



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

La sexualité est un aspect majeur de la qualité de vie dans la population générale, qu'en est-il chez les patients atteints de troubles schizophréniques?

Présentée et soutenue publiquement le 24/04/2024 à 17H00
au Pôle Formation
par **Léa CROS**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseur :

Madame le Docteur Marie-Alix JURDANA

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Margot MOUCHONNET

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

- ASEX:** Arizona Sexual Experience Scale
- BDI:** Beck Depression Inventory
- BISF-W :** Brief index of sexual functioning for Women
- BISF-M:** Brief index of sexual functioning for Men
- BPRS:** Brief Psychiatric Rating Scale
- CAARMS:** Comprehensive Assessment of At Risk-Mental State
- CGI:** Clinical global impression
- CTQ:** Childhood Trauma Questionnaire
- DAI:** Drug Attitude Inventory
- DSM 5 :** Diagnostic and Statistical Manual 5e version
- F2RSM :** Fédération régionale de recherche en santé mentale
- FSFI:** Female Sexual Function Index
- HAM-A:** Hamilton Depression Rating Scale
- HAM-D:** Hamilton Anxiety Rating Scale
- IMC:** Indice Masse Corporelle
- IS:** Échelle d'insight actuelle
- MANSA:** Manchester Short Assessment of Quality of Life
- MARS:** Medication Adherence Rating Scale
- MINI:** Mini International Neuropsychiatric Interview
- MMSE:** Mini Mental State Examination
- MRSS:** Morningside Rehabilitation Status Scale
- MSQ:** Multidimensional Sexuality Questionnaire
- OMS:** Organisation mondiale de la santé

PANSS: Positive And Negative Syndrome Scale

SDI: Sexual Desire Inventory

SDQ: Sexual Dysfunction Questionnaire

SDS: Sexual Desire Scale

SOFAS: Social and Occupational Functioning

SQoL-F: Sexual Quality of Life-Female

SQoL-M: Sexual Quality of Life-Male

SWN-K: Subjective Well-being under Neuroleptic Treatment

TCC: Thérapie Cognitivo Comportementale

TDQ: Taiwanese Depression Questionnaire

VAS: Visual Analogue Scale

WHO-QoL-BREF: Brief version of the World Health Organization Quality of Life

TABLE DES MATIÈRES

I. RÉSUMÉ.....	10
II. INTRODUCTION.....	11
A. La sexualité.....	11
1. Santé sexuelle et sexualité.....	11
2. La place de la sexualité dans notre société.....	13
3. Satisfaction sexuelle et désir sexuel.....	15
B. Le trouble schizophrénique.....	17
1. Définition.....	17
2. Prise en charge thérapeutique.....	21
• Traitement pharmacologique.....	21
• Prise en charge complémentaire.....	23
• L'aspect de la réhabilitation psychosociale.....	25
C. Regard sur la sexualité des patients atteints de psychose.....	26
1. L'effet des traitements médicamenteux sur la sexualité.....	26
2. Symptômes psychotiques et sexualité.....	27
3. Psychose et vie privée.....	28
D. Les objectifs.....	30
III. REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	31
A. Matériels et méthodes.....	31
B. Résultats.....	32
1. Échelles d'évaluation de la sexualité.....	39
2. Échelles d'évaluation des symptômes psychiatriques.....	41
3. La sexualité des patients psychotiques.....	42
4. L'impact sur la qualité de vie.....	45
5. Traumatisme passé.....	46
6. L'influence de la psychose sur la sexualité et les relations intimes.....	47
IV. DISCUSSION.....	49
A. Analyse des résultats.....	49
B. Limites et biais méthodologiques de la revue de la littérature.....	51
C. Les facteurs impactant la vie sexuelle.....	54
Les symptômes psychotiques.....	54
Les effets des traitements antipsychotiques.....	55
Les restrictions sur leurs vies privées.....	57
Les abus sexuels.....	58
La stigmatisation.....	60
Les difficultés à s'engager dans une relation de couple.....	62
Les obstacles dans la communication médecin-patient concernant la sexualité.....	63
D. Vers des soins centrés sur le rétablissement.....	65
La place de la santé sexuelle dans le rétablissement.....	66
E. Le projet EMR3 à Roubaix.....	68
V. PROTOCOLE DE RECHERCHE PORTANT SUR LA SATISFACTION SEXUELLE PERÇUE PAR LES PATIENTS ROUBAISIEIS ATTEINTS DE TROUBLES SCHIZOPHRÉNIQUES.....	70

A. Les objectifs de l'étude.....	70
B. La population concernée.....	70
1. Les critères d'inclusion.....	70
2. Les critères de non inclusion.....	71
C. Le déroulement de l'étude.....	71
1. Plan expérimental.....	71
2. Les critères d'évaluation.....	72
3. Le schéma de l'étude.....	73
VI. CONCLUSION.....	74
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	76

I. RÉSUMÉ

Introduction : La santé sexuelle est un aspect majeur du bien-être et de la qualité de vie, ainsi que de la santé publique dans son ensemble. Les dysfonctions sexuelles liées aux traitements antipsychotiques ont été étudiées chez les patients atteints de psychose, mais peu de recherches se sont intéressées spécifiquement à leur satisfaction sexuelle. A travers une revue de la littérature, l'objectif de cette thèse est d'obtenir un état des connaissances actuelles sur l'évaluation de la satisfaction sexuelle des personnes avec un trouble psychotique. Suite à cette revue, un protocole de recherche a été effectué pour une étude transversale et quantitative évaluant la satisfaction sexuelle chez les patients schizophréniques stabilisés des secteurs roubaisiens.

Méthodes: Une revue de la littérature a été réalisée évaluant la qualité de vie sexuelle des patients atteints de troubles psychotiques. Les publications ont été recensées à partir de la base de données PubMed, grâce à une équation de recherche associant les termes suivants: ("psychosis" OR "schizophrenia" OR "psychotic disorders") AND ("sexual satisfaction" OR "sexual life" OR "sexual desire" OR "sexual dysfunction" OR "sexual needs" OR "quality of sexual life").

Résultats: 10 articles ont été retenus selon nos critères d'inclusion. Notre revue de la littérature révèle une insatisfaction sexuelle importante chez les patients souffrant de troubles psychotiques par rapport à la population générale. La revue permet de mettre en lumière différents facteurs impactant la satisfaction sexuelle : symptômes psychotiques, traitements, stigmatisation, difficultés à créer une relation de couple, abus sexuels, restriction des libertés, le manque de communication médicale sur le sujet..

Conclusion: Malgré le manque d'homogénéité des articles rendant difficile la généralisation des résultats, il en résulte une insatisfaction sexuelle plus importante chez les patients atteints de psychose, avec un désir sexuel identique à celui de la population générale. La satisfaction sexuelle mérite une plus grande considération dans l'évaluation et l'accompagnement de ces patients. De nouvelles études sont nécessaires pour élargir les connaissances sur ce sujet. Avec l'aide de la F2RSM, un protocole de recherche pour une future étude a été réalisé afin d'évaluer la satisfaction sexuelle chez des patients atteints de schizophrénie.

II. INTRODUCTION

A. La sexualité

1. Santé sexuelle et sexualité

En 2002, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (1) définit la santé sexuelle comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité ». Il ne s'agit donc pas uniquement de l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige « une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles ». Il est également nécessaire d'avoir la possibilité d'accéder à des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, violence ou discrimination. L'OMS rappelle également que pour obtenir et assurer une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et sexuels de chacun doivent être respectés, protégés et réalisés.

L'OMS en 2012 (2), définit la sexualité comme « un aspect central de l'être humain tout au long de la vie qui englobe le sexe, l'identité sexuelle et les rôles, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction ». Toujours selon l'OMS, la sexualité est vécue et exprimée « dans les pensées, les fantasmes, les désirs, les croyances, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations ». Une multitude de facteurs entre en interaction et influence la sexualité, notamment les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels.

En 2017, le gouvernement français lance sa première stratégie nationale de santé sexuelle, avec un plan s'étalant de 2017 à 2030. Le but principal est de permettre l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. (3)

Cette stratégie se base sur trois indicateurs fondamentaux de la santé sexuelle : l'**autonomie**, la **sécurité** et la **satisfaction**. Elle se fixe également 6 grands objectifs :

- promouvoir la santé sexuelle et la prévention, dès le plus jeune âge
- promouvoir les droits humains, en luttant contre les discriminations et pour l'égalité homme femme.
- organiser les soins autour des patients pour garantir un accès égal aux soins notamment pour les populations les plus précaires et vulnérables
- contribuer à la démocratie sanitaire
- lutter contre les inégalités sociales et territoriales

On retient également dans ses objectifs, la prise en considération de l'impact des maladies chroniques sur la vie sexuelle, à tout âge de la vie, en agissant sur la formation des professionnels et la mise en pratique des soins de support en lien avec les problèmes sexuels.

Ce plan national rappelle que l'accomplissement de la santé sexuelle est lié " au degré de respect des droits de l'homme ". Il y est notamment indiqué que les droits sexuels permettent la protection des droits de chacun " à remplir et exprimer leur sexualité et à jouir d'une bonne santé sexuelle ", ceci en prenant en compte les droits des autres personnes et en assurant un cadre de protection contre la discrimination.

2. La place de la sexualité dans notre société

La sexualité est un aspect central de l'humanité, elle joue un rôle majeur dans l'existence et le fonctionnement d'un individu tout au long de sa vie. Elle s'exprime au travers de l'identité sexuelle, de l'orientation sexuelle, du désir, du plaisir, des relations intimes ainsi que de la reproduction.

Selon les individus, la sexualité peut être vécue de différentes manières, par la pensée et les fantasmes, par les rapports sexuels avec le partenaire choisi, par la masturbation, etc. Une multitude de facteurs peut venir impacter la sexualité tels que biologiques, psychologiques, socio-économiques ou religieux. (2)

La sexualité humaine comprend à la fois le fonctionnement sexuel global ainsi que les comportements sexuels. De nos jours, la sexualité dite "récréative" prend une place majoritaire face à la sexualité "procréative". Ainsi, on parle de sexualité positive, lorsque le sexe est considéré comme du plaisir ou comme une activité agréable. (4)

L'Homme vit sa sexualité à travers son expression sexuelle. Celle-ci se compose de plusieurs facteurs : le comportement sexuel, la communication sexuelle et l'identité sexuelle.

En tant qu'être sexuel, les êtres humains se définissent dans la majorité des cas par leur identité sexuelle et leur orientation sexuelle.

La notion d'identité sexuelle renvoie à l'expérience intime et individuelle du genre, telle qu'elle est ressentie par chaque individu. Elle concerne le sentiment d'être femme, homme, les deux, aucun ou autre, selon la position de chacun sur le

continuum de l'identité sexuelle (5). L'identité sexuelle d'une personne peut correspondre ou non au sexe qui lui a été assigné à la naissance, et elle se distingue fondamentalement de l'orientation sexuelle. Bien que personnelle, l'identité sexuelle est sociale. (6) Elle est influencée par les normes sociales, culturelles, politiques et religieuses de chaque pays.

En 1978, Denise Bateau attribue à la sexualité humaine, six dimensions distinctes: (7)

- la dimension cognitive : impliquant les connaissances sur la sexualité, telles que les méthodes de contraception, l'anatomie et les différentes dysfonctions sexuelles.
- la dimension affective : englobant les émotions liées à la sexualité, comme l'amour, la tendresse, le désir et la complicité.
- la dimension spirituelle : regroupant les valeurs, les croyances et les normes de conduite en matière de sexualité.
- la dimension psychologique : liée à l'estime de soi, à l'image corporelle et à l'expression des besoins sexuels.
- la dimension culturelle : comprenant les valeurs socio culturelles influençant la perception et la pratique de la sexualité.
- la dimension biologique : concernant le corps et son fonctionnement, incluant les zones érogènes, la reproduction, etc.

3. Satisfaction sexuelle et désir sexuel

La sexualité est un aspect fondamental de la vie quotidienne et la vie sexuelle est une composante naturelle du comportement humain. Seulement, une vie sexuelle épanouie présuppose plusieurs éléments fondamentaux :

- une communication ouverte, afin de créer un environnement de confiance et de compréhension mutuelle
- le consentement mutuel et le respect des limites de chacun
- la connaissance de soi, de son corps, de ses désirs, de ses limites
- une santé physique et mentale

La satisfaction sexuelle peut être définie comme une réponse affective qui découle de la perception qu'une personne a de sa propre relation sexuelle notamment une évaluation de ses besoins sexuels satisfaisants (8).

Une vie sexuelle satisfaisante impose : (9)

- une capacité d'interagir de manière appropriée avec son partenaire
- l'acceptation de son orientation sexuelle
- un certain niveau de confiance en soi
- le bon fonctionnement de la physiologie sexuelle.

Certains philosophes comme Platon, ont décrit l'être humain "comme un être qui manque de soi et qui cherche dans le désir de l'autre une façon de se compléter"

Selon Levinne, "Le désir est la somme des forces qui nous poussent vers et loin d'un comportement sexuel" (10). Le désir constitue un des principaux mécanismes de vie. C'est une expérience subjective, un élan intérieur qui pousse

une personne à rechercher, à amorcer une expérience, une stimulation sexuelle ou à s'y montrer réceptive dans le but de satisfaire un plaisir sexuel potentiel qui est sur le moment inatteignable. (11)

Dans une approche multidisciplinaire (12), on retrouve que le désir sexuel est un processus dynamique, qui est influencé par de nombreux facteurs neurobiologiques, endocriniens, psychologiques, sociaux et culturels. Le désir sexuel peut varier chez une même personne, en fonction des circonstances et des différentes périodes de vie.

La satisfaction sexuelle et le désir sexuel sont donc deux aspects différents mais interconnectés de la sexualité. Le désir sexuel fait référence à l'envie ou au besoin de s'engager dans des activités sexuelles, tandis que la satisfaction sexuelle se réfère au degré de contentement ou de plaisir que l'on ressent après avoir participé à des activités sexuelles. Il est important de reconnaître que le désir sexuel et la satisfaction sexuelle ne sont pas nécessairement liés de manière linéaire. Une personne peut ressentir un désir sexuel élevé mais ne pas atteindre une satisfaction sexuelle complète et vice versa.

- **Quelques chiffres autour de la sexualité et de ses problématiques :**

Dans une enquête sur la sexualité en France (13), on retrouvait une évaluation "très bonne" ou "satisfaisante" de la vie sexuelle chez 88% de la population, les femmes comme les hommes.

Chez les hommes, les dysfonctions sexuelles les plus fréquentes sont les troubles de l'érection (16%), l'éjaculation précoce (39%), les troubles du désir

(22%) et les troubles de l'orgasme (14%). Chez les femmes, on retrouve les rapports sexuels douloureux (16%), le trouble de l'orgasme (36%) et les troubles du désir (35%).

En revanche, il semble important de relever qu'aucune démarche n'avait été initiée pour résoudre les dysfonctions sexuelles, chez 32,9% des hommes et 26,4% des femmes. Ceci illustre la difficulté à communiquer sur les problèmes sexuels chez les personnes concernées.

Le concept de soi sexuel est une composante majeure de la santé sexuelle. Il peut être défini comme la manière dont une personne se perçoit en tant qu'individu sexuel (14). Il peut être affecté par la santé mentale : on retrouve notamment des sentiments négatifs d'insuffisance sexuelle significativement plus élevés chez les patients atteints de schizophrénie et de dépression. (9)

L'évaluation du concept de soi sexuel est un prédicteur important du comportement sexuel et peut contribuer à promouvoir la santé mentale et sexuelle (9).

B. Le trouble schizophrénique

1. Définition

La schizophrénie est un trouble mental grave qui atteint 24 millions de personnes dans le monde (OMS 2022) dont environ 600 000 personnes en France. Elle touche environ 1% de la population mondiale, avec un ratio équivalent chez les hommes et les femmes. L'âge moyen de survenue est le plus souvent dans la

vingtaine, un peu plus tôt chez les hommes que chez les femmes. (15)

L'étiologie exacte reste inconnue mais son origine serait plurifactorielle. Elle résulterait d'une vulnérabilité génétique précipitée par des facteurs neuro-développementaux et environnementaux (de la naissance à l'âge adulte).

La maladie peut être déclenchée par l'exposition à des facteurs de stress environnementaux, parmi lesquels on peut retrouver la toxicomanie et notamment la consommation de cannabis. Ce facteur est également source de rechute chez les patients.

La schizophrénie est une maladie psychotique chronique, qui est caractérisée par une perte de contact avec la réalité. Il existe trois types de symptômes : (15)

- des symptômes **positifs** ou **productifs** correspondants aux idées délirantes (de persécution, mégalomaniaques, mystiques ...) ou aux hallucinations (auditives, visuelles, tactiles ...);
- des symptômes **négatifs** ou **déficitaires** correspondants à un émoussement affectif et émotionnel, on y retrouve progressivement un retrait social (familial, amical, professionnel ...) ainsi qu'une perte d'intérêt et de volonté ;
- des symptômes **de désorganisation**, du cours de la pensée, du discours, du comportement et des affects.

Le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e version) décrit les critères cliniques afin de réaliser le diagnostic de schizophrénie. Il impose:

- la présence d'au moins deux symptômes parmi: les idées délirantes; les hallucinations; le discours désorganisé; le comportement désorganisé ou

catatonique; les symptômes négatifs (dont au moins un des trois premiers); pendant une période significative de temps au cours d'une période d'un mois.

- des conséquences sur les domaines importants tels que les relations interpersonnelles ou le travail
- des signes continus du trouble pendant au moins 6 mois

- **Prodromes, premier épisode et évolution de la maladie :**

Les premiers symptômes apparaissent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. On peut retrouver des prodromes de la maladie qui se développent progressivement, avant un premier épisode psychotique franc. Ainsi, généralement, le mode d'entrée dans une maladie telle que la schizophrénie est progressif. (16)

Cette phase prodromique est retrouvée chez environ 80-90% des cas dans les 2 à 5 ans précédant la transition psychotique (17). Les prodromes sont différenciés en symptômes précoces non spécifiques et en symptômes tardifs spécifiques (avec caractéristique psychotique atténuée ou transitoire) (18). Il est possible de retrouver par exemple, le début d'un retrait social ou une perte d'intérêt et de motivation pour les activités habituellement pratiquées.

Durant la phase tardive des prodromes, on retrouve la présence de symptômes psychotiques atténués et de symptômes psychotiques brefs intermittents, décrits dans la CAARMS (*Comprehensive Assessment of At Risk-Mental State*). Ils définissent un état mental à risque de transition psychotique

ou « At Risk Mental State, ARMS » ou encore « Ultra High Risk, UHR », développé par l'équipe de McGorry et Yung en Australie (17) (19).

La maladie se déclare dans la plupart des cas à la suite d'un premier épisode psychotique et évolue ensuite en plusieurs phases. On peut retrouver de manière fluctuante, des symptômes psychotiques chroniques et des décompensations aiguës.

On considère qu'au plus tôt le diagnostic est posé, au plus tôt le patient sera traité et aura le meilleur pronostic fonctionnel. (15)

Le trouble schizophrénique est régulièrement associé à un déficit cognitif, dont la gravité est un élément majeur de l'invalidité globale. L'ensemble de ces symptômes perturbe le fonctionnement global des patients, notamment les relations interpersonnelles et dégrade de façon majeure leur qualité de vie.

Les patients atteints de schizophrénie peuvent être hospitalisés pour diverses raisons, notamment :

- les décompensations psychotiques, avec la présence de symptômes aigus de la maladie (des hallucinations, des idées délirantes, une désorganisation de la pensée). Elles peuvent être causées par une mauvaise observance thérapeutique, par des facteurs de stress environnementaux comme la consommation de toxiques ou par l'évolution de la maladie elle-même.
- lorsque le patient présente un danger pour lui-même ou pour autrui avec des risques de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif
- lorsque le maintien à domicile devient trop complexe pour le patient ou son entourage.

Dans ces situations, une hospitalisation peut s'avérer nécessaire, pour ré-introduire ou ré-adapter le traitement, pour assurer la sécurité des personnes concernées ou pour mettre à distance le patient de son environnement et l'aider à se réadapter.

Le pronostic est variable selon les patients, les caractéristiques de la maladie, la précocité de la prise en charge et l'observance thérapeutique.

2. Prise en charge thérapeutique

La prise en charge de la schizophrénie doit être globale et multidisciplinaire. Elle repose sur trois piliers principaux, le traitement pharmacologique, la psychothérapie et la réhabilitation psychosociale. (20)

Les objectifs sont :

- la réduction ou l'amendement de la symptomatologie psychotique
- la prévention des rechutes et la diminution des risques de décompensation
- le maintien ou la réinsertion du patient dans son milieu de vie, sociale et professionnelle

● Traitement pharmacologique

La thérapeutique repose essentiellement sur les traitements antipsychotiques, classés en deux catégories, de première et deuxième génération. Leur mécanisme d'action commun est le blocage des récepteurs

dopaminergiques au niveau cérébrale. La deuxième génération d'antipsychotiques a la particularité de bloquer également les récepteurs de la sérotonine.

En première intention, les traitements antipsychotiques dits de deuxième génération ou "atypique", comme la Risperidone, l'Olanzapine, l'Aripiprazole, sont privilégiés. Ils seraient moins susceptibles de provoquer des effets indésirables, comme la dyskinésie tardive. En revanche, il semble induire une prise de poids importante et une majoration du risque de syndrome métabolique. (21) (22)

Lors d'un premier épisode psychotique, le traitement sera introduit à faible dose et sera majoré jusqu'à la dose minimale efficace afin de limiter le risque d'effets indésirables. L'objectif est la rémission des symptômes et le retour au fonctionnement de base. (23)

Si celui-ci est efficace, le traitement sera poursuivi pendant une durée de deux ans en cas d'épisode unique. Si le patient présente une nouvelle décompensation, le traitement devra être continué pour une période d'au moins cinq ans.

En cas d'inefficacité du traitement de première ligne, ce dernier pourra être changé pour un autre antipsychotique. L'efficacité du traitement sélectionné est imprévisible et dépend de la variabilité individuelle de chaque patient.

Certains patients peuvent présenter une résistance aux traitements antipsychotiques, soit après l'échec de deux traitements antipsychotiques à posologie adaptée et sur une durée suffisante d'au moins 6 à 8 semaines. Dans ce cas, un traitement par Clozapine peut être introduit qui semble être le

traitement le plus efficace de la schizophrénie mais qui présente des risques d'effets indésirables graves notamment le risque d'agranulocytose. De ce fait, une surveillance particulièrement contraignante est nécessaire, par un bilan sanguin avec une numération de la formule sanguine.

Certaines molécules utilisées existent en solutions injectables à action prolongée. Elles facilitent l'observance du traitement et réduisent ainsi les risques de rechutes.

- **Prise en charge complémentaire**

Le traitement de la schizophrénie ne se limite pas à la simple médication, mais elle englobe une gamme de thérapies qui visent à aider les individus à mieux comprendre leur état et à apprendre à gérer les symptômes.

Après l'introduction du traitement, afin d'en améliorer l'observance, une psycho-éducation sera nécessaire. Elle permet au patient d'être acteur de ses soins, et de l'aider à la connaissance de la maladie et de ses traitements. (24)

La psychothérapie dans les troubles psychotiques, tels que la schizophrénie, vise plusieurs objectifs essentiels pour aider les patients à mieux vivre avec leur état et à améliorer leur qualité de vie.

Tout d'abord, la psychothérapie cherche à réduire les symptômes psychotiques (25) tels que les hallucinations, les idées délirantes et la désorganisation de la pensée. Cela peut être accompli en aidant les patients à reconnaître les pensées et les expériences qui ne correspondent pas à la réalité et à développer des stratégies pour les gérer de manière plus adaptative. Les approches telles que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (26) (27) ou la

psychothérapie individuelle (28) sont souvent utilisées pour aider les patients à reconnaître et à changer les schémas de pensée délirants ou les comportements désorganisés.

Deuxièmement, la psychothérapie vise à aider les patients à comprendre et à accepter leur maladie. En travaillant avec un thérapeute, les patients peuvent explorer les causes de leurs symptômes, leurs répercussions sur leur vie quotidienne et les moyens de les gérer de manière efficace. Cela peut contribuer à réduire le stress associé à la maladie et à améliorer l'adhésion au traitement. (29)

Troisièmement, la psychothérapie vise à renforcer les compétences sociales et les relations interpersonnelles des patients. (30) Les troubles psychotiques peuvent souvent entraîner des difficultés dans les interactions sociales, ce qui peut isoler les patients et aggraver leur maladie. La psychothérapie peut aider les patients à améliorer leurs compétences en communication, à développer des stratégies pour faire face au stress social et à reconstruire des relations positives avec les autres.

Enfin, la psychothérapie dans les troubles psychotiques vise à promouvoir l'autonomie et le rétablissement des patients (30). En travaillant sur des objectifs concrets, tels que le retour au travail ou aux études, la gestion indépendante des médicaments et des symptômes, et la participation à des activités sociales et récréatives, la psychothérapie peut aider les patients à reprendre le contrôle de leur vie et à poursuivre leurs objectifs personnels malgré leur maladie. La psychothérapie offre un espace sûr pour explorer les émotions, les expériences et

les relations interpersonnelles, ce qui peut contribuer à améliorer le fonctionnement social et à réduire le stress associé à la maladie.

En intégrant la psychothérapie dans le plan de traitement global, les individus atteints de schizophrénie peuvent trouver un soutien supplémentaire pour naviguer dans les défis de leur état et travailler vers la réduction des symptômes et l'amélioration de leur qualité de vie.

- **L'aspect de la réhabilitation psychosociale**

Le concept de qualité de vie est récent dans le vocabulaire, il prend naissance aux Etats Unis et se développe en France depuis les années soixante. L'OMS la définit en 1994 (31) comme "la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes". Il s'agit d'un concept très large, influencé par la santé physique de l'individu, son état psychologique, son niveau d'indépendance ainsi que ses relations sociales et ses interactions avec son environnement.

Le rétablissement dans les troubles mentaux, y compris les troubles psychotiques comme la schizophrénie, est un processus dynamique et individuel. Il ne se limite pas simplement à la réduction des symptômes, mais englobe la possibilité pour les individus de mener une vie significative et satisfaisante malgré leur état. Le rétablissement implique souvent un cheminement de transformation personnelle, où les personnes apprennent à reconstruire leur identité, à renforcer leurs relations sociales, à développer leurs compétences et à trouver un sens à

leur vie. (32)

C'est un processus non linéaire, avec des hauts et des bas. Cependant, avec un engagement envers le traitement, un bon soutien social et de l'autonomie, de nombreuses personnes atteintes de troubles psychotiques peuvent atteindre leurs objectifs de rétablissement et mener une vie pleinement enrichissante.

C. Regard sur la sexualité des patients atteints de psychose

Chez les patients psychotiques, la sexualité peut être affectée par les traitements (traitements antipsychotiques) ainsi que par les comorbidités comme le diabète. Les dysfonctions sexuelles peuvent également être liées à des difficultés psychologiques et sociales.

Les taux de prévalence de dysfonctions sexuelles sont estimés de 30% à 80% chez les femmes et de 45% à 80% chez les hommes (33). Malgré l'importance des troubles sexuels chez les personnes atteintes de psychoses, ce domaine est souvent négligé. Les cliniciens n'interrogent pas les problèmes sexuels de façon systématique et les patients ne les signalent que rarement. (34)

1. L'effet des traitements médicamenteux sur la sexualité

Les traitements antipsychotiques sont connus pour avoir des effets indésirables sur la fonction sexuelle. La prévalence de troubles sexuels chez les hommes traités par antipsychotique est estimée à 54%, chez les femmes, elle est estimée à 30%. (33) Nombreux sont ceux qui entraînent des effets non

spécifiques, comme la prise de poids et la sédation, une diminution de l'intérêt et de l'investissement pour la sexualité (35).

Les antipsychotiques agissent tous par blocage des récepteurs dopaminergiques, or la dopamine est impliquée dans la motivation sexuelle, l'érection et l'éjaculation. Le blocage de la dopamine peut aussi entraîner une hyperprolactinémie qui peut inhiber la fonction sexuelle, notamment la libido et l'érection. Certains traitements antipsychotiques agissent également sur les récepteurs de la sérotonine, qui peut avoir une influence sur la motivation sexuelle, l'orgasme et l'éjaculation. (33)

Enfin, les effets secondaires extrapyramidaux et la dyskinésie tardive peuvent limiter la mobilisation et affecter la fonction sexuelle. (36)

La dysfonction sexuelle provoquée par les effets secondaires des traitements antipsychotiques, peut entraîner des problèmes d'observance chez les patients concernés.

2. Symptômes psychotiques et sexualité

Les symptômes psychotiques en tant que tels peuvent avoir une influence sur la sexualité, tels que les symptômes négatifs ou la désorganisation.

Les symptômes négatifs de la maladie, comprenant l'émoussement affectif, l'anhédonie, la perte d'intérêt, l'apragmatisme, peuvent avoir un impact négatif sur la vie sexuelle. Ses symptômes sont similaires à ceux retrouvés dans le trouble dépressif et peuvent entraîner une diminution de l'attrait pour les activités sexuelles et de la libido.

Les patients atteints de schizophrénie souffrent souvent de déficiences cognitives et de dysfonctionnements sociaux, pouvant induire une réduction de l'implication dans les fonctions familiales et conjugales ainsi que des compétences sociales restreintes (37). En conséquence, il est compréhensible qu'il soit induit des difficultés à entretenir des relations intimes avec un partenaire et des conséquences sur la sexualité.

Les patients atteints de schizophrénie peuvent également présenter des hallucinations ou délires à caractère amoureux, sexuel, pouvant influencer leur fonctionnement sexuel. (34)

3. Psychose et vie privée

La maladie peut poser des défis dans les interactions sociales, en raison de symptômes tels que le repli sur soi, la méfiance, les hallucinations ou la difficulté à communiquer. Elle peut affecter la capacité à gérer les émotions, ce qui peut parfois rendre les relations amoureuses plus complexes. Ces symptômes peuvent interférer avec la dynamique d'une relation et la capacité à échanger autour des difficultés individuelles et conjugales.

De plus, la stigmatisation des personnes schizophrènes est une réalité persistante dans notre société. Cette stigmatisation découle souvent de la méconnaissance et de la peur de la maladie mentale, ainsi que des représentations négatives véhiculées. Les personnes atteintes de schizophrénie sont souvent perçues comme dangereuses, imprévisibles, et incapables de

contribuer de manière significative à la société, ce qui peut entraîner des préjugés, de la discrimination et un traitement injuste. (38) (39)

Les conséquences de cette stigmatisation ont de graves répercussions sur la vie privée des personnes atteintes de schizophrénie, affectant leur accès à l'emploi, au logement, aux relations sociales, familiales et amoureuses.

Enfin, l'organisation des soins psychiatriques en France, centrée sur les établissements publics de santé mentale, ainsi que l'évolution de la maladie elle-même, peuvent entraîner des hospitalisations fréquentes, parfois longues chez les patients atteints de schizophrénie. Cette récurrence des hospitalisations, entraîne une instabilité et des restrictions sur la vie privée (voir de la sexualité) des patients concernés.

D. Les objectifs

Dans la littérature, on retrouve des études sur les dysfonctions sexuelles des patients psychotiques principalement liées aux traitements neuroleptiques mais les études concernant leur satisfaction sexuelle restent rares.

L'objectif principal de ce travail de thèse était d'évaluer comment les patients atteints de troubles schizophréniques perçoivent leur satisfaction sexuelle. Nous avons dans un premier temps réalisé une revue systématique de la littérature afin de faire un état des lieux de la recherche en ce qui concerne l'évaluation de la sexualité et notamment de la satisfaction sexuelle des patients psychotiques.

Dans un second temps, nous avons réalisé un protocole de recherche dans le but d'effectuer, une étude transversale, quantitative, afin d'évaluer la satisfaction sexuelle chez les patients atteints de schizophrénie, stabilisés et suivis en ambulatoire sur les secteurs roubaisiens.

III. REVUE DE LA LITTÉRATURE

A. Matériels et méthodes

Cette revue de la littérature a été réalisée sur la base de données PubMed. La recherche inclut les articles publiés à partir de 2002 (dernière définition de la santé sexuelle proposée par l'OMS) jusqu'à Août 2023. Elle n'a pas été soumise à une restriction géographique. Cette recherche a été effectuée et rédigée conformément aux recommandations PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis). Les articles inclus ont été sélectionnés selon l'algorithme suivant: ("psychosis" OR "schizophrenia" OR "psychotic disorders") AND ("sexual satisfaction" OR "sexual life" OR "sexual desire" OR "sexual dysfunction" OR "sexual needs" OR "quality of sexual life").

Les critères d'inclusions étaient :

- les études entre 2002 et 2023 en anglais et en français,
- les études qui traitaient de la satisfaction sexuelle ou de la qualité de vie sexuelle chez les patients adultes atteints d'un trouble schizophrénique.

Les critères d'exclusion étaient:

- les revues de la littérature,
- les études ne traitant que la dysfonction sexuelle liée aux antipsychotiques.

La base de données initiale était composée de 73 documents, 46 documents ont été écartés selon le titre et 14 documents ont été écartés selon l'abstract. Sur les 13 documents restants, 4 documents ont été écartés après lecture. Au total, 9

articles de la base de données ont été étudiés.

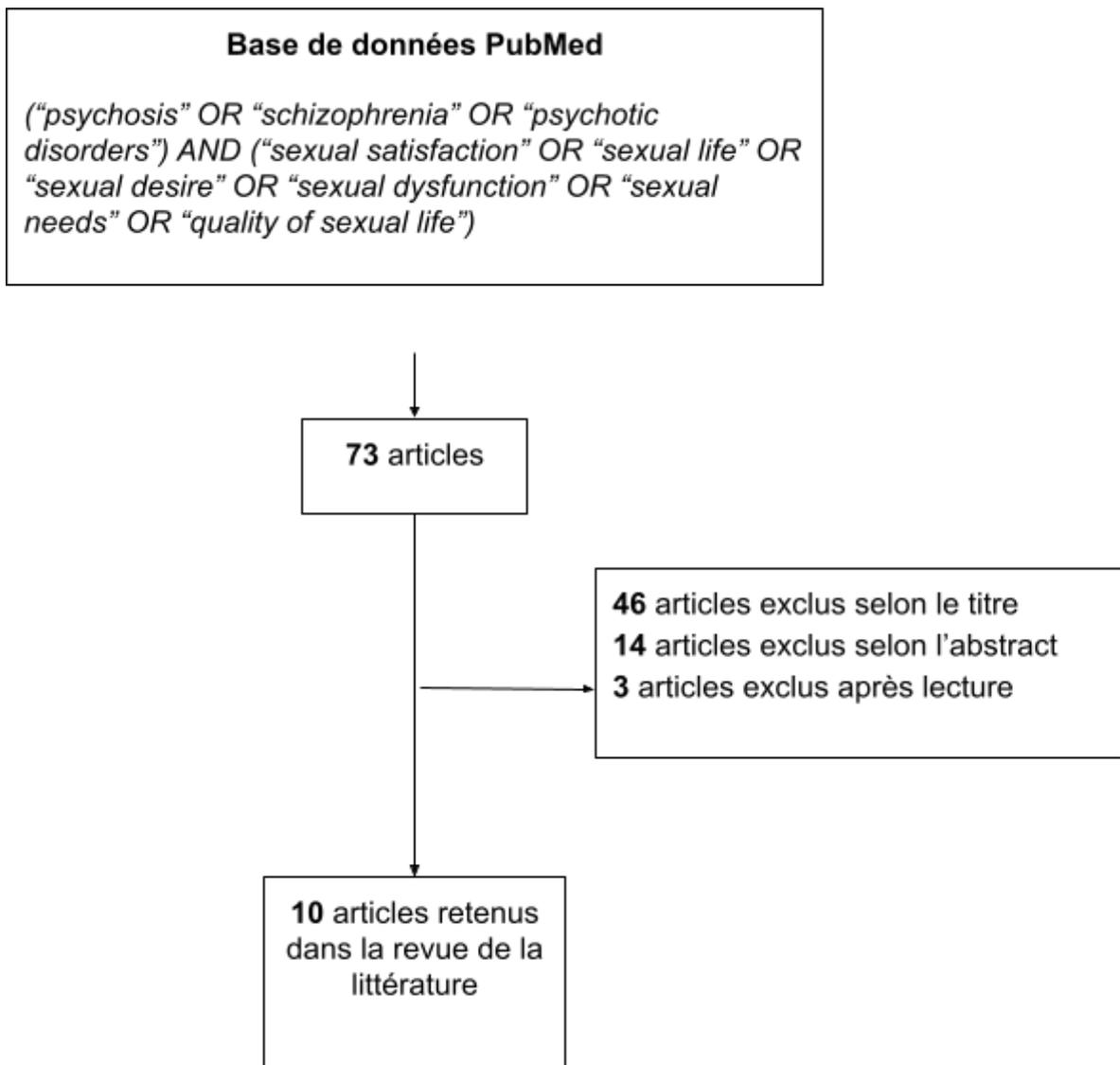


Figure 1: Diagramme de flux

B. Résultats

Les caractéristiques générales des études identifiées sont résumées dans le

Tableau 1.

Tableau 1: Études évaluant la vie sexuelle des patients atteints de troubles psychotiques.

Titres et Auteurs	Année	Pays	Caractéristiques de l'étude	Définitions/échelles utilisées	Méthodes d'évaluation	Satisfaction sexuelle	Résultats	Niveau de preuve
Schizophrenia and relationships: the effect of mental illness on sexuality (40) <i>Margareta Ostman, Ann-Christine Björkman</i>	2013	Suède	Étude transversale et qualitative Objectif : étudier l'impact de la maladie mentale sur la sexualité des patients atteints d'un trouble schizophrénique vivant dans la communauté dans une relation de long terme avec un partenaire Lieu : une clinique psychiatrique ambulatoire Échantillons : - 5 patients, entre 32 et 41 ans, tous hétérosexuels + les partenaires de 3 patients - diagnostic de schizophrénie - relation de plus d'un an avec un partenaire, vivant ensemble dans la communauté - sous traitement antipsychotique	Pas d'échelle utilisé Entretiens approfondis avec deux questions ouvertes	L'entretien commençait par deux questions principales : 1) au sujet de la maladie mentale du patient et de son incidence sur différents aspects de la sexualité du couple, y compris les fantasmes sexuels. 2) sur le besoin de soutien de la part des services psychiatriques en matière de sexualité. Chaque question principale a été suivie d'une série de questions connexes. L'entretien a duré entre 45 et 60 minutes, enregistrée sur cassette avec le consentement du participant, puis transcrit in extenso. Données recueillies en utilisant la méthodologie thématique Catégories préliminaires générées par la "méthode de comparaison constante" (Lincoln et Guba)	Tous les patients décrivent une insatisfaction sexuelle lors des rapports sexuels.	Les sujets de préoccupations sont les suivants: - relation dans le couple l'emporte sur la sexualité - incertitudes des patients quant à leurs capacités sexuelles - diminution des fantasmes sexuels, des sentiments de désir et de satisfaction - manque de communication et de soutien en matière sexuelle. La dysfonction sexuelle affecte les patients atteints de maladies mentales graves et leurs partenaires. Ils décrivent plus de relations sexuelles avant la maladie (patients et partenaires). La relation altérée dans le couple à la suite d'une maladie schizophrénique (isolement, stigmatisation) peut manifestement influencer le désir et la capacité du partenaire à s'engager sexuellement avec le patient. Le patient souhaiterait être plus actif sexuellement. Peu de soutien et peu d'échange de la part des services psychiatriques pour les patients et leurs partenaires, notamment pour les questions sur la sexualité et les relations à long terme. Sentiment d'exclusion de leur partenaire dans cette problématique.	Niveau 4 Faible niveau de preuve Limites: Échantillon restreint Validité externe Biais de recrutement
An Exploration of Sexual Desire and Sexual Activities of Women with Psychosis (41) <i>Philippe Huguelet, Sylvia Mohr, Celine Miserez, Patrizia Castellano, Christian Lutz, Maria Boucherie, Michal Yaron, Nader Perroud, Francesco Bianchi Demicheli</i>	2014	Suisse	Etude transversale, descriptive et comparative Objectif : Explorer les pratiques sexuelles et le désir sexuel des femmes atteintes de psychose Lieu : 2 établissements publics: une clinique psychiatrique ambulatoire et une clinique gynécologique ambulatoire Comparaison de 2 groupes d'âge comparable : - Groupe psychiatrique (n=18): femmes âgées de 18 à 50 ans, avec critères de schizophrénie ou autres psychoses chroniques (CIM 10), stabilisées, suivies en ambulatoire taux de refus: 50% - Groupe contrôle (n=21): témoins sain recrutés dans un établissement gynécologique taux de refus: 66%	Evaluation sexualité : SDS : échelle de désir sexuel FSFI : indice de fonction sexuelle féminine MSQ : questionnaire multidimensionnel sur la sexualité Evaluation psychopathologique : MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) PANSS : échelle de syndrome positif et négatif MARS : échelle d'évaluation et d'observance des médicaments MRSS : échelle de réadaptation de Morningside GAF : échelle d'évaluation du fonctionnement CTQ : questionnaire de traumatismes dans l'enfance	MINI : confirmer un trouble psychotique dans le groupe psychiatrique et exclure toute condition psychiatrique dans le groupe de contrôle. SDS : auto-évaluation de 2 dimensions : désir dyadique et solitaire. FSFI : auto-évaluation de 6 aspects de la fonction sexuelle : désir sexuel, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction et douleur. MSQ : auto-évaluation de 12 tendances psychologiques associées à la sexualité. Questions ouvertes sur : - antécédents sexuels : premières expériences sexuelles, expériences sexuelles traumatisantes, relations intimes actuelles, l'avortement, soins gynécologiques. - les relations (amitié, famille, enfants et relations intimes) et la religion.	Satisfaction sexuelle significativement plus faible chez le groupe femmes avec psychose (score 53% vs. 0%)	Désir sexuel (seul ou avec partenaire): pas de différence montrée entre les deux groupes (score SDS). Absence d'activité sexuelle (dyadique ou seule) : 50% des femmes avec psychoses contre 5% des femmes saines Les femmes avec troubles psychiatriques: - Désir sexuel: • désir dyadique non associé aux symptômes (PANSS), ni à l'adaptation psychosociale (GAF, MRSS). • désir individuel associé aux symptômes positifs et généraux • corrélé aux abus psychologiques et sexuels • non associé à l'adhésion au traitement. - Dysfonction sexuelle plus élevée (score FSFI) : moins d'excitation, de lubrification, d'orgasme et de satisfaction - Altération de la sexualité plus importante (score MSQ) avec moins d'estime sexuelle, de satisfaction et de motivation sexuelle, plus d'anxiété sexuelle, plus de dépression sexuelle, plus de peur sexuelle - Plus de négligence physique pendant l'enfance (score CTQ), pas plus d'abus sexuels que les témoins. - Plus d'expériences sexuelles traumatisantes que les témoins à l'âge adulte Questions ouvertes: >50% pensent que leurs troubles psychiatriques ont une influence sur leur vie sexuelle, 28% pensent que leur vie sexuelle impacte leur trouble psychotique, 22 % en ont parlé à leur psychiatre de leur sexualité, 22 % seraient embarrassés d'aborder ce sujet avec leur psychiatre	Niveau 4 Faible niveau de preuve Limites: Validité externe: - la sexualité dépend des aspects culturels, les résultats doivent être considérés en tenant compte du contexte occidental dans lequel ils ont eu lieu - petits nombres de sujets Biais de sélection: - nombre élevé de sujets refusant de participer

<p>Factors associated with self-rated sexual function in Korean patients with schizophrenia receiving risperidone monotherapy (42)</p> <p><i>Ju-Yeon Lee, Sung-Wan Kim, Yo-Han Lee, Hee-Ju Kang, Seon-Young Kim, Kyung-Yeol Bae, Jae-Min Kim, Il-Seon Shin, Jin-Sang Yoon</i></p>	<p>2015</p>	<p>Corée</p>	<p>Etude transversale descriptive</p> <p>Objectif : étudie les relations entre la fonction sexuelle et les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et la psychopathologie</p> <p>Lieu : sujets hospitalisés et ambulatoires de 6 établissements en Corée</p> <p>Echantillon : 169 patients (95 hommes et 74 femmes) - diagnostic de schizophrénie (DSM-IV), - stabilisés - sous monothérapie par rispéridone, depuis au moins 2 semaines</p>	<p>Évaluation sexualité : - Échelle analogique visuelle (VAS) évaluant 3 domaines de la fonction sexuelle : désir sexuel, excitation sexuelle et de satisfaction sexuelle.</p> <p>Évaluation psychopathologique : - PANSS : échelle d'évaluation des symptômes positifs et négatifs.</p> <p>- BDI : inventaire de la dépression de Beck.</p> <p>- SOFAS : échelle de fonctionnement social et professionnelle.</p> <p>- SWN-K : échelle d'évaluation subjective du bien être sous traitement neuroleptique (version coréenne).</p> <p>- DAI : inventaire de l'attitude à l'égard des médicaments.</p>	<p>Ensemble de données obtenues à partir de quatre essais cliniques menés par les auteurs de l'étude.</p> <p>VAS : auto-évaluation de la fonction sexuelle. Les scores : de 0 (très faible) à 100 (très élevé)</p> <p>Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques (dont la durée de la maladie et le dosage de la rispéridone).</p> <p>Évaluation psychopathologique avec la PANSS, BDI, SOFAS, SWN-K, DAI.</p> <p>Dosage de la prolactine.</p>	<p>Satisfaction sexuelle : - hommes à 48,2% - femmes à 38,5%</p>	<p>Les 3 domaines de la fonction sexuelle ont : - des corrélations négatives significatives avec l'âge, la durée de la maladie et le score BDI. - des corrélations positives significatives et les scores à la SWN-K et DAI. - pas de corrélation avec le score à la PANSS, SOFAS ou le dosage de rispéridone</p> <p>Analyse de régression linéaire : - associations positives significatives entre la fonction sexuelle et : • le sexe masculin • le score DAI - associations positives significatives entre excitation et satisfaction sexuelles et : • l'état matrimonial (marié) • les scores SWN-K - associations négatives significatives entre : • la durée de la maladie avec le désir sexuel et l'excitation sexuelle. - aucune relation significative entre le taux de prolactine sérique et les 3 domaines de la sexualité</p>	<p>Niveau 4</p> <p>Faible niveau de preuve</p> <p>Limites : échelles visuelles analogiques utilisées</p> <p>pas de groupe témoin</p> <p>validation externe: que patients sous rispéridone, patients coréens</p>
<p>Satisfaction with sex life among patients with schizophrenia (43)</p> <p><i>N. Laxhman, L. Greenberg, S. Priebe</i></p>	<p>2017</p>	<p>Royaume Uni</p>	<p>Etude transversale descriptive</p> <p>Objectif : évaluer le niveau de satisfaction de la vie sexuelle des patients atteints de schizophrénie et explorer les caractéristiques des patients ayant une moindre satisfaction</p> <p>Données de patients sur des échantillons de 5 études indépendantes - même instrument de mesure de la qualité de vie - mêmes éléments d'évaluation clinique et par chercheurs qualifiés - diagnostic validé par la CIM-10</p> <p>Echantillon : 1404 patients Diagnostic de schizophrénie et âgés de 18 à 65 ans. Suivi en ambulatoire ou à l'hôpital.</p>	<p>Évaluation de la sexualité : MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) : instrument bref qui mesure la qualité de vie en posant des questions relatives à la satisfaction dans différents domaines de la vie.</p> <p>Évaluation psychopathologique : - dans 2 études : BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) - dans 3 études : PANSS (échelle d'évaluation des symptômes positifs et négatifs)</p>	<p>MANSA comprend 12 questions, dont une sur la satisfaction à l'égard de la vie sexuelle, formulée par: "Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?" échelle allant de 1 (le pire) à 7 (le mieux), 4 étant le point médian neutre.</p> <p>La gravité des symptômes a été évaluée par la BPRS ou la PANSS. Pour l'analyse des symptômes, utilisation de 18 items communs de ses 2 échelles.</p> <p>Dans toutes les études, les évaluateurs étaient des psychologues ou psychiatres formés.</p>	<p>Satisfaction sexuelle : score le plus bas dans tous les domaines de la vie, moyenne à 3,8 (score allant de 1 à 7).</p>	<p>Satisfaction sexuelle : Les patients étaient significativement moins satisfaits de leur vie sexuelle que de tout autre domaine de la vie, y compris leur santé mentale.</p> <p>La satisfaction sexuelle est significativement plus faible que pour le prochain domaine mal coté, qui est la situation financière.</p> <p>Caractéristiques de l'insatisfaction : Les patients de sexe masculin, les patients célibataires et ceux qui présentaient des symptômes affectifs plus élevés avaient tendance à avoir une satisfaction sexuelle plus faible.</p> <p>L'évaluation négative des patients n'a pas changé de façon significative avec l'âge. Ainsi, les préoccupations des patients au sujet de leur vie sexuelle ne semblaient pas s'atténuer avec un âge plus élevé.</p>	<p>Niveau 4</p> <p>Faible niveau de preuve</p> <p>large échantillon global multisites</p> <p>patients hospitalisés ou en ambulatoire bonne cohérence et validité externe</p> <p>Limites : - sélection des données - pas de connaissances sur les raisons d'insatisfaction ni dans quelle mesure les traitements pouvaient modifier la satisfaction</p>

<p>Sexual Expression and It's Determinants, in People Diagnosed with Psychotic Disorders (44)</p> <p><i>José de Jager, Roos van Greevenbroek, Annet Nugter and Jim van Os</i></p>	2018	Pays-Bas	<p>Etude transversale et qualitative</p> <p>Objectif : explorer et comprendre, du point de vue des patients, les besoins sexuels des personnes souffrant de troubles psychotiques, les problèmes qu'elles rencontrent dans l'expression sexuelle et les facteurs impliqués</p> <p>Echantillon : 28 participants âgés de 22 à 62 ans. Diagnostic de trouble psychotique par leur référent (DSM IV)</p> <p>Inclusion : recrutement par des équipes communautaires de santé mentale spécialisées dans le traitement communautaire assertif souple (FACT).</p>	<p>Pas d'échelle utilisée</p> <p>Entretien semi structuré</p>	<p>Entretiens semi-structurés et approfondis d'une à deux heures menés par 2 chercheurs.</p> <p>43 questions ouvertes sur l'expression sexuelle des patients, ses besoins existants (non satisfaits) en matière d'expression sexuelle et les problèmes qui y sont liés.</p> <p>Des observations significatives des émotions et comportements non verbaux pendant les entretiens ont été incluses.</p>	<p>Insatisfaction sexuelle à 82%</p>	<p>- 79% des participants décrivent la sexualité comme un besoin naturel et fondamental.</p> <p>- 82% décrivent des besoins sexuels non satisfaits</p> <p>- 11% ressentait peu ou pas besoin d'expression sexuelle, principalement due aux effets secondaires des traitements.</p> <p>Facteurs semblant affecter l'expression sexuelle:</p> <p>- Effets direct des antipsychotiques: pour la moitié des sujets, les médicaments affectent les besoins et la perception de la sexualité.</p> <p>- Effets indirects des antipsychotiques: affecte l'estime de soi (ex: prise de poids) et la communication sexuelle (ex: fatigue)</p> <p>- Effets directs des symptômes psychotiques: modifications des besoins, identité sexuelle, orientation sexuelle, sentiment de honte après l'épisode psychotique</p> <p>- Traumatismes sexuels: >50% ont subi des traumatismes sexuels. Tous ont indiqué un effet sur la sexualité.</p> <p>- Compétences sociales: difficultés de communication avec les partenaires, accès réduit aux partenaires sexuels</p> <p>- Stigmatisation: 68% victimes de stigmatisation publique en raison de leurs troubles, plus d'un tiers victime de rejet de la part des proches après un épisode.</p> <p>Les besoins insatisfaits sont dûs notamment :</p> <p>- forte prévalence de dysfonctionnement sexuel</p> <p>- une faible fréquence de l'activité sexuelle,</p> <p>- des difficultés de communication sexuelle</p> <p>- une instabilité de l'identité sexuelle</p> <p>Une combinaison de facteurs bio psycho sociaux semble affecter le fonctionnement sexuel.</p>	<p>Niveau 4</p> <p>Faible niveau de preuve</p> <p>Limites: validité externe pas de groupe contrôle biais de sélection représentativité de l'échantillon (majorité d'hommes de la même tranche d'âges)</p>
<p>Sexual Activity, Sexual Dysfunction, and Sexual Life Quality Among Psychiatric Hospital Inpatients With Schizophrenia (45)</p> <p><i>Mi-Chia Ma, Jian-Kang Chao, Jia-Yi Hung, Su-Ching Sung, I-Hsin Candy Chao</i></p>	2018	Taiwan	<p>Etude transversale descriptive</p> <p>Objectif: estimer la prévalence de l'activité sexuelle, du dysfonctionnement sexuel, de l'attitude sexuelle et de l'influence des facteurs sur les patients atteints de schizophrénie</p> <p>Echantillons : 317 patients au diagnostic de schizophrénie (DSM IV), vivants dans un hôpital psychiatrique de l'Est de Taiwan</p>	<p>Questionnaire démographique</p> <p>Evaluation de la sexualité :</p> <p>Echelle d'attitude sexuelle développé par Lin et al.: mesure les concepts d'attitude sexuelle</p> <p>Echelle de comportement sexuel: 19 éléments (ex: orientation sexuelle, expérience sexuelle)</p> <p>Echelle d'expérience sexuelle d'Arizona ASEX: détection rapide des dysfonctionnements sexuels</p> <p>Evaluation psychopathologique :</p> <p>Echelle d'évaluation psychiatrique brève (BPRS)</p>	<p>Questionnaires autodéclarés et entretiens en personne</p> <p>Les participants répondaient aux questionnaires dans une pièce calme et étaient ensuite interrogés par les membres du personnel</p>	<p>Satisfaction sexuelle : - total : 54,6%</p> <p>- chez les < 50 ans : hommes à 53 % et femmes à 69,8%</p> <p>- chez les > 50 ans : hommes à 52,3% et femmes à 48,6%</p>	<p>53 % des sujets avaient déjà eu des rapports sexuels et 41,3 % ont déclaré avoir actuellement des rapports sexuels.</p> <p>La prévalence de la dysfonction sexuelle était de 59,3 % chez les patients.</p> <p>Corrélation significative entre l'expérience des rapports sexuels et le statut matrimonial, les troubles sexuels et le tabagisme.</p> <p>Chez les participants âgés de plus de 50 ans, les femmes présentaient une médiane des scores BPRS significativement plus élevée, plus de dysfonctions sexuelles et un score plus faible de la qualité de la vie sexuelle que les hommes.</p> <p>Chez les patients schizophrènes ayant un groupe BPRS plus élevé (score moyen >2,5) : - quel que soit l'âge : proportions significativement plus élevées de dysfonction sexuel, - chez les moins de 50 ans : scores significativement plus faibles de qualité de vie sexuelle et de satisfaction sexuelle</p> <p>Parmi les prédicteurs sur la qualité de vie sexuelle, la satisfaction sexuelle et le score BPRS étaient des facteurs indépendants significatifs.</p> <p>Ainsi, l'âge, la satisfaction sexuelle et les symptômes peuvent prédire la qualité de vie chez les patients atteints de schizophrénie.</p>	<p>Niveau 4</p> <p>Faible niveau de preuve</p> <p>Limites: validité externe biais de sous déclaration dysfonctionnement sexuel évalué à un instant t différence de traitement non prise en compte</p>

<p>Consumers living with psychosis: Perspectives on sexuality (46)</p> <p><i>Alicia M. Evans, Chris Quinn, Brian McKenna, Karen Willis</i></p>	<p>2020</p>	<p>Australia</p>	<p>Etude transversale qualitative</p> <p><u>Objectif:</u> expliquer comment les usagers résidant dans les services de santé mentale de longue durée étaient capables (ou non) de négocier et maintenir leur expression sexuelle</p> <p>Point de vue des usagers sur la façon dont leur sexualité était gouvernée et comment cela a influencé leur capacité à s'exprimer sexuellement.</p> <p><u>Lieu:</u> service de santé mental pour adulte (16-64 ans) en Australie proposant une réadaptation intensive en santé mentale</p> <p><u>Echantillon :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizo affectif, - ayant reçu des antipsychotiques - résidant actuellement dans la résidence <p>sur les 20 consommateurs contactés, 11 ont accepté de participer à l'étude</p>	<p>Pas d'échelle utilisée</p> <p>Entretiens semi structurés</p>	<p>Entretiens semi structurés axés sur leur expérience de la maladie mentale en ce qui concerne la sexualité et pouvant inclure également les informations qu'ils jugeaient pertinentes.</p> <p>Questions portants sur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'intérêt à avoir une relation sexuelle avec quelqu'un d'autre et si cela avait été possible - tout ce qui aurait facilité ou entravé leur capacité à satisfaire leurs besoins sexuels - les rapports sexuels protégés et la santé sexuelle 	<p>Pas de score de satisfaction sexuelle</p>	<p><u>Restriction sur la vie privée:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - règles sur les espaces physiques de l'établissement - surveillance stricte du personnel sur les endroits où les usagers pouvaient passer du temps avec les co-usagers et les visiteurs - chambres des usagers interdites aux co-usagers et aux visiteurs, y compris les partenaires - quand les usagers recevaient de la visite, ils devaient rester physiquement dans les espaces communs de l'établissement - personnel clinique pouvaient accéder à n'importe quelle zone de l'établissement et à tout moment, sans avertissement ni demande - les usagers ne pouvaient pas verrouiller les portes des chambre → manque d'intimité → difficulté pour se masturber ou pour toute aide sexuelle telle que la pornographie ou les vibromasseurs <p><u>Effets secondaires des médicaments:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - prise de poids → effet sur l'estime de soi sexuelle et sentiment de perte d'attraction → impact sur l'intérêt pour le sexe - difficulté à obtenir une érection ou à éjaculer <p><u>L'hétérogénéité "quotidienne" et "ordinaire" des besoins sexuels et relationnels:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - malgré le diagnostic commun, beaucoup de différence entre les usagers : sexe, âge, besoins relationnels et sexuels 	<p>Niveau 4</p> <p>Faible niveau de preuve</p>
--	-------------	------------------	---	---	---	--	--	--

<p>Sexual Habits and Sexual Dysfunctions in a Sample of Patients with Psychotic Disorders Compared to a Group of Healthy Adults (47)</p> <p><i>Benedetta Barchielli, Tommaso Accinni, Stefano Ferracuti, Luca Carbone, Federica Petrini, Massimo Biondi and Massimo Pasquini</i></p>	2022	Italie	<p>Etude transversale et comparative, descriptive</p> <p>Objectif : comparer le fonctionnement sexuel entre les patients ayant un trouble psychotique et les témoins adultes en bonne santé</p> <p>Echantillon patients : 46 patients recrutés en unité de soins psychiatriques et en clinique ambulatoire</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic de trouble psychotique (DSM-5) - Trouble psychotique non associé à un trouble organique ou autre trouble psychopathologique - Evaluation par le psychiatre de la gravité de la maladie et leur capacité à se soumettre à l'étude <p>Echantillon contrôle : 52 adultes en bonne santé</p> <p>Exclusion : antécédents médicaux, maladie psychiatrique, toxicomanie et/ou troubles neurologiques.</p>	<p>Evaluation de la sexualité</p> <p>BISF-W : étudie les aspects qualitatifs et quantitatifs de l'expérience sexuelle → mesure le fonctionnement sexuel des femmes au cours des 30 derniers jours</p> <p>→ 4 facteurs définis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sexualité de couple: désirs, fréquence, excitation, orgasme pour les activités avec le partenaire - autoérotisme - mécontentement sexuel - sexualité anale: mêmes éléments pour les rapports anaux <p>BISF-M : pour les hommes</p> <p>SQoL-F : autoévaluation, mesure l'impact des dysfonctionnement sexuel sur la qualité de vie des femmes</p> <p>SQoL-M : version hommes</p> <p>SDQ : questionnaire sur la dysfonction sexuelle (pour hommes et femmes)</p> <p>Evaluation psychopathologique :</p> <p>BPRS (évalue la gravité actuelle des symptômes psychiatriques)</p> <p>MMSE (évalue le fonctionnement cognitif)</p> <p>HAM-D (évalue les patients souffrant de trouble affectif)</p> <p>HAM-A (évalue la gravité de l'anxiété)</p>	<p>MMSE, BPRS, HAM-D, HAM-A : évaluation par un psychiatre formé</p> <p>BISF, SQoL, SDQ : questionnaire d'autoévaluation</p>	<p>Satisfaction sexuelle : pas de différence significative entre les 2 groupes</p>	<p>Chez les hommes,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe malade : - sexualité de couple et auto érotisme significativement plus faibles - dysfonctions sexuelles significativement plus élevées - pas de différence significative pour les dimensions du mécontentement sexuel et la sexualité anale • Groupe contrôle : - qualité de vie sexuelle significativement plus élevée <p>Chez les femmes,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe malade: - sexualité de couple et auto érotisme significativement plus faibles - dysfonctions sexuelles significativement plus élevées - pas de différence significative pour la dimension du mécontentement sexuel • Groupe contrôle - sexualité anale significativement plus élevée - qualité de vie sexuelle significativement plus élevée <p>Les résultats ont montré une prévalence des dysfonctionnements sexuels chez les personnes atteintes d'un trouble psychotique de 86,47%.</p>	<p>Niveau 4</p> <p>Faible niveau de preuve</p> <p>Limites :</p> <p>Validité externe: contexte occidental, influence culturelle sur les représentations et les pratiques sexuelles</p> <p>Biais de sélection: - Biais de recrutement (sélection de patients capables de répondre à un entretien clinique)</p>
<p>Sexuality and Quality of Life in Eastern Taiwan People With Schizophrenia (48)</p> <p><i>Mei Hua Chung, Jian-Kang Chao, Mi Chia Ma, and Ru Wei Lin</i></p>	2022	Taiwan	<p>Etude transversale descriptive</p> <p>Objectif : explorer l'association entre la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), la qualité de vie (QoL), le questionnaire taïwanais sur la dépression et l'inventaire du désir sexuel chez les personnes atteintes de schizophrénie (PWS)</p> <p>Echantillon : 277 patients</p> <ul style="list-style-type: none"> - âgés de 20 à 65 ans - stabilisés cliniquement - dans un institut hospitalier psychiatrique chronique - critères schizophrénie (DSM-IV) - maladie depuis au moins 5 ans - > 6 semaines d'antipsychotiques 	<p>Questionnaire démographique</p> <p>Evaluation sexualité :</p> <p>SDI : inventaire du désir sexuel (version chinoise)</p> <p>Evaluation psychopathologique :</p> <p>BPRS : échelle d'évaluation psychiatrique brève</p> <p>QoL- BREF version : qualité de vie, version brève</p> <p>TDQ : questionnaire taïwanais sur la dépression</p>	<p>Questionnaire démographique: données recueillies à l'aide de questionnaires autodéclarés et d'entretiens en personne</p> <p>score BPRS: évalué par 2 psychiatres indépendants expérimentés et formés.</p> <p>Les autres questionnaires: auto évaluation dans une pièce calme</p>	<p>Pas de score de satisfaction sexuelle</p>	<p>Les hommes ont un âge plus jeune, un score BPRS et SDI plus élevé.</p> <p>Désir sexuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - hommes ont significativement un meilleur score de désir sexuel (seul et dyadique) - IMC > 27 associé significativement à un SDI plus faible - maladie de longue durée (plus de 20 ans) associée significativement à des scores SDI plus faibles. <p>L'institutionnalisation plus longue, la dépression et l'utilisation à long terme de médicaments psychotropes donnent des scores plus faibles de SDI</p> <p>Qualité de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les participants avec une schizophrénie d'âge d'apparition tardive avaient des scores de qualité de vie significativement plus élevés et des scores de dépression plus faibles. - Le désir sexuel était positivement corrélé à la probabilité d'une bonne qualité de vie. - La dépression et le BPRS étaient négativement corrélés à la probabilité d'une bonne qualité de vie. 	<p>Niveau 4</p> <p>Faible niveau de preuve</p> <p>Limites :</p> <p>différence de traitements pas prise en compte</p> <p>biais de sélection questionnaires auto déclarés</p> <p>biais de sous déclaration</p>

<p>Sexual needs of people with schizophrenia: a descriptive phenomenological study (49)</p> <p><i>Jin-wei Yang, Kai Yu, Xiao-qing Wang, Yu Wang, Chen-Chen Zhang, Rui Ma, Hong Yu, Yu-qiu Zhou</i></p>	2023	Chine	<p>Etude transversale qualitative</p> <p>Objectif: explorer les besoins sexuels des personnes atteintes de schizophrénie et leurs attentes en matière de soins sexuels de la part du système de santé.</p> <p>Echantillon : Diagnostic de schizophrénie posé par DSM 5.</p> <p>20 patients recrutés par échantillonnage raisonné (9 en ambulatoire, 11 hospitalisés).</p> <p>âge entre 18 et 60 ans</p>	<p>Pas d'échelle utilisée</p> <p>Entretiens approfondis semi structurés</p>	<p>Etude conçue et rapportée en suivant la liste de contrôle COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies) et utilisation de la méthode descriptive phénoménologique de Colaizzi</p> <p>Un chercheur en psychologie et en santé mentale et formé aux méthodes de recherches qualitatives et d'entretien, aux collectes des données personnelles.</p> <p>Les entretiens ont été menés dans la langue des participants (le chinois) et ils ont été interrogés une fois pendant 30 à 50 minutes.</p>	<p>Mise en évidence d'une insatisfaction sexuelle mais pas de score. Diminution de la qualité de vie sexuelle.</p> <p>Mis en évidence des facteurs entravant la satisfaction</p>	<p>10 sous thèmes obtenus, regroupés en 3 thèmes:</p> <p> multiples barrières entravant la sexualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les symptômes psychotiques - les effets secondaires des antipsychotiques : manque de libido, dysfonction érectile, difficultés à atteindre l'orgasme - les changements environnementaux rapides et imminents: hospitalisations urgentes, réadmissions, vécu de déconnexion du reste de la société, réglementations strictes et manque d'espaces privés à l'hôpital - négligence et discrimination de la sexualité: désir et besoins sexuels non considérés par la société <p>L'importance de la sexualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la reproduction: pour certains, but principal de la sexualité - former un partenariat intime: moyen d'exprimer leur amour ou comme forme d'interaction humaine - profiter du plaisir du corps et de l'esprit: régulation les émotions et éviter les émotions négatives <p>Les conditions pour satisfaire les besoins sexuels:</p> <ul style="list-style-type: none"> - les connaissances sexuelles professionnelles: rôle déterminant de l'éducation affective et sexuelle, pourtant rare dans le traitement de la schizophrénie. Pour certains, jugent que leurs vies auraient été bien différentes avec des connaissances sur le sujet - espaces pour l'activité sexuelle - objets d'activité sexuelle: partenaires sexuels, masturbation <p>Au total:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Multiples facteurs pour la sexualité des personnes avec une schizophrénie : complications de la schizophrénie, effets secondaires des traitements, changements environnementaux rapides - Négligence de la sexualité des personnes atteintes de schizophrénie, répression de leurs besoins sexuels - Une vie sexuelle satisfaisante est bénéfique pour le rétablissement des personnes, car elle permet l'amélioration de variables psychologiques (confiance en soi, vie de famille et observance du traitement) 	<p>Niveau 4</p> <p>Faible niveau de preuve</p> <p>Limites:</p> <p>Biais de sélection</p> <p>Validité externe → patients inclus disposés à partager sur la sexualité</p> <p>Pas d'ajustement sur la différence d'âge</p>
--	------	-------	---	---	---	--	---	--

1. Échelles d'évaluation de la sexualité

Aucune échelle standardisée de référence évaluant la sexualité des patients souffrant de troubles psychotiques n'existant, on retrouve dans les études retenues, plusieurs types d'échelles différentes. Les échelles retrouvées dans les études de la revue évaluent différents aspects de la sexualité, tels que la satisfaction, le désir, les comportements ou encore les dysfonctions sexuelles.

Parmi les articles sélectionnés, un seul article se concentrait uniquement sur le désir et la fonction sexuelle des femmes. Le désir sexuel était mesuré avec la Sexual Desire Scale (SDS), une échelle d'auto-évaluation de 20 éléments évaluant deux dimensions, le désir sexuel dyadique et individuel. La fonction sexuelle était mesurée avec l'indice de fonction sexuelle féminine (FSFI) composée de 19 éléments portant sur six aspects de la fonction sexuelle. Se rajoutait aux deux échelles, un questionnaire multidimensionnel sur la sexualité (MSQ), mesure d'auto-évaluation composée de 60 éléments.

Un article utilisait des échelles visuelles analogiques (EVA) pour évaluer la fonction sexuelle en termes de désir sexuel, d'excitation sexuelle et de satisfaction sexuelle.

Dans un autre article, on retrouvait l'utilisation d'une échelle de comportement sexuel composée de 19 éléments, l'échelle d'expérience sexuelle d'Arizona (ASEX) et une échelle des attitudes sexuelles.

Parmi l'un des articles de cette revue, il était utilisé l'échelle Brief Index of Sexual Functioning (BISF-W pour les femmes et BISF-M pour les hommes) qui étudie les aspects qualitatifs et quantitatifs de l'expérience sexuelle. Cet article

comportait également le SDQ (Sexual Dysfunction Questionnaire) pour évaluer la dysfonction sexuelle à travers un questionnaire (pour les hommes et les femmes) mais également le SQoL (Sexual Quality of Life), avec une version pour les hommes et pour les femmes, afin d'évaluer la qualité de vie sexuelle pour les personnes ayant des dysfonctions sexuelles. Un article évaluait le désir sexuel en se basant sur le Sexual Desire Inventory (SDI) composé de 14 items.

Un autre article utilisait la MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life), un instrument bref qui mesure la qualité de vie avec le SQoL (subjective quality of life) en posant des questions relatives à la satisfaction dans différents domaines, notamment la sexualité.

Parmi les articles retenus, 4 n'utilisaient pas d'échelle pour évaluer la sexualité. Les participants bénéficiaient d'entretiens approfondis semi structurés.

Tableau 2 : Échelles utilisées dans les études pour l'évaluation de la sexualité

Échelles utilisées :	Thème(s) évalué(s) :
SDS	Auto évaluation du désir sexuel
FSFI	Fonction sexuelle féminine
MSQ	Questionnaire multidimensionnelle sur la sexualité
ASEX	Dysfonction sexuelle
BISF-W, BISF-M	Mesure fonctionnement sexuel (y compris désir, satisfaction, fréquence)

SDQ	Dysfonction sexuelle
SDI	Inventaire désir sexuel
Echelle visuelle analogique	3 domaines : désir, excitation, satisfaction
Echelle d'attitude sexuelle	Mesure concept d'attitudes sexuelles
Echelle de comportement sexuel	Orientation, expérience, fréquence
SQoL	Qualité de vie sexuelle pour les personnes avec dysfonctions sexuelles
MANSA	Qualité de vie (item satisfaction sexuelle)

2. Échelles d'évaluation des symptômes psychiatriques

Pour évaluer les symptômes psychotiques, deux échelles ont été retrouvées dans les articles de cette revue :

- Échelle des symptômes positifs et négatifs (PANSS) dans deux articles. Elle est composée de 30 items afin d'évaluer la sévérité des symptômes chez les patients atteints de schizophrénie.
- Échelle de cotation psychiatrique brève (BPRS), dans trois articles. Elle comprend 24 items, afin d'évaluer la gravité des symptômes psychiatriques.

Afin d'évaluer la dépression, un article utilisait l'inventaire de la dépression de Beck (BDI) et un article se servait du questionnaire Taiwanais sur la dépression (TDQ) composé de 18 items.

Un article utilisait la HAM-D pour évaluer les patients souffrant de troubles affectifs et la HAM-A pour évaluer la gravité de l'anxiété.

3. La sexualité des patients psychotiques

- **Satisfaction sexuelle et désir sexuel :**

L'étude qualitative d'Ostman (40) interrogeait les patients sur leur sexualité. Elle montrait que les relations intimes étaient un marqueur de bonne qualité de vie au quotidien avec leurs partenaires. Les participants évoquaient des inquiétudes quant à leur capacité à avoir une activité sexuelle et donner satisfaction à leur partenaire. Ils décrivaient également un manque de satisfaction lors des rapports sexuels.

L'étude comparant la sexualité des femmes souffrant de schizophrénie avec celle de femmes saines (41), ne montrait pas de différence de désir sexuel entre les deux groupes. En revanche 50% des femmes avec une schizophrénie n'avaient pas d'activité sexuelle contre 5% des femmes en bonne santé d'âges comparables.

Dans l'étude de Laxhman (43), qui évaluait le niveau de satisfaction sexuelle chez les patients atteints de schizophrénie, à travers l'échelle de qualité de vie (MANSA), on retrouvait que la vie sexuelle était le domaine de leurs vies où les patients étaient le plus insatisfaits. La satisfaction sexuelle était globalement le score de satisfaction moyen le plus bas comparé à n'importe quel autre domaine

de la vie. C'était le seul domaine dans lequel les patients de l'ensemble des échantillons, exprimaient une insatisfaction explicite.

L'étude qualitative de De Jager (44), explorait la sexualité des patients en les interrogeant à l'aide de questions ouvertes. Elle montrait que 79% des patients considéraient la sexualité comme un besoin naturel et un aspect fondamental de la vie et que 82% signalaient des besoins non satisfaits dans leur expression sexuelle.

L'impact de certains paramètres démographiques semble varier selon les études. Dans l'étude de Lee (42), il existe une corrélation positive entre le sexe masculin avec la satisfaction sexuelle et l'excitation. L'étude de Chung (48) met également en évidence un score de désir sexuel significativement plus fort chez les hommes avec une psychose. Toutefois ces résultats varient et dans une autre étude (43), les résultats montraient que les patients de sexe masculin présentaient une insatisfaction sexuelle significativement plus importante.

Quant à l'âge, les résultats diffèrent là aussi, certaines études montrant une satisfaction sexuelle diminuant avec l'âge (42) ou n'évoluant pas (43).

- **Dysfonction sexuelle :**

Les résultats de l'étude de Huguelet (41) montraient également que les femmes atteintes de troubles psychiatriques avaient plus de dysfonctions sexuelles, moins de satisfaction pendant les rapports et une altération plus importante de la sexualité (moins d'excitation, de lubrification, d'orgasme).

Dans l'étude qualitative de De Jager (44) mettant en évidence que 82% des patients signalaient des besoins non satisfaits, il était également montré que les besoins insatisfaits étaient notamment dus à une forte prévalence de dysfonctionnement sexuel mais aussi à une faible fréquence de l'activité sexuelle, des difficultés de communication sexuelle et une instabilité de l'identité sexuelle.

Ces résultats sont similaires à une autre étude de la revue (45) retrouvant que près de 60% souffraient de dysfonctions sexuelles. Dans cette enquête, 53% des patients ont eu des rapports sexuels, près de 60% déclaraient ne pas avoir actuellement de vie sexuelle, près de 75% n'avaient pas de partenaires sexuels.

L'étude de Barchielli (47), mettait également en évidence plus de dysfonctions sexuelles avec une prévalence à 86,47%, en comparant le fonctionnement sexuel entre des patients psychotiques et des témoins adultes en bonne santé.

- **Impact des paramètres psychologiques de la sexualité**

Dans une des études (47) comparant la sexualité entre patients atteints de psychose et un groupe sain, le groupe de patients semblait moins bien percevoir la sexualité de couple, l'auto-érotisme, et semblait globalement avoir une moins bonne qualité de vie sexuelle. Les résultats d'une autre étude montraient des difficultés de communication sexuelle et une instabilité de l'identité sexuelle (44).

De plus, l'étude de Huguelet (41) comparant les femmes saines et atteintes de psychoses, il était montré une altération de l'estime de soi sexuelle plus importante, moins de motivation sexuelle, plus de peur et d'anxiété sexuelle

pathologiques ainsi qu'un sentiment de tristesse concernant leur vie sexuelle (dépression sexuelle) plus fréquent.

Toutefois, l'étude de Lee (42) montre une corrélation positive entre le fait d'être marié avec la satisfaction sexuelle et le désir sexuel chez les patients psychotiques.

4. L'impact sur la qualité de vie

L'étude de Chung (48) montrait que la dépression et les symptômes psychiatriques (score BPRS) étaient négativement corrélés à la probabilité d'une bonne qualité de vie. Le désir sexuel était positivement corrélé à la probabilité d'une bonne qualité de vie. Elle montrait que le désir sexuel avait une influence significative, proportionnelle et directe sur l'état mental et que l'état mental avait une influence significative, inversement proportionnelle et directe sur la qualité de vie.

Le désir sexuel n'avait pas de relation directe avec la qualité de vie mais une influence indirecte via l'état mental. La figure ci-dessous permet d'illustrer ces influences.

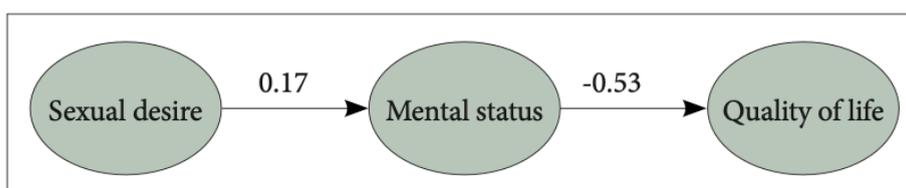


Figure 2, Sexuality and Quality of Life in Eastern Taiwan People With Schizophrenia (48)

Par ailleurs, une autre étude (49) soulignait qu'une vie sexuelle satisfaisante est bénéfique pour le rétablissement des personnes, car elle permet l'amélioration de variables psychologiques (confiance en soi, vie de famille et observance du traitement). Les participants pensaient qu'une vie sexuelle harmonieuse pouvait aider à construire des relations intimes et apporter le bonheur. Pour certains, la reproduction était considérée comme le but principal de la sexualité. D'autres déclaraient, qu'une vie sexuelle harmonieuse était un moyen efficace de réguler leurs émotions et d'éviter les émotions négatives dans leur quotidien.

5. Traumatisme passé

Les traumatismes subis n'étaient pas systématiquement retrouvés dans les études de notre revue. Dans l'étude d'Huguelet (41), on retrouvait que les femmes atteintes de psychose étaient plus susceptibles d'avoir subi des abus physiques. En revanche, on ne retrouvait pas d'association entre les expériences sexuelles traumatisantes, le désir sexuel et le fonctionnement sexuel.

Dans l'étude de De Jager (44), plus de la moitié des participants avaient subi des traumatismes sexuels dans le passé, allant de l'agression sexuelle à de multiples viols. Tous ont indiqué des conséquences sur leur sexualité. De façon similaire, un des patients d'une autre étude (40) relatait avoir été victime d'abus sexuels dans son enfance et expliquait l'impact de ces faits passés avec ses pensées et son comportement (vécu d'inconvenance, de gêne par rapport aux questions autour de la sexualité).

6. L'influence de la psychose sur la sexualité et les relations intimes

Dans une des études (47) comparant la sexualité entre patients atteints de psychose et un groupe sain, les scores d'évaluation de la sexualité en couple étaient significativement plus faibles dans les groupes patients (hommes et femmes) par rapport au groupe contrôle.

Dans l'étude d'Huguelet (41), plus de la moitié des femmes atteintes de psychose rapportaient une influence de leur trouble sur leur vie sexuelle : diminution du désir due aux médicaments ou à la pathologie elle-même, estime de soi altérée, manque de logement adéquat. Seulement 22% en avaient parlé à leurs psychiatres et seulement 22% déclaraient qu'elles seraient complètement gênées d'aborder le sujet.

Parallèlement, l'étude de Chung (48) mettait en évidence qu'une maladie de longue durée (plus de 20 ans) était associée significativement à des scores de désir sexuel plus faibles (SDI). L'institutionnalisation plus longue, la dépression et l'utilisation à long terme de médicaments psychotropes donnaient des scores plus faibles de SDI. Il était également constaté dans l'étude de Lee (42) une association négative entre la fonction sexuelle (excitation, désir et satisfaction) et la durée de la maladie. Cependant, une association positive était retrouvée entre le score d'évaluation du bien être sous traitement neuroleptique avec l'excitation et la satisfaction sexuelle.

L'étude de Ma (45), retrouvait une relation significative entre des scores plus élevées de la BPRS et la dysfonction sexuelle (pour les deux catégories d'âge ≤ 50 et > 50 ans), ainsi qu'avec la qualité de vie sexuelle et la satisfaction sexuelle chez les ≤ 50 ans. Dans l'étude de Barchielli (47), il était retrouvé que le groupe de

patients avait une sexualité de couple et solitaire plus faibles, ainsi que des scores plus importants de dysfonction sexuelle par rapport au groupe contrôle.

Dans d'autres études (40,44,49) il était mis en évidence plusieurs facteurs affectant l'expression sexuelle tels que l'altération des compétences sociales, entraînant des difficultés de communication avec le partenaire. La relation altérée dans le couple à la suite d'une maladie schizophrénique (isolement, stigmatisation) peut influencer le désir et la capacité du partenaire à s'engager sexuellement avec le patient.

Les symptômes psychotiques venaient également interagir avec l'expression de la sexualité, pouvant venir modifier les besoins, l'orientation ou l'identité sexuelle. Il était également retrouvé un vécu de honte après un épisode psychotique. Les symptômes altéraient également la confiance en soi. Les effets directs des antipsychotiques pouvant diminuer les besoins sexuels ainsi que les effets indirects (prise de poids, fatigue), venaient s'ajouter.

Par ailleurs, il a été constaté dans différentes études (46,49) que le contexte des hospitalisations ou des établissements en santé mentale mettent des barrières à la qualité de vie sexuelle. Il était évoqué le manque d'intimité et d'espace privé, la surveillance, les règles strictes et le sentiment de déconnexion lors des hospitalisations.

IV. DISCUSSION

A. Analyse des résultats

L'objectif de cette revue de la littérature était d'observer l'évaluation de la satisfaction sexuelle chez les patients atteints de troubles psychotiques.

Malgré le faible niveau de preuve de la majorité des études présentées ci-dessus, ces dernières mettent en évidence de façon généralisée une sexualité non satisfaisante chez les patients atteints de troubles psychotiques. Cette atteinte de la sexualité touche aussi bien les patients célibataires que ceux engagés dans une relation de couple.

La satisfaction sexuelle peut être définie comme une réponse affective qui découle de la perception qu'une personne a de sa propre relation sexuelle, notamment une évaluation de ses besoins sexuels satisfaisants (8). Comme vu précédemment, une fonction sexuelle saine est un élément important de la santé sexuelle et du bien-être en général. C'est un facteur prédictif de santé physique, émotionnelle et de qualité de vie.

Sur l'ensemble de cette revue, les résultats montrent que les patients psychotiques présentent des besoins sexuels insatisfaits et que cette insatisfaction altère leur qualité de vie globale.

L'étude de Laxhman (43), étudiant un large échantillon de patients, montrait que les patients schizophrènes sont plus insatisfaits de leur vie sexuelle que de n'importe quel autre domaine de leur vie, y compris de leur santé mentale. C'était la seule étude qui évaluait des échantillons dans différents pays, avec un

échantillon varié, incluant des patients atteints de schizophrénie hospitalisés et d'autres suivis en ambulatoire.

L'étude de Barchielli (47) qui comparait le fonctionnement sexuel des patients atteints de psychose avec des témoins sains, montrait que le groupe malade semblait moins bien percevoir la sexualité de couple, l'auto érotisme, et dans l'ensemble semblait avoir une moins bonne qualité de vie sexuelle.

De plus, plusieurs des études sélectionnées, montraient la présence de dysfonctions sexuelles fréquentes chez les patients atteints de psychoses (40), (41), (44), (45), (46), (47), (49). Ces dysfonctions englobent les troubles de l'érection, de l'éjaculation chez les hommes, de lubrification chez la femme, ou encore de difficultés à atteindre l'orgasme. Ces dysfonctionnements ne peuvent qu'altérer les conditions nécessaires pour satisfaire les besoins sexuels.

En revanche, tout comme la population générale, les patients atteints de troubles psychotiques décrivaient la sexualité comme un besoin naturel et fondamental. (44). Nous pouvons remarquer que les besoins sexuels et relationnels sont identiques chez les patients souffrants de psychose et que les fantasmes ne diffèrent pas de ceux de la population générale (29). Dans la majorité des études incluses, on retrouvait un intérêt pour la sexualité similaire à la population générale et on pouvait constater que les patients étaient ouverts et en demande vis-à-vis du personnel médical, pour discuter de questions liées à la sexualité et aux relations.

Concernant l'approche de la sexualité lors du suivi médical, il était mis en évidence un manque de soutien ou d'informations sur leurs questions ou celles de leur partenaire.

Les résultats de notre revue de la littérature, montrent une insatisfaction sexuelle plus importante chez les patients souffrants de troubles psychotiques. Seulement, il est important de prendre en compte les limites et biais méthodologiques que présentaient les études incluses.

B. Limites et biais méthodologiques de la revue de la littérature

Si les études sélectionnées dans cette revue de la littérature semblent démontrer que les patients atteints de psychose ont une vie sexuelle moins satisfaisante que la population générale, les résultats sont à prendre avec précaution. Les études comportent plusieurs limites et biais méthodologiques.

Premièrement, les articles sélectionnés dans la revue étaient toutes des études transversales descriptives quantitatives ou qualitatives (niveau 4). Ce sont donc des études avec un faible niveau de preuve scientifique (grade C) selon le grade des recommandations de la HAS (50).

Dans la majorité des articles sélectionnés, il existe un biais de sélection. Une grande partie des études incluait un nombre de sujets restreints, ne respectant pas toujours le sex ratio de ces troubles. Les résultats ne peuvent donc pas être considérés comme représentatifs d'une population.

De plus, selon les études, les participants étaient recrutés dans des lieux très différents, à des moments différents de la pathologie de la personne. En effet,

parfois le recrutement était effectué en ambulatoire avec des populations de patients stables sur le plan psychiatrique et parfois dans des services de psychiatrie dans lequel nous pouvions retrouver des patients en phase aiguë de la maladie. Enfin, dans la plupart des études, les patients étaient sélectionnés selon leur capacité à pouvoir s'entretenir dans un entretien clinique et être disposés à se concentrer et à partager sur leur sexualité. Cela crée un biais de recrutement qui nous empêche de pouvoir généraliser les résultats.

Nous pouvons également relever un biais de mesure dans les articles. Il n'existe aucune échelle standardisée concernant l'évaluation de la satisfaction sexuelle chez les patients psychotiques. On retrouve une grande hétérogénéité des études dans l'utilisation des échelles. Certaines échelles évaluaient les attitudes sexuelles, les dysfonctionnements sexuelles (ASEX), les aspects quantitatifs et qualitatifs des expériences sexuelles (BISF), ou encore le désir sexuel (SDI). Dans les études qualitatives, des questions ouvertes lors d'entretiens semi structurés étaient utilisées pour évaluer les expériences sexuelles. Cette grande disparité rend difficile la généralisation des résultats et la comparaison des études entre elles.

Nous remarquons aussi que la grande majorité des évaluations de la sexualité étaient des auto questionnaires, ce qui peut également créer un biais de sous-déclaration, dans des sociétés où la sexualité et ses dysfonctionnements sont encore des sujets considérés comme tabou.

De plus, les valeurs et les normes liées à la sexualité sont profondément ancrées dans les aspects culturel et social de la société. Ainsi, la santé sexuelle

doit être appréhendée en fonction des contextes sociaux, économiques et politiques spécifiques (2). Il n'est pas possible de nier l'influence culturelle potentielle sur les représentations et les pratiques sexuelles. La majorité des études étaient transversales et monocentriques, ce qui limite la validité externe de chaque étude et de ce fait, la généralisation des résultats.

Enfin, nous savons que les patients atteints de troubles psychotiques, reçoivent des traitements agissant sur leur fonction sexuelle. Or, dans les études sélectionnées, il n'y avait pas d'élément suffisant pour permettre d'évaluer les effets des médicaments pouvant influencer la satisfaction sexuelle.

La disparité des études ainsi que les nombreux biais retrouvés dans les articles sélectionnés impliquent de prendre avec précaution l'analyse et l'interprétation des résultats.

C. Les facteurs impactant la vie sexuelle

Malgré les limites des études de la revue, des données importantes peuvent être mises en lumière. Dans ces recherches, il était retrouvé une insatisfaction sexuelle globale chez les patients atteints de troubles psychotiques alors que les besoins sexuels semblaient, eux, préservés. Tout comme dans la population générale, les patients considéraient la sexualité comme un besoin naturel et fondamental et un aspect important de la vie.

Seulement, de nombreux facteurs impactant la sexualité des patients atteints de psychoses, ont été identifiés.

Les symptômes psychotiques

Dans l'étude phénoménologique descriptive de Yang (49) sur les besoins sexuels des personnes atteintes de schizophrénie, la sexualité des patients était gravement affectée. Chez la majorité des patients interrogés, on retrouvait une abstinence sexuelle involontaire souvent liée à un manque de libido. Lors des phases aiguës de la maladie, il pouvait y avoir de graves effets sur la sexualité comme l'incapacité de reconnaître son partenaire ou la fausse idée que le partenaire ait de mauvaises intentions. L'étude de De Jager (44) montrait également que les besoins d'expression sexuelle pouvaient changer au cours d'un épisode psychotique. Certains participants décrivaient moins de sensations sexuelles avec notamment une diminution de la libido. D'autres pouvaient remarquer une augmentation de leurs sensations qu'ils attribuaient notamment à des symptômes psychotiques à contenu sexuel.

En effet, il n'est pas rare que les personnes atteintes de schizophrénie aient des hallucinations ou des idées délirantes à caractère sexuel, qui peuvent influencer leur fonctionnement ou leur comportement sexuel (34).

Un épisode psychotique semblerait avoir également un effet sur l'identité sexuelle. Une caractéristique majeure de la psychose est la perte de contact avec la réalité. Lors de décompensation, certains patients décrivaient avoir vécu avec une image d'eux-mêmes instable ainsi que des doutes sur leur orientation sexuelle (44). Lors du retour à un état de stabilité, les patients pouvaient ensuite ressentir de la honte et de la confusion face à ces sentiments et comportements ainsi que des doutes persistants.

Cela pourrait être expliqué par la notion de fluidité sexuelle. La fluidité sexuelle peut être définie comme des changements dans l'identité sexuelle et la sexualité résultant de facteurs internes et externes. (4) Dans le cas de décompensation psychotique, il n'est pas difficile de retrouver un certain nombre de facteurs pouvant modifier les perceptions. Il semble crucial pour les praticiens de reconnaître ces variations potentielles dans la sexualité des patients afin de pouvoir leur fournir l'éducation et la réassurance nécessaires.

Les effets des traitements antipsychotiques

Les traitements antipsychotiques ont de nombreux effets secondaires et peuvent induire des dysfonctionnements sexuels. De nombreuses propriétés pharmacologiques peuvent influencer les performances sexuelles (51).

Le blocage de la dopamine par la fixation des antipsychotiques sur les récepteurs dopaminergiques peut entraîner une diminution de la libido et une perturbation de l'orgasme. Ce blocage peut également entraîner une élévation de

la prolactinémie et ainsi influencer les taux sériques de testostérone qui exercent un rôle dans les performances sexuelles des hommes comme des femmes.

De nombreux antipsychotiques, par antagoniste de l'histamine, entraînent une sédation et peuvent altérer les performances sexuelles.

Leurs propriétés alpha bloquantes peuvent entraîner des perturbations de l'érection, de l'éjaculation et de la lubrification vaginale. Enfin, on retrouve des effets noradrénergiques et anticholinergiques qui peuvent perturber l'érection.

En effet, dans l'étude de De Jager (44), la moitié des participants indiquait que l'utilisation des médicaments affectait sérieusement leur sexualité. Ils relevaient des troubles de la fonction érectile, des problèmes d'éjaculation et de lubrification. Ces dysfonctionnements impactaient à la fois les relations sexuelles avec un partenaire et la masturbation. Les conséquences étaient une baisse de l'estime de soi sexuelle, une honte à l'égard de la sexualité et ainsi un évitement des comportements sexuels.

On retrouvait les mêmes résultats dans l'étude qualitative de Yang et al. (49) où certains patients disaient avoir arrêté leurs traitements pour conserver le plaisir sexuel.

Des effets plus indirects, comme la prise de poids, l'émoussement des affects et l'augmentation de la fatigue, étaient également relevés par les participants (44) et affectaient l'estime de soi sexuelle, rendant les patients moins susceptibles de s'engager dans des relations sexuelles.

Les patients parlent très peu de ces effets indésirables à leurs psychiatres et les médecins posent rarement la question lors des entretiens. Les effets des traitements peuvent entraîner une mauvaise observance ou conduire à l'arrêt des

antipsychotiques. Cela montre l'importance, pour les médecins, de prendre conscience des conséquences afin de favoriser le rétablissement.

Les restrictions sur leurs vies privées

Du fait de l'évolution de la maladie, les patients atteints de schizophrénie sont souvent hospitalisés, en particulier lors des décompensations aiguës, lorsque leurs symptômes deviennent sévères et que le maintien à domicile n'est plus possible. Les hospitalisations peuvent être nécessaires pour assurer la sécurité des patients et des autres, ainsi que pour fournir un traitement intensif et/ou une réadaptation thérapeutique ainsi qu'une surveillance médicale étroite.

Seulement les hospitalisations fréquentes, et souvent réalisées en urgence, peuvent être déstabilisantes sur le plan émotionnel, interrompant les routines quotidiennes, perturbant les relations sociales et familiales, ce qui entraîne souvent une perte d'autonomie et de confidentialité. Tout cela peut affecter la capacité des patients à exprimer leur sexualité de manière épanouie et satisfaisante.

En effet, les nombreuses hospitalisations des patients psychotiques peuvent souvent constituer un obstacle à l'expression de leur sexualité. Dans l'étude réalisée par Yang et al. (49), les participants décrivaient un isolement social lié à un sentiment de déconnexion du reste de la société dû aux hospitalisations urgentes et aux fréquentes réadmissions. Ceci les empêchant d'établir de nouvelles relations sociales ou de maintenir celles pré existantes. Les participants signalaient également que lorsqu'ils souhaitaient avoir des activités sexuelles, seules ou dyadiques, aucun lieu approprié n'existait pour le faire.

En effet, dans un environnement hospitalier, les patients psychotiques peuvent se sentir exposés et surveillés en permanence, ce qui peut inhiber leur désir de s'engager dans des activités intimes (52). De plus, les règles et les politiques institutionnelles, telles que les horaires stricts, les restrictions de mouvement et les interactions limitées avec les autres patients, peuvent restreindre les opportunités de rencontres et d'expression de la sexualité.

L'étude d'Evans (46) montrait également que les usagers de soins en santé mentale se plaignaient fréquemment d'un manque de vie privée qui pouvaient conduire à des barrières en termes d'expression de leur sexualité.

Pour surmonter ces obstacles, il semble important que les établissements de santé mentale reconnaissent l'importance de la sexualité dans la vie des patients et qu'ils mettent en place des politiques et des programmes qui favorisent un environnement respectueux de la vie privée et propice à l'expression de la sexualité. Cela peut inclure des discussions ouvertes sur la sexualité avec les patients et les professionnels les accompagnant, la fourniture d'informations sur la santé sexuelle et la disponibilité de ressources telles que des thérapeutes spécialisés en santé sexuelle.

De plus, il est crucial de veiller à ce que les droits des patients à exprimer leur sexualité de manière sûre, consensuelle et respectueuse soient satisfaits et soutenus tout au long de leur traitement.

Les abus sexuels

Les abus sexuels correspondent à toutes les atteintes physiques subies à caractère sexuel (53). Les expériences d'abus sexuel peuvent avoir des effets

dévastateurs sur la santé mentale des personnes concernées, quel que soit leur état de santé mentale. Les effets de l'abus sexuel peuvent être profonds et durables, en affectant la vie quotidienne, les relations interpersonnelles et le bien être émotionnel. Les personnes atteintes de troubles psychotiques sont plus susceptibles d'avoir été victimes d'agression sexuelle.

En effet, dans notre revue, une étude sur les déterminants de l'expression sexuelle chez les personnes atteintes de troubles psychotiques (44), retrouve que plus de la moitié des participants avaient subi des traumatismes sexuels dans le passé, allant de l'agression sexuelle à de multiples viols, et un impact sur leur sexualité.

On retrouve également dans les recherches, que l'adversité et les traumatismes pendant l'enfance augmentent considérablement le risque de psychose (54) et donc des taux élevés de traumatismes notamment sexuels chez les patients souffrants de psychoses (55).

La schizophrénie est une maladie d'origine multifactorielle, qui résulte d'une vulnérabilité génétique à laquelle se surajoute des facteurs de stress. Parmi ces facteurs, la survenue d'évènements traumatiques est susceptible de favoriser l'apparition des troubles. (56)

De plus, l'expérience d'abus sexuel pendant l'enfance augmente le risque de développer des problèmes en matière de sexualité et d'intimité.

Dans la population générale, le fait d'avoir été victime d'abus sexuels pendant l'enfance, est l'un des facteurs de risque le plus important pour le développement de dysfonctions sexuelles à l'âge adulte. (57) Les personnes victimes d'agression sexuelle perçoivent souvent un sentiment de culpabilité et de

honte en lien avec l'évènement, cela crée un obstacle à la communication de ces expériences. Il peut en résulter, des symptômes post traumatiques, un effet sur l'image de soi sexuelle et sur la confiance en soi.

Les patients souffrant de troubles psychotiques sont donc plus susceptibles d'avoir vécu des expériences traumatisantes, parmi lesquelles nous pouvons retrouver des abus sexuels (55). Ces abus peuvent avoir un effet à long terme sur leur expérience sexuelle.

Il paraît alors important que les professionnels de la santé mentale soient sensibilisés aux défis spécifiques auxquels sont confrontées les personnes atteintes de psychose qui ont été victimes d'abus sexuel. La complexité de l'interaction entre trouble psychotique et antécédent d'abus sexuel implique de pouvoir fournir un soutien et des ressources appropriés pour les aider à surmonter ces expériences traumatisantes.

La stigmatisation

La stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychotiques est un problème répandu et persistant dans de nombreuses sociétés à travers le monde. La stigmatisation publique est généralement décrite comme un processus de préjugés, de stéréotypes et de discrimination à l'égard du groupe ou de l'individu stigmatisé, et l'autostigmatisation est l'intériorisation de ces attitudes, croyances et comportements négatifs. (58)

Une étude de notre revue (44) révèle que plus de deux tiers des participants avaient été victimes de stigmatisation publique en raison de leurs troubles psychotiques. Plus d'un tiers a été confronté au rejet de la part d'amis et de contacts intimes suite à un épisode psychotique ou après la révélation de leur

maladie mentale. On retrouvait également une intériorisation de la stigmatisation chez plus de la moitié des participants. Ces expériences impactent la confiance en soi, et de ce fait de nombreux participants s'abstenaient de s'engager dans une relation.

A la stigmatisation publique, s'ajoute alors l'auto stigmatisation qui peut avoir l'effet d'une barrière à l'intimité, une difficulté à s'accepter ainsi qu'un sentiment d'incapacité (59). L'autostigmatisation peut entraîner une baisse de l'estime de soi, un sentiment de honte et une perte de confiance en soi. Certains résultats suggèrent que la stigmatisation intériorisée réduit l'estime de soi en ayant un impact négatif sur la métacognition, comme la perception des difficultés cognitives (60).

De plus, les personnes atteintes de maladie mentale qui s'identifient en dehors des relations hétéronormatives, doivent faire face à une double stigmatisation (59). En effet, les personnes LGBTQIA+ sont souvent confrontés à des discriminations et des violences en raison de leur orientation sexuelle ou identité de genre. Lorsque s'ajoutent les préjugés sociétaux concernant la maladie mentale, nous pouvons parler de double stigmatisation.

La stigmatisation contribue à l'isolement social et sexuel et entraîne de sérieux obstacles dans le rétablissement des personnes atteintes de maladie mentale grave. Pour la combattre, il paraît essentiel de sensibiliser le public concernant la maladie mentale afin de promouvoir l'empathie et la compassion envers les personnes concernées. Les campagnes de sensibilisation et les programmes éducatifs visant à promouvoir l'inclusion et la diversité peuvent tous contribuer à réduire la stigmatisation et à créer des sociétés plus justes et plus

inclusives, à la fois pour les personnes atteintes de maladie mentale et pour les personnes LGBTQIA+.

Il paraît également important que les praticiens en santé mentale soient conscients de l'impact de la stigmatisation sur les individus et ne les perpétuent pas au travers de leurs propres comportements stigmatisants intériorisés (59).

Les difficultés à s'engager dans une relation de couple

Un obstacle majeur au taux d'insatisfaction est la faible fréquence d'activité sexuelle dans la population atteinte de trouble psychotique. Dans l'étude de Mi-Chia Ma (45), seulement 53% des participants avaient déjà eu des rapports sexuels, presque 60% déclaraient ne pas avoir de vie sexuelle au moment de l'étude et près de 75% n'avaient pas de partenaire sexuel. Il existerait une corrélation significative entre l'expérience des rapports sexuels et le statut matrimonial. Dans l'étude d'Huguelet (41), on retrouvait l'absence d'activité sexuelle chez plus de 50% des femmes avec psychoses contre 5% des femmes saines. On remarquait également dans l'étude de Laxhman (43), que les patients célibataires avaient tendance à avoir une satisfaction sexuelle plus faible.

Les personnes atteintes de psychose éprouvent une estime de soi (sexuelle) significativement inférieure à celle de la population générale, ce qui diminue la capacité de construire une intimité avec les autres, ce qui rend moins susceptibles d'entrer dans une relation sexuelle (61,62).

Les relations existantes peuvent être altérées par la maladie mentale, se manifestant par un désintérêt pour l'intimité et le sexe. Parallèlement, le fardeau

émotionnel de prendre soin d'un partenaire souffrant peut être écrasant, pouvant éventuellement mener à la dissolution de la relation (59). Les personnes en bonne santé peuvent se sentir submergées par les responsabilités de prendre soin de leur partenaire et peuvent également ressentir de la frustration, de la colère ou du chagrin face à la situation. Parfois, les partenaires peuvent se sentir incapables de faire face à la maladie mentale de leur conjoint, ou ils peuvent ressentir le besoin de se retirer pour prendre soin d'eux-mêmes. Ces défis peuvent parfois conduire à des ruptures relationnelles.

Avec un soutien adéquat, y compris une thérapie individuelle et de couple, ainsi que des ressources communautaires et médicales, de nombreuses relations pourraient surmonter les défis associés à la maladie mentale.

Les obstacles dans la communication médecin-patient concernant la sexualité

Dans plusieurs des études sélectionnées, nous retrouvons un manque de communication concernant la sexualité entre les médecins psychiatres et leurs patients. L'étude d'Ostman (40) retrouvait un évitement du personnel soignant des services psychiatriques lorsque la sexualité était évoquée, alors que les patients et leurs partenaires exprimaient clairement le désir de parler de ces sujets influençant leur santé mentale et leur vie dans son ensemble. Ils exprimaient le souhait d'avoir accès à des programmes, centrés sur la sexualité dans sa globalité, et non simplement dans le diagnostic de dysfonctionnements sexuels. Quant à l'étude d'Huguelet (41), elle montrait que seulement 22% des patientes déclaraient avoir parlé de leur sexualité à leur psychiatre et ce, sans réel soutien

de ces derniers alors que seuls 22% des patientes exprimaient une gêne absolue d'aborder ce sujet.

À ce jour, de nombreuses études nationales et internationales ont examiné divers aspects de la santé reproductive et sexuelle des personnes vivant avec des troubles de santé mentale. Cependant, aucune étude n'a spécifiquement évalué les besoins sexuels des individus atteints de schizophrénie. (63)

Or, des preuves suggèrent que les besoins sexuels non satisfaits chez les patients souffrants de troubles psychotiques pourraient entraver leurs traitements. (64)

Nous pouvons remarquer que les professionnels de santé mentale ont peu abordé la vie sexuelle des patients et ont initié peu d'études à cet égard. (65). Si quelques programmes d'éducation sexuelle sont initiés dans certains services de psychiatrie, ces derniers se concentrent pour la plupart sur les risques d'infections sexuellement transmissibles (65). Les résultats montrent également, qu'à chaque fois que la sexualité était abordée, les patients se montraient sensibles, ouverts et intéressés à ce sujet. On pourrait imaginer une intégration systématique de cette éducation dans les prestations de service de soins en santé mentale, en ajoutant une approche positive de la sexualité concernant le désir, le plaisir et la satisfaction sexuelle.

Dans le contexte de la relation entre le personnel soignant et les patients, l'évaluation des besoins sexuels pourrait favoriser l'adhésion aux traitements, une harmonisation des interventions, ce qui permettrait aux patients de se sentir compris, respectés et soutenus.

D. Vers des soins centrés sur le rétablissement

Le concept de rétablissement en psychiatrie est le fruit de la convergence de divers courants, souvent perçus comme distincts à première vue. (32) Ces courants comprennent une dimension politique, représentée par les mouvements d'usagers de la psychiatrie qui se sont insurgés contre un système de soins jugé paternaliste et restrictif. Ces mouvements ont défendu le droit à l'autodétermination, considérée comme essentielle au processus de rétablissement.

D'autre part, un courant scientifique s'est développé à travers les premières études longitudinales sur le devenir des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères, démontrant que de nombreuses évolutions favorables étaient possibles. Ces études ont soutenu le mouvement politique des usagers en mettant en lumière l'importance de ne pas priver les individus de leur libre arbitre et de ne pas les enfermer dans une vision pessimiste et fataliste de leur avenir.

Le rétablissement en santé mentale désigne le processus par lequel une personne atteinte de troubles mentaux atteint un état de bien-être et de fonctionnement optimal malgré les défis liés à sa condition. Ce processus n'est pas linéaire et il est caractérisé par la résilience, l'autonomie et l'espoir. Il ne se réduit pas nécessairement à une rémission des symptômes, mais plutôt à un cheminement individuel vers une meilleure qualité de vie et une identité moins définie par la maladie. Le rétablissement se concentre sur les objectifs personnels de la personne et peut inclure des aspects tels que la gestion des symptômes, le renforcement des compétences sociales et professionnelles, la reconstruction des relations, ainsi que la recherche de sens et de satisfaction dans la vie quotidienne.

Il est souvent soutenu par des interventions psychosociales, des traitements médicaux appropriés et un soutien continu de la part des professionnels de la santé mentale, de la famille et de la communauté.

Cette approche met l'accent sur l'importance de l'écoute et du savoir expérientiel des personnes en rétablissement. Elle reconnaît la primauté de l'expérience individuelle (30) dans la construction des connaissances et met en garde contre une approche théorique et imposée de l'extérieur.

Bien que l'empowerment et l'autonomie soient des objectifs louables du soin psychiatrique, ils ne doivent pas être considérés comme des prérequis absolus. Il est important de reconnaître que le processus de rétablissement ne se fait jamais seul et que l'autonomie peut aussi impliquer de “choisir ses dépendances” (Paul Watzlawick).

La place de la santé sexuelle dans le rétablissement

La santé sexuelle joue un rôle essentiel dans le bien être général. Elle est aussi cruciale que la santé physique et mentale pour une qualité de vie optimale. La prise en considération de la santé sexuelle s'intègre de plus en plus dans les itinéraires de soins, comme en atteste la feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle, établie pour la première fois en 2017 (3). Cette feuille de route vise notamment à promouvoir la santé sexuelle des individus vivant avec des troubles psychiques, en mettant en place des équipes de soins appropriées. Comme vu précédemment, les troubles sexuels peuvent toucher jusqu'à 70% des hommes et 50% des femmes souffrant de troubles psychotiques. Ces données soulignent l'importance d'offrir un accompagnement spécifique à ces individus. Les troubles associés aux maladies mentales et les traitements médicamenteux

combinés amplifient l'impact sur la fonction sexuelle et peuvent entraîner une mauvaise observance thérapeutique. En outre, cela entraîne un déséquilibre dans la qualité de vie, avec un risque accru de rechutes, de réhospitalisations, une diminution de la confiance en soi et une aggravation de l'expérience négative de la maladie.

Aborder la question de la sexualité en contexte de soins ne requiert pas de qualifications spécifiques pour les professionnels de la santé. Leur formation initiale leur confère la légitimité nécessaire pour écouter les paroles et les préoccupations des personnes sous leur responsabilité. (66)

Les besoins exprimés par les personnes recevant des soins en réadaptation psycho-sociale concernant leur santé sexuelle comprennent :

- exprimer leurs inquiétudes, leurs appréhensions, leurs aspirations parentales et leurs attentes affectives
- être écoutés et entendus
- recevoir des informations sur les possibilités et limitations en matière de comportements sexuels, ainsi que sur la manière dont ces derniers sont liés aux traitements
- trouver du réconfort et de l'assurance
- recevoir un traitement ou un accompagnement si cela est jugé nécessaire et indiqué

Dans cette approche de la psychiatrie de plus en plus “vers” le rétablissement, de nouveaux projets naissent dans les différents secteurs. Pour l'illustrer, nous prendrons exemple sur le projet de soins EMR3 qui prend naissance dans la ville de Roubaix, dans le Nord, en France.

E. Le projet EMR3 à Roubaix

L'EMR3 (Equipe Mobile Roubaisienne de Réhabilitation et Rétablissement) est un projet basé sur une équipe pluriprofessionnelle consacrée à la réhabilitation psychosociale au sein du secteur de psychiatrie de Roubaix Centre, 59G12. C'est une initiative de santé mentale mise en place à Roubaix constituée de plusieurs professionnels (médecins, psychologues, cadres de santé, infirmiers, assistants sociaux, éducateurs), dont l'objectif principal est d'offrir un soutien spécialisé aux personnes souffrant de troubles psychiques sévères ou persistants.

Cette équipe dynamique se déplace au sein de la communauté pour fournir des services de réhabilitation psychosociale, d'accompagnement et de suivi individualisé. Elle travaille en étroite collaboration avec les patients, leurs familles et d'autres professionnels de la santé pour favoriser leur autonomie, leur réintégration sociale et leur rétablissement global. Le patient est placé au cœur du dispositif : l'équipe l'accompagne et le guide dans la définition de ses propres objectifs à atteindre, en s'adaptant à ses besoins individuels.

Ces objectifs peuvent toucher tous les aspects de la vie quotidienne, qu'il s'agisse de la santé, du logement, de l'emploi, des démarches administratives, mais aussi des loisirs, de l'alimentation, ou encore de la vie sentimentale et sexuelle.

Pour conclure, notre revue de la littérature montre une mauvaise satisfaction sexuelle chez les patients souffrant de trouble psychotique. Or, comme nous l'avons montré, les études sélectionnées ont de nombreuses limites, ce qui rend

difficile la généralisation des résultats. De plus, aucune étude française n'a été initiée concernant la satisfaction sexuelle perçue chez les patients psychotiques. Des études au sein de la population française souffrant de troubles psychotiques semblent donc nécessaires afin d'évaluer la satisfaction sexuelle dans cette population, dans notre contexte culturel et social. C'est pourquoi nous avons réalisé avec l'aide de la F2RSM, un protocole de recherche pour une future étude qui nous permettra d'évaluer la satisfaction sexuelle chez des patients atteints de schizophrénie.

V. PROTOCOLE DE RECHERCHE PORTANT SUR LA SATISFACTION SEXUELLE PERÇUE PAR LES PATIENTS ROUBAISIEUS ATTEINTS DE TROUBLES SCHIZOPHRÉNIQUES

A. Les objectifs de l'étude

Avec l'aide de la F2RSM (Fédération régionale de recherche en santé mentale) Hauts de France, un protocole de recherche a été développé. L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la satisfaction sexuelle perçue chez des patients atteints de troubles schizophréniques.

Les objectifs secondaires que nous avons définis sont d'étudier le lien entre l'insight de la maladie et la satisfaction sexuelle, le lien entre la sévérité de la maladie et la satisfaction sexuelle ainsi que l'effet du statut "en couple/célibataire" sur la satisfaction sexuelle.

B. La population concernée

1. Les critères d'inclusion

- patients atteints de troubles schizophréniques selon les critères diagnostiques du DSM-5 ou de la CIM-10
- patients connus et suivis par les médecins psychiatres d'un des 4 secteurs roubaisiens: G12, G13, G14, G15
- patients de plus de 18 ans
- patients stabilisés sur le plan psychiatrique et suivis en ambulatoire

2. Les critères de non inclusion

- présence de décompensation psychotique ou de symptômes aigus
- changement de traitement dans les deux semaines avant l'inclusion
- maladie physique grave et instable
- pathologies somatiques pouvant altérer la fonction sexuelle
- diagnostic de retard mental
- épisode dépressif caractérisé
- patient ne parlant pas le français
- femme enceinte ou allaitante
- patient sous tutelle

C. Le déroulement de l'étude

1. Plan expérimental

En amont de l'étude, les patients éligibles seront identifiés et sélectionnés par leurs médecins psychiatres référents. Les patients seront screenés sur les dossiers médicaux pour répondre aux critères d'inclusion et de non inclusion.

Les participants recevront une note d'information de la part de l'investigateur qui s'assurera de leur non opposition. Une fois cette dernière recueillie, les participants seront rencontrés par les investigateurs, au cours de leurs

consultations mensuelles de suivi, au sein des structures de soins ambulatoires des secteurs roubaisiens.

Pour répondre aux objectifs, l'investigateur fera passer, lors d'entretien d'environ une heure pour chaque patient, les deux échelles sélectionnées (BISF et insight) et remplira la CGI.

2. Les critères d'évaluation

- Pour évaluer la satisfaction sexuelle, l'échelle BISF (Brief Index of Sexual Functioning) sera utilisée et complétée avec les participants. Dans sa version originale, ce questionnaire était destiné à évaluer les troubles de la fonction sexuelle chez les femmes (BISF-W). Il a été validé en français par Baudelot-Berrogain et al (67). Une version masculine (BISF-M) a été développée par Panzeri et Raoli à l'université de Padoue, en langue italienne (68).

La BISF (Brief index of sexual functioning) comporte 22 questions évaluant 7 domaines de la sexualité : le désir (D1), l'excitation (D2), la fréquence de l'activité (D3), la réceptivité (D4), le plaisir et l'orgasme (D5), la satisfaction relationnelle (D6) et les problèmes affectant la sexualité (D7). Un score allant de 0 à 16 est attribué à chaque domaine via une méthode de calcul prédéfinie (Annexe 4). Le score composite final est calculé via la formule : $D1 + D2 + D3 + D4 + D5 + D6 - D7$ et s'étend de -16 à + 75. Il n'existe pas de valeur seuil mais plus le score est bas, plus les troubles de la sexualité sont probables.

- Pour évaluer l'insight, l'échelle d'insight actuel (Birchwood) (69) sera utilisée et complétée par les participants pendant l'entretien. L'IS comporte 8 questions évaluant la conscience des symptômes (item 1, 8), la conscience de la maladie (2, 7) et les besoins de traitement (3, 4, 5, 6). Il existe un barème de cotation. Le score maximum est de 12 (très bon insight), le minimum est de 0 (pas d'insight). On considère qu'un score de 9 et au-delà correspond à un bon insight.
- Pour évaluer la sévérité de la maladie, nous utiliserons la CGI severity scale (70), qui sera complétée par l'investigateur pendant l'entretien avec les participants. Avec la « CGI Severity Scale », le médecin évalue avec une échelle de sept points la gravité de l'état clinique du patient.

3. Le schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative transversale monocentrique se déroulant sur une période d'un an et demi à partir du premier patient inclus, au sein des structures de soins des secteurs roubaisiens.

Les données seront pseudonymisées et recueillies par l'investigateur, lors d'un entretien unique d'une heure, avec évaluation par deux questionnaires patients et une échelle complétée par l'investigateur.

Après avoir récolté l'ensemble des données, elles seront ensuite saisies et analysées.

VI. CONCLUSION

La sexualité est un aspect central de la vie des êtres humains. La vie sexuelle, les relations sexuelles et le fonctionnement sexuel ont un impact majeur sur la qualité de vie globale. Au-delà des effets indésirables des traitements, la satisfaction sexuelle des patients psychotiques a été peu étudiée jusqu'alors.

Selon les résultats de notre travail, il semble clair que ces patients éprouvent une insatisfaction sexuelle plus importante par rapport à la population générale. Les facteurs impactant la vie sexuelle des patients psychotiques sont multiples et interconnectés. Les symptômes psychotiques, les effets des traitements antipsychotiques, les restrictions sur leur vie privée, les expériences d'abus sexuel, la stigmatisation et les difficultés à s'engager dans une relation de couple contribuent tous à leur insatisfaction sexuelle.

Malgré l'insatisfaction, on retrouve que les besoins sexuels sont eux bien conservés. (71) Il semble alors primordial de les prendre en considération dans une démarche de soins globale.

Pour améliorer la qualité de vie sexuelle de ces patients, il est nécessaire d'adopter une approche holistique prenant en compte ces différents facteurs. Cela implique de sensibiliser les professionnels de la santé mentale à ces problématiques, d'améliorer l'accès à des traitements adaptés prenant en compte les effets secondaires des médicaments, de favoriser un environnement hospitalier respectueux de la vie privée, de mettre en place des programmes de soutien pour les victimes d'abus sexuel, de lutter contre la stigmatisation et de fournir un accompagnement spécifique pour les difficultés relationnelles.

En définitive, une approche intégrée et centrée sur le patient est essentielle pour répondre aux besoins sexuels souvent négligés des patients atteints de troubles psychotiques et pour améliorer leur qualité de vie globale.

Grâce à cet état des lieux sur les connaissances actuelles, un protocole de recherche a été effectué avec l'aide de la F2RSM Hauts de France, pour évaluer la satisfaction sexuelle chez des patients stabilisés atteints de schizophrénie sur les secteurs roubaisiens. Ce protocole permettra la réalisation d'une future étude.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Santé sexuelle-prévention [Internet]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
2. Santé sexuelle OMS [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>
3. Stratégie nationale - santé sexuelle [Internet]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
4. Sexuality in the 21st Century: Sexual Fluidity [Internet]. Disponible sur: <https://www.easap.asia/index.php/find-issues/current-issue/item/834-1903-v29n1-p30>
5. Identité sexuelle et expression [Internet]. Disponible sur: <https://www.ohrc.on.ca/fr/identit%C3%A9-sexuelle-et-expression-de-l%E2%80%99identit%C3%A9-sexuelle-brochure>
6. Lippe D. La complexité des sexes. Construire son identité sexuée ? *Enfances Psy.* 2016;69(1):27-37.
7. Sexualité et schizophrénie [Internet]. Disponible sur: <https://www.schizophrénie.qc.ca/fr/sexualite-et-schizophrénie>
8. Offman A, Matheson K. Sexual compatibility and sexual functioning in intimate relationships. *Can J Hum Sex.* 2005;14(1-2):31-9.
9. Potki R, Ziaei T, Faramarzi M, Moosazadeh M, Shahhosseini Z. Bio-psycho-social factors affecting sexual self-concept: A systematic review. *Electron Physician.* 25 sept 2017;9(9):5172-8.
10. Levine SB. The nature of sexual desire: a clinician's perspective. *Arch Sex Behav.* juin 2003;32(3):279-85.
11. Ortigue S, Bianchi-Demicheli F. Interactions entre excitation et désir sexuel: des relations interpersonnelles aux réseaux neuronaux. *Rev Med Suisse.* 28 mars 2007;104:809-13.
12. Bianchi-Demicheli DF, Ammar N, Bolmont M, Dosch A, Favez PN. Une approche neurobiologique, psychologique et sociologique du désir sexuel et de la satisfaction sexuelle. *Rev MÉDICALE SUISSE.* 2016;
13. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé [Internet]. *La Découverte*; 2008. 612 p. (Hors Collection Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293.htm>

14. Deutsch AR, Hoffman L, Wilcox BL. Sexual Self-Concept: Testing a Hypothetical Model for Men and Women. *J Sex Res.* 1 nov 2014;51(8):932-45.
15. Schizophrénie - Troubles psychiatriques [Internet]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/schizophr%C3%A9nie-et-troubles-apparent%C3%A9s/schizophr%C3%A9nie>
16. Krebs MO, Lejuste F, Martinez G. Prise en charge spécifique des premiers épisodes psychotiques. *L'Encéphale.* 1 déc 2018;44(6, Supplement):S17-20.
17. Teyssier JR. Prodromes de la schizophrénie : consensus ou confusion ? *L'Encéphale.* 1 mai 2013;39:S1-7.
18. Saoud M, Brunelin J, D'Amato T. Les signes précoces : vulnérabilité ou prodrome. *L'Encéphale.* 1 juin 2007;33(3, Part 3):S408-14.
19. Yung AR, McGorry PD. The Initial Prodrome in Psychosis: Descriptive and Qualitative Aspects. *Aust N Z J Psychiatry.* 1 oct 1996;30(5):587-99.
20. Gaebel W, Zielasek J. Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2015;69(11):661-73.
21. Médicaments antipsychotiques - Troubles mentaux [Internet]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/schizophr%C3%A9nie-et-troubles-apparent%C3%A9s/m%C3%A9dicaments-antipsychotiques>
22. Schizophrénie · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrenie/>
23. Prescription et surveillance des psychotropes [Internet]. [cité 18 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.psychiaclic.fr/guide-therapeutique/prescription-et-surveillance-des-psychotropes>
24. Rummel-Kluge C, Kissling W. Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families. *Expert Rev Neurother.* 1 juill 2008;8(7):1067-77.
25. Thomas N, Hayward M, Peters E, van der Gaag M, Bentall RP, Jenner J, et al. Psychological Therapies for Auditory Hallucinations (Voices): Current Status and Key Directions for Future Research. *Schizophr Bull.* juill 2014;40(Suppl 4):S202-12.
26. Thérapies comportementales et cognitives dans la schizophrénie [Internet]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1553565/therapies-comportementales-et-cognitives-dans-la-s>
27. Dickerson FB. Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: a review of recent empirical studies. *Schizophr Res.* 16 juin 2000;43(2):71-90.

28. Lysaker PH, Erickson MA. La psychothérapie individuelle de la schizophrénie: mise en perspective de son histoire, de ses développements récents et de ses orientations nouvelles. *PSN*. nov 2010;8(4):187-96.
29. Lamster F, Jäger M. Psychotherapie psychotischer Störungen. *Ther Umsch*. juin 2018;75(1):67-75.
30. Škodlar B, Henriksen MG. Toward a Phenomenological Psychotherapy for Schizophrenia. *Psychopathology*. 4 juin 2019;52(2):117-25.
31. L. El Emrani. Mesure de la qualité de vie en relation avec la santé chez la population de Tétouan (Maroc) à l'aide du SF-36 : données normatives et influence du sexe et de l'âge [Internet]. Disponible sur: <http://www.emro.who.int/emhj-volume-22-2016/volume-22-issue-2/mesure-de-la-qualite-de-vie-en-relation-avec-la-sante-chez-la-population-de-tetouan-maroc-a-laid-e-du-sf-36-donnees-normatives-et-influence-du-sexe-et-de-lage.html>
32. Martin B. Avant-Propos : Le rétablissement en psychiatrie. *Perspect Psy*. juill 2017;56(3):201-2.
33. Just MJ. The influence of atypical antipsychotic drugs on sexual function. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:1655-61.
34. Harley EWY, Boardman J, Craig T. Sexual problems in schizophrenia: prevalence and characteristics. A cross sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. juill 2010;45(7):759-66.
35. Kelly DL, Conley RR. Sexuality and schizophrenia: a review. *Schizophr Bull*. 2004;30(4):767-79.
36. Yassa R, Lal S. Impaired sexual intercourse as a complication of tardive dyskinesia. *Am J Psychiatry*. déc 1985;142(12):1514-5.
37. Valaparla VL, Nehra R, Mehta UM, Thirthalli J, Grover S. Social cognition of patients with schizophrenia across the phases of illness - A longitudinal study. *Schizophr Res*. 1 déc 2017;190:150-9.
38. Lamboy B, Saïas T. Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. mars 2013;171(2):77-82.
39. Senon JL, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. États dangereux, délinquance et santé mentale : représentations, insécurité et peurs sociétales comme sources de la stigmatisation des malades mentaux. *Inf Psychiatr*. 2007;83(8):655-62.
40. Östman M, Björkman AC. Schizophrenia and relationships: the effect of mental illness on sexuality. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. avr 2013;7(1):20-4.
41. Huguelet P, Mohr S, Miserez C, Castellano P, Lutz C, Boucherie M, et al. An Exploration of Sexual Desire and Sexual Activities of Women with Psychosis. *Community Ment Health J*. 1 févr 2015;51(2):229-38.

42. Lee JY, Kim SW, Lee YH, Kang HJ, Kim SY, Bae KY, et al. Factors associated with self-rated sexual function in Korean patients with schizophrenia receiving risperidone monotherapy. *Hum Psychopharmacol.* nov 2015;30(6):416-24.
43. Laxhman N, Greenberg L, Priebe S. Satisfaction with sex life among patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 1 déc 2017;190:63-7.
44. de Jager J, van Greevenbroek R, Nugter A, van Os J. Sexual Expression and It's Determinants, in People Diagnosed with Psychotic Disorders. *Community Ment Health J.* oct 2018;54(7):1082-8.
45. Ma MC, Chao JK, Hung JY, Sung SC, Chao IHC. Sexual Activity, Sexual Dysfunction, and Sexual Life Quality Among Psychiatric Hospital Inpatients With Schizophrenia. *J Sex Med.* mars 2018;15(3):324-33.
46. Evans AM, Quinn C, McKenna B, Willis K. Consumers living with psychosis: Perspectives on sexuality. *Int J Ment Health Nurs.* avr 2021;30(2):382-9.
47. Barchielli B, Accinni T, Ferracuti S, Carlone L, Petrini F, Biondi M, et al. Sexual Habits and Sexual Dysfunctions in a Sample of Patients with Psychotic Disorders Compared to a Group of Healthy Adults. *J Clin Med.* 19 janv 2022;11(3):505.
48. Chung MH, Chao JK, Ma MC, Lin RW. Sexuality and Quality of Life in Eastern Taiwan People With Schizophrenia. *Psychiatry Investig.* janv 2023;20(1):1-8.
49. Yang JW, Yu K, Wang XQ, Wang Y, Zhang CC, Ma R, et al. Sexual needs of people with schizophrenia: a descriptive phenomenological study. *BMC Psychiatry.* 9 mars 2023;23(1):147.
50. HAS niveau de preuve [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
51. Knegtering H, van den Bosch R, Castelein S, Bruggeman R, Sytema S, van Os J. Are sexual side effects of prolactin-raising antipsychotics reducible to serum prolactin? *Psychoneuroendocrinology.* juill 2008;33(6):711-7.
52. Activité sexuelle chez les patients des services d'hôpitaux psychiatriques - James Warner, Nicola Pitts, Mike J Crawford, Marc Serfaty, Pramod Prabhakaran, Rizkar Amin, 2004 [Internet]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0141076809701005>
53. Que sont l'exploitation, les abus et le harcèlement sexuels ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.unhcr.org/fr-fr/nos-activites/comment-nous-agissons/lutter-contre-lexploitation-les-abus-et-le-harcelement-0>

54. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophr Bull.* 18 juin 2012;38(4):661-71.
55. De Jager J, Topper M, Nugter A, van Os J, GROUP Investigators. The impact of childhood sexual trauma on intimacy and sexuality needs among people with non-affective psychosis. *Schizophr Res.* oct 2021;236:97-103.
56. Thonney J, Conus P. Trauma et psychose : quelles pistes neurobiologiques ? *Inf Psychiatr.* 2010;86(6):505-11.
57. Pulverman CS, Boyd RL, Stanton AM, Meston CM. Changes in the sexual self-schema of women with a history of childhood sexual abuse following expressive writing treatment. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy.* 2017;9(2):181-8.
58. Vass V, Morrison AP, Law H, Dudley J, Taylor P, Bennett KM, et al. How stigma impacts on people with psychosis: The mediating effect of self-esteem and hopelessness on subjective recovery and psychotic experiences. *Psychiatry Res.* 15 déc 2015;230(2):487-95.
59. McCann E, Donohue G, de Jager J, Nugter A, Stewart J, Eustace-Cook J. Sexuality and intimacy among people with serious mental illness: a qualitative systematic review. *JBI Database Syst Rev Implement Rep.* janv 2019;17(1):74-125.
60. Violeau L, Dudilot A, Roux S, Prouteau A. How internalised stigma reduces self-esteem in schizophrenia: the crucial role of off-line metacognition. *Cognit Neuropsychiatry.* mars 2020;25(2):154-61.
61. Peitl MV, Peitl V, Pavlovic E. Influence of religion on sexual self-perception and sexual satisfaction in patients suffering from schizophrenia and depression. *Int J Psychiatry Med.* 2009;39(2):155-67.
62. Cook JA. Sexuality and People with Psychiatric Disabilities. *Sex Disabil.* 1 sept 2000;18(3):195-206.
63. Lambert MJ, Cattani K. Practice-Friendly Research Review: Collaboration in Routine Care. *J Clin Psychol.* 2012;68(2):209-20.
64. Baggaley M. Sexual dysfunction in schizophrenia: focus on recent evidence. *Hum Psychopharmacol.* avr 2008;23(3):201-9.
65. Higgins A, Barker P, Begley CM. Sexual health education for people with mental health problems: what can we learn from the literature? *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2006;13(6):687-97.
66. La place de la santé sexuelle dans le rétablissement [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/a-lire-la-place-de-la-sante-sexuelle-dans-le-retablissement>

67. Baudelot-Berrogain N, Roquejoffre S, Gamé X, Mallet R, Mouzin M, Bertrand N, et al. Validation linguistique du "Brief Index of Sexual Functioning for Women". Application à l'étude de la sexualité dans une population de 93 femmes françaises. *Prog En Urol*. 2006;
68. Raoli V, Panzeri M. T01-P-07 The Brief Index of Sexual Functioning for Men (BISF-M): validation on an Italian sample. *Sexologies*. 1 avr 2008;17:S58.
69. Birchwood-IS.pdf [Internet]. Disponible sur:
<https://www.seretablir.net/wp-content/uploads/2015/07/Birchwood-IS.pdf>
70. Busner J, Targum SD. The Clinical Global Impressions Scale: Applying a Research Tool in Clinical Practice. *Psychiatry Edgmont*. 4(7):28.
71. Tharoor H, Kaliappan A, Gopal S. Sexual dysfunctions in schizophrenia: Professionals and patients perspectives. *Indian J Psychiatry*. 2015;57(1):85-7.

AUTEURE : Nom : CROS

Prénom : Léa

Date de soutenance : 24 avril 2024

Titre de la thèse : La sexualité est un aspect majeur de la qualité de vie dans la population générale, qu'en est-il chez les patients atteints de troubles schizophréniques?

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Psychiatrie

DES : Psychiatrie

Mots-clés : Troubles schizophréniques, troubles psychotiques, satisfaction sexuelle, qualité de vie sexuelle

Introduction: La santé sexuelle est un aspect majeur du bien-être et de la qualité de vie, ainsi que de la santé publique dans son ensemble. Les dysfonctions sexuelles liées aux traitements antipsychotiques ont été étudiées chez les patients atteints de psychose, mais peu de recherches se sont intéressées spécifiquement à leur satisfaction sexuelle. A travers une revue de la littérature, l'objectif de cette thèse est d'obtenir un état des connaissances actuelles sur l'évaluation de la satisfaction sexuelle des personnes avec un trouble psychotique. Suite à cette revue, un protocole de recherche a été effectué pour une étude transversale et quantitative évaluant la satisfaction sexuelle chez les patients schizophréniques stabilisés des secteurs roubaisiens. **Méthodes:** Une revue de la littérature a été réalisée évaluant la qualité de vie sexuelle des patients atteints de troubles psychotiques. Les publications ont été recensées à partir de la base de données PubMed, grâce à une équation de recherche associant les termes suivants: ("psychosis" OR "schizophrenia" OR "psychotic disorders") AND ("sexual satisfaction" OR "sexual life" OR "sexual desire" OR "sexual dysfunction" OR "sexual needs" OR "quality of sexual life"). **Résultats:** 10 articles ont été retenus selon nos critères d'inclusion. Notre revue de la littérature révèle une insatisfaction sexuelle importante chez les patients souffrant de troubles psychotiques par rapport à la population générale. La revue permet de mettre en lumière différents facteurs impactant la satisfaction sexuelle : symptômes psychotiques, traitements, stigmatisation, difficultés à créer une relation de couple, abus sexuels, restriction des libertés, le manque de communication médicale sur le sujet.. **Conclusion:** Malgré le manque d'homogénéité des articles rendant difficile la généralisation des résultats, il en résulte une insatisfaction sexuelle plus importante chez les patients atteints de psychose, avec un désir sexuel identique à celui de la population générale. La satisfaction sexuelle mérite une plus grande considération dans l'évaluation et l'accompagnement de ces patients. De nouvelles études sont nécessaires pour élargir les connaissances sur ce sujet. Avec l'aide de la F2RSM, un protocole de recherche pour une future étude a été réalisé afin d'évaluer la satisfaction sexuelle chez des patients atteints de schizophrénie.

Composition du Jury :

Président : Professeur Guillaume VAIVA

Assesseur : Docteur Marie-Alix JURDANA

Directeur de thèse : Docteur Margot MOUCHONNET