avec une dysfonction	évaluation des connaissances sur les orgasmes	éléments venant du ou de la partenaire					

Q3 : « Quels éléments renseigneriez-vous pour établir un diagnostic de dysfonction sexuelle chez une de vos patientes ? » - Médecins « non »

thème	total	1	2	3	4	5	6	7	8	9
trouble du désir	7	absence de désir	l'envie	libido	Perte du désir	problème de libido	modification de libido	manque de désir		
trouble de la lubrification ou sécheresse vaginale	4	sécheresse au moment des rapports	sécheresse vaginale notable	sécheresse vaginale?	sécheresse vaginale					
trouble liés au plaisir	6	absence d'orgasme	impossibilité de prendre du plaisir	absence de plaisir	absence d'orgasme	anorgasmie	anorgasmie			
sentiment de satisfaction vis-à-vis de la vie sexuelle	3	êtes vous satisfaite de vos relations amoureuses ?	Sexualité satisfaisante	Satisfactions des rapports						
douleur pelvienne	5	dyspareunie	douleurs ou difficultés ressenties lors des rapports	douleur au moment des rapports	dyspareunies	douleurs pelviennes				
trouble de la sphère psychologique (anxiété, dépression, évaluation par le médecin)	5	état anxio-dépressif	syndrome dépressif	état psychique	profil psychologique	voir côté psychologique				
éléments généraux de l'interrogatoire (antécédents, contexte socio-économique)	5	histoire obstétricale	histoire familiale, et conjugale	contexte social et familial	contexte social	Retentissement sur les autres champs.				
éléments liés au couple, à l'orientation sexuelle	2	voir problème avec le partenaire	raréfaction du sentiment amoureux							
examens complémentaires biologiques, signes biologiques d'infections urogénitales	3	cystites post coïtales	infections récidivantes	examen biologique à la recherche infection						

éléments liés à l'exploration du déroulement des rapports sexuels	3	pénétration difficile	interrogatoire sur les moments d'une DSF	le confort des rapports						
éléments liés à la recherche de patiente victime de violence	3	violences physiques ou psychologiques	antécédent d'agression sexuelle	violences sexuelles?						
examen gynécologique	4	examen clinique	absence de sensibilité à la stimulation clitoridienne	problème local	examen gynécologique					
maladie chronique	3	diabète	maladies chroniques	pathologies chroniques						
fréquence des rapports	1	fréquence des rapports								
médicaments	2	contraception	médicaments en cours							
autre	9	établir la cause de chaque problème	douleurs	sur quel sujet physique ou psychologique	origine ethnique	douleur ?	pouvez vous en parler ou puis je vous conseiller ou vous orienter ?	gêne	symptômes	fréquence

Q4 : « En cas de dysfonction sexuelle, sur quels éléments mesurez-vous la sévérité de ce trouble ? » - Médecins « oui »

thème	total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
plainte exprimée par la patiente	3	niveau de plainte	gêne exprimée par la patiente	la plainte											
douleur génito-pelvienne	1	dyspareunie													
trouble psychologique (dont dépression et anxiété)	20	la présence ou non d'un trouble anxio dépressif	retentissement psychologique	souffrance psychologique de la femme	dépression se majorant	retentissement psychologique	retentissement psychologique	retentissement émotionnel et psychologique	souffrance	trouble psychique	retentissement psychologique	sur le retentissement psychologique	souffrance exprimée	retentissement sur la santé mentale	association avec un syndrome dépressif
		troubles dépressifs et anxieux	moral de la patiente, recherche de signe d'anxiété liée à cela voire de dépression	répercussion psychologique personnelle	impact psychologique	retentissement sur le moral du patient	troubles associés psychologique, addictologique								
impact sur vie de couple	13	le retentissement sur la vie de couple	retentissement au sein du couple	impact sur la relation amoureuse	Impact sur la vie de couple	etentissement sur vie de couple	refus de poursuivre une activité sexuelle	l'impact du retentissement sur la femme	retentissement au sein du couple	retentissement sur la vie de couple	conflits dans le couple liés à cette dysfonction sexuelle	impact sur vie de couple	répercussion sur le couple	retentissement sur le couple	
impact sur la qualité de vie	9	retentissement physique	qualité de vie	retentissement sur vie personnelle	l'impact sur la qualité de vie	retentissement sur la qualité de vie	le retentissement, l'impact sur la vie de la personne	retentissement sur le bien être et image de soi	retentissement sur la vie quotidienne	impact vie quotidienne (adaptation, test produits pharmacies...)					
fréquences des troubles sexuels	2	fréquence du trouble	fréquence												
fréquence des rapports sexuels	5	la fréquence des rapports	fréquence des rapports	fréquence des rapports avant la dysfonction sexuelle	fréquence des rapports	régularité des rapports									
durée des troubles	3	la durée du trouble	durée du trouble	ancienneté des troubles											
impact sur la vie sexuelle de la patiente	7	refus de rapport	l'impact sur la pratique sexuelle	le vécu de la pratique sexuelle	le retentissement sur la vie intime de la patiente	absence de sexualité (peur de la sexualité)	refus de poursuivre une activité sexuelle	absence de rapports sexuels vécus comme agréables par la patiente							
ne sait pas	4	ne sait pas	ne sait pas	je ne sais pas	je ne sais pas										
organicité de la DSF	4	possibilité d'une origine organique grave	signes associés et organicité éventuelle	trouble associé urogénital, digestif	Infections à répétition										
impact sur le désir de grossesse	2	désir de grossesse	désir de grossesse inexpliqué												
douleurs (sans précision)	3	douleurs	fouleur	l'intensité de la douleur	douleur										
examen gynéco impossible	2	vaginisme	examen gynéco impossible												
autre	13	importance des symptômes	nombre de partenaires	EVA de la patiente	le nombre de consultants antérieurs	l'âge de la patiente	souffrant	le ressenti de son partenaire	retentissement	le vécu	le ressenti de la patiente	échec de plusieurs traitements bien conduits	le ressenti de la femme	antécédent de violences sexuelles	la somatisation sur d'autres symptômes

Q4 : « En cas de dysfonction sexuelle, sur quels éléments mesurez-vous la sévérité de ce trouble ? » - Médecins « non »

thème	total	1	2	3	4	5	6	7	8	9
trouble du désir	5	sur la fréquence du désir	absence de désir	perte de libido	frigidité	disparition du désir				
troubles de la lubrification ou sécheresse vaginale	1	sécheresse								
troubles liés au plaisir	2	plaisir	absence de plaisir							
plainte exprimée par la patiente	4	frustration	sur la satisfaction ressentie	êtes-vous satisfaite de cette situation ?	insatisfaction					
douleur génito-pelvienne	2	dyspareunie lors des relations								
trouble psychologique (dont dépression et anxiété)	8	un état dépressif	syndrome dépressif réactionnel	stress de la patiente	syndrome dépressif	réaction anxiodépressive	anxiété	retentissement thymique	symptômes dépressif	
impact sur vie de couple	9	une conjugopathie	changement de partenaire	quand cela entraîne une tension au sein du couple / séparation	Envisagez-vous d'en parler avec votre partenaire ou l'avez vous déjà fait ?	mise en danger du couple	retentissement sur la vie conjugale	difficultés dans le couple	problème de couple	disparition des relations affectives
impact sur la qualité de vie	3	conséquences familiales	retentissement personnel	retentissement sur le quotidien						
fréquence des RS	2	périodicité des rapports	fréquence rapport							
impact sur la vie sexuelle de la patiente	6	peur de toute relation sexuelle	absence de rapport	ne peut plus avoir de rapports sexuels	subit les rapports	refus des rapports sexuels	disparition des rapports			
organicité de la DSF	2	recherche de rectocèle et colpocèle	vaginites							
douleurs (sans précision)	3	sur l'intensité de la douleur EVA si douleur il y a	douleurs	douleur						
autre	9	présentation de la personne, sa facilité à en parler	âge	pénétration	l'importance accordée par la patiente	ressenti de la patiente	ressenti du partenaire	peut-on et voulez-vous essayer d'améliorer ce problème ?	dévalorisation	une échelle d'évaluation si elle existe

Annexe 6 : Classification selon le type d'interrogation utilisé pour explorer les DSF

QUESTIONS	Q ouverte	Q fermée	précisions
1 Avez-vous des douleurs lors des rapports ?		X	
2 Y a-t-il une sécheresse vaginale ?		X	
3 Comment va votre couple ?	X		
4 Comment ça se passe en ce moment avec votre compagnon ?	X		
5 Avez-vous des rapports sexuels satisfaisants ?		X	
6 Quelle changement a provoqué votre ménopause sur votre vie sexuelle ?	X		
7 Comment cela se passe-t-il lors des rapports ? Des douleurs ?	X		
8 Des douleurs lors des rapports ?		x	
9 Comment ça va côté libido ?	X		
10 Voulez-vous aborder des questions plus intimes ?		X	
11 Comment se passe votre vie personnelle et votre vie de couple ? que voulez-vous dire par là ?	X		Ouverte et question d'approfondissement
12 Comment cela va sur le plan affectif ? Et sur le plan sexuel ?	X		
13 Est-ce que les rapports sexuels sont douloureux ? Difficiles ?		X	
14 Est-ce que votre vie sexuelle vous est satisfaisante ?		X	
15 Avez-vous des rapports sexuels occasionnels ou réguliers ?		X	
16 Puisqu'on est entre femmes aujourd'hui, voulez-vous qu'on parle de choses dont vous ne parlez pas habituellement avec votre médecin ?		X	
17 Avez-vous des douleurs pendant les rapports ?		X	
18 Avez-vous des troubles de la libido ?		X	
19 Y a-t-il des problèmes au niveau sexuel ? Douleurs ? Libido ?		X	
20 À part ça, avez-vous d'autres questions que vous aimeriez aborder ?		X	
21 M'autorisez-vous aborder votre vie intime ?		X	
22 Présentez-vous des douleurs lors des rapports ?		X	
23 Est-ce que le rapport est douloureux ?		X	
24 Rencontrez-vous des problèmes lors de vos rapports ou échanges sexuels ?		X	
25 Votre conjoint.e émet-il/elle des soucis dans vos échanges ?		X	
26 Avez-vous des douleurs pendant les rapports ?		X	
27 Avez-vous des rapports avec votre compagnon ?		X	
28 Comment ça se passe sur le plan des rapports sexuel ?	X		
29 Et sur le plan sexuel comment ça va ?	X		
30 Comment se passent les rapports sexuels ?	X		

31	Souffrez-vous de sécheresse vaginale (surtout si ménopause) ?		X	
32	Comment ça va avec votre mari ? Et au niveau des rapports?	X		
33	Est-ce qu'il y a une baisse de la libido ces derniers temps?		X	
34	Avez-vous des douleurs pendant les rapports ?		X	
35	Pensez-vous avoir une vie sexuelle épanouie ?		X	
36	Avez-vous des problèmes de libido ?		X	
37	Comment se passent vos relations ?	X		
38	Avez-vous d'autres problèmes comme des douleurs lors des rapports sexuels ?		X	
39	Avez-vous des difficultés d'ordre sexuel ?		X	
40	Avez-vous des douleurs pendant les rapports ?		X	
41	Ressentez-vous une diminution de la libido ?		X	
42	D'un point de vue affectif, sensuel ou sexuel ressentez-vous des difficultés ?		X	
43	Avez-vous une baisse de votre libido ?		X	
44	Avez-vous des douleurs lors de la pénétration ?		X	
45	Comment ça se passe avec votre mari ?	X		
46	Avez-vous besoin d'une contraception ?		X	
47	Comment fonctionne le couple ?	X		
48	Pour compléter l'interrogatoire et sans détails: l'activité sexuelle ça va ?		X	
49	Et l'activité sexuelle, ça va ou ce n'est pas toujours facile ?		X	Inductive (pas toujours facile)
50	Comment se passe l'affection avec Mr/Mme ?	X		
51	Est-ce que tout va bien pour la tendresse physique ?		X	
52	Comment se manifeste l'amour avec Mr/Mme ?	X		
53	Est-ce que vous êtes satisfaite de votre vie de couple ?		X	
54	Avez-vous remarqué une diminution de vos sécrétions vaginales ?		X	
55	Avez-vous une impression de sécheresse vaginale avec manque de lubrification lors des rapports? (aux femmes ménopausées)		X	
56	Avez-vous des problèmes lors des rapports sexuels ?		X	
57	Avez-vous parfois une gêne sexuelle ?		X	
58	Sur le plan intime ça se passe comment ?	X		
59	Avez-vous des saignements après les rapports ?		X	
60	Avez-vous du plaisir ou du désir ?		X	
61	Êtes-vous satisfaite de votre activité sexuelle ?		X	
62	Présentez vous des douleurs morales ou physiques ?		X	
63	Voulez-vous aborder des questions plus intimes ?		X	
64	Y a-t-il des difficultés sexuelles avec [cette pathologie/ce traitement] ?		X	
65	Comment cela se passe t-il lors des rapports ? Vous sentez-vous à l'aise ?		X	
66	Avez-vous une sécheresse vaginale ?		X	
67	Est-ce qu'il y a des problèmes intimes dont vous aimeriez parler avec moi aujourd'hui ?		X	
68	Comment ça se passe avec votre conjoint ?	X		
69	Vivez-vous la sexualité comme une contrainte ?		X	
70	Avez-vous des troubles de l'humeur ?		X	
71	Avez-vous une sexualité épanouie ?		X	
72	Êtes-vous satisfaite de votre vie intime ?		X	
73	Pas de soucis avec votre conjoint ?		X	
74	Vous prenez toujours la pilule ?		X	
75	Aimeriez-vous parler de votre sexualité ?		X	
76	Avez-vous besoin de parler de votre bien être personnel ?		X	
77	Pas de douleur en urinant ? ou lors des rapports sexuels ?		X	
78	Rencontrez vous des soucis dans vos relations intimes ?		X	
79	Vous avez souvent des rapports sexuels ?		X	
80	Souhaitez-vous évoquer votre santé sexuelle ?		X	

81	Avez-vous plusieurs partenaires ?		X	
82	Votre sexualité vous convient elle ?		X	
83	Avez-vous des problème de sexualité ?		X	
84	Avez-vous parfois mal pendant les rapports sexuels ?		X	
85	Et sinon comment se passe votre vie de couple ?	X		
86	Êtes-vous satisfaite de votre vie sexuelle ?		X	
87	Souhaitez-vous que nous abordions votre santé physique, psychique ou sexuelle ?		X	
88	En parlez-vous à votre conjoint ?		X	
89	Votre vie sentimentale est-elle épanouie ?		X	
90	La contraception entraîne-t-elle des troubles de la sexualité ?		X	
91	Comment se passent vos relations sexuelles ?	X		
92	Avez-vous remarqué des difficultés lors de vos rapports dont vous souhaitez que nous parlions ?		X	
93	Avez-vous déjà eu un problème sexuel récemment ?		X	
94	Quels problèmes rencontrez-vous ?	X		
95	Vos relations avec votre conjoint sont-elles satisfaisantes ?		X	
96	Voulez-vous parler de votre sexualité ?		X	
97	Est-ce que vous souffrez de sécheresse vaginale ?		X	
98	Existe-t-il des préliminaires ? Qui vous semblent vous convenir ?		X	
99	Avez-vous des relations sexuelles ?		X	
100	Comment se passent les relations sexuelles ?	x		
101	Existe-t-il des douleurs lors de la pénétration ?		X	
102	Ressentez-vous des douleurs lors des rapports sexuels ?		X	
103	Avez-vous des douleurs pendant les rapports ?		X	
104	Ressentez-vous du plaisir lors des rapports sexuels ?		X	
105	Avez-vous des problèmes de libido ?		X	
106	Avez-vous des soucis gynécologiques ? pouvez vous et voulez-vous m'en parler ?		X	
107	comment va votre couple ?	X		
108	Le ou les traitements que vous prenez entraînent-ils des effets sur votre sexualité ?		X	
109	Vous arrive-t-il de ne pas avoir envie de rapports sexuels ?		X	
110	Votre vie sexuelle vous semble-t-elle équilibrée, satisfaisante ?		X	
111	Avez vous des problèmes au lit avec Monsieur ?		X	
112	Votre désir sexuel est-il toujours présent ?		X	

AUTEUR : Nom : PRADIER

Prénom : Marie

Date de soutenance : 01 octobre 2020

Titre de la thèse : Évaluation des dysfonctions sexuelles féminines en médecine générale dans les Hauts-de-France

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : *médecine générale*

DES + spécialité : *médecine générale*

Mots-clés : dysfonction sexuelle féminine, médecine générale, dépistage

Contexte : Les dysfonctions sexuelles (DS) sont un groupe de maladies touchant les deux sexes. Les DS peuvent avoir un impact sur la qualité de vie ou être un symptôme de certaines maladies. Afin d'évaluer ces troubles en médecine générale, chez la femme, il n'existe pas d'outils de dépistage standardisé. Concernant les outils diagnostics, le FSFI est le seul validé en français. L'objectif principal de notre travail est de comprendre comment les médecins généralistes évaluent les DS féminines (DSF), dans les Hauts-de-France. Les objectifs secondaires sont de comparer ces moyens de dépistage et de diagnostic aux outils validés dans d'autres langues, et de proposer des stratégies d'évaluation adaptées à la médecine générale. **Méthode** : Cette étude observationnelle descriptive transversale repose sur un questionnaire en ligne contenant des questions ouvertes et fermées adressé à des médecins généralistes des Hauts-de-France. **Résultats** : Parmi les 107 questionnaires obtenus, 58 sont complets. Les répondants sont en majorité des hommes (56,9%). Les médecins utilisent dans la plupart des cas des interrogations fermées pour dépister ou aborder le sujet des DSF. Ils se basent sur de nombreux motifs de l'entretien mais également de l'examen clinique pour aborder le sujet. Les généralistes établissent le diagnostic de DSF sur un modèle bio-psycho-social. La sévérité des troubles repose en grande partie sur leur impact sur la sphère mentale. Pour évaluer ces troubles sexuels, un questionnaire de 7 minutes et comprenant environ 5 questions serait adapté pour nos répondants. **Conclusion** : Les médecins généralistes semblent utiliser les outils de communication adaptés pour aborder et évaluer les DSF. La validation de certaines interrogations standardisées en français issues de notre travail, afin de dépister les DSF, pourrait être intéressante pour de futures recherches.

Composition du Jury :

Président : Madame le Pr. Sophie JONARD-CATTEAU

Assesseurs : Monsieur le Dr. Nassir MESSAADI, Madame le Dr. Sabine BAYEN, Madame le Dr. Carine MARTIN

Directeur de thèse : Monsieur le Dr. Nassir MESSAADI