

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2019

N° 2019-211

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Valentin BILLARD
né le 03/01/1992 à Rouen (76)

Présentée et soutenue publiquement le 22/10/2019

**Impact d'une prise en charge pluridisciplinaire sur les troubles de la
sexualité des patientes fibromyalgiques hospitalisées en Centre
d'Évaluation et de Traitement de la Douleur – Étude Pilote**

Président: Pr Julien NIZARD

Directeur de thèse: Dr Sébastien ABAD

Membres du jury: Mme Stéphanie DUGAST, Dr Virginie QUISTREBERT-DAVANNE,
Pr Céline BOUTON, Pr Yves MAUGARS

Remerciements

Aux membres du jury,

Au Professeur Julien NIZARD, merci d'avoir accepté de présider ce jury. Merci aussi de m'avoir intégré au sein du DESC pour concrétiser un projet professionnel qui me tient à cœur depuis mon externat.

Au Docteur Sébastien ABAD, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour tout ce que tu m'as transmis et fait découvrir.

A Madame Stéphanie DUGAST, au Docteur Virginie QUISTREBERT-DAVANNE et aux Professeurs Céline BOUTON et Yves MAUGARS, merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Merci pour le regard différent du mien que vous pourrez porter sur ce travail.

Aux médecins qui m'ont inspiré tout au long de mes stages : Adrien EVIN, Jérôme LIBOT, Élisabeth MOSSER, Marine LETELLIER, et Didier KIENE.

Au Dr Brigitte DESSOMME, qui m'a aidé pour l'analyse statistique.

A mes proches,

A ma famille, en particulier mes parents sans qui je ne serais pas là. Merci pour votre soutien inconditionnel.

A mes grand-mères, pour votre amour et vos petits-plats.

A Juliette, ma femme (ma loutre), pour tout ce que l'on partage, aux projets qui se construisent et s'accomplissent.

Aux amis, de la fac et d'internat, pour tous ces bons moments.

Au kouign-amann, au caramel au beurre salé, au muscadet et au crémant de Loire.

Table des matières

Table des matières.....	3
Abréviations utilisées	6
1. ^{ère} PARTIE: LE SYNDROME FIBROMYALGIQUE	7
1.1 Définition.....	7
1.1.1. Les symptômes principaux.....	7
1.1.2. Les symptômes/pathologies de chevauchement	7
1.1.3. Les facteurs modulant les symptômes.....	8
1.1.4. Les comorbidités.....	9
1.1.4.1. Psychiatriques.....	9
1.1.4.2. Les maladies chroniques concomitantes, la fibromyalgie secondaire.....	10
1.2 Épidémiologie.....	10
1.3 Incidence.....	10
1.4 Prévalence.....	10
1.5 Physiopathologie et hypothèses étiologiques.....	11
1.5.1. L'hypothèse centrale.....	11
1.5.2. L'hypothèse neuroendocrine.....	11
1.5.3. L'hypothèse génétique.....	11
1.5.4. L'hypothèse psychologique.....	12
1.6 Le diagnostic clinique.....	12
1.6.1. Les critères ACR 1990.....	12
1.6.2. Les critères ACR 2010.....	13
1.6.3. Les critères ACR 2010 modifiés.....	13
1.6.4. Les critères ACR 2016.....	14
1.7 Le diagnostic para-clinique.....	14
1.8 Prise en charge thérapeutique.....	15
2. ^{ème} PARTIE: LES TROUBLES DE LA SEXUALITE CHEZ LES PATIENTES FIBROMYALGIQUES.....	16
2.1 La réponse sexuelle.....	16
2.1.1. Les modèles de la réponse sexuelle féminine.....	16
2.1.2. La phase désir.....	17
2.1.3. La phase excitation.....	18
2.1.4. La phase plateau, ou phase pré-orgasmique.....	19

2.1.5.	La phase orgasme.....	20
2.2	La place de la sexualité dans la population générale.....	20
2.3	Dysfonctions sexuelles.....	21
2.3.1.	Historique des dysfonctions sexuelles : diagnostic et définition.....	21
2.3.2.	Critères diagnostics actuels: le DSM-V.....	22
2.4	Dysfonction sexuelle dans la population générale.....	23
2.4.1.	Trouble du désir.....	23
2.4.2.	Trouble de l'excitation.....	24
2.4.3.	Trouble de l'orgasme.....	25
2.4.4.	Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes, ou à la pénétration.....	26
2.5	Évocation de la sexualité avec un soignant.....	26
2.6	Prise en charge des dysfonctions sexuelles.....	27
2.7	Dysfonction sexuelles chez les patientes fibromyalgiques.....	28
2.7.1.	Une dysfonction plus importante que dans la population générale.....	29
2.7.2.	Comorbidité dépressive.....	29
2.7.3.	Relation avec le partenaire.....	30
2.7.4.	Antécédent d'abus.....	30
2.7.5.	Iatrogénie.....	31
3.	<u>ème PARTIE : ENQUÊTE AUPRES DES CHU en FRANCE</u>	31
3.1	Modalités de l'enquête.....	31
3.2	Sexologie et Structures Douleur Chronique.....	31
3.3	Les « Filières Sexologie ».....	32
4.	<u>ème PARTIE : ENQUÊTE AUPRES DES PATIENTES</u>	32
4.1	Matériel et méthode.....	32
4.1.1.	Population.....	32
4.1.2.	Critères de jugement.....	33
4.1.3.	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	33
4.1.4.	Questionnaires utilisés.....	33
4.1.4.1.	Le Female Sexual Function Index (FSFI)	33
4.1.4.2.	Le questionnaire de Beck ou Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	34
4.1.4.3.	Le SF-36.....	35
4.1.4.4.	L'échelle d'estime de soi de Rosenberg.....	35
4.1.5.	Méthodologie statistique.....	36
4.2	Résultats.....	36
4.2.1.	Données recueillies.....	36
4.2.2.	Caractéristiques des patientes.....	37
4.3	Analyse.....	38
4.3.1.	Critères de jugement primaire.....	38

4.3.2.	Critères de jugement secondaires.....	39
4.4	Discussion et ouverture.....	39
4.4.1.	Limites et biais.....	39
4.4.1.1.	Exemples de limites et biais liés aux patientes.....	39
4.4.1.2.	Exemples de limites et biais liés aux soignants.....	40
4.4.1.3.	Exemples de limites et biais liés aux outils d'évaluations.....	40
4.4.2.	Propositions stratégiques.....	41
	Épilogue.....	42
	Bibliographie.....	43
	Annexe I : Les critères ACR 1990.....	53
	Annexe II Les critères ACR 2010.....	54
	Annexe III : Les critères ACR 2016	56
	Annexe IV : Tableau récapitulatif de l'enquête auprès des CETD des CHU de France.....	57
	Annexe V : Questionnaire remis aux patientes à leur admission au CETD.....	58
	Annexe VI : Questionnaire de Beck, tel que présenté dans le livret d'admission actuellement.....	68
	Annexe VII : Données démographiques de la population d'étude.....	70
	Annexe VIII : Données du score FSFI à M0 et M3.....	70
	Annexe IX : Données de l'échelle de Rosenberg, du score SF-36 et du BDI-II à M0 et M3.....	71

Abréviations utilisées

Par ordre alphabétique :

ACR : American College of Rheumatology

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

BDI, BDI-II : Beck Depression Inventory, Beck Depression Inventory-II, questionnaire de Beck

CETD : Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CRP : C-Réactive Protein

CSS : Central Sensitivity Syndromes

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

EULAR : European League Against Rheumatism

FSFI : Female Sexual Function Index

HAS : Haute Autorité de Santé

IMAO : Inhibiteur de la MonoAmine Oxydase

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

NFS : Numération Formule Sanguine

OR : Odds-Ratio

PTSD : Syndrome de Stress Post Traumatique

SF-36, MOS SF-36 : Short Form 36, Medical Outcome Study Short Form 36

SSS ou SS : Symptom Severity scale score

TCC : thérapie cognitivo-comportementale

TSH : Thyroid Stimulating Hormon

UGOMPS : Unité de Gynécologie-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale

WPI : Widespread Pain Index

1^{ère} PARTIE : LE SYNDROME FIBROMYALGIQUE

1.1 Définition

La fibromyalgie est une entité complexe qui regroupe un ensemble de symptômes fonctionnels chroniques variés et non spécifiques. Elle possède de multiples facettes et ne suit pas le modèle classique des pathologies retrouvées uniformément pour chaque patient. Les travaux de Yunus *et al.* ont permis de proposer un modèle dans le but de faciliter son identification par le corps médical (1).

1.1.1 Les symptômes principaux

La douleur chronique est le signe le plus important dans la fibromyalgie (2,3). Elle est singulière : diffuse, persistante, variable, selon le moment elle peut parfois prendre la forme d'une hyperalgésie ou d'une allodynie. « La douleur, toujours étendue et diffuse, peut débuter au cou et aux épaules, pour s'étendre ensuite au reste du corps, notamment, au dos, au thorax, aux bras et aux jambes. Elle est permanente mais aggravée par les efforts, le froid, l'humidité, les émotions et le manque de sommeil, et s'accompagne de raideur matinale. La distinction entre douleur articulaire et musculaire est d'autant plus difficile que les patients ont l'impression d'un gonflement des zones douloureuses et de paresthésies des extrémités en l'absence de tout signe objectif d'atteinte articulaire ou neurologique » (4). Cette absence d'objectivité est importante afin de ne pas méconnaître une pathologie rhumatismale comme la Polyarthrite Rhumatoïde ou une pathologie neurologique.

A la douleur s'ajoute la fatigue chronique ou asthénie pouvant entrer dans le cadre du Syndrome de Fatigue Chronique, ou Maladie d'Intolérance Systémique à l'Effort, partageant des points communs avec la fibromyalgie (5) avec une séparation équivoque.

Les troubles du sommeil sont aussi présents dans une très grande majorité de cas : plus de 90% d'après l'étude de Moldofsky *et al.* en 2002 (6). Le sommeil est décrit par les patients comme léger, perturbé avec des réveils nocturnes, non réparateur, confirmé par les enregistrements d'Electro-Encéphalogramme du sommeil. Douleur, fatigue et sommeil sont étroitement liés car la mauvaise qualité du sommeil entraîne une fatigue diurne augmentant les douleurs. Par ailleurs, les rares patients ayant des nuits réparatrices remarquent une diminution des douleurs le lendemain.

Il est également observé des troubles cognitifs comme par exemple des difficultés de concentration et de mémorisation, de manque du mot etc... mais ceux-ci peuvent être reliés aux troubles du sommeil, à la fatigue chronique, à des facteurs psychologiques ou encore à la médication du patient.

1.1.2 Les symptômes/pathologies de chevauchement

De nombreux autres symptômes peuvent être retrouvés chez les patients souffrant de fibromyalgie, entrant dans le cadre des « pathologies de chevauchement », et expliquant le fait que la fibromyalgie ne soit pas une maladie facilement isolable et identifiable. Celles-ci incluent (7,8) :

- le Syndrome de Bowel, (aussi nommé syndrome de l'intestin irritable ou encore colopathie fonctionnelle), caractérisé par des douleurs abdominales chroniques et une sensation

d'inconfort, sans cause organique sous-jacente. La fibromyalgie toucherait 30 à 65% des patients ayant un syndrome de l'intestin irritable et à l'inverse 50 à 70% des patients fibromyalgiques auraient un syndrome de l'intestin irritable (9–11).

- Les céphalées à type de céphalées de tension.
- La cystalgie à urines claires, ou cystite interstitielle, désignant une douleur pelvienne, une pression ou un inconfort chronique perçu comme ayant un rapport avec la vessie et accompagné par au moins un des symptômes urinaires tels que la pollakiurie ou une impériosité mictionnelle permanente.
- Le syndrome des jambes sans repos caractérisé par un besoin impérieux de bouger les jambes, déclenché le soir au repos et s'accompagnant de paresthésies à type de démangeaisons, picotements, fourmillements et décharges électriques (12–14).
- Le syndrome de l'articulé temporo-mandibulaire (15–18).

Ces pathologies associées ont été regroupées avec la fibromyalgie dans le concept de « Syndromes de Sensibilité Centrale » (Central Sensitivity Syndromes CSS) par Yunus *et al.* en 2007 (19), rassemblant dans un même cadre nosologique des maladies ayant en commun une absence de structure pathologique et une hyper activation du système nerveux central en réponse à un large spectre de stimuli. Il englobe un ensemble de pathologies fonctionnelles ayant des manifestations communes comme par exemple la douleur, l'asthénie, la sensibilité anormale aux stimuli douloureux ou non, la faible qualité du sommeil. Il est à noter que malgré le fait qu'une majorité de patients atteints d'une ou plusieurs affections du CSS présentent une détresse psychologique, celle-ci n'est pas présente dans 100% des cas. Par conséquent, le CSS ne peut pas être considéré comme une entité purement psychologique ou psychiatrique.

1.1.3 Les facteurs modulant les symptômes

Bien qu'un début insidieux de la symptomatologie soit observé chez la plupart des patients, une partie d'entre eux relie le début de la maladie à un événement déclenchant comme les traumatismes physiques ou psychologiques, les suites de chirurgie, les infections ou un état de stress mental (20–24).

Les facteurs aggravants relevés dans la littérature sont les activités physiques (94%), les facteurs traumatiques physiques (84%), les déplacements (80%), le travail (63%), les rapports sexuels (28%), ou au contraire l'inactivité physique (7%), mais aussi certaines relations humaines (conflits 90%, relations de couple 24%). La iatrogénie est aussi rapportée (manipulations au cours d'exams médicaux 53%, médicaments 20%, consultations de professionnels de santé 13%, cures thermales 3%), ou les variations météorologiques à 80%.

Les facteurs améliorant relevés sont le temps sec et les saisons chaudes en général (quoiqu'une chaleur trop intense soit parfois mal tolérée), une activité physique modérée, la relaxation et une bonne qualité du sommeil (25,26).

1.1.4 Les comorbidités

1.1.4.1 Psychiatriques

Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes chez le patient douloureux chronique. Il existe une sur-morbidité psychiatrique associée à la fibromyalgie, dont les maladies les plus marquées sont les troubles anxieux et la dépression. La dépression touche 12 à 37% des patients au diagnostic (27,28). Sa prévalence vie-entière est par contre beaucoup plus élevée avec un taux de 74% (27,29). Les troubles anxieux sont retrouvés à des taux allant jusqu'à 60% selon les auteurs (27,28). Les troubles bipolaires touchent 5% des patientes, soit 2 à 5 fois plus que dans la population générale française (1 à 2,5%) (26,30).

L'anxiété est plus souvent associée à la sévérité et à l'ancienneté de la douleur. La dépression serait plutôt associée à l'ancienneté de la douleur. Les troubles anxieux seraient présents avant l'apparition des douleurs (77 % des patients) alors que la dépression ne serait antérieure à la douleur que dans 35 % des cas.

Ces comorbidités sont souvent liées à la crainte des patients à propos des conséquences de leur douleur à long terme.

Le « catastrophisme » ou « dramatisation » est une réponse cognitive et affective à la douleur se manifestant par des ruminations, désespoir et impuissance. Cela induit une amplification de l'intensité de la douleur, des comportements douloureux, de la détresse émotionnelle, des évitements, du handicap et des prises médicamenteuses (31,32). C'est un facteur d'entretien reconnu de la maladie. L'alexithymie (incapacité à ressentir et/ou à exprimer ses propres émotions) semble aussi intervenir comme facteur aggravant des douleurs de la fibromyalgie ainsi que l'ergomanie ou encore l'excès d'activités.

Le sentiment d'injustice est également très présent touchant jusqu'à 77% des patients dans une étude de Laroche *et al.* portant sur 4516 patients dont 93% de femmes. Ce sentiment est perçu de façon générale pour 39 % d'entre eux. Il concerne directement précisément le diagnostic de fibromyalgie dans 71% des cas, le traitement ou les soins (44%) et/ou la limitation au travail (41%) (26).

Le Syndrome de Stress Post Traumatique (PTSD) dans la fibromyalgie a fait l'objet de nombreuses études (27). Selon elles, on retrouve chez environ 56% des fibromyalgiques d'importants niveaux de symptômes de PTSD. En population générale, la prévalence vie entière du stress post-traumatique a été estimée à 5-6 % chez les hommes et 10-14 % chez les femmes aux USA tandis qu'elle était estimée à 1 à 3 % en Europe. L'enquête Santé mentale en population générale, menée en France métropolitaine entre 1999 et 2003, a fourni une estimation de la prévalence instantanée d'un PTSD complet de 0,7 % (33).

Un antécédent de traumatisme violent ou d'abus sexuel qu'il soit physique, sexuel ou verbal est fréquemment retrouvé (34–38).

Enfin, plusieurs études mettent l'accent sur la présence de troubles de la personnalité chez près de la moitié d'un échantillon de 30 patients (46.7% présentaient au moins un trouble de la personnalité) en plus des autres comorbidités psychiatriques (29,39,40). Ces troubles de la personnalité sont la personnalité obsessionnelle-compulsive (entre 23 et 30%), la personnalité dépressive (14,6 à 16,7%), la personnalité borderline (16,7%) et évitante (10,7%). La fréquence

plus importante de la personnalité obsessionnelle compulsive peut être mise en parallèle avec l'étude de Van Houdenhove *et al.* qui retrouve un trait « dévotion pour le travail » exacerbé, parlant même d'« hyperactivité pré morbide » précédant l'apparition de la fibromyalgie (41).

1.1.4.2 Les maladies chroniques concomitantes, la fibromyalgie secondaire

La fibromyalgie peut se développer parallèlement à une autre pathologie pouvant faire partie de maladies rhumatologiques. Certaines de ces pathologies seraient également impliquées dans la physiopathologie de la fibromyalgie.

Les plus retrouvées dans la littérature sont :

- La Polyarthrite Rhumatoïde,
- Le Lupus Érythémateux Systémique,
- Le Syndrome de Gougerot-Sjögren,
- Le Diabète Sucré,
- Les Hypothyroïdies,
- Les Hépatites B et C,
- La maladie de Lyme.

1.2 Épidémiologie

La Fibromyalgie est l'une des causes principales de douleur chronique, motif très fréquent de consultation toutes spécialités confondues. Cette douleur chronique touche environ 20% de la population adulte dans le monde d'après l'International Association for the Study of Pain (42). Connaître l'épidémiologie de la fibromyalgie permet d'appréhender et de comprendre son impact sur les patients, leur famille et la société, pour adapter et fournir les ressources nécessaires à sa prise en charge globale.

1.3 Incidence

Il existe peu d'études sur l'incidence de la fibromyalgie. La plus récente publiée par Weir en 2006 aux États Unis (43) l'évalue à 6.88 nouveaux cas pour 1000 personnes-années chez les hommes et 11.28 nouveaux cas pour 1000 personnes-années chez les femmes. L'auteur précise toutefois que l'incidence masculine qu'il met en évidence est élevée par rapport aux publications épidémiologiques existantes. Des travaux futurs sont donc nécessaires pour confirmer ou infirmer ce taux.

1.4 Prévalence

La prévalence de la fibromyalgie a quant à elle été évaluée par de nombreuses études, dans le monde entier. Il faut néanmoins préciser le fait qu'un bon nombre de celles-ci ont été réalisées en utilisant les critères diagnostiques de l'ACR 1990, tandis que les plus récentes se sont appuyées sur

les critères modifiés de l'ACR 2010. Toutefois, cette variabilité n'entraîne pas une prévalence plus élevée par rapport à ceux de 1990 (44).

La prévalence de la fibromyalgie varie selon les pays et les études, et est globalement de 2.7% dans le monde. Cette maladie est plus fréquente à partir de 30 ans et touche au moins 7 fois plus les femmes que les hommes (43). Certains auteurs avancent même le chiffre de 9 femmes pour 1 homme (45). En France, la prévalence de la fibromyalgie a été évaluée par Bannwarth *et al.* (46) et Perrot *et al.* (47) en 2009 et 2011 respectivement à 1,4% et 1.6%, ce qui représente un peu plus d'un million d'individus.

L'analyse des dossiers des consultants en médecine générale et en rhumatologie libérale issus des données du panel Thalès-Cegedim montre que la prévalence des personnes, pour lesquelles le diagnostic de syndrome fibromyalgique a été porté en médecine générale, varie de 0,1 % à 0,2 % selon les années (2005 à 2008). Chez les rhumatologues libéraux, quelle que soit l'année considérée, elle varie de 2,1 à 2,8 %. Les médecins généralistes voient en moyenne moins de 3 patients par an. Ce chiffre est porté de 36 à 41 chez les rhumatologues libéraux. Concernant les structures de prise en charge de la douleur, la fibromyalgie et les autres symptômes douloureux idiopathiques représentent 10 % des types de problèmes pris en charge (11 % dans les consultations et 10 % dans les unités et centres) (3).

1.5 Physiopathologie et hypothèses étiologiques

La physiopathologie et l'étiologie de la fibromyalgie ne sont pas encore parfaitement établies. Les travaux de recherche sont toujours en cours et les hypothèses sont nombreuses, témoignant de sa complexité. Nous décrivons ci-après les principales hypothèses. Retenons actuellement qu'il s'agirait d'un défaut de contrôle de la douleur, d'origine neurologique centrale, avec parfois un facteur étio-pathogénique identifié (traumatisme physique ou psychologique), sur un terrain favorisant (48).

1.5.1 L'hypothèse centrale

C'est actuellement la principale hypothèse. On observe dans la plupart des syndromes douloureux chroniques, y compris la fibromyalgie, une sensibilisation centrale se manifestant par une hyperalgésie, une allodynie, et une diminution du seuil de perception de la douleur.

1.5.2 L'hypothèse neuroendocrine

Cette hypothèse s'appuie sur la mise en évidence d'un dysfonctionnement neuroendocrinien de l'axe hypothalamo-hypophysaire et du cortisol. Celui-ci expliquerait les douleurs chroniques, la fatigue, les troubles de l'humeur, du sommeil, les troubles digestifs et le déconditionnement physique (28,48).

1.5.3 L'hypothèse génétique

Il existe une prévalence supérieure de la fibromyalgie dans certaines familles. Plusieurs gènes, leur interaction et l'environnement semblent impliqués dans le déclenchement et l'entretien de la

fibromyalgie. Malheureusement, les études effectuées dans ce domaine sont parcellaires, contradictoires et n'explorent en général qu'un seul gène à la fois. Les hypothèses génétiques actuelles reposent surtout sur le polymorphisme des gènes du système sérotoninergique et des catécholamines – COMT – (dont les anomalies du promoteur du gène responsable du transport de la sérotonine). D'autres gènes candidats de prédisposition au syndrome fibromyalgique sont ceux codants pour les récepteurs des opioïdes (gène codant le récepteur OPRM1, gène codant le récepteur OPRD1, gène codant le récepteur OPRK1) (28).

1.5.4 L'hypothèse psychologique

La fibromyalgie serait la conséquence d'un stress psychologique, d'un traumatisme parfois ancien. Certains facteurs de risque de la fibromyalgie ont été clairement identifiés tel des événements stressants survenus tôt dans la vie (violences, viol), des traumatismes physiques (accidents) quel que soit l'âge, des syndromes douloureux périphériques (polyarthrite rhumatoïde, arthrose...) certains événements catastrophiques (guerre), et des infections (10 % des patients déclarent avoir souffert d'une infection au début de leur fibromyalgie) (28,48).

1.6 Le diagnostic clinique

La complexité du syndrome fibromyalgique a entraîné une série de recherches, encore d'actualité aujourd'hui, afin de déterminer une méthode homogène et reproductible de diagnostic. Les points clés de ces travaux sont la mise en place de critères de diagnostic par l'ACR en 1990, modifiés en 2010 et enfin en 2016 qui sont en vigueur actuellement.

1.6.1 Les critères ACR 1990 (Annexe I)

L'établissement de ces premiers critères est un tournant majeur dans la reconnaissance de l'entité « Fibromyalgie » en tant que telle. Ils s'appuient sur l'étude de Yunus *et al.* en 1981, qui propose une systématisation de points douloureux (Tender Points). L'ACR centre les critères sur la nécessité de retrouver à la palpation 11 sur 18 points douloureux précis, suite à une pression d'environ 4 kg par le pouce ou les deuxième et troisième doigts. Les points concernent 9 sites de manière bilatérale (49), retrouvés en *Illustration 1*:

- Occiput : à l'insertion des muscles sous-occipitaux
- Rachis cervical inférieur : sur les versants antérieurs des espaces intertransversaires C5-C7
- Trapèze : au milieu du bord supérieur
- Sus-épineux : à l'origine de l'épine de l'omoplate, près de son bord interne
- 2e côte : à la deuxième articulation costochondrale, à côté de la face supérieure de l'articulation

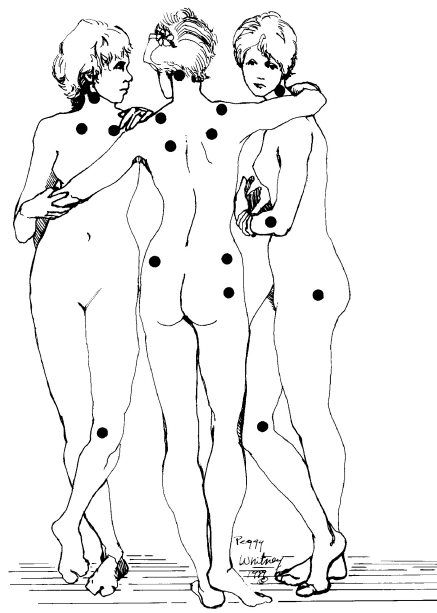


Illustration 1: Les 18 points de Yunus.

- Épicondyle : à 2 cm au-dessous de l'épicondyle
- Fessiers : dans le cadran supéro-externe de la fesse
- Grand trochanter : au bord postérieur du grand trochanter
- Genou : près de l'interligne interne

La présence de douleurs diffuses pendant au moins 3 mois, sur 4 quadrants (côtés droits et gauches du corps, au-dessus et en dessous de la taille) et au niveau axial, était également nécessaire au diagnostic.

1.6.2 Les critères ACR 2010 (Annexe II)

Le comptage des points douloureux, élément clé des critères de 1990, s'avère être très peu pratiqué en soins primaires. La difficulté d'examiner précisément les points douloureux, même par un examinateur entraîné et la subjectivité des réponses met en difficulté beaucoup de médecins, quand d'autres refusent tout simplement de le faire. Par conséquent, la fibromyalgie est en pratique diagnostiquée sur la base des symptômes ressentis par le patient. Un autre problème vient du fait que dans le cas de patients avec diminution de douleurs et du nombre de points douloureux, les critères de diagnostic ne sont plus remplis, malgré la persistance de la fibromyalgie sur la base des symptômes subjectifs.

L'ACR propose donc de nouveaux critères en 2010 (50) en abandonnant le comptage des points douloureux précis, prenant cette fois en compte 19 zones douloureuses, mais surtout, intègre une évaluation de la sévérité des symptômes ressentis par le patient : la fatigue, le sommeil non réparateur et les signes cognitifs. S'ajoute à cela une évaluation du nombre de symptômes somatiques généraux retrouvés chez le patient.

Le médecin note les douleurs rapportées par le patient au cours de la semaine passée, parmi une liste définie de 19 zones. Il n'y a donc plus d'examen physique spécifique, ce qui peut paraître surprenant, mais les auteurs précisent que 94% des individus positifs aux critères 2010 remplissent également les critères douloureux de 1990. Néanmoins, l'examineur n'est pas dispensé de pratiquer un examen physique dans le but d'éliminer d'autres diagnostics et/ou d'identifier des comorbidités associées.

Le comptage des zones douloureuses est appelé le Widespread Pain Index (WPI), noté de 0 à 19. La sévérité des symptômes associés, nommée le Symptom Severity scale score (SSS), est évaluée de 0 à 12.

Les scores obtenus de WPI et de SSS remplissaient l'une des 3 conditions du diagnostic, les 2 autres étant la présence des symptômes pendant au moins 3 mois, et l'absence d'une autre pathologie expliquant la douleur.

1.6.3 Les critères ACR 2010 modifiés

En 2011, l'ACR propose des critères 2010 modifiés (51), remplaçant l'évaluation du nombre de symptômes généraux par la présence ou non de céphalées, douleurs dans le bas ventre, et dépression dans les 6 derniers mois. De plus, la somme du WPI et SSS établit un nouveau score : le Fibromyalgia Symptom scale (FS), noté de 0 à 31 permettant une évaluation quantitative de la sévérité du trouble.

Toutefois, étant donné la problématique posée par des auto-diagnostics, ces critères nommés 2010 modifiés, 2010/2011, ou 2011 nécessitent l'interprétation et la validation des résultats par le médecin.

1.6.4 Les critères ACR 2016

L'ACR a proposé une mise à jour des critères en 2016 (*Annexe III*) (52). Le diagnostic de fibromyalgie est posé si 3 conditions sont remplies :

- « Le WPI ≥ 7 et SSS ≥ 5 » ou « WPI entre 4 et 6 et SSS ≥ 9 »
- Le concept de douleur généralisée doit être validé et est défini par la présence de zones douloureuses dans au moins 4 des 5 régions corporelles nouvellement proposées.
- Les symptômes doivent être présents depuis au moins 3 mois.

De plus, un diagnostic de fibromyalgie n'exclut pas la présence d'une autre maladie d'importance clinique, et celui-ci est valide indépendamment d'autres diagnostics.

Ces critères récents combinent, en fait, les critères 2010 et 2011 et prennent aussi en compte le Fibromyalgia Symptom scale (FS), maintenant appelé Fibromyalgia Severity scale avec la même abréviation (FS) pour donner un score de sévérité globale chez le patient.

Le nombre de zones douloureuses (Widespread Pain Index : WPI) contient toujours les 19 items des critères 2010, mais sont maintenant regroupés dans 5 régions : haute et basse gauche, haute et basse droite, et axiale.

Le score de sévérité des symptômes associés (Symptom Severity Scale) est maintenant abrégé sous SSS au lieu de SS par rapport à 2010, . Il contient toujours l'évaluation de la fatigue, du sommeil non réparateur et des symptômes cognitifs, chacun notés de 0 à 3, mais remplace l'évaluation du nombre de symptômes généraux par la présence ou non de céphalées, douleurs ou crampes à l'abdomen et dépression (chacun comptant pour 1 point). Ces items ont été repris des critères 2010 modifiés.

Le FS scale, somme du WPI (0-19) et du SSS (0-12) est compris entre 0 et 31.

1.7 Le diagnostic para-clinique

Il n'existe à ce jour pas de marqueur biologique ou d'imagerie pouvant faire le diagnostic positif de la fibromyalgie. Les examens complémentaires sont surtout prescrits dans le but d'identifier les maladies concomitantes ou les diagnostics différentiels, dans le cas où ils sont perturbés.

Le livre référentiel du collège édité en 2016 propose une NFS, un dosage de la CRP, de la vitamine D, de la phosphorémie, de la calcémie, de la TSH, des enzymes hépatiques et un ionogramme. Les autres examens peuvent être prescrits en fonction de l'orientation clinique (48).

La HAS n'a pas édité de bilan biologique minimal dans ses recommandations de 2010, mais précise qu'il n'y a « aucun signe inflammatoire (vitesse de sédimentation et C-réactive protéine normales) ou immunologique (pas d'anticorps anti-noyaux, sérologie rhumatoïde négative), les enzymes musculaires (créatine-phosphokinase et transaminases) ont des taux normaux, de même que la calcémie, la phosphorémie, la TSH et la T4 » (3).

Les examens d'imagerie, quant à eux, sont prescrits en fonction de la présentation du patient, pour les mêmes raisons, en se limitant aux examens les plus simples possibles.

1.8 Prise en charge thérapeutique

Les recommandations de prise en charge sont appuyées dans le rapport de la HAS (3), et de manière plus récente par les recommandations EULAR de 2016 (53).

Une prise en charge optimale nécessite un diagnostic rapide. Une approche globale d'évaluation de la douleur, de la fonction et du contexte psychosocial. Elle doit être reconnue comme une situation complexe et hétérogène caractérisée par un processus de gestion de la douleur anormal associé à d'autres caractéristiques secondaires. En général, la prise en charge de la fibromyalgie s'appuie sur une approche graduée en fonction de la sévérité des douleurs, et du retentissement de la maladie (53).

La prise en charge de la fibromyalgie vise à améliorer la qualité de la vie liée à la santé et le rapport bénéfice/risque des traitements. Cela nécessite une approche multidisciplinaire associant des modalités thérapeutiques non pharmacologiques et pharmacologiques adaptées à l'intensité de la douleur, à la fonction, aux caractéristiques associées (telle que la dépression), à la fatigue, aux troubles du sommeil ainsi qu'aux préférences et aux comorbidités du patient. La prise de décision est partagée avec le patient. La prise en charge initiale doit être axée sur les thérapies non pharmacologiques (53).

Sur le plan non pharmacologique, l'exercice physique aérobie associé aux exercices de renforcement musculaire est le seul « fortement recommandé » dans les recommandations EULAR. Les traitements multidisciplinaires de la douleur combinant l'administration de médicaments avec la physiothérapie et la psychothérapie, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), l'acupuncture, l'hydrothérapie, ainsi que les techniques de relaxation (yoga, taï-chi, qi gong) et de méditation pleine conscience sont « faiblement recommandés » (53).

Sur le plan pharmacologique, il n'existe aucun médicament parfaitement efficace pour lutter contre la fibromyalgie. Les antalgiques n'ont qu'un effet limité et seulement chez une partie des patients. Les somnifères et les tranquillisants sont déconseillés à cause de l'accoutumance qu'ils peuvent induire. Les antidépresseurs ne présentent une certaine efficacité que chez la moitié des patients, dont ils peuvent améliorer la qualité de sommeil et favoriser la détente physique. Les experts du groupe de travail de l'EULAR n'émettent une recommandation « forte » pour aucun des médicaments généralement testés dans le cadre du traitement contre la fibromyalgie. Seuls l'Amitriptyline à faible dose, la Duloxetine, le Milnacipran, le Tramadol, la Prégabaline et le Cyclobenzaprine sont « faiblement approuvés » par l'EULAR. Les traitements AINS, les IMAO et les ISRS ne sont pas recommandés en raison du manque d'efficacité. Spécifiquement avec une évaluation « fortement contre » du fait du manque d'efficacité et du risque élevé d'effets secondaires, on retrouve les traitements par hormone de croissance, l'Oxybate de sodium, les opioïdes forts et les corticostéroïdes (53).

2.1 La réponse sexuelle

2.1.1 Les modèles de la réponse sexuelle féminine

Historiquement, la réponse sexuelle humaine est conçue comme un processus linéaire de phases distinctes décrites en *Figure 1* (excitation, plateau, orgasme (s) et résolution), telles que définies initialement dans les travaux anatomophysiologiques des réactions sexuelles humaines, après observation clinique des comportements et enregistrement des variations anatomiques et physiologiques du déroulement des rapports sexuels réalisés par Masters et Johnson (*Illustration 2*) (54).



Illustration 2: à droite Michael Sheen et Lizzy Caplan interprètent William Masters et Virginia Johnson (à gauche), dans la série télévisée américaine inspirée de faits réels "Masters of Sex"

Helen Kaplan a plus tard révisé le modèle de Masters et Johnson, sur un modèle en trois phases. Elle y décrit une phase de désir, suivi par une phase amalgamée de la phase de plateau et de l'excitation, et se termine par la phase orgasme, qui peut être multiple (55).

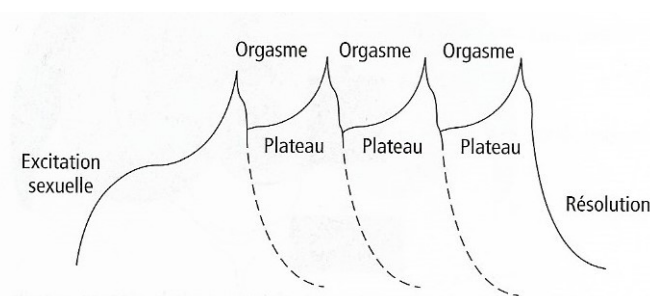


Figure 1: La réponse sexuelle humaine, d'après le modèle de Masters et Johnson

Un modèle circulaire et non linéaire, plus complexe, a été proposé par Rosemary Basson (56–58) afin de prendre en compte les multiples interactions, notamment neuro-hormonales,

émotionnelles, relationnelles, ainsi que les stimuli sexuels externes et cognitifs modulant la réponse sexuelle chez la femme (59).

2.1.2 La phase désir

Le désir sexuel, ou libido, est une pulsion psychobiologique, qui s'alimente de deux sources: sensorielle exogène et endogène correspondant aux fantasmes et aux idées sexuelles.

C'est donc la recherche de l'accession à un « objet » de plaisir qui incite un individu à avoir un comportement sexuel. Il précède et déclenche l'excitation sexuelle et pousse le sujet à mettre en œuvre des stratégies aboutissant à avoir un comportement sexuel. On reconnaît dans le désir sexuel, d'une part, une composante biologique neuroendocrinienne et, d'autre part, dans l'espèce humaine, une composante psychoaffective venant moduler la composante biologique de manière stimulante ou inhibitrice.

On peut distinguer un désir sexuel « spontané » en relation avec des stimuli intrinsèques affectifs, fantasmatiques et cognitifs et un désir sexuel « réactif » en réponse à une stimulation externe (59).

La première phase de la réponse sexuelle correspond généralement au désir « spontané » ou « inné ». Il varie selon les périodes du cycle menstruel sous l'influence des hormones dites « sexuelles ». En effet au niveau de l'hypothalamus, un grand nombre de récepteurs aux œstrogènes, à la progestérone et aux androgènes sont présents et ceux-ci exercent un contrôle sur l'humeur et la réponse sexuelle. Ce cycle sexuel commence avec le développement d'une pensée sexuelle, un fantasme (59).

Un autre type de désir intervient pendant l'acte sexuel, secondaire à une excitation adéquate. C'est le désir réactif décrit par Basson dans son schéma circulaire de la réponse sexuelle féminine décrit en *Figure 2*. Ceci-ci tient compte des facteurs psychologiques influant sur la réponse sexuelle dont la courbe de Masters, Johnson et Kaplan faisait abstraction. Le désir réactif peut aussi être stimulé de manière externe ou par le biais d'une motivation cognitive (57). Les motivations externes ou cognitives peuvent inclure la recherche de plaisir, de proximité, de valorisation, de puissance, procurer un encouragement au partenaire, réduire la culpabilité d'une irrégularité des rapports sexuels, ou enfin s'inclure dans un projet de procréation (57,60–64).

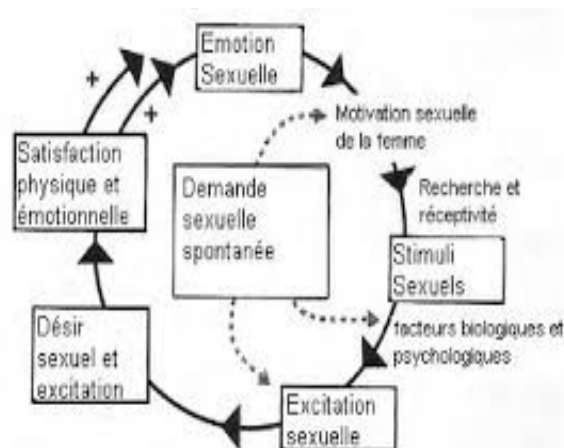


Figure 2: La réponse sexuelle féminine circulaire, d'après le modèle de R. Basson

2.1.3 La phase excitation

- Au niveau central

L'excitation peut être provoquée par différentes voies, comme vu ci-dessus :

- biologiques par les androgènes et les œstrogènes entre autres
- ou psychologiques par des forces motivationnelles (besoin d'intimité, besoin affectif d'amour, de tendresse, d'attention, de fusion, d'engagement).

L'excitation dépend de la qualité de la stimulation érotique et des images mentales plus que des taux d'hormones biologiques. Cette activité centrale va activer l'ensemble de la stimulation génitale et périphérique médiée par le système nerveux autonome (sympathique et parasympathique), qui elle-même va renforcer l'excitation mentale. Les zones cérébrales concernées sont le noyau paraventriculaire de l'hypothalamus et l'aire préoptique médiane (65).

- Au niveau génital

L'excitation va entraîner une vasodilatation par augmentation du flux sanguin, avec un retour veineux réduit, créant une vasocongestion.

Il apparaît une lubrification vaginale, correspondant à un processus transsudatif issu de la vasodilatation des capillaires des parois du vagin sous l'action du Polypeptide Vasoactif Intestinal (VIP) et du monoxyde d'azote (NO) (65,66). Ce phénomène est continu, dès le début et tout au long de l'excitation sexuelle (54,67–72). A noter que les glandes vestibulaires (dites glandes de Bartholin) secrètent un mucus épais mais transitoire qui tapisse l'entrée vaginale en toute fin de phase d'excitation sexuelle (72).

Accompagnant ce phénomène de lubrification, le canal vaginal s'allonge dans sa partie postéro-supérieure durant l'excitation sexuelle et perd ses villosités, notamment en réponse à des contractions utérines qui élèvent l'utérus du petit bassin vers le grand bassin et effacent son col du cul-de-sac vaginal. Cet effacement du col permet une augmentation fonctionnelle de la profondeur de celui-ci afin de recevoir le pénis (59,72).

Au niveau clitoridien cela se manifeste par une intumescence globale, entraînant initialement redressement du genou avec dilatation des corps caverneux, puis une ascension et une rétraction sous le capuchon (*Illustration 3 et 4*) (65,72).

Au niveau vulvaire, les petites lèvres augmentent de volume et se colorent. Les grandes lèvres s'écartent (65).

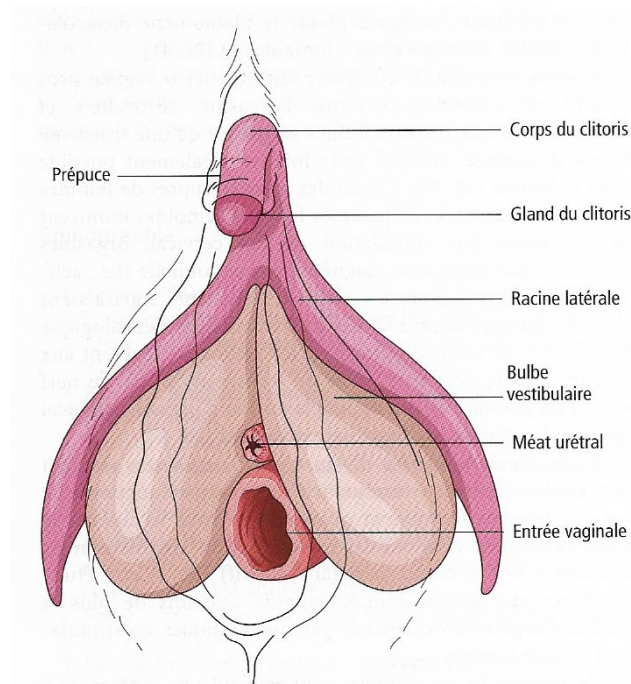


Illustration 3: Structure tridimensionnelle du clitoris, tiré de " Médecine sexuelle, fondements et pratiques" de F. Courtois et M. Bonierbale

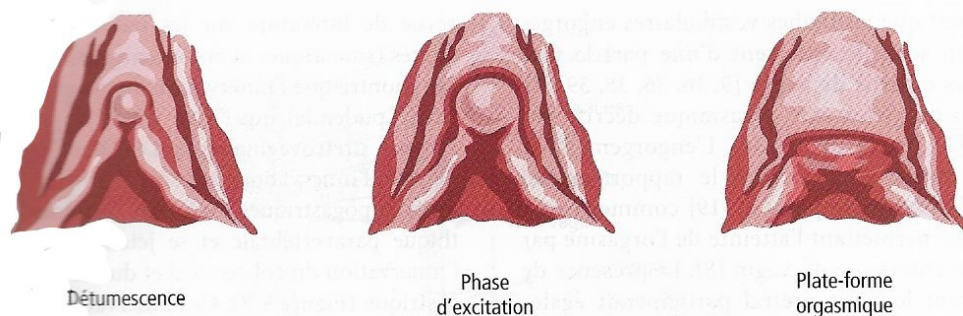


Illustration 4: Érection du clitoris, tiré de " Médecine sexuelle, fondements et pratiques" de F. Courtois et M. Bonierbale

- Au niveau périphérique

L'excitation sexuelle se manifeste par une érection des mamelons, turgescence de l'aréole, parfois une augmentation de la glande mammaire, ainsi qu'une augmentation de la sécrétion salivaire, une vasodilatation cutanée, une transpiration et une sécrétion des glandes sébacées (65).

2.1.4 La phase plateau, ou phase pré-orgasmique

Après cette phase initiale, survient une phase de plateau caractérisée par un changement de forme du vagin qui prend l'aspect d'une poire : rétrécissement du tiers inférieur sous l'effet de la plate-forme orgasmique et élargissement des 2/3 supérieurs du vagin sous l'effet de la contraction du muscle levator ani (diaphragme pelvien) , réalisant une ballonnisation (59,65).

2.1.5 La phase orgasme

L'orgasme est un processus neuro-psycho-physiologique complexe marquant habituellement le paroxysme de la réponse sexuelle.

L'orgasme se traduit, chez la femme comme chez l'homme, par une forte activation de certaines aires cérébrales accompagnée d'un ensemble de réponses physiologiques périphériques. La sensation de plaisir intense inhérente à l'orgasme, en partie subjective, est générée dans les aires cérébrales temporales, ventrale et médiale (par exemple l'amygdale), et dans le cortex préfrontal ventro-médian (72).

Chez la femme, la sensation orgasmique est rapportée quelques secondes avant les huit à dix contractions stéréotypées des muscles pelvipérinéaux incluant les sphincters urétral externe et anal ainsi que la musculature circonvaginale. De plus, l'orgasme féminin est associé à des contractions de la musculature lisse du vagin et de l'utérus synchronisées avec les contractions des muscles striés pelvipérinéaux initiée par une activation du vermis cérébelleux.

Des modifications physiologiques systémiques témoignant d'une hyper activation du système nerveux sympathique peuvent être observées au moment de l'orgasme. Cela se manifeste par une élévation de la pression artérielle (>20mmHg), de la fréquence cardiaque (160-180bpm) et de la fréquence respiratoire (65). Le seuil de douleur est accru de manière significative lors de l'orgasme mais la sensibilité non nociceptive est inchangée (59).

Sur le plan hormonal, l'orgasme s'accompagne d'une augmentation aiguë des taux sanguins des neurohormones ocytocine, adrénaline, VIP et prolactine (59,65).

2.2 La place de la sexualité dans la population générale

La sexualité est décrite comme étant extrêmement ou très importante pour les français et les française en général, avec toutefois une nette prédominance masculine (55 à 60 % vs 35 à 40% des femmes) (73,74). A noter une disparité sur le plan international, avec une importance moins prononcée dans les pays d'Asie du Sud-Est comme le Japon, la Chine, Taïwan, l'Indonésie, ou la Thaïlande (en moyenne 28.1% des hommes et 12,7% des femmes) (73).

L'âge n'a qu'un impact modéré sur la sexualité. D'après l'étude de Laumann *et al.* (75), 79% des hommes et 65% des femmes de 60 à 69 ans estiment que la sexualité reste pour eux un centre d'intérêt important. Cela est toujours le cas pour 64% des hommes et 37% des femmes de 70 à 79 ans. La même enquête permet de mettre en évidence une fréquence de rapports sexuels toujours importante, puisque dans la tranche d'âge des 60-69 ans, 42% d'hommes et 23% de femmes disent en avoir au moins une fois par semaine, comme 26% des hommes et 24% des femmes dans la tranche d'âge des 70-79 ans. Même encore plus tardivement, entre 80 et 102 ans, la sexualité reste toujours importante, comme en témoigne l'étude de Bretschneider *et al.*(76). En effet 30% des femmes y affirment continuer à avoir des relations sexuelles, 40% disent se masturber et 71% ont toujours des fantasmes sexuels, et un désir sexuel intact

La sexualité est un sujet qui vient souvent à l'esprit dans la journée, avec une prédominance masculine (61% vs 35%) (74).

Quel que soit le genre, la sexualité est davantage synonyme de plaisir (44,0%) et d'amour (42,1%) que de procréation, d'enfants ou de maternité (7,8%) (74).

2.3 Dysfonctions sexuelles

2.3.1 Historique des dysfonctions sexuelles : diagnostic et définition.

La première classification de dysfonctions sexuelles est évoquée dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM), édité par l'American Psychiatric Association, dans sa 3ème version (DSM-III) en 1980 (77). Seulement deux dysfonctions étaient alors listées: la frigidité pour les femmes, et l'impuissance pour les hommes. Le concept et la définition des dysfonctions sexuelles a été révisé dans DSM III-R en 1987(78).

La Classification Internationale des Maladies 10ème révision (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé, publiée en 1992, définit les dysfonctions sexuelles comme «les différents types de difficulté à avoir une relation sexuelle du type souhaité» (79). Les catégories incluent : le manque ou la perte de désir sexuel (F52.0), l'aversion sexuelle (F52.1), l'échec de la réponse génitale (F52.2), le dysfonctionnement orgasmique (F52.3), le vaginisme non organique (F52.5), la dyspareunie non organique (F52.6), l'activité sexuelle excessive (F52.7) et les autres dysfonctionnements sexuels, non dus à un trouble ou à une maladie organique (F52.8 et F52.9) (80,81).

Le DSM-IV (publié en 1994 avec une révision du texte en 2000) correspond aux codes de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10).

Il classe toujours les dysfonctions sexuelles selon le modèle linéaire de la réponse sexuelle humaine de Masters et Johnson: trouble baisse du désir sexuel (1302.711), trouble aversion sexuelle (1302.791), trouble de l'excitation sexuelle (1302.721), trouble de l'orgasme (1302.731), et douleur sexuelle en lien avec une dyspareunie (1302.761) ou un vaginisme (1306.511).

La définition du trouble sexuel en lui-même constituait le critère A. Une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles du fait de cette perturbation constituait le critère B. Par ailleurs, le trouble ne devait pas être mieux expliqué par un trouble de l'Axe I (c'est à dire un trouble majeur clinique: dépression, troubles anxieux, trouble bipolaire, Troubles Déficit de l'Attention Hyperactivité, troubles du spectre autistique, anorexie mentale, boulimie et schizophrénie) et ne pas être dû exclusivement aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale, constituant le critère C. Le DSM-IV subdivise également les troubles en fonction de la nature de leur apparition (de tout temps ou acquis), du contexte dans lequel ils surviennent (généralisé ou situationnel) et de facteurs étiologiques (dus à des facteurs psychologiques ou à une combinaison de facteurs) (82).

En 2000, l'American Foundation for Urologic Disease a organisé un Consensus International de Médecine Sexuelle (ICSM) pour évaluer et réviser les définitions et classifications existantes énoncées dans la CIM-10 et le DSM-IV. Des modifications ont été apportées aux définitions et aux critères pour chaque diagnostic, et l'accent a été mis sur l'utilisation d'un critère de détresse personnelle. En outre, une nouvelle catégorie de douleur sexuelle a été ajoutée, appelée «douleur non coïtale» (83,84).

Par la suite, le deuxième (2004) et le troisième (2010) Consensus International de Médecine Sexuelle ont accepté les définitions révisées de la fonction sexuelle, s'inspirant entre autre du modèle circulaire de Basson, intégrant des facteurs psychologiques motivationnels ou cognitifs (56,85).

Le DSM-V, paru en mai 2013, est l'actuelle classification officielle des troubles sexuels. Nous décrivons les précédentes classification dans le *Tableau 1*.

Classification of sexual dysfunction.									
Desire disorders			Combined desire and arousal disorders			Sexual pain disorders			
	Sexual aversion disorder	Hypoactive sexual desire	Arousal disorder	Female sexual interest/arousal disorder	Orgasmic disorder	Dyspareunia	Vaginismus	Genitopelvic pain/penetration disorder	Noncoital pain
ICD-10 (1992)	✓	✓	✓		✓	✓	✓		
DSM-IV-tr (2000)	✓	✓	✓		✓	✓	✓		
ICSM (2010)		✓	✓		✓	✓	✓		✓
DSM-V (2013)				✓	✓			✓	

Note: DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICSM = International Consensus of Sexual Medicine.
Latif. Diagnosing female sexual dysfunction. Fertil Steril 2013.

Tableau 1: Classifications diagnostics des dysfonctions sexuelles, tiré de « Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction » Erin Z. Latif, and Michael P. Diamond.

2.3.2 Critères diagnostics actuels: le DSM-V

Le DSM-V classe les troubles sexuels chez la femme en : troubles de l'intérêt/excitation sexuels (302.72), troubles de l'orgasme (302.73), troubles dus aux douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration (302.76) et autre dysfonction sexuelle spécifiée (302.79) ou non spécifiée (302.70)

Les critères diagnostic s'appuient sur les critères:

- Critère A: Définition de la déficience.
- Critère B: Les symptômes du critère A existent depuis une durée minimum d'approximativement 6 mois.
- Critère C: Les symptômes du critère A provoquent une détresse cliniquement significative chez la personne.
- Critère D: La dysfonction sexuelle n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel ou comme étant la conséquence d'une souffrance sévère liée à une relation (par exemple la violence du partenaire) ou par d'autres facteurs de stress significatifs et n'est pas due aux effets d'une substance, d'un médicament ou d'une affection médicale.

Par ailleurs, le DSM-V subdivise les troubles en fonction de la nature de leur apparition (de tout temps ou acquis), du contexte dans lequel ils surviennent (généralisé ou situationnel) et de la sévérité de la souffrance accompagnant les symptômes (léger, modéré, sévère).

La dysfonction sexuelle induite par une substance est classée selon le type de substance en cause (alcool, opiacés, sédatif, hypnotique, anxiolytique, amphétamine, cocaïne, autre) (86).

2.4 Dysfonction sexuelle dans la population générale

De nombreuses études de prévalence des dysfonctions sexuelles ont été réalisées. La prévalence estimée des dysfonctions sexuelles chez la femme de manière générale varie entre 43% et 69% (87–91). Dans la population française 2/3 des patientes disent aujourd’hui connaître, ou avoir déjà été confrontées à des difficultés sexuelles de manière fréquente ou répétée (92). La majorité de ces difficultés s’amende en moins de 6 mois (62-89%), seul un tiers persiste au-delà (25-28%) (87). Par ailleurs, seule une partie des patientes, variant de 11% (90) à 21-67% (87), éprouve une détresse en lien avec cette dysfonction sexuelle.

Les dysfonction sexuelles sont associées à de multiples variables démographiques : l’âge, un faible niveau d’éducation, une activité physique inférieure à la moyenne, la ménopause *a fortiori* brutale (post chirurgicale par exemple), une dépression, une pathologie chronique concomitante, la présence d’une dysfonction sexuelle chez le partenaire et l’utilisation d’une contraception hormonale sont significativement associée à une baisse de la fonction sexuelle (72,88,91,93–96).

2.4.1 Trouble du désir

La déficience (critère A) défini dans le DSM-V comme « *une absence ou une diminution de l'intérêt pour l'activité sexuelle et/ou une absence ou une diminution des pensées érotiques ou sexuelles ou des fantasmes imaginatives et/ou peu ou pas d'initiation de l'activité typiquement, absence de réceptivité aux tentatives du partenaire pour initier l'activité sexuelle et/ou l'absence/diminution de l'intérêt sexuel en réponse aux signaux sensuels/érotiques internes ou externes* » (86).

Le DSM-V, a rassemblé dans un même trouble les troubles du désir et de l’excitation, mais la plupart des études ont été réalisées en prenant en compte le DSM-IV. Ces deux troubles vont donc être traités de manière distincte.

La prévalence estimée des troubles du désir sexuel est extrêmement variable selon les études oscillant entre 10 à 64% des patientes (82,87,89–92). Une prévalence de 20% est la plus largement décrite parmi celles-ci.

Dans des enquêtes sur la population française, la prévalence varie de 6,8% à 20% (92,99).

Les déterminants du désir sexuel sont complexes et le plus souvent intriqués. Ceux-ci mettent en jeu les représentations personnelles de l’intimité, de l’image et de l’estime de soi, et les croyances culturelles, familiales ou sociétales (72).

Les variations du désir ne sont pas toujours pathologiques dans le cadre par exemple de la parentalité, ou liées à une balance entre le désir réel et le désir souhaité (72).

La prise en charge thérapeutique s’appuie principalement sur un abord psychologique qu’elle soit individuelle et/ou conjugale. Les traitements pharmacologiques (œstrogènes, androgènes, flibansérine, brémélanotide, ginkgo biloba) ont une place controversée en terme de preuve de supériorité et d’innocuité (72).

2.4.2 Trouble de l'excitation

La déficience (critère A) défini dans le DSM-V, comme « *une absence ou une diminution de l'excitation ou du plaisir sexuel dans presque toutes ou toutes (approximativement 75-100%) les situations de rencontres sexuelles et/ou l'absence/diminution de l'intérêt sexuel en réponse aux signaux sensuels/érotiques internes ou externes et/ou l'absence/diminution des sensations génitales ou non génitales pendant l'activité sexuelles dans presque toutes ou toutes (approximativement 75-100%) les situations de rencontres sexuelles* » (86).

La prévalence des troubles de l'excitation est fortement liée aux difficultés de lubrification, qui en est une manifestation. Elle varie entre 6 et 20% (75,90,97,98). En France la prévalence est de 14,3% (92).

2.4.3 Trouble de l'orgasme

La déficience (critère A) défini dans le DSM-V comme « *une diminution marquée de l'intensité des sensations orgasmique et/ou comme un retard marqué pour parvenir à obtenir un orgasme et/ou une diminution marquée de la fréquence et/ou l'absence d'orgasme, dans presque toutes ou toutes les occasions (75 à 100% des activités sexuelles)* » (86).

La prévalence décrite de trouble de l'orgasme varie entre 8 à 42% selon les auteurs. Les articles retrouvés dans la littérature prennent le plus souvent en compte ce seul critère A (72,75,86,87,92,97,98,100). La prise en compte de la détresse ressentie (critère B) permet de retrouver une prévalence entre 4 et 7,3% (97,100).

Dans des enquêtes sur la population française, la prévalence est entre 7,3% et 15,8% (74,92,99).

L'éventuelle association d'une dyspareunie ou d'un trouble du désir doit être recherchée, de même qu'une trop grande maladresse ou une dysfonction masculine.

Sur le plan thérapeutique, c'est sur la méconnaissance du corps et du sexe, d'une part, la difficulté de « lâcher-prise », d'autre part, qu'il faudra le plus souvent travailler (Figure 3). Cette difficulté à l'abandon peut prendre sa source dans un vieux conflit personnel lié à l'éducation, dans la culpabilité, la honte, le défaut d'apprentissage. Elle peut également découler de la perception d'un manque de tendresse, d'un climat d'insécurité dans le couple, parce qu'il y existe un conflit latent, qu'il n'est pas possible d'y « perdre le contrôle ». Mais tous les paramètres qui favorisent ce besoin d'hyper-contrôle peuvent être incriminés, comme le surmenage professionnel ou domestique, la promiscuité responsable d'un manque d'intimité... Là encore, la prise en charge passera par l'écoute, la réassurance, la déculpabilisation et l'information (101).



Figure 3: L'orgasme féminin : une balance entre de multiples facteurs, d'après F. Collier et F. Cour, Prog Urol, 2013, 23, 9, 612-620

2.4.4 Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes, ou à la pénétration

La dysfonction (critère A) définie dans le DSM-V comme « *des difficulté persistantes ou répétées lors de la pénétration vaginale pendant la relation sexuelle et/ou une douleur vulvo-vaginale ou pelvienne marquée pendant la relation sexuelle ou lors des tentatives de pénétration et/ou une peur ou une anxiété marquée d'une douleur vulvo-vaginale ou pelvienne par anticipation, pendant ou résultant de la pénétration vaginale et/ou une tension ou une crispation marquée de la musculature du plancher pelvien au cours des tentatives de pénétration vaginale* » (86) .

La prévalence des douleurs génito-pelviennes, rassemblant les entités du DSM-IV « dyspareunie » et « vaginisme » est évaluée entre 12 et 26% (75,87). Les dyspareunies touchent entre 3 et 20% de la population générale, et jusqu'à 46% en soins primaires (74,89,90,92,98). La prévalence du vaginisme est évaluée à 0,5% dans la population générale, jusqu'à 30% en soins primaires (89,90,97).

Dans des enquêtes sur la population française, les douleurs génito-pelviennes ont une prévalence entre 2% et 15,5% (74,92,99).

Une cause organique doit être recherchée lors de l'examen clinique (Figure 4) (101).

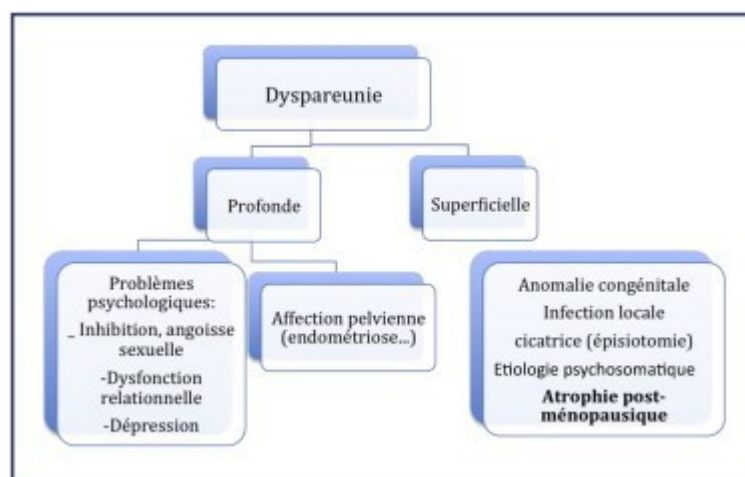


Figure 4: *Algorithme diagnostique des dyspareunies, d'après F. Collier et F. Cour, Prog Urol, 2013, 23, 9, 612-620*

2.5 Évocation de la sexualité avec un soignant

Une étude de Buvat *et al.* s'est intéressée aux facteurs impliqués dans la recherche d'aide dans les dysfonctions sexuelles en France (92). Parmi les personnes souffrant de troubles sexuels, 32,9 % des hommes et 26,4 % des femmes n'ont fait aucune démarche (au sens où elles n'en ont parlé à personne) dans le but de résoudre leurs difficultés.

Parmi les patientes qui ont cherché de l'aide, 39% seulement en ont discuté avec un médecin sans qu'il soit précisé dans l'étude s'il s'agit du médecin traitant ou d'un médecin spécialiste, 17% en ont discuté avec leur pharmacien, 5% en ont discuté avec un psychiatre, psychologue ou conseiller conjugal. À noter que la discussion avec une sage-femme n'est pas précisée. Précisons que les patients parlent deux fois plus de leur difficulté sexuelle en France que dans le reste de l'Europe.

La demande d'aide auprès d'un médecin est plus fréquente lorsqu'il s'agit de troubles de la lubrification vaginale (OR=3.23, $p < 0.05$), par rapport aux autres dysfonctions sexuelles. Chez les hommes la dysfonction érectile est la difficulté la plus souvent abordée.

Les autres facteurs pouvant encourager à consulter pour une difficulté sexuelle étaient sont le fait d'être « très insatisfaite » sur le plan sexuel pour les femmes (OR 3.51, $p < 0.05$) alors que pour les hommes c'est le fait d'avoir déjà entendu leur médecin évoquer le sujet auparavant lors d'une consultation de routine et en particulier au cours des 3 dernières années (OR=4.68, $p < 0.01$).

Les principales raisons pour lesquelles certaines personnes ne cherchent pas d'aide pour résoudre leurs problèmes sexuels sont : la conviction que les problèmes sexuels sont normaux avec l'âge (87,2% des hommes , 84,2% des femmes), le fait de juger le problème sexuel peu sérieux ou fugace (72.3% des hommes, et 72.2% des femmes), le fait de supposer que les dysfonctions sexuelles n'appartiennent pas au domaine médical (57.4% des hommes et 55.6% des femmes), l'inconfort à en parler car leur médecin est de sexe opposé où est considéré comme un ami (22,5% des hommes et 45,1% des femmes) ou que leur médecin ne soit pas à l'aise pour discuter de cela (12,8% des hommes, et 9,8% des femmes).

Par ailleurs, seulement 10% des hommes et 8% des femmes de l'enquête ont été interrogées par leur médecin traitant à propos d'éventuels problèmes sexuels dans les 3 dernières années, tandis que 40 % d'entre elles estiment que ce sujet devrait être régulièrement abordé par les médecins.

De l'autre côté du bureau, les médecins expriment un manque de connaissance. La formation initiale est quasi inexistante. Différentes formations continues sont pourtant possibles mais à partir du 3ème cycle des études, comme le DIU de Sexologie, les séances de Développement Professionnel Continu sur le sujet et les divers écrits médicaux. De fait, 26% des médecins généralistes ne prennent pas en charge les dysfonctions sexuelles, alors même que du fait de la limitation de sexologues sur le territoire, cette mission leur est dévolue (102). La méconnaissance du sujet et le manque de formation prédominaient sur l'aspect tabou ou la « gêne » (103). Par ailleurs le nécessité de revaloriser la rémunération est mise en avant. Les outils actuels (test de dépression, cotation ALPQ003) ne sont pas adaptés pour coter les consultations pour ces troubles d'où des propositions de création d'une cotation spécifique pour ce type d'acte ou de rémunération proportionnelle au temps passé. Une amélioration de la communication publique afin d'informer les patientes que leur médecin généraliste peut être un recours, mais aussi l'alerte aux médecins sur la prévalence et les conséquences de ces troubles est évoquée (104).

2.6 Prise en charge des dysfonctions sexuelles

L'International Society for the Study of Women's Sexual Health, propose un screening large des patientes que ce soit par questions simples, ou via des questionnaires. Une prise en charge graduée faisant potentiellement intervenir un spécialiste est décrite ci-après (*Figure 5*) rejoint les recommandations de l'Association Française d'urologie. Au-delà du bilan médical organique qui est réalisé de façon régulière et habituelle, l'importance des facteurs psychologiques, comme l'histoire sexuelle de la patiente, sa relation de couple, des événements de vie stressants, est telle que l'approche médicale doit être en fait une véritable approche globale sexologique (100,101).

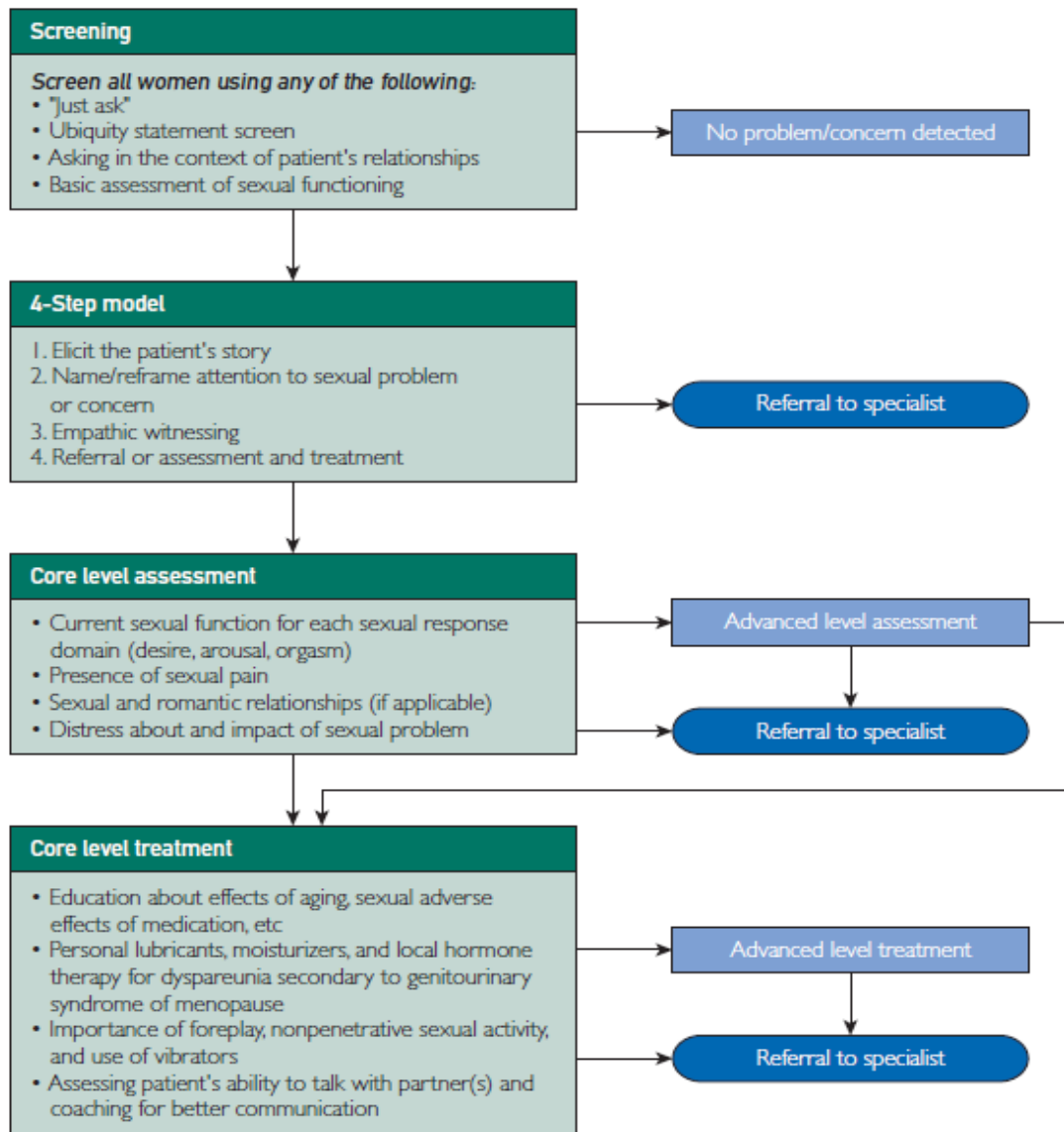


Figure 5: Diagramme de soins pour l'identification des difficultés sexuelles féminines selon l'International Society for the Study of Women's Sexual Health, Parish et al.

2.7 Dysfonction sexuelles chez les patientes fibromyalgiques

Les troubles de la sexualité font l'objet de travaux de recherche depuis 2004. Il apparaît que les patientes fibromyalgiques sont plus à risque de développer des troubles de la sexualité comparées aux groupes contrôles. Les principales causes de ces troubles sont l'évitement du contact physique risquant de majorer la douleur, la fatigue, la dépression et les effets indésirables des traitements médicamenteux. Un antécédent d'abus sexuel est fréquemment rapporté, et peut contribuer à ces troubles.

2.7.1 Une dysfonction plus importante que dans la population générale

Les patientes fibromyalgiques présentent des dysfonctions sexuelles significativement plus importantes par rapport à la population générale. Dans la majorité des études réalisées depuis vingt ans (*Tableau 2*), tous les domaines de la sexualité (désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction, douleur) semblent concernés (105–110).

A noter que des études diffèrent sur certaines conclusions. Ainsi Shaver *et al.* ne notaient pas de diminution du désir comparé au groupe contrôle (111). Prins *et al.* ne retrouvaient pas de différence significative lors de la phase d'excitation et de la phase orgasme (112). Ils rapportent par contre la notion d'une insensibilité génitale, sans majorations de douleurs génito-pelviennes, ainsi qu'une majoration des douleurs avant, pendant et après les rapports sexuels de manière générale laissant supposer une physiopathologie différente des douleurs diffuses typiques de la fibromyalgie.

Aydin *et al.* ne retrouvaient pas d'altération significative de lubrification par rapport au groupe contrôle (113).

Study	Female FM group: number (age)	Female control group: number (age)	Sexual evaluation tools	Psychiatric evaluation tools	Other evaluations
De Costa et al. 2004	20	20	SEQ	BDI-II	
Tikiz et al. 2005	40 27 with depression comorbidity	33	FSFI	DSM-IV interview, HRSD	FIQ, Lattinen pain scale
Shaver et al., 2006	442	205	Telephone survey: questionnaire of 10 sexuality items		
Prins et al., 2006	63 (21-54 yrs)	66 (20-55 yrs)	QSD-SF		RAND SF-36 Health survey
Kool et al., 2006	63 (21-54 yrs)	-			
Aydin et al., 2006	48 (37.5±5.7 yrs)	38 (36.7±6.7 yrs)	FSFI	STAI, BDI-II	TP, VAS pain, biochemical analysis
Ryan et al., 2008	60	-	Questionnaire of 11 items	-	-
Orellana et al., 2008	31 (49.6±7.5 yrs)	20 (45.9±8.5 yrs) 26 patients with RA (50.6±10.1 yrs)	CSFQ	STAI, BDI	VAS pain
Ablin et al., 2011	50 (24-66 yrs)	55 (25-66 yrs)	ASEX	-	TP
Yilmaz et al., 2012	126	132	FSFI	BDI-II	TP, FIQ, VAS pain

FM, fibromyalgia; SEQ, Sexual Experience Questionnaire; BDI-II, Back Depression Inventory; FSFI, Female Sexual Function Index; DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; HRSD, Hamilton Rating Scale for Depression; FIQ, Fibromyalgia Impact Questionnaire; QSD-SF, Questionnaire for screening Sexual Dysfunctions - Short Form; STAI, State-Trait Anxiety Inventory; TP, Tender Points; VAS, Visual Analog Scale; CSFQ, Changes in Sexual Functioning Questionnaire; ASEX, Arizona Sexual Experience Scale.

Tableau 2: Principaux résultats des études évaluant l'association entre fibromyalgie et dysfonction sexuelle, d'après Bazzichi et al, Reumatismo, 2012; 64 (4) : 261-267

2.7.2 Comorbidité dépressive

Plusieurs études ont montré que les dysfonctions sexuelles, fréquentes chez les patientes fibromyalgiques étaient plus importantes en présence d'une dépression associée (107,110,113). Une seule étude concluait que les patientes fibromyalgiques présentaient une dysfonction sexuelle significative ($p=0,001$), sans impact négatif supplémentaire d'une dépression associée, par rapport au groupe contrôle (112).

2.7.3 Relation avec le partenaire

Kool *et al.* (115) suggèrent, dans leur étude portant sur 63 patientes fibromyalgiques, qu'une faible satisfaction de la relation avec le conjoint était le facteur prédictif le plus puissant et le plus fréquent d'une dysfonction sexuelle (*Figure 6*).

Cette étude va dans le sens de nombreux autres travaux, menés auprès de femmes en bonne santé et de femmes atteintes de maladies chroniques concluant toutes à une association positive entre la satisfaction de la relation et le fonctionnement sexuel (116–120).

Par ailleurs, toujours selon l'étude de Kool *et al.* même s'il apparaît qu'un engagement actif du conjoint soit apprécié dans la satisfaction de la relation, cela n'apparaît pas comme favorable au fonctionnement sexuel. En effet, que ce soit pour les patientes avec une haute ou une faible satisfaction de la relation, un engagement actif du conjoint tend à être associé à une réduction de l'excitation sexuelle, et à une augmentations de douleur que ce soit au niveau génital ou généralisée, pendant et après les rapports.

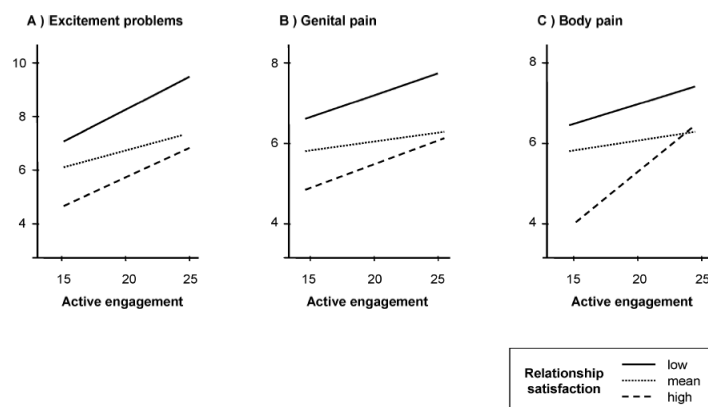


Figure 6: (A) Difficulté d'excitation, (B) Douleur génitale, (C) Douleur généralisée, en fonction de l'engagement du conjoint et de la satisfaction de la relation, d'après Kool et al. Low relationship satisfaction and high partner involvement predict sexual problems of women with fibromyalgia. J Sex Marital Ther. déc 2006;32 (5) :409-23

Une étude précédente avait montré que la relation des patients souffrant de douleur chronique pouvait être déséquilibrée lorsque le conjoint se concentrait sur le bien-être du patient et assumait le rôle de « soignant », alors que le patient assumait le rôle de « patient » et mettait l'accent sur le bien-être personnel et l'amélioration de son état de santé (121).

2.7.4 Antécédent d'abus

Les traumatismes sexuels, physiques et émotionnels peuvent être des facteurs importants dans le développement et le maintien du syndrome fibromyalgique. Plusieurs études suggèrent un antécédent plus fréquent d'abus physique et/ou psychique que ce soit dans l'enfance ou à l'âge adulte par rapport à la population générale (35,122–126).

2.7.5 Iatrogénie

Il existe une part iatrogénique indéniable dans les troubles de la sexualité des patientes fibromyalgiques (112). Les effets indésirables connus, pour les traitements approuvés par les recommandations EULAR et HAS, retrouvés dans le Vidal sont (125):

- Duloxétine : baisse de la libido, et orgasmes anormaux (Fréquent, >1/100, <1/10).
- Milnacipran : diminution de la libido (Peu fréquent, >1/1000, <1/100).
- Prégabaline : diminution de la libido (Fréquent, >1/100, <1/10), augmentation de la libido et anorgasmie (Peu fréquent, >1/1000, <1/100).
- Amitriptyline : pas de dysfonction sexuelle rapportée.
- Tramadol : pas de dysfonction sexuelle rapportée.

Notons cependant que Giuliano et Droupy citent que le Tramadol et les agonistes morphiniques forts, de par leur mécanisme d'action central, sont potentiellement délétères à des degrés divers sur les fonctions sexuelles (126).

3^{ème} PARTIE : ENQUÊTE AUPRES DES CHU en FRANCE

3.1 Modalités de l'enquête

Les médecins responsables de structures spécialisées douleur chronique ont été interrogés une première fois par e-mail – puis derechef si besoin par e-mail et téléphone - concernant la prise en charge sexologique des patientes fibromyalgiques.

Seules les structures intégrées aux 30 CHU et aux 2 CHR (Metz-Thionville et Orléans) ont été interrogées soit au total 40 structures parmi la liste exhaustive des structures spécialisées en douleur chronique disponible sur le site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé (129).

Les médecins ont été interrogés sur l'abord systématique de la sexualité en « screening », sur les modalités de cette évaluation, et enfin sur la présence d'un soignant identifié compétent en sexologie au sein de leur réseau de soins. L'ensemble des réponses collectées est répertorié en *Annexe IV*.

3.2 Sexologie et Structures Douleur Chronique

Au total, 34 structures ont répondu. Il est rapporté que 8 structures (23%) proposent un abord systématique de la sexualité. Cet abord se fait le plus souvent sous forme de questions simples lors de l'interrogatoire dans 6 structures. Par ailleurs 2 structures proposent un abord via questionnaire institutionnel, comportant une question relative à la sexualité.

Il est rapporté que 6 structures (17%) peuvent avoir un recours à un soignant compétent en sexologie. Aucune ne dispose de sexologue spécifiquement dédié au CETD. Celui-ci est intégré dans les équipes des services d'Urologie, Gynécologie ou Soins de Support. Enfin il est parfois réalisé un recours à un professionnel libéral en externe, mais cela pose le problème du coût de la consultation pour la patiente.

3.3 Les « Filières Sexologie »

Les 6 structures déclarant avoir recours à un soignant compétent en sexologie ont été interrogées sur le fonctionnement de l'adressage en termes de disponibilité, du nombre de patients adressés, et de l'amélioration perçue dans la prise en charge.

Il ressort que l'adressage vers un sexologue au sein de la structure concerne essentiellement les patientes souffrant d'algies pelvi-périnéales. Concernant les patientes fibromyalgiques, le recours est décrit comme « rare », « de l'ordre de 2-3 patientes par mois environ ». Il n'y a pas de créneau de consultation dédié. Le bénéfice perçu par les patientes ou à travers les soignants est difficile à évaluer.

4^{ème} PARTIE : ENQUÊTE AUPRES DES PATIENTES

Il s'agit d'une étude quasi expérimentale prospective, réalisée de manière monocentrique en Hospitalisation de Semaine au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Nantes, Hôpital Nord Laennec.

L'objectif du travail de recherche vise une amélioration de l'évaluation diagnostic et thérapeutique, ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins à discuter en fonction des résultats pour créer une filière en lien avec des soignants compétents en sexologie.

4.1 Matériel et méthode

4.1.1 Population

Nous proposons à toute patiente satisfaisant les critères d'inclusion et de non inclusion une participation à l'étude.

Un livret est remis en main propre par le médecin du CETD dans les deux jours suivant son arrivée en hospitalisation et recueilli en fin de semaine.

Celui-ci (en *Annexe V*) comporte une présentation succincte de la thèse, de ses justifications et objectifs. S'y trouve aussi le consentement à signer, ainsi que l'adresse postale pour envoi à 3 mois. Est joint une partie rapportant les antécédents personnels, et les questionnaires (Female Sexual Function Index FSFI, questionnaire d'estime de soi de Rosenberg, questionnaire de Beck, questionnaire de qualité de vie SF-36) tous validés et largement utilisés.

Un deuxième livret de questionnaires est envoyé par courrier postal trois mois plus tard aux patientes acceptant de participer à l'étude, avec enveloppe de retour pré affranchie.

Lors de la semaine d'hospitalisation programmée, il est proposé une prise en charge pluridisciplinaire à laquelle participent médecins algologues, kinésithérapeutes, psychologues, pharmaciens et infirmières. L'intervention de ces seuls professionnels est nécessaire et suffisante pour inclure les patientes dans notre étude. Cela aboutit à une évaluation individualisée, une éducation thérapeutique, et une approche en autonomie des thérapies médicamenteuses, physiques et psycho corporelles de type méditation pleine-conscience. L'avis d'un médecin

rééducateur, d'un médecin ostéopathe, d'un médecin acupuncteur, d'un médecin du travail et d'un psychiatre peut être demandé par ailleurs. Un staff pluridisciplinaire est organisé chaque semaine pour ajuster le diagnostic et organiser une prise en charge active et stratégique contractualisée avec le patient

4.1.2 Critères de jugements

Le critère de jugement principal est une amélioration des troubles de la sexualité évalué par le FSFI. Les critères de jugement secondaires sont une modification de la qualité de vie (SF-36), de l'estime de soi (questionnaire de Rosenberg) et des affects thymiques (questionnaire de Beck). La période de recrutement s'est étendue du 1er octobre 2018 au 31 mai 2019. Le retour des questionnaires à 3 mois s'étendra jusqu'au 15 septembre pour prendre en compte le délai de transit du courrier.

4.1.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Au total les critères d'inclusion retenus sont :

- Sexe féminin
- âge >18 ans
- Diagnostic de syndrome fibromyalgique

Le seul critère d'exclusion est un âge inférieur à 18 ans.

4.1.4 Questionnaires utilisés

Nous décrivons ci-après les questionnaires utilisés dans le cadre de notre étude,

4.1.4.1 Le Female Sexual Function Index (FSFI)

Le Female Sexual Function Index (*Annexe V*) est un auto questionnaire publié en 2000 par Rosen *et al.* validé dans l'exploration de la dysfonction sexuelle féminine. Il est composé de dix-neuf questions permettant d'explorer les six domaines suivants : la dysfonction du désir (Q1, Q2), de l'excitation (Q3-Q6), la lubrification (Q7-Q10), l'orgasme (Q11-Q13), la satisfaction (Q14-Q16) et la douleur (Q17-Q19) (130,131).

Il existe une version française validée depuis 2013. Par ailleurs l'acceptabilité auprès des patientes est bonne (132,133).

Le score total du FSFI varie de 2 à 36. Le « cut off » est fixé selon les études entre 23 et 26,55 du score total (130,132–135).

La limitation du FSFI est qu'il s'adresse à des femmes ayant un partenaire et ayant eu une activité sexuelle dans les quatre dernières semaines.

Domaine	Questions	Variation du score	Facteur de multiplication	Score minimum	Score maximum
Désir	1-2	1 à 5	0,6	1,2	6
Excitation	3-4-5-6	0 à 5	0,3	0	6
Lubrification	7-8-9-10	0 à 5	0,3	0	6
Orgasme	11-12-13	0 à 5	0,4	0	6
Satisfaction	14-15-16	0 ou 1 à 5	0,4	0,8	6
Douleur	17-18-19	0 à 5	0,4	0	6

Tableau 3: Score d'Évaluation du Female Sexual Function Index

4.1.4.2 Le questionnaire de Beck ou Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

Le Beck Depression Inventory a été publié en 1961 par Beck, Ward, Mendelson, Mock et Erbaugh (136). Une première révision en 1993 par Beck et Steer aboutit à une version qui reste proche de la version originale nommée Beck Depression Index-IA. Une deuxième révision, plus importante, aboutit au Beck Depression Inventory-II qui est publié en 1996 (137,138).

Il a fait l'objet d'une validation par la HAS pour le diagnostic d'un épisode dépressif en octobre 2017 en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques en vigueur en Grande-Bretagne, aux États-Unis et au Canada, ainsi que sur une étude prospective non randomisée de Jaksic *et al.* de 2013 et une revue de la littérature de Furukawa de 2010 (139–144)

Le Beck Depression Inventory (en *Annexe VI*) est un auto-questionnaire comportant 21 items qui évaluent les domaines cognitif, affectif, les symptômes somatiques et végétatifs. L'âge de la population cible est ≥ 13 ans. Le temps de remplissage est de cinq à dix minutes (145).

Dans ce questionnaire, le sujet estime la fréquence d'une symptomatologie au cours des deux semaines précédentes. Pour chaque item, le patient doit choisir une réponse parmi quatre phrases correspondant à un degré d'intensité croissante. Concernant le principe de cotation du questionnaire, chaque item est coté : 0, 1, 2, ou 3. Le score au Beck Depression Inventory-IA ou Beck Depression Inventory-II est la somme de ces cotations et varie de 0 à 63, aboutissant à :

- un score de Beck Depression Inventory-II ≤ 13 indique l'absence de dépression ;
- un score ≥ 14 indique une dépression qui est qualifiée de légère pour un score de 14 à 19, modérée pour un score de 20 à 28, ou sévère pour un score de 29 à 63.

A noter que :

- Le seuil >12 peut être utilisé si l'on veut favoriser la sensibilité.
- Le seuil >13 , correspondant au seuil qui définit la présence d'une dépression, a une sensibilité de 92,3 % et une spécificité de 86,2 %.
- Le seuil >15 est recommandé pour une précision maximale. Il donne une sensibilité de 88,4 % et une spécificité de 91,2 % (144).

4.1.4.3 Le SF-36

Le « Medical Outcome Study Short Form 36 » (MOS SF-36) ou «Short Form 36 » (SF-36), est un questionnaire générique, robuste, fiable, acceptable pour la mesure à long terme de la qualité de vie et validé en langue française.

Il s'agit initialement d'un questionnaire anglo-saxon de 149 items issu d'une étude d'observation « Medical Outcome Study » (MOS) qui s'est déroulée de 1986 à 1990 incluant des patients souffrant d'hypertension artérielle, de diabète, d'insuffisance cardiaque congestive ou d'infarctus du myocarde dans l'année précédant le début de l'étude. Le questionnaire initial a ensuite été réduit en une version simplifiée «Short Form » (SF) composée de 36 items. Il existe plusieurs questionnaires issus de cette étude: Medicare Health Outcome Survey (MHOS), Short Form 12 (SF-12 comprenant donc 12 items) et SF-20. Ils présentent de nombreuses caractéristiques communes: il s'agit toujours de questionnaires permettant d'établir des profils (c'est-à-dire des ensembles de scores standardisés) et faisant appel à des échelles de type Likert, c'est à dire consistant en une affirmation pour laquelle la personne interrogée exprime son degré d'accord ou de désaccord (146). L'adaptation du SF-36 dans un grand nombre de langues européennes s'est inscrite dans un projet international: «International Quality Of Life Assessment » (IQOLA project). En France, ce travail a été mené par l'équipe d'Alain Leplege (147–151).

Il existe 3 versions du SF-36 : une version normale (renseignée directement par la patiente), une version pour situation aiguë (les interrogations portant sur 4 semaines sont réduites à 8 jours), et une version pouvant être remplie par un proche du sujet évalué (tournures indirectes pour chaque question de la version « normale »). Nous avons choisi la version normale du questionnaire SF-36 pour notre étude (*Annexe V*), étant donné que nous demandions des réponses effectuées par la patiente elle-même.

Il n'existe pas de valeur de référence.

Le questionnaire SF-36 permet de renseigner 9 dimensions distinctes (nom des échelles). A chaque dimension est associé un score compris entre 0 (qualité nulle) et 100 (qualité maximale), de même que pour les scores résumés physiques (PCS) et psychiques (MCS). Le mode de calcul est basé sur une addition de points donnés selon les réponses aux questions concernées, suivi d'un algorithme de calcul décrit dans le manuel de l'utilisateur (152).

4.1.4.4 L'échelle d'estime de soi de Rosenberg

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg a été développée par le sociologue Rosenberg en 1965 (153) et traduite et validée en version française par Verrière *et al.* en 1990 (154). Elle mesure le niveau global d'estime de soi et est constituée de 10 items. Cinq items évaluent l'estime de soi positive (Q1, Q2, Q4, Q6, Q7) c'est-à-dire qu'il convient d'additionner les scores de ces items. Cinq items évaluent l'estime de soi négative (Q3, Q5, Q8, Q9, Q10), c'est-à-dire que la cotation est inversée (*Annexe V*).

On obtient un score total d'estime de soi allant de 10 à 40.

Pour un score inférieur à 25, l'estime de soi est très faible. Pour un score compris entre 25 et 31, l'estime de soi est faible. Pour un score compris entre 31 et 34, l'estime de soi est dans la moyenne. Pour un score compris entre 34 et 39, l'estime de soi est forte. Enfin pour un score supérieur à 39, l'estime de soi est très forte (155).

4.1.5 Méthodologie statistique

L'analyse statistique est réalisée par le logiciel OpenOffice Calc®.

Toutes les séries sont évaluées par un test de comparaison de moyennes appariées. Pour les séries suivant une loi normale, il est appliqué un test T de Student sur échantillons appariés. Dans le cas contraire, il est appliqué un test des rangs signés de Wilcoxon pour échantillons appariés.

Le test de Shapiro-Wilk permet de rejeter l'hypothèse de l'existence d'une loi normale si $p < 0,05$. Si $p > 0,05$, alors on ne doit pas rejeter l'hypothèse d'une loi normale.

Les tests sont effectués de manière unilatérale, dans l'objectif de démontrer une amélioration des différents paramètres après prise en charge pluridisciplinaire.

4.2 Résultats

4.2.1 Données recueillies

Au total 18 patientes volontaires ont accepté de participer à l'étude. Les questionnaires ont été intégralement remplis à l'exception du BDI-II d'une patiente.

Au total, 12 questionnaires ont été renvoyés à 3 mois. Les questionnaires ont été intégralement remplis à l'exception du BDI-II d'une patiente.

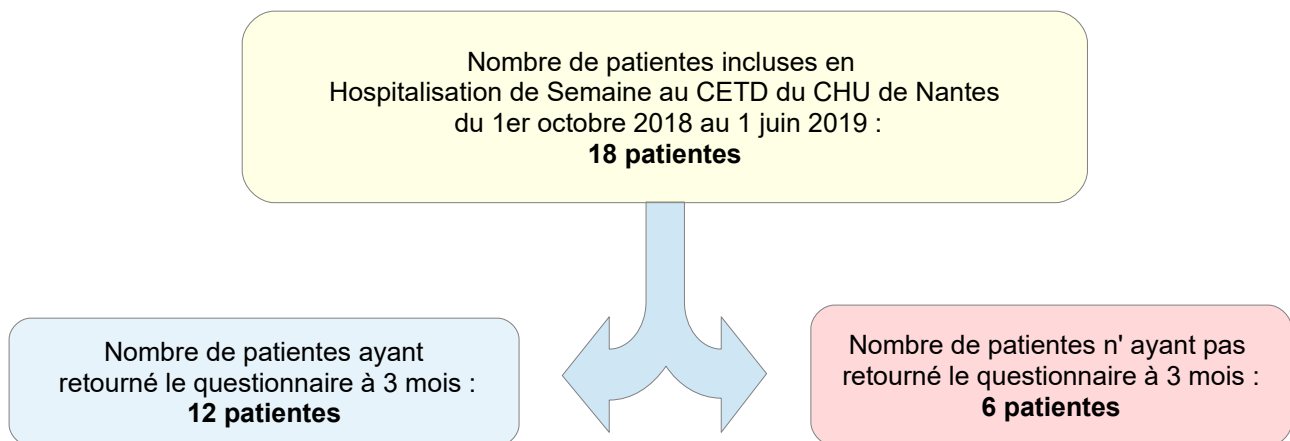


Figure 7: Diagramme de flux

4.2.2 Caractéristiques des patientes

Les caractéristiques des patientes et leurs paramètres avant leur prise en charge en Hospitalisation de Semaine au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur sont rapportées en *Annexe VII*. Les analyses statistiques sont rapportées ci-dessous dans le *Tableau 4* :

	n	Pourcentage
Total de patientes incluses	18 (12)	
Antécédent de chirurgie pelvienne	5 (1)	33 (8)
Antécédent de cancer	2 (1)	11 (8)
Traitement antidépresseur ou anxiolytique	10 (8)	55 (66)
Contraception	10 (7)	55 (58)
Pilule œstroprogestative	3 (1)	
Pilule micro-progestative	1 (1)	
D.I.U au cuivre	1 (1)	
D.I.U hormonal	1 (0)	
Implant contraceptif	1 (1)	
Préservatif	3 (3)	
Sexualité		
Altération de la sexualité	14 (10)	77 (82)
Mise en souffrance	11 (8)	61 (66)
Problème de 1er plan	5 (3)	27 (25)
Communication antérieure à un soignant	7 (5)	38 (42)
Médecin traitant	2 (2)	11 (16)
Médecin spécialiste	3 (3)	16 (25)
Psychologue	5 (4)	
Sexologue	2 (1)	
	Moyenne	écart-type
Age	(années)	
	44,9 (42,9)	12,7 (12)
Paramètres avant prise en charge		
FSFI	19,2 (17,4)	9,3 (8,7)
BDI-II	23,4 (23,7)	13,6 (9,9)
SF-36	65,4 (64,6)	12,9 (11,0)
Rosenberg	25,8 (26,7)	2,6 (2,1)

Tableau 4 : Caractéristiques des patientes incluses dans l'étude à M0. Entre parenthèses, les caractéristiques à M0 des patientes ayant répondu à M3.

Le score FSFI total est en moyenne à 19,2 ($\pm 9,3$). Une dysfonction sexuelle, c'est à dire un score FSFI inférieur au seuil de 23, est retrouvée chez 12 patientes (66%).

Le score de Beck est en moyenne à 23,4 ($\pm 13,6$). Un score ≤ 13 (absence de dépression) est retrouvé chez 4 patientes. Un score entre 14 et 19 (dépression légère) est retrouvé chez 2 patientes. Un score entre 20 et 28 (dépression modérée) est retrouvé chez 6 patientes. Un score entre 29 et 63 (dépression sévère) est retrouvé chez 5 patientes. Une patiente n'a pas rempli le questionnaire de Beck

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg est évaluée à 25,8 ($\pm 2,6$). Une estime de soi très faible (score < 25) est retrouvée chez 3 patientes. Une estime de soi faible (score entre 25 et 30) est retrouvée chez 14 patientes. Une estime de soi dans la moyenne (score entre 31 et 34) est retrouvée chez 1 patiente. Aucune patiente ne présente un score supérieur à 34 montrant une estime de soi forte ou très forte.

4.3 Analyse

4.3.1 Critères de jugement primaire

La base de données correspondant au FSFI lors de l'hospitalisation et à 3 mois est rapportée en *Annexe VIII*. L'analyse comparative du score FSFI est rapportée dans le *Tableau 5*. Il n'est pas retrouvé d'amélioration significative du FSFI total, ni de l'analyse des différentes dimensions.

A noter toutefois une tendance à une diminution du score FSFI total, et des dimensions lubrification et orgasme.

	Patientes à M0		Patientes à M3		p-value
	moyenne	écart-type	moyenne	écart-type	
FSFI total	17,4	8,7	14,9	8,9	0,15
Dimension désir	2,4	1	2,3	1,2	0,58
Dimension excitation	3,0	1,7	2,0	1,6	0,75
Dimension lubrification	3,8	2,0	3,0	2,3	0,14
Dimension orgasme	2,7	1,6	2,2	1,6	0,18
Dimension satisfaction	3,0	1,8	2,8	1,7	0,46
Dimension douleur	2,5	2,4	2,7	2,1	0,67

Tableau 5 : analyse comparative du Female Sexual Function Index, lors de l'hospitalisation de Semaine en CETD, et à 3 mois

4.3.2 Critères de jugement secondaires

La base de données correspondant au BDI-II, du SF-36 et de l'échelle de Rosenberg lors de l'hospitalisation et à 3 mois est rapportée en *Annexe IX*. L'analyse comparative du BDI-II, du SF-36 et de l'échelle de Rosenberg est rapportée ci-dessous dans le *Tableau 6*.

	Patientes à M0		Patientes à M3		p-value
	moyenne	écart-type	moyenne	écart-type	
BDI-II	23,7	9,9	23,3	8,2	0,55
SF-36	64,6	11,0	65,8	9,9	0,42
Rosenberg	26,7	2,1	25,4	2,7	0,26

Tableau 6 : analyse comparative du BDI-II, SF-36 et échelle de Rosenberg, lors de l'hospitalisation de Semaine en CETD, et à 3 mois

4.4 Discussion et ouverture

Ce travail s'inscrit dans une démarche novatrice puisqu'à notre connaissance, aucun article n'a proposé d'évaluation de la sexualité des patientes fibromyalgiques avant et après une prise en charge pluridisciplinaire. Des études pour la plupart observationnelles ont été réalisées indiquant des troubles plus fréquents que dans la population générale, multifactoriels, touchant tous les aspects de la sexualité et intimement liés aux comorbidités telle la dépression.

L'analyse comparative avant et à 3 mois de la semaine d'hospitalisation n'a pas permis de mettre en évidence une amélioration significative du FSFI, du BDI-II, du SF-36 et de l'échelle de Rosenberg. Nous avons été étonnés de noter une tendance à une diminution du score FSFI total, et plus particulièrement des dimensions « lubrification » et « orgasme », allant vers une augmentation des troubles.

En prenant en compte les limites et biais décrits ci-dessous, cela justifierait de recourir à des études de plus grande ampleur dans l'avenir, volontiers multicentriques, avec des échantillons de plus grande taille et/ou un délai entre les 2 évaluations de plus longue durée.

4.4.1 Limites et biais

4.4.1.1 Exemples de limites et biais liés aux patientes

Notre analyse initiale se rapproche de la population des études précédentes en termes d'âge (110,113,114). La prévalence des dysfonctions sexuelles est par contre supérieure aux études précédentes (66% vs 54,2% pour Aydin *et al.* (113). Il est possible que cela relève d'un biais de sélection. Rappelons que les patientes incluses dans l'étude sont en hospitalisation de semaine en CETD, donc une structure spécialisée laissant supposer qu'il s'agit de patientes souffrant de manière plus sévère de la fibromyalgie que de patientes pouvant être prise en charge en soins

primaires. La sévérité du syndrome fibromyalgique aurait pu être évaluée par le Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). Néanmoins nous avons choisi de limiter les questionnaires afin de favoriser un meilleur taux de réponse et d'utiliser le score SF-36 pour cibler spécifiquement la mesure de la qualité de vie.

Une dizaine de patientes présentaient une barrière de la langue rendant difficile l'utilisation des questionnaires.

Enfin, le suivi après la semaine d'hospitalisation n'est pas connu. Ainsi, une activité physique encadrée par un kinésithérapeute, ou une hospitalisation en service de rééducation fonctionnelle, ou un suivi psychologique ont une incidence qui mériterait d'être évaluée sur le long terme. Pour autant dans le cadre d'une démarche de soins personnalisée en médecine intégrative, l'hétérogénéité est inévitable. Il n'est pas certain qu'organiser un suivi prédéfini aurait été pertinent.

4.4.1.2 Exemples de limites et biais liés au soignants

Notre étude a été limitée par un effectif restreint, ce qui engendre une faible puissance statistique. Cela est lié d'une part au nombre de patientes pouvant potentiellement être recrutées puisque l'étude est monocentrique, et le CETD du CHU de Nantes accueille 8 patients par semaines toutes pathologies confondues. Il a ainsi enregistré 226 patients sur la période d'inclusion, dont 71 patientes fibromyalgiques. Malheureusement, le nombre de questionnaire distribué auprès des patientes n'a pas été tracé ne permettant pas de différencier la non-distribution et le refus de participation. La durée d'inclusion est limitée par la date de soutenance de la thèse. Par ailleurs il existe un nombre important de patientes perdues de vue (1/3).

D'autre part, j'ai pu échanger avec les sept médecins, internes et seniors, responsables des patientes hospitalisées. Ils ont déclaré ne pas avoir donné le questionnaire à des patientes présentant une histoire de vie qu'ils jugeaient particulièrement traumatisante, ou un syndrome anxio-dépressif trop sévère même si tous les critères d'inclusion et non inclusion étaient remplis. Il s'agit donc d'un biais cognitif lié à la singularité du soignant, qui prête à réflexion. La limitation de ce biais cognitif a été pensée avant l'étude sur l'hypothèse qu'un questionnaire unique, avec une introduction présentant celui-ci et aboutissant à un minimum d'échange autour de la sexualité permettrait une distribution exhaustive, ce qui n'a pas été le cas. Cela fait écho à la fois aux représentations du soignant concernant les répercussions de ces traumatismes, qui ne sont pas forcément celles de la patiente mais aussi comme évoqué précédemment, la « gêne », la méconnaissance du sujet et le manque de formation qui le déstabiliseraient. Cette étude permet de poser une question majeure : comment limiter ce biais au maximum ? Cela pourrait-il constituer un travail de recherche en lien avec les sciences cognitives ?

Le recours à un plus grand échantillon de médecins proposant les questionnaires, sur une étude multicentrique permettrait de diminuer l'influence de ce biais.

4.4.1.3 Exemples de limites et biais liés aux outils d'évaluation

Une patiente a souligné le fait que le FSFI n'est pas adapté aux patientes ayant des relations homosexuelles. D'autres patientes ont quant à elles pointé des éléments intercurrents (hospitalisation en Médecine Physique et Réadaptation, chirurgie) ayant influé sur leur sexualité durant le mois précédant le retour du questionnaire à 3 mois.

4.4.2 Propositions stratégiques

Nous avons pu voir dans la deuxième partie que la démarche du thérapeute repose sur un screening large, et une prise en charge graduée avec recours à un spécialiste si besoin. Cependant, seulement 23% des CETD interrogés pour ce travail, réalisent ce screening en abordant la sexualité de leurs patientes. Nous pouvons donc constater que cela reste insuffisant y compris dans des centres spécialisés. Je pense qu'il est important de développer ce screening.

Celui-ci est déjà réalisé au CETD du CHU de Nantes par le questionnaire de Beck, comportant une question portant sur la sexualité. Ce questionnaire est intégré au livret d'entrée en hospitalisation, et aux questionnaires pré-consultations remis à chaque patiente et donc effectif dès la première consultation. L'intégration à un questionnaire permet un abord uniforme, dépersonnalisé, permettant une certaine distance « dédramatisante » par rapport à la sexualité. Cela offre une « porte ouverte » pour une évaluation de base lors d'un entretien ciblé.

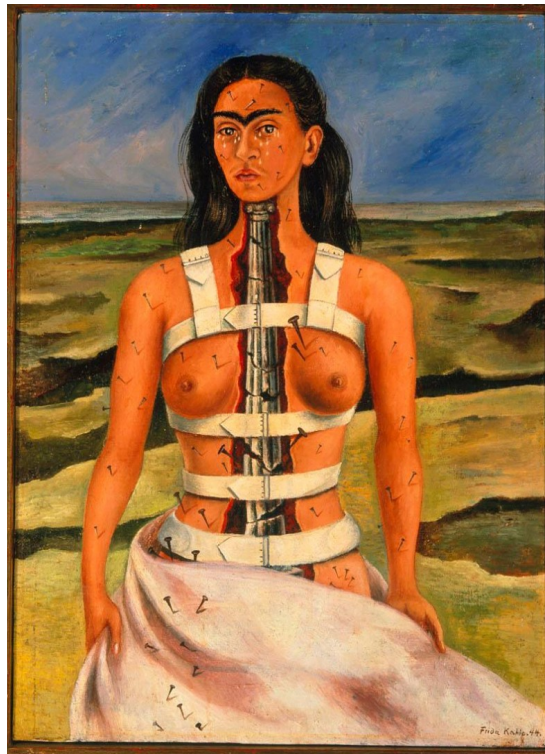
A contrario, le fait d'aborder la sexualité lors de l'interrogatoire par des questions simples nécessite à mon sens une relation de confiance et une certaine aisance du praticien tant ce sujet touche l'intimité. Le médecin traitant est le mieux placé pour aborder la sexualité, du fait de sa relation privilégiée. Pourtant seulement 38% des patientes ont déjà discuté de cela avec un professionnel de santé, et 27% avec leur médecin traitant ou un médecin spécialiste. Cela est inférieur à l'étude de Buvat *et al.* (92). Le médecin algologue est quant à lui limité du fait des autres problématiques faisant appel à ses compétences spécifiques à aborder sur le temps restreint d'une consultation. D'autre part, sa disponibilité calendaire au vu du délai entre les consultations (6 mois hors contexte d'urgence) au CHU rend plus difficile un suivi sexologique, en particulier sur le plan psychologique.

Au vu de la mise en souffrance importante (66%) de ce qui est considéré comme un problème de premier plan (25%), nous pensons essentiel de réaliser un screening large, et par la suite pouvoir confier la prise en charge sexologique à un soignant spécialisé sur le modèle d'une prise en charge graduée travaillant en coopération avec les autres acteurs de santé.

L'offre de soins actuelle en sexologie sur les 24 communes de Nantes Métropole est limitée. En recherchant dans l'annuaire « Pages Jaunes », comme le ferait un patient, je n'ai pu trouver que 13 praticiens en libéral, dont 4 médecins. Les tarifs en consultations sont de l'ordre de 70€ en thérapie individuelle, 85€ en thérapie de couple. Un remboursement est possible sur la base d'une consultation G (25€) hors parcours de soins ou G-MCG (30€) en cas d'adressage par le médecin traitant. Ces frais dans le contexte de désinsertion socio-professionnelle que connaissent de nombreuses patientes fibromyalgiques et donc la perte de revenus conséquente est un frein dans la prise en charge. Le CHU propose des consultations de sexologie au sein de l'UGOMPS. Concernant les soignants de l'équipe du CETD du CHU de Nantes, aucun n'a de compétences particulières en sexologie actuellement.

Épilogue

Au vu des difficultés mises en évidence précédemment, et plus particulièrement de ce qui a trait à l'accès aux soins et à la précarité, je pense qu'il serait nécessaire de pouvoir disposer d'une filière identifiée au sein du CHU ouvert sur un réseau ville-hôpital, suffisamment réactive et disponible pour pouvoir orienter les patientes si besoin en s'intégrant pleinement dans le cadre d'une prise en charge globale.



"La colonne brisée"

Frida Kahlo (1907-1954),

La femme, artiste peintre, et révolutionnaire mexicaine, subit le 17 septembre 1925 un grave accident de bus. Son abdomen et sa cavité pelvienne sont transpercés, ce qui occasionnera plusieurs fausses-couches. Sa jambe et son pied droits, son bassin, ses côtes et sa colonne vertébrales sont fracturés. Persisteront des douleurs chroniques. Face à ce fracas, elle peint des autoportraits dans sa chambre d'hôpital. Elle dévoile alors ses blessures et souffrances au grand jour, en gardant son visage toujours impassible.

« J'avais l'habitude de penser que j'étais la personne la plus étrange au monde, et puis je me suis dit, il y a beaucoup de personnes comme cela dans le monde, il doit bien y avoir une personne comme moi, qui se sent étrange et meurtrie comme moi. Je me l'imagine et j'imagine qu'elle aussi doit être en train de penser à moi. Si tu existes et que tu me lis, saches que je suis là et que je suis aussi étrange que toi »

Frida Kahlo

Bibliographie

1. Yunus MB. A comprehensive medical evaluation of patients with fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin North Am.* mai 2002;28 (2) :201-17, v-vi.
2. Laroche F, Guérin J. Fibromyalgie : où en est-on en 2015 ? *Douleur et Analgésie.* mars 2015;28 (1) : 31-9.
3. Haute Autorité de Santé. Syndrome fibromyalgique de l'adulte. Rapport d'orientation. Juillet 2010 [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/syndrome_fibromyalgique_de_ladulte_-_rapport_dorientation.pdf
4. Auquier L, Bontoux D, Löö H, Godeau P, Menkès C-J, Paolaggi J-B, *et al.* La fibromyalgie. *La Revue de Médecine Interne.* févr 2008;29 (2) :161-8.
5. Friedberg F, Jason LA. Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: clinical assessment and treatment. *J Clin Psychol.* avr 2001;57 (4) :433-55.
6. Moldofsky H. Management of sleep disorders in fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am.* mai 2002;28 (2) :353-65.
7. La douleur dysfonctionnelle | SFETD [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur-dysfonctionnelle>
8. Perrot S. Fibromyalgia syndrome: a relevant recent construction of an ancient condition?: Current Opinion in Supportive and Palliative Care. juin 2008;2 (2) :122-7.
9. Chey WD, Kurlander J, Eswaran S. Irritable Bowel Syndrome: A Clinical Review. *JAMA.* 3 mars 2015;313 (9) :949.
10. Jouët P, Sabaté J-M. Troubles fonctionnels intestinaux et rhumatismes. *Revue du Rhumatisme Monographies.* sept 2016;83 (4) :213-7.
11. Veale D, Kavanagh G, Fielding JF, Fitzgerald O. Primary fibromyalgia and the irritable bowel syndrome: different expressions of a common pathogenetic process. *Br J Rheumatol.* juin 1991;30 (3) : 220-2.
12. Simon A, Vergne-Salle P, Dufaure-Lombard C, Bonnet C, Trèves R, Preux P, *et al.* Association syndrome des jambes sans repos et fibromyalgie : étude contrôlée chez 102 patients [Internet]. 2009 [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.rhumatologie.asso.fr/data/ModuleProgramme/PageSite/2009-1/Resume/4262.asp>
13. Viola-Saltzman M, Watson NF, Bogart A, Goldberg J, Buchwald D. High prevalence of restless legs syndrome among patients with fibromyalgia: a controlled cross-sectional study. *J Clin Sleep Med.* 15 oct 2010;6 (5) :423-7.
14. Civelek GM, Ciftkaya PO, Karatas M. Evaluation of restless legs syndrome in fibromyalgia syndrome: an analysis of quality of sleep and life. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2014;27 (4) :537-44.

15. Aaron LA, Burke MM, Buchwald D. Overlapping conditions among patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and temporomandibular disorder. *Arch Intern Med.* 24 janv 2000;160 (2) : 221-7.
16. Pfau DB, Rolke R, Nickel R, Treede R-D, Daublaender M. Somatosensory profiles in subgroups of patients with myogenic temporomandibular disorders and Fibromyalgia Syndrome. *Pain.* 15 déc 2009;147 (1-3) :72-83.
17. Dao TT, Reynolds WJ, Tenenbaum HC. Comorbidity between myofascial pain of the masticatory muscles and fibromyalgia. *J Orofac Pain.* 1997;11 (3) :232-41.
18. Sipilä K, Zitting P, Siira P, Niinimaa A, Raustia AM. Generalized pain and pain sensitivity in community subjects with facial pain: a case-control study. *J Orofac Pain.* 2005;19 (2) :127-32.
19. Yunus MB. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum.* juin 2007;36 (6) :339-56.
20. Aaron LA, Bradley LA, Alarcón GS, Triana-Alexander M, Alexander RW, Martin MY, *et al.* Perceived physical and emotional trauma as precipitating events in fibromyalgia. Associations with health care seeking and disability status but not pain severity. *Arthritis Rheum.* mars 1997;40 (3) :453-60.
21. Herrmann M, Schölmerich J, Straub RH. Stress and rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am.* nov 2000;26 (4) :737-63, viii.
22. Greenfield S, Fitzcharles MA, Esdaile JM. Reactive fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum.* juin 1992;35 (6) :678-81.
23. Turk DC, Okifuji A, Starz TW, Sinclair JD. Effects of type of symptom onset on psychological distress and disability in fibromyalgia syndrome patients. *Pain.* déc 1996;68 (2-3) :423-30.
24. Sukenik S, Abu-Shakra M, Flusser D. [Physical trauma and fibromyalgia--is there a true association?]. *Harefuah.* sept 2008;147 (8-9) :712-6, 749.
25. Jasson DM-C. Mieux connaître et diagnostiquer la fibromyalgie par l'étude de la symptomatologie clinique. 2007;12.
26. Laroche F, Guérin J, Azoulay D, Coste J, Perrot S. La fibromyalgie en France: Vécu quotidien, fardeau professionnel et prise en charge. Enquête nationale auprès de 4516 patients. *Revue du Rhumatisme.* 1 févr 2018;86.
27. Buskila D, Cohen H. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Curr Pain Headache Rep.* oct 2007;11 (5) :333-8.
28. Laroche F. Actualités de la fibromyalgie. *Revue du Rhumatisme.* juin 2009;76 (6) :529-36.
29. Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L, *et al.* Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics.* févr 1999;40 (1) :57-63.
30. Haute Autorité de Santé. Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours. Fiche mémo [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf
31. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and Validation. :9.

32. Bastrup S, Schultz R, Brødsgaard I, Moore R, Jensen TS, Vase Toft L, *et al.* A comparison of coping strategies in patients with fibromyalgia, chronic neuropathic pain, and pain-free controls. *Scand J Psychol.* déc 2016;57 (6) :516-22.
33. InVS. Etat de stress post-traumatique [Internet]. 2014 Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Sante-mentale/Donnees-de-surveillance-par-pathologie/Etat-de-stress-post-traumatique>
34. Alexander RW, Bradley LA, Alarcón GS, Triana-Alexander M, Aaron LA, Alberts KR, *et al.* Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilization and pain medication usage. *Arthritis Care Res.* avr 1998;11 (2) :102-15.
35. Taylor ML, Trotter DR, Csuka ME. The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism.* 1995;38 (2) :229-34.
36. Finestone HM, Stenn P, Davies F, Stalker C, Fry R, Koumanis J. Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl.* avr 2000;24 (4) :547-56.
37. Goldberg RT, Pachas WN, Keith D. Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disabil Rehabil.* janv 1999;21 (1) :23-30.
38. Castro I, Barrantes F, Tuna M, Cabrera G, Garcia C, Recinos M, *et al.* Prevalence of abuse in fibromyalgia and other rheumatic disorders at a specialized clinic in rheumatic diseases in Guatemala City. *J Clin Rheumatol.* juin 2005;11 (3) :140-5.
39. Rose S, Cottencin O, Chouraki V, Wattier J-M, Houvenagel E, Vallet B, *et al.* Importance des troubles de la personnalité et des comorbidités psychiatriques chez 30 patients atteints de fibromyalgie. /data/revues/07554982/v38i5/S0755498208007410/ [Internet]. 6 mai 2009; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/212151>
40. Uguz F, Çiçek E, Salli A, Karahan AY, Albayrak I, Kaya N, *et al.* Axis I and Axis II psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *Gen Hosp Psychiatry.* févr 2010;32 (1) :105-7.
41. Houdenhove BV, Neerinx E, Onghena P, Lysens R, Vertommen H. Premorbid “overactive” lifestyle in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia An etiological factor or proof of good citizenship? *Journal of Psychosomatic Research.* 2001;6.
42. Queiroz LP. Worldwide Epidemiology of Fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep.* 26 juin 2013;17 (8) : 356.
43. Weir PT, Harlan GA, Nkoy FL, Jones SS, Hegmann KT, Gren LH, *et al.* The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes. *J Clin Rheumatol.* juin 2006;12 (3) :124-8.
44. Wolfe F, Brähler E, Hinz A, Häuser W. Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. *Arthritis Care Res (Hoboken).* mai 2013;65 (5) :777-85.
45. Neumann L, Buskila D. Epidemiology of fibromyalgia. *Current Science Inc.* 1 oct 2003;7 (5) :362-8.
46. Bannwarth B, Blotman F, Roué-Le Lay K, Caubère J-P, André E, Taïeb C. Étude de la prévalence de la fibromyalgie dans la population française. *Revue du Rhumatisme.* mars 2009;76 (3) :274-8.
47. Perrot S, Vicaut E, Servant D, Ravaud P. Prevalence of fibromyalgia in France: a multi-step study research combining national screening and clinical confirmation: The DEFI study (Determination of Epidemiology of Fibromyalgia). *BMC Musculoskeletal Disorders.* déc 2011;12 (1) :224.

48. Société française d'étude et de traitement de la douleur, Perrot S, Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, Société française d'anesthésie et de réanimation. Douleur, soins palliatifs et accompagnement: iECN 2017, 2018, 2019. Paris: Med-Line édition; 2016.
49. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, *et al.* The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*. 1990;33 (2) :160-72.
50. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, *et al.* The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*. 23 févr 2010;62 (5) :600-10.
51. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS, *et al.* Fibromyalgia Criteria and Severity Scales for Clinical and Epidemiological Studies: A Modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Rheumatol*. juin 2011;38 (6) :1113-22.
52. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, *et al.* 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. déc 2016;46 (3) : 319-29.
53. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, *et al.* EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1 févr 2017;76 (2) :318-28.
54. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston : Little, Brown and Company; 1966.
55. Kaplan HS. The new sex therapy: active treatment of sexual dysfunctions. New York: Brunner/Mazel; 1974. 544 p.
56. Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S, *et al.* Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Women. *The Journal of Sexual Medicine*. juill 2004;1 (1) : 24-34.
57. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, *et al.* Revised Definitions of Women's Sexual Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*. 1 juill 2004;1 (1) :40-8.
58. Basson R. A Model of Women's Sexual Arousal. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 1 janv 2002;28 (1) : 1-10.
59. Cour F, Droupy S, Faix A, Methorst F, Giuliano F. Anatomie et physiologie de la sexualité. *Progrès en Urologie*. juill 2013;23 (9) :547-61.
60. Cain VS, Johannes CB, Avis NE, Mohr B, Schocken M, Skurnick J, *et al.* Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of midlife women: baseline results from SWAN. *J Sex Res*. août 2003;40 (3) :266-76.
61. Hill CA, Preston LK. Individual differences in the experience of sexual motivation: Theory and measurement of dispositional sexual motives. *The Journal of Sex Research*. 1 janv 1996;33 (1) :27-45.
62. Klusmann D. Sexual motivation and the duration of partnership. *Arch Sex Behav*. juin 2002;31 (3) : 275-87.
63. Lunde I, Larsen GK, Fog E, Garde K. Sexual Desire, Orgasm, and Sexual Fantasies: A Study of 625 Danish Women Born in 1910, 1936, and 1958. *Journal of Sex Education and Therapy*. 1 juin 1991;17 (2) :111-5.

64. Regan PC, Berscheid E. Beliefs about the state, goals, and objects of sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 1996;22 (2) :110-20.
65. Lopes P. Manuel de sexologie. 2014.
66. Basson R. The Female Sexual Response Revisited. *Journal SOGC.* mai 2000;22 (5) :378-82.
67. Masters WH, Johnson VE. The physiology of the vaginal reproductive function. *West J Surg Obstet Gynecol.* avr 1961;69:105-20.
68. Masters WH, Johnson VE. The artificial vagina: anatomic, physiologic, psychosexual function. *West J Surg Obstet Gynecol.* juin 1961;69:192-212.
69. Masters WH, Johnson VE. The sexual response cycle of the human female. III. The clitoris: anatomic and clinical consideration. *West J Surg Obstet Gynecol.* oct 1962;70:248-57.
70. Johnson VE, Masters WH. Intravaginal contraceptive study. I. Anatomy. *West J Surg Obstet Gynecol.* août 1962;70:202-7.
71. Johnson VE, Masters WH. Intravaginal contraceptive study. Phase II. Physiology. (A direct test for protective potential). *West J Surg Obstet Gynecol.* juin 1963;71:144-53.
72. Courtois FJ, Bonierbale-Branchereau M. Médecine sexuelle: fondements et pratiques. Paris: Lavoisier-Médecine sciences; 2016.
73. Laumann EO, Paik A, Glasser DB, Kang J-H, Wang T, Levinson B, *et al.* A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Arch Sex Behav.* avr 2006;35 (2) :145-61.
74. Colson M-H, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. *J Sex Med.* janv 2006;3 (1) : 121-31.
75. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, *et al.* Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res.* janv 2005;17 (1) :39-57.
76. Bretschneider JG, McCoy NL. Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds. *Arch Sex Behav.* 1 avr 1988;17 (2) :109-29.
77. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1986.
78. American Psychiatric Association, éditeur. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R. 3rd ed., rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987. 567 p.
79. CISMef. CISMef, F52 - dysfonctionnement sexuel, non dû à un trouble ou à une maladie organique [Internet]. [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: http://www.chu-rouen.fr/page/detail/fr/CIM_CA_F52
80. ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems. 10^e éd. Vol. 2. Geneva: World Health Organization; 2011.
81. F52 Dysfonctionnement sexuel, non dû à un trouble ou à... F52 - Code CIM 10 [Internet]. aideaucodage.fr. [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.aideaucodage.fr/cim-f52>

82. Benoît-Lamy S, Boyer P, Crocq M-A, Guelfi JD, Pichot P, Sartorius N, *et al.* DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2005.
83. Basson Rosemary, Berman Jennifer, Burnett Arthur, Derogatis Leonard, Ferguson David, Fourcroy Jean, *et al.* Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *Journal of Urology*. 1 mars 2000;163 (3) :888-93.
84. Latif EZ, Diamond MP. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertility and Sterility*. oct 2013;100 (4) :898-904.
85. Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med*. janv 2010;7 (1 Pt 2) :314-26.
86. American Psychiatric Association, éditeur. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. [Internet]. Elsevier Health Sciences France; 2015 Disponible sur: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4337396>
87. Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *J Sex Med*. juill 2006;3 (4) :589-95.
88. Aslan E, Beji NK, Gungor I, Kadioglu A, Dikencik BK. Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *J Sex Med*. sept 2008;5 (9) :2044-52.
89. Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J Public Health Med*. déc 1997;19 (4) :387-91.
90. Christensen BS, Grønbaek M, Osler M, Pedersen BV, Graugaard C, Frisch M. Sexual dysfunctions and difficulties in denmark: prevalence and associated sociodemographic factors. *Arch Sex Behav*. févr 2011;40 (1) :121-32.
91. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *JAMA*. 10 févr 1999;281 (6) :537-44.
92. Buvat J, Glasser D, Neves RCS, Duarte FG, Gingell C, Jr EDM. Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: Results of a population-based survey in France. *International Journal of Urology*. 2009;16 (7) :632-8.
93. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive Sexual Desire Disorder in Menopausal Women: A Survey of Western European Women. *The Journal of Sexual Medicine*. 2006;3 (2) :212-22.
94. Wallner LP, Sarma AV, Kim C. Sexual Functioning among Women with and without Diabetes in the Boston Area Community Health Study. *The Journal of Sexual Medicine*. févr 2010;7 (2) :881-7.
95. Lew-Starowicz M, Rola R. Prevalence of Sexual Dysfunctions Among Women with Multiple Sclerosis. *Sex Disabil*. juin 2013;31 (2) :141-53.
96. Lamb MA. Effects of cancer on the sexuality and fertility of women. *Semin Oncol Nurs*. mai 1995;11 (2) :120-7.
97. Frank JE, Mistretta P, Will J. Diagnosis and Treatment of Female Sexual Dysfunction. *AFP*. 1 mars 2008;77 (5) :635-42.
98. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Fairley CK. What is the « true » prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *J Sex Med*. avr 2008;5 (4) : 777-87.

99. Bajos N, Bozon M, Beltzer N, éditeurs. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé. Paris: Découverte; 2008. 609 p.
100. Parish SJ, Hahn SR, Goldstein SW, Giraldi A, Kingsberg SA, Larkin L, *et al.* The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for the Identification of Sexual Concerns and Problems in Women. Mayo Clinic Proceedings. 1 mai 2019;94 (5) :842-56.
101. Collier F, Cour F. En pratique, comment faire devant une femme exprimant une plainte sexuelle ? Progrès en Urologie. 1 juill 2013;23 (9) :612-20.
102. Ranieri F. Les dysfonctions sexuelles. La Revue du Praticien - médecine générale. 13 oct 2003;17 (626) :1264.
103. Vallée J. Enseigner la prise en charge de la plainte sexuelle. Exercer. 2008;19 (81) :49-51.
104. Gavignet R. Le médecin généraliste, la sexualité féminine et ses troubles: enquête qualitative après de 11 médecins généralistes des Alpes Maritimes. 2014;81.
105. Bazzichi L, Giacomelli C, Rossi A, Sernissi F, Scarpellini P, Consensi A, *et al.* Fibromyalgia and sexual problems. Reumatismo [Internet]. 28 sept 2012 [cité 4 mars 2019];64 (4). Disponible sur: <http://www.reumatismo.org/index.php/reuma/article/view/633>
106. De Costa E, Leão W, Thé K, Kneubil M. Assessment of sexual satisfaction in fibromyalgia patients. Einstein. 2004;2:177-81.
107. Orellana C, Casado E, Masip M, Galisteo C, Gratacós J, Larrosa M. Sexual dysfunction in fibromyalgia patients. Clin Exp Rheumatol. août 2008;26 (4) :663-6.
108. Kalichman L. Association between fibromyalgia and sexual dysfunction in women. Clin Rheumatol. avr 2009;28 (4) :365-9.
109. Ablin JN, Gurevitz I, Cohen H, Buskila D. Sexual dysfunction is correlated with tenderness in female fibromyalgia patients. Clin Exp Rheumatol. déc 2011;29 (6 Suppl 69) :S44-48.
110. Yilmaz H, Yilmaz SD, Polat HAD, Salli A, Erkin G, Ugurlu H. The effects of fibromyalgia syndrome on female sexuality: a controlled study. J Sex Med. mars 2012;9 (3) :779-85.
111. Shaver JLF, Wilbur J, Robinson FP, Wang E, Buntin MS. Women's health issues with fibromyalgia syndrome. J Womens Health (Larchmt). nov 2006;15 (9) :1035-45.
112. Prins MA, Woertman L, Kool MB, Geenen R. Sexual functioning of women with fibromyalgia. :7.
113. Aydin G, Başar MM, Keleş I, Ergün G, Orkun S, Batislam E. Relationship between sexual dysfunction and psychiatric status in premenopausal women with fibromyalgia. Urology. janv 2006;67 (1) :156-61.
114. Tikiz C, Muezzinoglu T, Pirildar T, Taskn EO, Frat A, Tuzun C. Sexual dysfunction in female subjects with fibromyalgia. J Urol. août 2005;174 (2) :620-3.
115. Kool MB, Woertman L, Prins MA, Van Middendorp H, Geenen R. Low relationship satisfaction and high partner involvement predict sexual problems of women with fibromyalgia. J Sex Marital Ther. déc 2006;32 (5) :409-23.
116. Brezsnayak M, Whisman MA. Sexual desire and relationship functioning: the effects of marital satisfaction and power. J Sex Marital Ther. juin 2004;30 (3) :199-217.

117. Curry SL, Levine SB, Jones PK, Kurit DM. Medical and psychosocial predictors of sexual outcome among women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care & Research*. 1993;6 (1) :23-30.
118. McCabe MP. Relationship functioning and sexuality among people with Multiple Sclerosis. *Journal of Sex Research*. 2002;39 (4) :302-9.
119. Ganz PA, Desmond KA, Belin TR, Meyerowitz BE, Rowland JH. Predictors of Sexual Health in Women After a Breast Cancer Diagnosis. *JCO*. 1 août 1999;17 (8) :2371-2371.
120. Leonard MT, Cano A, Johansen AB. Chronic Pain in a Couples Context: A Review and Integration of Theoretical Models and Empirical Evidence. *J Pain*. juin 2006;7 (6) :377-90.
121. Feinauer LL, Steele WR. Caretaker marriages: The impact of chronic pain syndrome on marital adjustment. *American Journal of Family Therapy*. 1992;20 (3) :218-26.
122. Carreiro AV, Micelli LP, Sousa MH, Bahamondes L, Fernandes A. Sexual dysfunction risk and quality of life among women with a history of sexual abuse. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. sept 2016;134 (3) :260-3.
123. Walker E, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, Katon WJ. Psychosocial Factors in Fibromyalgia Compared With Rheumatoid Arthritis: II. Sexual, Physical, and Emotional Abuse and Neglect. *Psychosomatic Medicine*. déc 1997;59 (6) :572.
124. Häuser W, Kosseva M, Üceyler N, Klose P, Sommer C. Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: A systematic review with meta-analysis. *Arthritis Care & Research*. 2011;63 (6) :808-20.
125. Boisset-Pioro MH, Esdaile JM, Fitzcharles M-A. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*. 1995;38 (2) :235-41.
126. Bennett RM, Jones J, Turk DC, Russell IJ, Matallana L. An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 9 mars 2007;8 (1) :27.
127. Collectif. Vidal 2019 Le Dictionnaire. [Internet]. 95ème édition. Paris: Edition du Vidal; 2019 [cité 2 mai 2019]. 3648 p. Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=2023299>
128. Giuliano F, Droupy S. La iatrogénie médicamenteuse en médecine sexuelle. *Progrès en Urologie*. juill 2013;23 (9) :804-10.
129. Les structures spécialisées douleur chronique (SDC) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/les-structures-specialisees-douleur-chronique/article/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc>
130. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI) : cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. févr 2005;31 (1) :1-20.
131. Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leib R. The Female Sexual Function Index (FSFI) : A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2 févr 2011;26 (2) :191-208.
132. Giuliano F. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. *Progrès en Urologie*. juill 2013;23 (9) :811-21.

133. Wylomanski S, Bouquin R, Philippe H-J, Rouzier R, Dréno B, Quereux G. Validation de la version française du Female Sexual Function Index auprès d'un échantillon de la population féminine française. /data/revues/01519638/v140i12sS1/S015196381301185X/ [Internet]. 27 nov 2013; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/854189>
134. Wylomanski S, Bouquin R, Philippe H-J, Dréno B, Quereux G. Étude de la qualité de vie et bien-être sexuel des patientes atteintes de pathologies vulvaires. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*. déc 2013;140 (12) :S473-4.
135. Chedraui P, Pérez-López FR, San Miguel G, Avila C. Assessment of sexuality among middle-aged women using the Female Sexual Function Index. *Climacteric*. janv 2009;12 (3) :213-21.
136. Beck AT. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*. 1 juin 1961;4 (6) :561.
137. Craighead WE, Nemeroff CB. The Concise Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Science. John Wiley & Sons; 2004. 1122 p.
138. Bouvard M, Cottraux J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010.
139. Trangle M, Gursky J, Haight R, Hardwig J, Hinnenkamp T, Kessler D, Mack N, Myszkowski M. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult Depression in Primary Care. Updated March 2016 [Internet]. Disponible sur: <https://www.icsi.org/wp-content/uploads/2019/01/Depr.pdf>
140. Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh SV, *et al*. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. I. Classification, Burden and Principles of Management. *Journal of Affective Disorders*. oct 2009;117:S5-14.
141. Jakšić N, Ivezić E, Jokić-Begić N, Surányi Z, Stojanović-Špehar S. Factorial and Diagnostic Validity of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) in Croatian Primary Health Care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. sept 2013;20 (3) :311-22.
142. Furukawa TA. Assessment of mood: Guides for clinicians. *Journal of Psychosomatic Research*. juin 2010;68 (6) :581-9.
143. Bradshaw K. NHS Choices. Depression: primary care presentation. Map of medicine. London: NHS Choices; 2014. Mental health. :18.
144. Favre-Bonté J. Haute Autorité de santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. *Argumentaire scientifique*. 2017;331.
145. ECPA par Pearson - TalentLens - Experts en tests psychométriques pour les professionnels - Pearson Clinical & Talent Assessment [Internet]. Disponible sur: <https://www.pearsonclinical.fr/?id=1501>
146. Likert R. A technique for the measurement of attitudes [Internet]. [cité 14 mars 2019]. Disponible sur: https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf
147. Leplège A, Mesbah M, Marquis P. Analyse préliminaire des propriétés psychométriques de la version française d'un questionnaire international de mesure de qualité de vie: le MOS SF-36 (version 1.1). *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1995;43 (4) :371-9.
148. Leplège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 Health Survey. *Journal of Clinical Epidemiology*. nov 1998;51 (11) :1013-23.

149. Leplège A. Les mesures de la qualité de vie. Paris: Presses Universitaires de France (PUF) ; 1999. 126p. (Que sais-je ? ; 3506.).
150. Perneger TV, Leplège A, Etter JF, Rougemont A. Validation of a French-language version of the MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) in young healthy adults. J Clin Epidemiol. août 1995;48 (8) :1051-60.
151. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. juin 1992;30 (6) :473-83.
152. Leplège A. Le questionnaire MOS SF-36: manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores. Paris: Editions Estem; 2001.
153. Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-Image [Internet]. Disponible sur: https://books.google.com/books/about/Society_and_the_Adolescent_Self_Image.html?hl=fr&id=YR3WCgAAQBAJ
154. Vallieres EF, Vallerand RJ. Traduction et Validation Canadienne-Française de L'échelle de L'estime de Soi de Rosenberg. International Journal of Psychology. janv 1990;25 (2) :305-16.
155. Crépin et Delarue. Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg. IRBMS Nord Pas-De-Calais. :2.

Annexe I : Les critères ACR 1990

Table 8. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia*

1. History of widespread pain.

Definition. Pain is considered widespread when all of the following are present: pain in the left side of the body, pain in the right side of the body, pain above the waist, and pain below the waist. In addition, axial skeletal pain (cervical spine or anterior chest or thoracic spine or low back) must be present. In this definition, shoulder and buttock pain is considered as pain for each involved side. "Low back" pain is considered lower segment pain.

2. Pain in 11 of 18 tender point sites on digital palpation.

Definition. Pain, on digital palpation, must be present in at least 11 of the following 18 tender point sites:

Occiput: bilateral, at the suboccipital muscle insertions.

Low cervical: bilateral, at the anterior aspects of the intertransverse spaces at C5–C7.

Trapezius: bilateral, at the midpoint of the upper border.

Supraspinatus: bilateral, at origins, above the scapula spine near the medial border.

Second rib: bilateral, at the second costochondral junctions, just lateral to the junctions on upper surfaces.

Lateral epicondyle: bilateral, 2 cm distal to the epicondyles.

Gluteal: bilateral, in upper outer quadrants of buttocks in anterior fold of muscle.

Greater trochanter: bilateral, posterior to the trochanteric prominence.

Knee: bilateral, at the medial fat pad proximal to the joint line.

Digital palpation should be performed with an approximate force of 4 kg.

For a tender point to be considered "positive" the subject must state that the palpation was painful. "Tender" is not to be considered "painful."

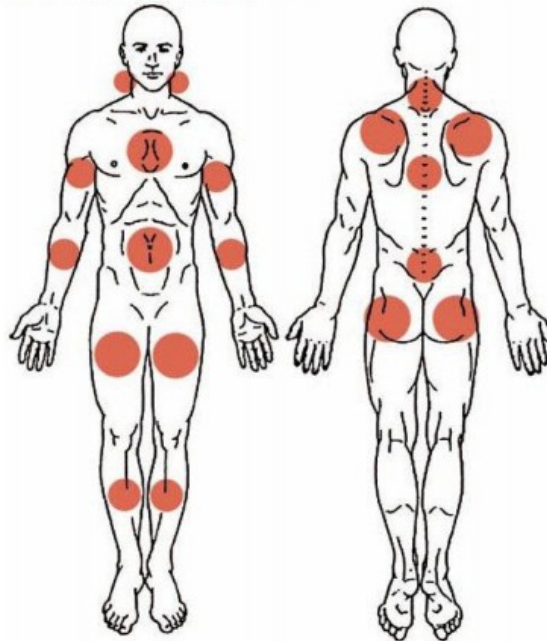
* For classification purposes, patients will be said to have fibromyalgia if both criteria are satisfied. Widespread pain must have been present for at least 3 months. The presence of a second clinical disorder does not exclude the diagnosis of fibromyalgia.

Annexe II Les critères ACR 2010

Table 4. Fibromyalgia diagnostic criteria			
Criteria			
A patient satisfies diagnostic criteria for fibromyalgia if the following 3 conditions are met:			
1) Widespread pain index (WPI) ≥ 7 and symptom severity (SS) scale score ≥ 5 or WPI 3–6 and SS scale score ≥ 9 .			
2) Symptoms have been present at a similar level for at least 3 months.			
3) The patient does not have a disorder that would otherwise explain the pain.			
Ascertainment			
1) WPI: note the number areas in which the patient has had pain over the last week. In how many areas has the patient had pain? Score will be between 0 and 19.			
Shoulder girdle, left	Hip (buttock, trochanter), left	Jaw, left	Upper back
Shoulder girdle, right	Hip (buttock, trochanter), right	Jaw, right	Lower back
Upper arm, left	Upper leg, left	Chest	Neck
Upper arm, right	Upper leg, right	Abdomen	
Lower arm, left	Lower leg, left		
Lower arm, right	Lower leg, right		
2) SS scale score:			
Fatigue			
Waking unrefreshed			
Cognitive symptoms			
For the each of the 3 symptoms above, indicate the level of severity over the past week using the following scale:			
0 = no problem			
1 = slight or mild problems, generally mild or intermittent			
2 = moderate, considerable problems, often present and/or at a moderate level			
3 = severe: pervasive, continuous, life-disturbing problems			
Considering somatic symptoms in general, indicate whether the patient has:*			
0 = no symptoms			
1 = few symptoms			
2 = a moderate number of symptoms			
3 = a great deal of symptoms			
The SS scale score is the sum of the severity of the 3 symptoms (fatigue, waking unrefreshed, cognitive symptoms) plus the extent (severity) of somatic symptoms in general. The final score is between 0 and 12.			
* Somatic symptoms that might be considered: muscle pain, irritable bowel syndrome, fatigue/tiredness, thinking or remembering problem, muscle weakness, headache, pain/cramps in the abdomen, numbness/tingling, dizziness, insomnia, depression, constipation, pain in the upper abdomen, nausea, nervousness, chest pain, blurred vision, fever, diarrhea, dry mouth, itching, wheezing, Raynaud's phenomenon, hives/welts, ringing in ears, vomiting, heartburn, oral ulcers, loss of/change in taste, seizures, dry eyes, shortness of breath, loss of appetite, rash, sun sensitivity, hearing difficulties, easy bruising, hair loss, frequent urination, painful urination, and bladder spasms.			

Widespread pain index (WPI) (score de 0 à 19)

Noter le nombre de zones où le patient a eu mal la semaine précédente. Dans combien de zones le patient a-t-il ressenti de la douleur ? Le résultat devra se situer entre 0 et 19.



Échelle de sévérité des symptômes : SSS (2A+2B score de 0 à 12)

a. Intensité des 3 symptômes = 2A (de 0 à 9) Pour chacun des 3 symptômes cités ci-dessus, indiquer le niveau de sévérité lors de la semaine précédente en utilisant l'échelle suivante :

			Scores
Zones douloureuses		0-19	0-19
Echelle de sévérité	Fatigue	0-3	0-12
	Troubles du sommeil	0-3	
	Troubles cognitifs	0-3	
	Symptômes somatiques	0-3	
		Score total	0-31
Fibromyalgie score ≥ 13			

b. Nombre de symptômes associés = 2B (de 0 à 3)

Considérant les symptômes somatiques en général indiquez si le patient a ressenti au cours de la semaine passée :

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ douleur musculaire | ☐ syndrome intestin irritable | ☐ fatigue |
| ☐ Pb mémoire, concentration | ☐ céphalées | ☐ douleur/crampes abd. |
| ☐ Faiblesse musculaire | ☐ engourdissement /picotement | ☐ vertiges |
| ☐ insomnie | ☐ dépression | ☐ nervosité |
| ☐ constipation | ☐ douleur abdominale haute | ☐ nausée |
| ☐ douleur thoracique | ☐ diarrhée | ☐ bouche sèche |
| ☐ vision floue | ☐ fièvre | ☐ démangeaisons |
| ☐ sifflement respiratoire | ☐ syndrome de Raynaud | ☐ urticaire |
| ☐ acouphènes | ☐ vomissements | ☐ brûlure thoracique |
| ☐ aphtes buccaux | ☐ perte ou modification du goût | ☐ crise épilepsie |
| ☐ yeux secs | ☐ oppression respiratoire | ☐ perte d'appétit |
| ☐ éruption cutanée | ☐ hypersensibilité au soleil | ☐ tr. de l'audition |
| ☐ ecchymoses faciles | ☐ perte de cheveux | ☐ mictions fréquentes |
| ☐ douleurs à la miction | ☐ spasmes de la vessie | |

Calculez le 2 B en faisant la somme des cases cochées :

- 0 = score de 0
- 1 à 10 = score de 1
- 11 à 24 = score de 2
- 25 ou plus = score de 3

Le résultat de l'échelle SSS correspond au score 2A + score 2B. Le résultat final (2A+2B) doit se situer entre 0 et 12.

Interprétation : Un patient satisfait aux critères de diagnostic pour la fibromyalgie lorsque les trois critères suivants sont réunis :

1. Indice de douleur généralisée (WPI) ≥ 7 et un score de sévérité des symptômes (SS) ≥ 5 ou WPI 3-6 et le résultat de l'échelle SS ≥ 9 .
2. Les symptômes sont présents à un niveau similaire depuis au moins 3 mois.
3. Le patient ne présente aucun autre problème pouvant expliquer la douleur.

Annexe III : Les critères ACR 2016

Criteria

A patient satisfies modified 2016 fibromyalgia criteria if the following 3 conditions are met:

- (1) Widespread pain index (WPI) ≥ 7 and symptom severity scale (SSS) score ≥ 5 OR WPI of 4–6 and SSS score ≥ 9 .
- (2) Generalized pain, defined as pain in at least 4 of 5 regions, must be present. Jaw, chest, and abdominal pain are not included in generalized pain definition.
- (3) Symptoms have been generally present for at least 3 months.
- (4) A diagnosis of fibromyalgia is valid irrespective of other diagnoses. A diagnosis of fibromyalgia does not exclude the presence of other clinically important illnesses.

Ascertainment

(1) **WPI:** note the number of areas in which the patient has had pain over the last week. In how many areas has the patient had pain? Score will be between 0 and 19

Left upper region (Region 1)

Jaw, left^a

Shoulder girdle, left

Upper arm, left

Lower arm, left

Right upper region (Region 2)

Jaw, right^a

Shoulder girdle, right

Upper arm, right

Lower arm, right

Axial region (Region 5)

Neck

Upper back

Lower back

Chest^a

Abdomen^a

Left lower region (region 3)

Hip (buttock, trochanter), left

Upper leg, left

Lower leg, left

Right lower region (Region 4)

Hip (buttock, trochanter), right

Upper leg, right

Lower leg, right

(2) Symptom severity scale (SSS) score

Fatigue

Waking unrefreshed

Cognitive symptoms

For the each of the 3 symptoms above, indicate the level of severity over the past week using the following scale:

0 = No problem

1 = Slight or mild problems, generally mild or intermittent

2 = Moderate, considerable problems, often present and/or at a moderate level

3 = Severe: pervasive, continuous, life-disturbing problems

The symptom severity scale (SSS) score: is the sum of the severity scores of the 3 symptoms (fatigue, waking unrefreshed, and cognitive symptoms) (0–9) plus the sum (0–3) of the number of the following symptoms the patient has been bothered by that occurred during the previous 6 months:

(1) Headaches (0–1)

(2) Pain or cramps in lower abdomen (0–1)

(3) And depression (0–1)

The final symptom severity score is between 0 and 12

The fibromyalgia severity (FS) scale is the sum of the WPI and SSS

The FS scale is also known as the polysymptomatic distress (PSD) scale.

^a Not included in generalized pain definition.

Annexe IV : Tableau récapitulatif de l'enquête auprès des CETD des CHU de France

CETD	Abord systématique	Utilisation d'un questionnaire	Sexologue
C.H.U Amiens	0	0	1
C.H.U Angers	0	0	0
C.H.R.U Besançon	1	1	0
C.H.U Bordeaux	0	0	0
C.H.R.U Brest	0	0	0
C.H.R.U Caen	0	0	1
C.H.U Clermont-Ferrand	1	1	0
C.H.U Dijon	0	0	0
C.H.U Grenoble	1	0	1
C.H.R.U Lille antenne Huriez	1	0	1
C.H.R.U Lille antenne Salengro	0	0	0
C.H.U Limoges	0	0	0
C.H.U Lyon			
AP-HM Marseille			
C.H.U Martinique	0	0	0
C.H.U Montpellier	1	0	0
C.H.U Nancy	0	0	0
C.H.U Nice	0	0	0
CHU de Nîmes	0	0	1
AP-HP Hôtel Dieu	0	0	0
AP-HP Lariboisiere	0	0	0
AP-HP Fondation A. de Rothschild			
AP-HP Bichat Claude Bernard			
AP-HP Boulogne Billancourt Ambroise Paré	0	0	0
AP-HP Paris St Antoine	0	0	0
AP-HP Créteil Henri Mondor	0	0	0
C.H.U. Pointe-a-Pitre			
C.H.U. Poitiers La Milétrie	0	0	0
C.H.U Reims	0	0	0
C.H.R.U. PONTCHAILLOU-RENNES			
C.H.U Réunion site Nord			
C.H.U Réunion, site Sud	0	0	0
C.H.U Rouen	0	0	0
C.h.H.U Saint-Étienne	0	0	0
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	1	0	0
C.H.U Toulouse	0	0	0
CHRU Tours	1	0	1
CHR d'Orléans	0	0	0
CHR Metz-Thionville	1	0	0

Annexe V : Questionnaire remis aux patientes à leur admission au CETD

Nom, Prénom.....

Madame,

Vous avez reçu ce questionnaire à votre arrivée au Centre d'Étude et de Traitement de la Douleur car vous présentez un syndrome fibromyalgique actuellement.

Je suis interne de médecine générale et réalise une thèse intitulée "impact d'une prise en charge globale sur les troubles de la sexualité chez les patientes fibromyalgiques".

Il ressort de la littérature scientifique que le syndrome douloureux diffus, tel que le syndrome fibromyalgique, est responsables de multiples altérations de la vie sexuelle, et ce chez plus de la moitié des patientes.

Je souhaite évaluer l'impact d'une prise en charge globale, comme celle dont vous allez bénéficier cette semaine au Centre d'Étude et de Traitement de la Douleur de Nantes, sur ces troubles. Cela afin d'éclairer au mieux les soignants s'intéressant à ce syndrome sur un champ de la vie qui est souvent mis de côté lors des entretiens et de la prise en charge.

Cette thèse s'appuie sur deux évaluations: la première si vous l'acceptez durant votre semaine d'hospitalisation, et la seconde qui vous sera envoyée dans 3 mois par la Poste.

L'ensemble des résultats collectés seront utilisés pour présenter cette thèse en automne 2019. Pour des raisons de suivi ils ne peuvent être anonymes mais votre identité n'apparaîtra pas dans le travail de restitution final.

Je vous suis par avance très reconnaissant de l'aide que vous m'apportez.

Je me tiens à votre disposition par mail à l'adresse indiquée ci-dessous.

Cordialement

Valentin BILLARD

Interne de médecine Générale, D.E.S.C Douleur et Soins Palliatifs

CHU Nantes

mail:sexomyalgie@outlook.fr

Date

☐ Vous acceptez de participer à cette thèse

merci de noter ci dessous votre adresse postale pour l'envoi dans 3 mois avec enveloppe retour pré affranchie

.....
.....

☐ Vous n'acceptez pas de participer à cette thèse

A propos de vous

Quel âge avez vous ?

- ☐ 0 – 20 ans ☐ 21 – 40 ans ☐ 41 – 60 ans ☐ 60 – 80 ans ☐ >80ans

Avez vous été traitée par chirurgie pelvienne ?

- ☐ Oui
☐ Non

Avez vous un/ des antécédent(s) de cancer, et si oui quel traitement a été effectué ?

- ☐ Oui
traité par ☐ chirurgie ☐ chimiothérapie/hormonothérapie ☐ radiothérapie
☐ Non

Prenez vous actuellement un/des traitement (s) antidépresseur ou anxiolytique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Utilisez vous actuellement une contraception? si oui laquelle ?

- ☐ Oui
☐ pilule œstroprogestative ☐ pilule micro progestative ☐ DIU cuivre ☐ DIU hormonal ☐ Implant contraceptif ☐ préservatif ☐ autre
☐ Non

Estimez vous que vous présentez une altération votre sexualité ?

- ☐ Oui ☐ Non

Estimez vous que vous en souffrez ?

- ☐ Oui ☐ Non

Estimez vous que cela est un problème de premier plan ?

- ☐ Oui ☐ Non

Avez vous déjà discuté de cela avec un professionnel de santé? Si oui quelle était sa profession?

- ☐ Oui
☐ Médecin traitant ☐ autre médecin ☐ Sage femme ☐ psychologue ☐ Autre
☐ Non

Female sexual function Index (FSFI)

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

L'activité sexuelle peut comprendre les caresses, les préliminaires, la masturbation et la pénétration vaginale.

Le rapport sexuel se définit comme la pénétration (l'introduction) du pénis.

La stimulation sexuelle comprend, par exemple, les préliminaires avec un partenaire, la masturbation et les fantasmes sexuels.

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

Q1 Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti un désir sexuel ?

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

Q2 Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de désir sexuel ?

5 = Très élevé

4 = Élevé

3 = Moyen

2 = Faible

1 = Très faible ou inexistant

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

Q3 Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous sentie excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

Q4 Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) d'excitation sexuelle pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

5 = Très élevé

4 = Élevé

3 = Moyen

2 = Faible

1 = Très faible ou inexistant

Q5 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous sentie sûre de votre capacité à être sexuellement excitée pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

5 = Extrêmement sûre

4 = Très sûre

3 = Moyennement sûre

2 = Peu sûre

1 = Très peu sûre ou pas sûre du tout

Q6 Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été satisfaite de votre degré d'excitation pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

Q7 Au cours des 4 dernières semaines, votre vagin était-il lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

0 = Aucune activité sexuelle

Q8 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile d'avoir le vagin lubrifié (humide) pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

1 = Extrêmement difficile ou impossible

2 = Très difficile

3 = Difficile

4 = Légèrement difficile

5 = Pas difficile

Q9 Au cours des 4 dernières semaines, la lubrification (humidité) de votre vagin a-t-elle duré jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

0 = Aucune activité sexuelle

Q10 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point vous a-t-il été difficile de conserver la lubrification (humidité) de votre vagin jusqu'à la fin d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

0 = Aucune activité sexuelle

1 = Extrêmement difficile ou impossible

2 = Très difficile

3 = Difficile

4 = Légèrement difficile

5 = Pas difficile

Q11 Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, avez-vous atteint l'orgasme ?

5 = Presque toujours ou toujours

4 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

2 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

1 = Presque jamais ou jamais

0 = Aucune activité sexuelle

Q12 Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez été stimulée sexuellement ou que vous avez eu un rapport sexuel, à quel point vous a-t-il été difficile d'atteindre l'orgasme ?

0 = Aucune activité sexuelle

1 = Extrêmement difficile ou impossible

2 = Très difficile

3 = Difficile

4 = Légèrement difficile

5 = Pas difficile

Q13 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme pendant une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?

5 = Très satisfaite

4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite

2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite

0 = Aucune activité sexuelle

Q14 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation affective avec votre partenaire pendant une activité sexuelle ?

5 = Très satisfaite

4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite

2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite

0 = Aucune activité sexuelle

Q15 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre relation avec votre partenaire du point de vue sexuel ?

5 = Très satisfaite

4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite

2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite

Q16 Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle en général ?

5 = Très satisfaite

4 = Moyennement satisfaite

3 = Ni satisfaite, ni insatisfaite

2 = Moyennement insatisfaite

1 = Très insatisfaite

Q17 Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur pendant la pénétration vaginale ?

0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel

1 = Presque toujours ou toujours

2 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

4 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

5 = Presque jamais ou jamais

Q18 Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti une gêne ou de la douleur après la pénétration vaginale ?

0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel

1 = Presque toujours ou toujours

2 = La plupart du temps (plus d'une fois sur deux)

3 = Parfois (environ une fois sur deux)

4 = Rarement (moins d'une fois sur deux)

5 = Presque jamais ou jamais

Q19 Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau (degré) de gêne ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale ?

0 = Je n'ai pas eu de rapport sexuel

1 = Très élevé

2 = Élevé

3 = Moyen

4 = Faible

5 = Très faible ou inexistant

Questionnaire de Rosenberg

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié

1-Tout à fait en désaccord 2-Plutôt en désaccord 3-Plutôt en accord 4-Tout à fait en accord

- | | |
|---|---------|
| 1- Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre. | 1-2-3-4 |
| 2- Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités. | 1-2-3-4 |
| 3- Tout bien considéré, je suis portée à me considérer comme une ratée. | 1-2-3-4 |
| 4- Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens. | 1-2-3-4 |
| 5- Je sens peu de raisons d'être fière de moi. | 1-2-3-4 |
| 6- J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même. | 1-2-3-4 |
| 7- Dans l'ensemble je suis satisfaite de moi. | 1-2-3-4 |
| 8- J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même. | 1-2-3-4 |
| 9- Parfois je me sens vraiment inutile. | 1-2-3-4 |
| 10- Il m'arrive de penser que je suis une bonne à rien. | 1-2-3-4 |

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente ___ Très bonne ___ Bonne ___ Satisfaisante ___ Mauvaise ___

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an ___ Un peu meilleure qu'il y a un an ___
 A peu près comme il y a un an ___ Un peu moins bonne qu'il y a un an ___
 Pire qu'il y a un an ___

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

___ Ø ___ Ø ___ Ø ___
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

___ Ø ___ Ø ___ Ø ___
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

___ Ø ___ Ø ___ Ø ___
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

___ Ø ___ Ø ___ Ø ___
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

___ Ø ___ Ø ___ Ø ___
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

___ Ø ___ Ø ___ Ø ___
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

___ Ø ___ Ø ___ Ø ___
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

___ Ø ___ Ø ___ Ø ___
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.

___ Ø ___ Ø ___ Ø ___
 Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

Ø Ø Ø
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (réponse : oui ou non à chaque ligne)

	oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous ne l'espériez ?		
Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?		
Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort		

5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (réponse : oui ou non à chaque ligne).

	oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous n'espériez ?		
Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?		

6.- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?

Ø Ø Ø Ø
Pas du tout très peu assez fortement énormément

7.- Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?

Ø Ø Ø Ø
Pas du tout très peu assez fortement énormément

8.- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

Ø Ø Ø Ø Ø
Pas du tout un peu modérément assez fortement énormément

9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

Ø Ø Ø Ø Ø
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

Ø Ø Ø Ø Ø

Tout le temps	très souvent	parfois	peu souvent	jamais
---------------	--------------	---------	-------------	--------

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

☐	☐	☐	☐	☐
Tout le temps	très souvent	parfois	peu souvent	jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

☐	☐	☐	☐	☐
Tout le temps	très souvent	parfois	peu souvent	jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

☐	☐	☐	☐	☐
Tout le temps	très souvent	parfois	peu souvent	jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

☐	☐	☐	☐	☐
Tout le temps	très souvent	parfois	peu souvent	jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

☐	☐	☐	☐	☐
Tout le temps	très souvent	parfois	peu souvent	jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

☐	☐	☐	☐	☐
Tout le temps	très souvent	parfois	peu souvent	jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

☐	☐	☐	☐	☐
Tout le temps	très souvent	parfois	peu souvent	jamais

10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?

☐	☐	☐	☐	☐
Tout le temps	très souvent	parfois	peu souvent	jamais

11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

☐	☐	☐	☐	☐
Tout à fait vrai	assez vrai	ne sais pas	plutôt faux	faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

☐	☐	☐	☐	☐
Tout à fait vrai	assez vrai	ne sais pas	plutôt faux	faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

☐	☐	☐	☐	☐
Tout à fait vrai	assez vrai	ne sais pas	plutôt faux	faux

d. mon état de santé est excellent.

Ø	Ø	Ø	Ø	Ø
Tout à fait vrai	assez vrai	ne sais pas	plutôt faux	faux

Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Medical Care 1992;30:473–483.

Annexe VI : Questionnaire de Beck, tel que présenté dans le livret d'admission actuellement

Questionnaire de BECK (pour l'évaluation du niveau de dépression)

(Pr Aaron Tenkin Beck, psychiatre et Professeur émérite l'Université de Pennsylvanie)

Prénom :	Nom :	Date de naissance:.....
Date du test :		Traitement en cours

Choisissez la réponse qui correspond le mieux à votre état au cours de ces 3 dernières semaines.
Si votre total dépasse 20, vous souffrez peut-être de dépression et vous devriez apporter ce questionnaire à un médecin pour discuter de vos symptômes et de leur effet sur votre vie.

0- Je ne me sens pas triste.

1- Je me sens triste.

2- Je me sens perpétuellement triste et je n'arrive pas à m'en sortir.

3- Je suis si triste ou si découragé(e) que je ne peux plus le supporter.

0- Je ne me sens pas particulièrement découragé(e) en pensant à l'avenir.

1- Je me sens découragé(e) en pensant à l'avenir.

2- Il me semble que je n'ai rien à attendre de l'avenir.

3- L'avenir est sans espoir et rien ne s'arrangera.

0- Je n'ai pas l'impression d'être une(e) raté(e).

1- Je crois avoir connu plus d'échecs que le reste des gens.

2- Lorsque je pense à ma vie passée, je ne vois que des échecs.

3- Je suis un(e) raté(e).

0- Je tire autant de satisfaction de ma vie qu'autrefois.

1- Je ne jouis pas de la vie comme autrefois.

2- Je ne tire plus vraiment de satisfaction de la vie.

3- Tout m'ennuie, rien ne me satisfait.

0- Je ne me sens pas particulièrement coupable.

1- Je me sens coupable une grande partie du temps.

2- Je me sens vraiment coupable la plupart du temps.

3- Je me sens constamment coupable.

0- Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).

1- J'ai l'impression d'être parfois puni(e).

2- Je m'attends à être puni(e).

3- Je sens parfaitement que je suis puni(e).

0- Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.

1- Je suis déçu(e) de moi-même.

2- Je suis dégoûté(e) de moi-même.

3- Je me hais.

0- Je ne crois pas être pire que les autres.

1- Je critique mes propres faiblesses et défauts.

2- Je me blâme constamment de mes défauts.

3- Je suis à blâmer pour tout ce qui arrive de déplaisant.

0- Je ne pense jamais à me tuer.

1- Je pense parfois à me tuer mais je ne le ferai probablement jamais.

2- J'aimerais me tuer.

3- Je me tuerais si j'en avais la possibilité.

0- Je ne pleure pas plus que d'habitude.

1- Je pleure plus qu'autrefois.

2- Je pleure constamment.

3- Autrefois, je pouvais pleurer, mais je n'en suis même plus capable aujourd'hui.

<http://www.sommeil-mg.net>

(copyright)

- 0- Je ne suis pas plus irritable qu'autrefois.
 1- Je suis légèrement plus irritable que d'habitude.
 2- Je me sens agacé(e) et irrité(e) une bonne partie du temps.
 3- Je suis constamment irrité(e) ces temps-ci.
- 0- Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres.
 1- Je m'intéresse moins aux gens qu'autrefois.
 2- J'ai perdu la plus grande partie de mon intérêt pour les autres.
 3- Les gens ne m'intéressent plus du tout.
- 0- Je prends mes décisions exactement comme autrefois.
 1- Je remets les décisions au lendemain beaucoup plus fréquemment qu'autrefois.
 2- J'éprouve de grandes difficultés à prendre des décisions de nos jours.
 3- Je suis incapable de prendre des décisions.
- 0- Je ne crois pas que mon apparence a empiré.
 1- Je crains d'avoir l'air plus âgé(e) ou moins attrayant(e).
 2- Je crois que mon apparence a subi des changements irréversibles qui me rendent peu attrayant(e).
 3- Je crois que je suis laid(e).
- 0- Je travaille aussi bien qu'autrefois.
 1- J'ai besoin de fournir un effort supplémentaire pour commencer un travail.
 2- Je dois me forcer vraiment très énergiquement pour faire quoi que ce soit.
 3- Je suis absolument incapable de travailler.
- 0- Je dors aussi bien que d'habitude.
 1- Je ne dors pas aussi bien que d'habitude.
 2- Je me réveille une à deux heures plus tôt que d'habitude et j'ai du mal à me rendormir.
 3- Je me réveille plusieurs heures plus tôt que d'habitude et ne parviens pas à me rendormir.
- 0- Je ne me sens pas plus fatigué(e) que d'habitude.
 1- Je me fatigue plus vite qu'autrefois.
 2- Un rien me fatigue.
 3- Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
- 0- Mon appétit n'a pas changé.
 1- Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
 2- Mon appétit a beaucoup diminué.
 3- Je n'ai plus d'appétit du tout.
- 0- Je ne crois pas avoir maigri ces derniers temps.
 1- J'ai maigri de plus de cinq livres (2.2 kg).
 2- J'ai maigri de plus de dix livres (4.5 kg).
 3- J'ai maigri de plus de quinze livres (6.8 kg).
- 0- Ma santé ne m'inquiète pas plus que d'habitude.
 1- Certains problèmes physiques me tracassent comme des douleurs, des maux d'estomac ou des vertiges.
 2- Je suis très inquiet(e) à propos de problèmes physiques et il m'est difficile de penser à autre chose.
 3- Mes problèmes physiques me tracassent tant que je n'arrive pas à penser à rien d'autre.
- 0- Je n'ai pas remarqué de changements à propos de ma sexualité.
 1- Je m'intéresse moins aux rapports sexuels qu'autrefois.
 2- Je m'intéresse beaucoup moins aux rapports sexuels.
 3- J'ai perdu tout intérêt pour les rapports sexuels.

Votre Total: (sur 63)

Annexe VII : Données démographiques de la population d'étude

ID	groupe	age	chir pelv	K	traitement K	AD/anx	contraception	pilule OP	pilule MP	DIU cuivre	DIU hormone	Implant	préservatif	autre	Altération	souffrance	problème 1er	discussion avec médecin	traitement	autre médecin	Sage Femme	psychologue	sexologue	autre
art	1	58	0	0			1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
bel	1	25	0	0			0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
rob	1	37	0	0			0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
sou	1	53	1	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ten	1	31	0	0			1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1
gar	1	45	0	0			0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
coli	1	52	0	0			1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0
nap	1	34	0	0			1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0
pen	1	52	1	0			1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1
her	1	56	1	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
col	1	29	0	0			1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0
moi	1	43	0	0			0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
sev	1	47	0	0			1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
tab	1	69	1	1 chirurgie			1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0
cru	1	51	1	0	0		0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
bro	1	39	0	0	0		0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
fou	1	61	0	1 chirurgie			1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
tai	1	26	0	0	0		1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0

ID : identifiant patient/ Groupe 1: patientes en HDS au CETD soit à M0/ age: âge du patient lors de la prise en charge à M0/ chir pelv : antécédent de chirurgie pelvienne/ K : antécédent de cancer/ traitement K : traitement antcancéreux/ AD/anx : prise à M0 d'un traitement antidépresseur et/ou anxiolytique/ contraception : prise d'une contraception à M0/ pilule OP : pilule œstroprogestative/ pilule MP : pilule micro progestative/ Altération : altération de la sexualité ressentie/ souffrance : mise en souffrance ressentie/ Problème 1er : problème de 1er plan ressenti

Annexe VIII : Données du score FSFI à M0 et M3

ID	groupe	FSFI désir	désir corrigé	FSFI excitation	excitation corrigé	FSFI lubrification	lubrification corrigé	FSFI orgasme	orgasme corrigé	FSFI satisfaction	satisfaction corrigé	FSFI douleur	douleur corrigé	FSFI total
art	1	4	2,4	7	2,1	9	2,7	6	2,4	6	2,4	3	1,2	13,2
bel	1	9	5,4	19	5,7	20	6	15	6	14	5,6	15	6	34,7
rob	1	4	2,4	14	4,2	17	5,1	9	3,6	13	5,2	13	5,2	25,7
sou	1	6	3,6	12	3,6	14	4,2	10	4	9	3,6	9	3,6	22,6
ten	1	4	2,4	5	1,5	6	1,8	3	1,2	7	2,8	4	1,6	11,3
gar	1	2	1,2	6	1,8	20	6	6	2,4	6	2,4	15	6	19,8
coli	1	2	1,2	0	0	0	0	0	0	3	1,2	0	0	2,4
nap	1	6	3,6	10	3	8	2,4	5	2	9	3,6	5	2	16,6
pen	1	2	1,2	1	0,3	3	0,9	2	0,8	3	1,2	3	1,2	5,6
her	1	2	1,2	12	3,6	14	4,2	10	4	3	1,2	0	0	14,2
col	1	5	3	13	3,9	11	3,3	11	4,4	3	1,2	0	0	15,8
moi	1	4	2,4	9	2,7	15	4,5	8	3,2	10	4	12	4,8	21,6
sev	1	6	3,6	17	5,1	20	6	14	5,6	15	6	15	6	32,3
tab	1	4	2,4	10	3	17	5,1	8	3,2	9	3,6	9	3,6	20,9
cru	1	9	5,4	17	5,1	18	5,4	12	4,8	14	5,6	15	6	32,3
bro	1	6	3,6	18	5,4	20	6	9	3,6	13	5,2	9	3,6	27,4
fou	1	5	3	13	3,9	19	5,7	5	2	10	4	11	4,4	23
tai	1	2	1,2	4	1,2	6	1,8	3	1,2	3	1,2	0	0	6,6
art3	2	2	1,2	4	1,2	4	1,2	3	1,2	3	1,2	3	1,2	7,2
bel3	2													
rob3	2	2	1,2	8	2,4	14	4,2	7	2,8	6	2,4	11	4,4	17,4
sou3	2													
ten3	2	4	2,4	10	3	10	3	3	1,2	5	2	9	3,6	15,2
gar3	2	2	1,2	5	1,5	20	6	7	2,8	6	2,4	15	6	19,9
coli3	2	2	1,2	0	0	0	0	0	0	4	1,6	0	0	2,8
nap3	2	5	3	8	2,4	11	3,3	5	2	11	4,4	9	3,6	18,7
pen3	2													
her3	2	2	1,2	0	0	0	0	0	0	1	0,4	0	0	1,6
col3	2	6	3,6	0	0	0	0	9	3,6	6	2,4	0	0	9,6
moi3	2													
sev3	2	7	4,2	15	4,5	20	6	14	5,6	15	6	15	6	32,3
tab3	2													
cru3	2													
bro3	2	6	3,6	10	3	16	4,8	6	2,4	9	3,6	6	2,4	19,8
fou3	2	6	3,6	15	4,5	16	4,8	8	3,2	13	5,2	6	2,4	23,7
tai3	2	2	1,2	6	1,8	9	2,7	3	1,2	4	1,6	6	2,4	10,9

ID : identifiant patient/ Groupe 1: patientes en HDS au CETD/ Groupe 2: patientes à 3 mois de la prise en charge

Annexe IX : Données de l'échelle de Rosenberg, du score SF-36 et du BDI-II à M0 et M3

ID	groupe	Rosenberg	SF-36	Beck
art	1	27	60,01	20
rob	1	25	84,13	8
ten	1	26	56,58	36
gar	1	31	51,58	29
coli	1	25	54,89	40
nap	1	29	57,58	33
her	1	23	63,98	22
col	1	29	57,35	26
sev	1	27	60,38	22
bro	1	26	74,72	16
fou	1	26	70,69	23
tai	1	26	83,22	9
art3	2	27	65,03	35
rob3	2	25	83,74	13
ten3	2	29	56,41	35
gar3	2	21	59,46	21
coli3	2	24	56,53	
nap3	2	24	51,91	31
her3	2	23	68,9	23
col3	2	28	65,21	25
sev3	2	23	62,48	26
bro3	2	30	65,03	18
fou3	2	26	72,31	19
tai3	2	25	82,92	10

*ID : identifiant patient/ Groupe 1: patientes en HDS au CETD/
Groupe 2: patientes à 3 mois de la prise en charge*

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

Vu, le Président du Jury,
Professeur Julien NIZARD

Vu, le Directeur de Thèse,
Docteur Sébastien ABAD

Vu, le Doyen de la Faculté,
Professeur Pascale JOLLIET

Titre de Thèse : Impact d'une prise en charge pluridisciplinaire sur les troubles de la sexualité des patientes fibromyalgiques hospitalisées en Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur – Étude Pilote.

RESUME

La fibromyalgie est un syndrome douloureux chronique diffus, touchant particulièrement les femmes. La prise en charge multimodale centrée sur le patient comprend un abord médicamenteux, psychique, physique et social pluriprofessionnel. Les troubles de la sexualité touchent les patientes fibromyalgiques plus fréquemment que dans la population générale et ce dans tous les domaines de la sexualité (excitation, désir, lubrification, orgasme, satisfaction, douleur). Plusieurs études observationnelles ont retrouvé des liens entre les troubles sexuels et les comorbidités fréquemment rencontrées, entre autre la dépression, un antécédent traumatique, ou la iatrogénie.

Une enquête portant sur l'abord sexologique dans les CETD des CHU de France a été réalisée. Elle retrouve un screening dans 23% des structures et du reste un relais possible vers un sexologue intégré à la structure dans 17% d'entre elles.

Nous avons de plus réalisé une étude auprès de 18 patientes en hospitalisation de semaine (HDS) au CETD du CHU de Nantes qui retrouve une dysfonction sexuelle, c'est à dire un score FSFI inférieur au seuil de 23, chez 12 patientes (66%). Une souffrance consécutive importante (66%) pouvant constituer un problème de premier plan (25%) est également retrouvé. Les patientes avaient discuté de ces troubles de la sexualité dans 38% des cas, et pour 11% d'entre elles avec le médecin traitant. L'analyse des questionnaires à 3 mois ne retrouve pas d'amélioration significative du FSFI (sexualité), du score SF-36 (qualité de vie), du questionnaire de Beck (dépression), de l'échelle de Rosenberg (estime de soi). Un screening large, puis une prise en charge graduée est à développer, et un relais vers un sexologue pourrait être organisé si besoin.

MOTS-CLES

Femme, Fibromyalgie, Sexualité, Dysfonctionnements sexuels, Sexologie