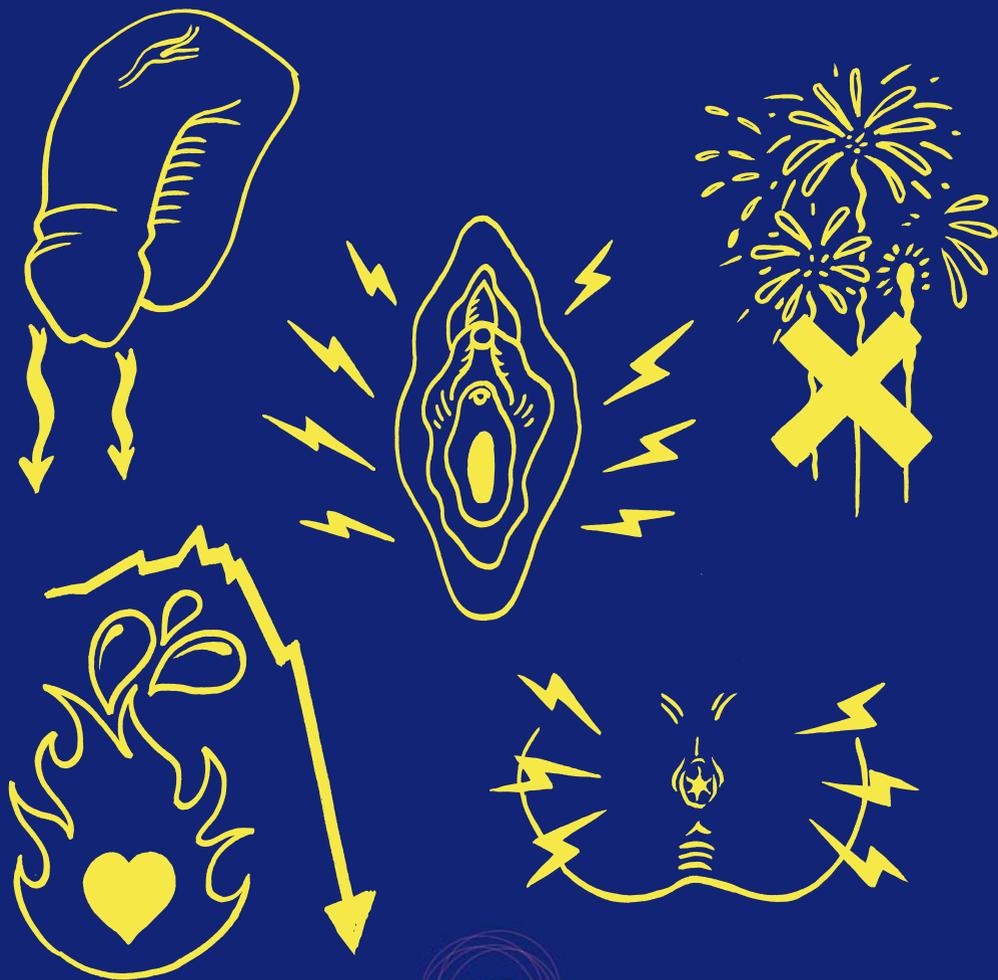


# Guide de prescription des examens et des traitements À L'INTENTION DES MÉDECINS IMPLIQUÉ·E·S DANS LE CHAMP DE LA **SANTÉ SEXUELLE**





**Guide de prescription des  
examens et des traitements**  
**À L'INTENTION DES MÉDECINS**  
**IMPLIQUÉ·E·S DANS LE CHAMP**  
**DE LA SANTÉ SEXUELLE**

# **Pourquoi ce guide ?**

Raccourcir les parcours de soins, limiter les orientations extérieures.

Ce guide a pour objectif d'accompagner les médecins non sexologues dans ce dernier volet, en collaboration avec un·e sexologue.

## **p3 Introduction**

CHEZ LES FEMMES ET PERSONNES AYANT UN VAGIN

### **p5 Dyspareunie**

### **p6 Vaginisme**

CHEZ LES HOMMES ET PERSONNES AYANT UN PÉNIS

### **p7 Anéjaculation ou retard à l'éjaculation**

### **p8 Dysfonction érectile**

### **p12 Éjaculation prématurée**

CHEZ TOU·TE·S

### **p13 Dyspareunie anale**

### **p14 Trouble du désir**

### **p16 Trouble de l'orgasme**

# Introduction

Les dysfonctions sexuelles, bien que souvent d'origine psychogène, peuvent avoir un support organique.

Les patient-e-s qui en souffrent peuvent tirer bénéfices d'informations, d'éducation et de conseils d'une part, d'un accompagnement thérapeutique/sexologique d'autre part, et ont parfois besoin d'une exploration des dimensions organiques de leur trouble, ainsi que d'un soutien médicamenteux.

Lors du diagnostic, et afin d'orienter la prise en soins, il s'agit d'évaluer certaines dimensions du trouble : primaire ou secondaire, situationnel ou permanent.

Lorsqu'une plainte sexuelle est reçue, et afin d'orienter la prise en soins, seront systématiquement recherchées, par les médecins de premier recours ou lors de la consultation sexologique :

- **Les caractéristiques du symptôme** : primaire ou secondaire, situationnelle ou permanent, l'ancienneté, les répercussions sur la qualité de vie, notamment sur la vie affective et relationnelle ;
- **Les idées reçues et méconnaissances** du corps et de la sexualité ;
- **Une étiologie organique** : traumatique, endocrinienne, iatrogène, toxique. Il peut être envisagé une substitution des médicaments iatrogènes en collaboration avec le médecin prescripteur ;
- **Une dimension relationnelle** : dysfonction de couple, manque d'habileté sexuelle ;
- **Une dimension psychogène** : troubles psychiatriques (dépressions, troubles anxieux, etc.), psychotraumatismes, troubles du développement psychosexuel.

**Sont donc présentés dans ce guide pour chaque trouble : la définition du trouble, les examens et/ou médicaments à prescrire ainsi que les orientations professionnelles recommandées.**



# Dyspareunie

## Définition

**Douleur à la pénétration vaginale. Elle peut être d'intromission, profonde, primaire ou secondaire.**

Les causes organiques sont à explorer de manière systématique et nécessitent donc un examen gynécologique par un-e gynécologue formé-e à l'évaluation de ce type de douleur.

Certaines dyspareunies sont dues à une vulvodynie ou une vestibulodynie, c'est-à-dire à des douleurs spontanées ou de contact de la vulve et/ou du vestibule. Ces douleurs doivent bénéficier d'une prise en soins spécifique, de leurs causes (contexte fréquent de mycoses chroniques ou récidivantes) et du symptôme douloureux.

## QUOI PRESCRIRE ?



### **Examens complémentaires**

En fonction du contexte, un prélèvement vaginal à la recherche d'infection chronique ou récidivante pourra être réalisé.



### **Traitements médicamenteux**

Traitement des causes infectieuses potentielles (mycoses récidivantes par exemple).

Un traitement local symptomatique par xylocaïne gel peut être envisagé en cas de vulvodynie ; l'utilisation d'un gel lubrifiant est conseillée lors des rapports sexuels.

Des conseils d'hygiène peuvent être prodigués en cas de toilette intime inadaptée.



### **Rééducation périnéale**

En complément d'une prise en charge sexologique, des séances de rééducation périnéale sont effectuées par un-e professionnelle formé-e à la périnéologie (kinésithérapeute, sage-femme).

# Vaginisme

## Définition

**Contraction involontaire et incontrôlable empêchant toute pénétration vaginale, très largement d'origine psychogène.**

Les causes organiques sont à explorer de manière systématique et nécessitent donc un examen gynécologique par un-e gynécologue formé-e à l'évaluation de ce type de douleur.

## QUOI PRESCRIRE ?



### **Examens complémentaires**

Aucun, en dehors d'un contexte clinique particulier.



### **Traitements médicamenteux**

Aucun.



### **Rééducation périnéale**

En complément d'une prise en charge sexologique, des séances de rééducation périnéale sont effectuées par un-e professionnelle formé-e à la périnéologie (sage-femme, kinésithérapeute).



# Anéjaculation ou retard à l'éjaculation

## Définition

**Difficulté ou impossibilité à déclencher le réflexe éjaculatoire. Peut être associé ou non à une anorgasmie.**

### Les causes peuvent être :

- ▶ **Organiques** : neurologiques, neuropathies, diabétiques, séquelles de chirurgie, etc.
- ▶ **Iatrogènes et toxiques** : Antidépresseurs (IRS), antipsychotiques, inhibiteurs de la 5-alpha réductase, alpha et bêtabloquants, alcool, drogues, etc.
- ▶ **Psychogènes**

## QUOI PRESCRIRE ?



### Examens complémentaires

Aucun, en dehors d'un contexte médical particulier nécessitant une orientation vers un-e spécialiste.



### Traitements médicamenteux

En dehors de la prise en charge des causes organiques, iatrogènes ou toxiques, il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique de ce symptôme. L'orientation vers un-e sexologue est alors indiquée.

## Focus

- ⊗ La prostatectomie totale provoque une anéjaculation.
- ⊗ L'éjaculation peut être rétrograde, c'est à dire avoir lieu dans la vessie, et ce en cas de : adénomectomie prostatique ; chirurgies pelviennes (vessie, testicule, ganglion lymphatique etc.) ; neuropathies (diabétiques au autres).

# Dysfonction érectile

## Définition

**Incapacité à obtenir et ou à maintenir une érection suffisante pour une activité sexuelle satisfaisante.**

Bien que souvent d'origine psychogène, un examen clinique peut être nécessaire à la recherche de troubles cardiovasculaires, endocriniens, neurologiques. Il sera réalisé en présence d'une DE existante aussi en masturbation et si les érections nocturnes/matinales sont impactées, en présence d'autres signes de diminution de l'imprégnation en testostérone, en cas d'association avec une diminution de la libido, en cas de syndrome métabolique et chez l'homme vieillissant.

La prise de médicaments ayant un impact sur la sexualité sera évaluée: béta bloquants, antidépresseurs, neuroleptiques, inhibiteurs de la 5-alpha réductase...

## QUOI PRESCRIRE ?

### Examens complémentaires

Le bilan biologique sera adapté à l'âge et au contexte clinique et devra comporter à minima :

Glycémie à jeun, profil lipidique, testostérone totale et biodisponible.



Hb A1c si le patient est diabétique ; prolactine si la testostérone est basse, PSA et NFS, créatinine à la recherche d'une insuffisance rénale.

Aucune autre exploration n'est recommandée en première intention dans la prise en charge d'une dysfonction érectile. S'il existe une forte suspicion d'origine organique, il est recommandé d'adresser le patient à un-e urologue/ andrologue.

### Traitements médicamenteux



► **Les IPDE-5 : traitement de première intention.**

Sildenafil (Viagra, Cétinor, Xybilun) : entre 25 et 100mg. Le traitement est généralement initié à la dose de 50mg, puis adapté à l'efficacité clinique et aux effets secondaires éventuels. Le

traitement est à prendre environ 1h avant les rapports sexuels et sa demi-vie de présence dans le sang est d'environ 5h.

**Tadalafil (Cialis) : entre 2,5 et 20mg.** Le traitement est prescrit au quotidien ou à la demande.

Le traitement à la demande est généralement initié à 10mg, le traitement quotidien est à la dose de 5mg. L'indication quotidienne / à la demande est à envisager avec le patient, en prenant en compte l'éventuelle anxiété de performance renforcée par une prise avant un rapport sexuel prévu. Le traitement à la demande est à prendre environ 1h avant les rapports sexuels et du fait de sa demi-vie longue (18h), agira plus de 24h.

**Vardenafil (Levitra) : entre 5 et 20 mg.** Le traitement est généralement initié à 10mg et sa demi-vie est d'environ 5h.

**Avanafil (Spedra) : entre 50 et 200mg.** Le traitement est généralement initié à 100mg. Le traitement agit un peu plus rapidement (environ 30min), et sa demi-vie est d'environ 10h.



Seuls le Viagra, le Cialis et le Levitra sont génériques pour le moment. Leur prix est libre et peut donc varier très sensiblement. A titre indicatif le Tadalafil 5mg peut se trouver à moins de 20€ pour un mois de traitement dans certaines pharmacies.

Tous les IPDE-5 sont contre-indiqués en cas de prise de dérivés nitrés et de poppers, accidents cardiaques graves dans les 6 derniers mois ou insuffisance cardiaque non contrôlée. Une maladie cardio-vasculaire traitée et contrôlée avec une activité physique modérée possible ne contre-indique pas la prescription d'IPDE-5.

Les effets secondaires habituellement retrouvés sont des maux de tête, des bouffées de chaleur, de flush au niveau du visage et l'aggravation d'un pyrosis.

► **Les traitements locaux : Alprostadil, sous forme injectable (Edex, Caverject) ou en gel intra-urétral (Vitaros).**

L'Aprostadil en gel urétral nécessite, comme pour les IPDE5, une stimulation sexuelle pour être efficace. L'Aprostadil en injection crée une érection mécanique, même en l'absence de stimulation sexuelle.

Les injections intra caverneuses nécessitent un accompagnement par un.e spécialiste, andrologue ou urologue.

## Autres traitements



Des dispositifs mécaniques favorisant l'érection existent : le vacuum, l'anneau pénien (cockring), et en dernier recours les prothèses pénienues.

### **Le priapisme**

Érection persistant plus de 4 heures en dépit de l'absence de stimulation sexuelle. Il peut être secondaire à une prise d'IPDE5 ou d'autres médicaments/dispositifs favorisant l'érection. Le patient devra se rendre très rapidement dans un service d'urgence pour une prise en soins.

**À SAVOIR : Les traitements sexoactifs ne sont pas remboursés par la sécurité sociale.**



# Patient rapportant une DE

## Confirmer - Caractériser - Évaluer

### Problématique simple

- ▶ secondaire
- ▶ isolée (sans autre trouble sexuel)
- ▶ dont la durée n'apparaît pas comme un facteur de complexité
- ▶ avec un capacité résiduelle
- ▶ au sein d'un couple motivé (sans conjugopathie)

### Problématique complexe

Pas de prescription

### Prise en charge par la·le médecin généraliste

- ▶ information sexuelle
- ▶ conseils d'hygiène de vie
- ▶ changement des traitements en cours
- ▶ médicament d'aide à l'érection

Avis spécialisé

Évaluation lors d'une  
consultation extérieure

SUCCÈS

INSATISFACTION  
OU ÉCHEC

Évaluation lors d'une  
consultation extérieure

Co-thérapie  
MG + spécialiste(s)

Adaptations thérapeutiques  
Réévaluation du patient

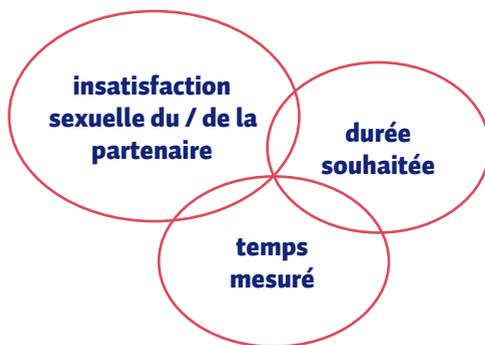
SUCCÈS

ÉCHEC

# Éjaculation prématurée

## Définition

Plainte sexuelle très fréquente chez les hommes, la définition de ce trouble est difficile, très subjective, avoir en tête que la médiane du temps de pénétration est autour de 5 min.



## QUOI PRESCRIRE ?

### Examens complémentaires



En cas d'éjaculation prématurée secondaire et si présence de symptômes associés, il peut être intéressant de faire un bilan infectieux (ECBU, 1er jet d'urine, spermoculture) et un bilan hormonal minimal (testostérone totale, TSH, prolactine).

### Traitements médicamenteux

Rarement proposés en première intention.



**Dapoxetine (Priligy) : entre 30 et 60mg.** Seul médicament ayant l'AMM pour cette indication. Le traitement est à prendre à la demande, environ 2h avant les rapports sexuels.

**Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine** (par exemple Paroxetine, 10 à 20mg en prise quotidienne) sont parfois utilisés hors AMM.

### Autres traitements



**Thérapies comportementales :** apprentissage de la gestion de l'excitation sexuelle. Nécessite l'implication d'un-e partenaire et l'expertise du/de la sexologue praticien.ne.

**Traitements locaux :** la lidocaïne en crème (Emla) ou en spray (Fortacin) peut être proposée.

# Dyspareunie anale

## Définition

**Contraction involontaire et incontrôlable empêchant ou rendant douloureuse la pénétration anale.**

## Etiologie :

- ▶ Manque de lubrification et de préparation
- ▶ Somatique : fissure anale, hémorroïde, anite, anisme
- ▶ Psychogène : anxiété à l'idée d'être « sale », rapport à l'idée d'être pénétré-e, anticipation douloureuse

## QUOI PRESCRIRE ?



### **Examens complémentaires**

Aucun, en dehors d'un contexte clinique particulier.



### **Traitements médicamenteux**

Aucun en dehors de celui de l'étiologie somatique éventuelle.



### **Rééducation périnéale**

En complément d'une prise en charge sexologique, des séances de rééducation périnéale peuvent être effectuées par un-e professionnelle formé-e à la périnéologie (sage-femme, kinésithérapeute).



# Trouble du désir

## Définition

**Absence ou diminution de l'intérêt sexuel ou du désir sexuel à l'origine d'une souffrance ou des difficultés relationnelles.**

Forte prévalence dans la population générale, il représente un motif fréquent de consultation en sexologie. Bien qu'affectant surtout les femmes (prévalence entre 24 et 43 % selon les études) il touche aussi la population masculine (entre 1 et 15% selon les études) (Segraves et Woodard, 2006).

## CHEZ LES HOMMES ET PERSONNES AYANT UN PÉNIS

Le trouble peut être d'étiologie :

- Somatique (déficit androgénique, hyperprolactinémie, hypothyroïdie, maladie chronique) ;
- Iatrogène (psychotropes, certains antihypertenseurs, les antiandrogènes...);
- Toxique (drogues, alcool) ;
- Psychiatrique (dépression, troubles anxieux, psychotraumatisme, etc.) ;
- Relationnelle et psychogène : elles sont les plus fréquentes.

Penser à rechercher une **dysfonction sexuelle préexistante ou sous jacente** : **dysfonction érectile ou troubles de l'éjaculation**. Elles peuvent être causes ou conséquences des troubles du désir.

## QUOI PRESCRIRE ?

### Examens complémentaires



Si contexte clinique évocateur : testostérone totale et bio-disponible, prolactine, TSH, PSA et NFS.

En fonction du contexte clinique, d'autres examens complémentaires peuvent être réalisés.

### Autres traitements



Une sexothérapie individuelle et/ou de couple sera proposée en complément de la prise en charge de l'étiologie.

## CHEZ LES FEMMES ET PERSONNES AYANT UN VAGIN

On recherchera de même une étiologie somatique (déficit en oestrogènes, hyperprolactinémie, hypothyroïdie, maladie chronique), iatrogène, toxique, psychogène, et relationnelle.

Penser à rechercher une dysfonction sexuelle préexistante ou sous-jacente : vaginisme, dyspareunie, anorgasmie. Elles peuvent être causes ou conséquences des troubles du désir.

### **QUOI PRESCRIRE ?**



#### **Examens complémentaires**

Rares, en fonction du contexte clinique.



#### **Autres traitements**

Une sexothérapie individuelle et/ou de couple sera proposée en complément de la prise en charge de l'étiologie.



# Trouble de l'orgasme

## Définition

**Difficulté ou impossibilité à atteindre l'orgasme entraînant une souffrance.**

Majoritairement d'origine psychogène, il peut toutefois être iatrogène ou d'origine toxique.

Attention, chez l'homme il sera important de distinguer anorgasmie et anéjaculation.

## QUOI PRESCRIRE ?



### Examens complémentaires

Aucun, en dehors d'un contexte clinique particulier.

De la même manière que dans le cadre des troubles du désir, si contexte clinique évocateur, doser : testostérone totale et bio-disponible, prolactine, TSH, PSA et NFS.



### Traitements médicamenteux

Aucun.



### Autres traitements

Une sexothérapie individuelle et/ou de couple pourra être envisagée.



Comme souvent évoqué dans ce guide, la prise en soins des dysfonctions sexuelles peut nécessiter le recours à un-e sexologue. Les sexologues sont des infirmier-ère-s diplômés d'état (IDE), kinésithérapeutes, médecins, pharmacien-ne-s, psychologues, psychomotricien-ne-s, psychothérapeutes, sages-femmes et conseiller-e-s conjugaux-ales et familiaux-ales avec un DIU de sexologie ou d'étude de la sexualité humaine. Ils et elles ont suivi une spécialisation en sexologie les rendant compétent-e-s dans l'évaluation, la prise en charge et le diagnostic de patient-e-s atteint-e-s de problématiques sexuelles.

Le Réseau de Santé Sexuelle Publique (RSSP) d'Ile-De-France entretient une cartographie recensant les sexologues ayant une activité dans le secteur public ou associatif et dont les consultations sont gratuites ou conventionnées en secteur 1. Vous trouverez cet outil sur le site [santesexuelle.org](http://santesexuelle.org).

Le RSSP a également participé à la création d'un outil présentant un mode d'intervention en santé sexuelle : *Le Guide de repérage précoce et intervention brève en santé sexuelle en contexte addictologique*. Vous le trouverez sur le site du Respadd et à l'adresse : [www.respadd.org/wp-content/uploads/2021/03/Guide-RPIB-sante-sexuelle-BAT4.pdf](http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2021/03/Guide-RPIB-sante-sexuelle-BAT4.pdf)

Guide créé dans le cadre du groupe de travail  
Sexologie en CeGIDD du Réseau de Santé Sexuelle  
Publique composé de : Pierre Cahen,  
Gwenael Domenech Dorca, Sophie Florence,  
David Friboulet, Annick Lavergne, Virginie Masse,  
Valérie Matharan, Emilie Moreau, Axelle Romby,  
Ludiwine Sabalot.

Des expert-e-s ont également été sollicité-e-s :  
Marie Audouin, Sophie Berville, Gonzague de Laroque  
Latour, Pierre Desvaux, Alice Rocq, Odile Sandrin.

*santesexuelle.org*  
*reseausantesexuellepublique@gmail.com*

mai 2021

Le RSSP remercie le Conseil Départemental de la Seine-Saint-Denis,  
Santé Publique France et la Mairie de Paris  
pour leur soutien financier.