

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2017 N° 125

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de Psychiatrie

par Grégory BUSNEL

né le 25 mars 1988 à Saint-Nazaire

Présentée et soutenue publiquement le mardi 12 septembre 2017

Sexualité, Antidépresseurs et Dépressions : prévalences des dysfonctions sexuelles chez des hommes français présentant un épisode dépressif majeur, non traités ou traités par antidépresseur(s). Perspectives de prises en charge.

Pr Marie GRALL-BRONNEC, médecin psychiatre addictologue
Pr Jean-Marie VANELLE, médecin psychiatre
Dr Caroline VICTORRI-VIGNEAU, pharmacologue MCU-PH
Dr Anne SAUVAGET, médecin psychiatre
Dr Maud POIRIER, médecin généraliste sexologue

Présidente du jury
Assesseur
Directrice de thèse
Co-directrice
Assesseur

TABLE DES MATIERES

I) <u>LA SEXUALITE MASCULINE – DONNEES FONDAMENTALES</u>	page 4
A- Rappels concernant l'anatomie génitale masculine	page 4
1. Le pénis	page 4
1.1. Généralités – aspects extérieurs	page 4
1.2. Constitution interne de la verge	page 4
1.3. Vascularisation	page 5
1.4. Innervation	page 5
1.5. Stabilité du pénis	page 6
2. Le tractus génital interne	page 6
2.1. La prostate	page 6
2.2. Les glandes bulbo-urétrales	page 6
2.3. Les testicules	page 6
2.4. Les vésicules séminales	page 7
B- Le cycle de la réponse sexuelle normale	page 8
1. Le modèle de Masters et Johnson – 1966	page 8
1.1. Phase 1 – Excitation	page 8
1.2. Phase 2 – Plateau	page 8
1.3. Phase 3 – Orgasme	page 9
1.4. Phase 4 – Résolution	page 9
2. Le modèle de Kaplan – 1974	page 9
C- Physiologie sexuelle masculine	page 10
1. Physiologie périphérique de l'érection	page 10
1.1. L'érection, un phénomène hémodynamique	page 10
1.2. Contrôle de la musculature lisse intra-caverneuse	page 11
1.2.1. Relaxation des fibres musculaires lisses	page 12
1.2.2. Contraction des fibres musculaires lisses	page 12
1.3. Systématisation neurologique périphérique	page 12
1.3.1. Voies afférentes sensibles	page 12
1.3.2. Voies efférentes motrices	page 13
1.4. Trois types d'érection	page 14
1.4.1. Erection réflexe	page 14
1.4.2. Erection psychogène	page 14
1.4.3. Erection nocturne	page 14
2. Physiologie périphérique de l'éjaculation	page 14
2.1. Définition	page 14
2.2. Les phases de l'éjaculation	page 15
2.3. Systématisation neurologique	page 15
D- Les dysfonctions sexuelles	page 16
1. Définition des DS selon les différentes nosographies	page 16
1.1. Généralités	page 16

1.2.	Les DS selon le DSM	page 16
1.2.1.	Diminution du désir sexuel chez l'homme	page 17
1.2.2.	Troubles de l'érection	page 18
1.2.3.	Ejaculation prématurée	page 19
1.2.4.	Ejaculation retardée	page 19
1.2.5.	DS induite par une substance ou un Médicament	page 21
1.2.6.	Autre dysfonction sexuelle spécifiée	page 21
1.2.7.	Autre dysfonction sexuelle non spécifiée	page 21
1.2.8.	Apports du DSM-5	page 22
1.3.	Les DS selon la CIM-10	page 22
1.3.1.	Absence ou perte du désir sexuel	page 23
1.3.2.	Aversion sexuelle et manque de plaisir sexuel	page 23
1.3.3.	Echec de la réponse génitale : trouble de l'érection	page 23
1.3.4.	Troubles de l'orgasme chez l'homme	page 23
1.3.5.	Ejaculation précoce	page 23
1.3.6.	Dyspareunie non organique	page 24
1.3.7.	Activité sexuelle excessive – satyriasis	page 24
1.3.8.	Autres DS non dues à un trouble organique	page 24
1.4.	Correspondances entre DSM et CIM	page 24
1.5.	Limites et critiques des définitions proposées	page 26
E- Physiopathologie et psychopathologie des troubles sexuels		page 27
1.	Psychopathologie	page 27
2.	Physiopathologie	page 27
3.	Etiologies des dysfonctions sexuelles	page 28
3.1.	Pathologies somatiques	page 29
3.1.1.	Vasculaires	page 29
3.1.2.	Endocrinologiques	page 29
3.1.3.	Neurologiques	page 29
3.1.4.	Traumatologiques	page 29
3.1.5.	Tissulaires	page 29
3.2.	Pathologies psychiatriques	page 29
3.2.1.	Les troubles de l'humeur	page 30
3.2.2.	Les troubles anxieux	page 30
3.2.3.	Les troubles psychotiques	page 30
3.2.4.	Les troubles de la personnalité	page 31
3.3.	Toxiques	page 31
3.4.	Iatrogénie	page 31
3.5.	Aspects psycho-socio-affectifs	page 31
F- Notion de « santé sexuelle » et qualité de vie		page 32
II) <u>LES TROUBLES DEPRESSIFS</u>		page 33
A- Définition		page 33
B- Données épidémiologiques		page 33
C- Critères diagnostiques du DSM-5 pour		

l'Episode dépressif majeur	page 34
D- Retentissement des troubles dépressifs	page 35
E- Dépressions et sexualité	page 35
1. Les atteintes sexuelles comme symptômes des dépressions	page 35
2. Répercussions des troubles de la sexualité chez l'homme	page 38
3. Sexualité et dépressions, des liens bidirectionnels	page 39
F- Conclusion	page 39
III) <u>LES ANTIDEPRESSEURS</u>	page 40
A- Définition et classes pharmacologiques	page 40
1. Les tricycliques ou imipraminiques	page 40
2. Les IMAO	page 41
3. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine	page 41
4. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline	page 42
5. Les autres classes	page 42
B- Retentissement sur la fonction sexuelle	page 43
1. Epidémiologie des dysfonctions sexuelles sous antidépresseurs	page 43
2. Caractérisation	page 43
2.1. Les tricycliques	page 44
2.2. Les IMAO	page 44
2.3. Les IRS	page 44
2.4. Les IRSNa	page 45
2.5. Les autres classes	page 46
3. Risques des DS iatrogènes	page 47
C- Conclusion	page 47
IV) <u>SEXUALITE, ANTIDEPRESSEURS ET DEPRESSIONS</u>	page 48
A- A propos d'un cas – Arnaud	page 48
1. Présentation du cas	page 48
2. Remarques et critiques à propos du cas	page 53
B- Justification de la recherche	page 55

1. Les enjeux : pouvoir en parler pour préserver l'alliance et l'observance	page 55
2. Des travaux peu nombreux qui présentent des limites	page 56
2.1. Des résultats contradictoires	page 56
2.2. Absence de consensus en clinique sexologique	page 56
2.3. Des résultats non comparables	page 57
2.4. Des données qui manquent de précision	page 57
3. Conclusion	page 58
V) <u>METHODOLOGIE</u>	page 59
A- Définitions des DS retenues pour l'étude SADD	page 59
1. Diminution du désir sexuel chez l'homme	page 59
2. Dysfonction érectile	page 60
3. Ejaculation sèche	page 61
4. Ejaculation anhédonique	page 61
5. Ejaculation retardée	page 61
6. Ejaculation prématurée	page 61
7. Dyspareunie masculine non organique	page 62
8. Priapisme	page 62
B- Justification du choix des outils d'investigation des DS	page 63
1. Méthodes d'exploration de la sexualité humaine et de ses dysfonctions	page 63
1.1. Mesures psychophysiologiques	page 63
1.2. Observation du comportement sexuel	page 63
1.3. Entretiens sexologiques	page 63
1.4. Autoévaluation	page 64
1.5. Questionnaires	page 64
2. Justifications du choix des méthodes d'investigation	page 64
2.1. Caractéristiques des outils à utiliser dans l'étude	page 64
2.2. Méthodes psychophysiologiques	page 65
2.3. Observations du comportement sexuel	page 66
2.4. Entretiens sexologiques	page 66
2.5. Autoévaluation	page 66
2.6. Questionnaires	page 67
3. Constitution de l'instrument d'évaluation	page 67
3.1. Justification de l'intérêt d'un questionnaire composite	page 67
3.2. Présentation descriptive des différents questionnaires Utilisables	page 70
3.2.1. International Index of Erectile Function	page 71

3.2.2.	Male Sexual Health Questionnaire	page 74
3.2.3.	Index Premature Ejaculation	page 75
3.2.4.	Premature Ejaculation Profile	page 75
3.2.5.	Premature Ejaculation Diagnostic Tool	page 76
3.2.6.	Change in Sexual Functioning Questionnaire Short Form	page 77
3.2.7.	Arizona Sexual Experience Scale	page 78
3.2.8.	Brief Men Sexual Function Inventory	page 79
3.2.9.	Derogatis Sexual Functioning Inventory	page 80
3.2.10.	Questionnaire d'interaction sexuelle	page 80
3.2.11.	Inventaire du comportement Sexuel	page 81
4.	Elaboration de l'instrument du protocole SADD	page 82
4.1.	Description	page 82
4.2.	Justification des questions ajoutées	page 83
C-	Objectifs et critères de jugement	page 84
1.	Objectif et critère d'évaluation principal	page 84
1.1.	Objectif principal	page 84
1.2.	Critère de jugement principal	page 84
1.3.	Outils d'investigation	page 85
1.4.	Interprétation des résultats	page 85
1.4.1.	Exploration du désir sexuel	page 85
1.4.2.	Exploration de l'érection	page 85
1.4.3.	Exploration de l'orgasme	page 86
1.4.4.	Exploration de la satisfaction sexuelle	page 87
1.4.5.	Exploration de la gêne	page 87
2.	Objectifs et critères d'évaluation secondaires	page 87
2.1.	Objectifs secondaires	page 87
2.1.1.	Caractérisation des profils des patients ayant une DS	page 87
2.1.2.	Evolutivité de la fonction sexuelle	page 87
2.2.	Critères d'évaluation secondaires	page 88
2.2.1.	Caractérisation des profils des patients ayant une DS	page 88
2.2.2.	Evolutivité de la fonction sexuelle	page 88
2.3.	Outils d'investigation	page 88
2.4.	Interprétation des résultats	page 88
D-	Population étudiée et recrutement	page 89
1.	Critères d'inclusion	page 89
2.	Critères de non inclusion	page 89
3.	Recrutement des patients	page 90
4.	Médecins recruteurs partenaires	page 90
5.	Règles d'arrêt de participation d'une personne	page 90
E-	Data management et statistiques	page 91

1. Recueil et traitement des données de l'étude	page 91
1.1. Recueil et circuit des données	page 91
1.2. Codage des données	page 91
1.3. Traitement des données	page 91
2. Statistiques	page 91
2.1. Description des méthodes statistiques prévues, y compris du calendrier des analyses intermédiaires prévues	page 91
2.1.1. Analyse descriptive	page 91
2.1.2. Analyse du critère de jugement principal	page 92
2.1.3. Analyse des critères de jugement secondaires	page 92
2.1.4. Analyse univariée	page 92
2.1.5. Analyse multivariée	page 92
2.2. Justification statistique du nombre d'inclusions	page 92
2.3. Degré de signification statistique prévu	page 92
2.4. Méthode de prise en compte des données manquantes, inutilisées ou non valides	page 93
F- Aspects administratifs et réglementaires	page 93
1. Droits d'accès aux données et documents sources	page 93
2. Données informatisées et soumission à la CNI	page 93
3. Avis éthique	page 93
4. Inspection / audit	page 93
5. Amendements au protocole	page 93
6. Règles relatives à la publication	page 94
7. Archivage des données sources	page 94
G- Considérations éthiques	page 94
1. Information du patient et non opposition	page 94
2. Recueil du consentement écrit du patient	page 94
H- Résumé du protocole de l'étude	page 94
VI) <u>RESULTATS</u>	page 97
A- Inclusion / Exclusion	page 97
B- Description de la population étudiée	page 97
1. Caractéristiques générales	page 97
2. Sur le plan sexuel	page 102
3. Comparaison des variables des groupes traités et non traités	page 102

C- Résultats concernant le critère de jugement principal	page 103
D- Prévalence des dysfonctions sexuelles	page 103
1. Troubles du désir	page 103
2. Dysfonction érectile	page 104
3. Priapismes	page 104
4. Les troubles de l'éjaculation	page 105
E- Satisfaction sexuelle	page 105
F- Gêne	page 106
G- Caractérisation des profils des patients présentant une DS	page 107
H- Evolutivité de la fonction sexuelle	page 107
VII) <u>DISCUSSION</u>	page 110
A- Critique des résultats obtenus	page 110
1. Les troubles du désir	page 110
2. Les troubles érectiles	page 112
3. Les troubles de l'éjaculation	page 112
4. La satisfaction sexuelle	page 116
5. La gêne	page 117
6. Evolutivité de la fonction sexuelle	page 118
B- Limites et forces de l'étude SADD	page 119
1. Puissance de l'étude et pertes d'informations	page 119
2. Cohérence de l'étude SADD	page 119
3. En lien avec la population recrutée	page 120
4. En lien avec les définitions des dysfonctions sexuelles	page 121
5. En lien avec l'outil d'investigation	page 122
6. En lien avec le remplissage du questionnaire	page 124
7. Conclusion	page 125
VIII) <u>PROPOSITIONS DE PRISES EN CHARGE DES DYSFONCTIONS SEXUELLES</u>	page 126

A- Prises en charge des troubles du désir	page 127
1. Les traitements pharmacologiques	page 127
2. La prise en charge psychosexuelle	page 127
B- Prises en charge des troubles érectiles	page 129
1. Les traitements pharmacologiques per os	page 129
1.1. La yohimbine	page 129
1.2. Les IPDE5	page 130
1.3. La testostérone	page 132
2. Les traitements pharmacologiques injectables	page 133
3. Le traitement pharmacologique trans-urétral	page 134
4. Le traitement mécanique par pompe à succion	page 134
5. Les traitements chirurgicaux	page 135
6. La prise en charge psychosexuelle	page 135
6.1. Complémentarité de la prise en charge psychologique	page 135
6.2. Prise en charge psychologique de l'homme	page 136
6.3. Prise en charge psychologique du couple	page 136
6.4. Technique de Masters et Johnson	page 137
6.5. Désensibilisation systématique	page 138
6.6. Méthodes pour les hommes sans partenaires sexuels	page 138
7. Prises en charge des dysfonctions érectiles chez les hommes dépressifs et/ou traités par antidépresseurs	page 139
7.1. Attendre la rémission spontanée de la dysérection	page 139
7.2. Drug Hollidays	page 139
7.3. Changer de molécule	page 139
7.4. Baisser la posologie du traitement antidépresseur	page 140
7.5. Proposer l'usage d'antidotes/correcteurs	page 140
7.6. Proposer des IPDE5	page 141
7.7. Conclusion	page 141
C- Prise en charge des troubles de l'orgasme	page 142
1. Retards d'éjaculation / anéjaculations	page 142
2. Ejaculations prématurées	page 143
2.1. La prise en charge psychosexuelle	page 143
2.1.1. La technique « départ-arrêt »	page 143
2.1.2. Le reconditionnement de la réponse sexuelle	page 143
2.1.3. Augmentation de la perception sensorielle génitale précédant l'éjaculation	page 144
2.1.4. Thérapie systémique de couple	page 145
2.1.5. Désensibilisation systématique	page 145
2.1.6. Thérapies cognitivo-comportementales	page 145
2.1.7. Sexocorporel	page 145
2.2. La prise en charge pharmacologique	page 146
2.3. Conclusion	page 146

3. Autres troubles de l'éjaculation	page 147
3.1. Prise en charge des aspermies	page 148
3.2. Prise en charge des éjaculations rétrogrades	page 149
3.3. Prise en charge des éjaculations anhédoniques	page 149

<u>IX) CONCLUSION</u>	page 150
------------------------------	----------

<u>REMERCIEMENTS</u>	page 154
-----------------------------	----------

<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	page 157
-----------------------------	----------

<u>ANNEXES</u>	page 167
-----------------------	----------

Annexe 1 – Questionnaire composite SADD	page 168
Annexe 2 – Lettre adressée au comité d'éthique en santé de Nantes	page 180
Annexe 3 – Courrier adressé aux médecins libéraux	page 181
Annexe 4 – Courrier adressé aux médecins hospitaliers	page 184
Annexe 5 – Réponse du comité d'éthique	page 186
Annexe 6 – Dictionnaire des abréviations	page 188
Annexe 7 – Lettre de recrutement des médecins	page 189
Annexe 8 – Questionnaire IIEF	page 190
Annexe 9 – Questionnaire CSFQ	page 194
Annexe 10 – Questionnaire SHIM	page 196
Annexe 11 – Questionnaire MSHQ	page 197
Annexe 12 – Questionnaire PEDT	page 202
Annexe 13 – Statistiques / Croisements des variables	page 203
Annexe 14 – Données manquantes	page 210

La dépression est une maladie psychiatrique fréquente dont les répercussions peuvent être lourdes pour les patients, notamment en matière de qualité de vie. Le respect de la qualité de vie et de la dignité est devenu un des fers de lance de la médecine ces dernières années.

La notion de santé sexuelle est définie comme étant un bien-être physique, psychologique et social en lien avec la sexualité et ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité [1]. Elle fait partie intégrante de la qualité de vie et doit être respectée.

Il existe des relations étroites et complexes, bidirectionnelles entre les troubles dépressifs, les traitements antidépresseurs et la sexualité. Cette dernière est constamment impactée par la dépression. De même, l'usage de traitements antidépresseurs est susceptible de perturber la fonction sexuelle. Pourtant, en pratique, les dysfonctions sexuelles sont peu recherchées, alors mêmes qu'elles sont référencées dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [2].

Des travaux ont été conduits ces dernières années afin d'alerter la communauté médicale et d'amener à l'évolution des pratiques. Malheureusement, ces travaux sont peu nombreux et utilisent des méthodologies différentes, souvent non comparables. Les résultats sont parfois contradictoires et nous ne disposons que de peu de données de prévalences des différentes dysfonctions sexuelles observées chez les hommes dépressifs traités ou non par chimiothérapie antidépressive.

La détermination de ces prévalences est l'objectif principal de cette recherche. On s'interroge sur l'existence de spécificités sexuelles imputables à la dépression seule ou aux antidépresseurs.

Nous espérons que ce travail permette de déterminer quelles sont les atteintes sexuelles les plus fréquentes afin de mieux sensibiliser les médecins à leur dépistage et leur prise en charge dans le cadre des dépressions.

Les enjeux sont de taille : il s'agit de mieux prendre en charge le patient en tenant compte de son confort, de favoriser le maintien d'une bonne observance thérapeutique, de connaître et mieux prendre en charge les dysfonctions sexuelles en psychiatrie, et enfin d'articuler les soins psychiatriques et sexologiques.

Nous proposons dans une première partie de revenir sur les données anatomiques et physiologiques fondamentales à une bonne compréhension de la sexualité masculine. Nous y proposerons également des définitions des dysfonctions sexuelles masculines.

Dans une deuxième partie nous reviendrons sur quelques généralités concernant les troubles dépressifs et nous décrirons l'impact de ces troubles sur le fonctionnement sexuel.

Une troisième partie sera l'occasion d'évoquer les perturbations sexuelles en lien avec l'usage des antidépresseurs dans le traitement de la dépression.

Dans une quatrième partie, nous proposerons le cas clinique d'Arnaud, qui illustre la complexité des relations entre les troubles dépressifs, les traitements antidépresseurs et la sexualité et servira de support à la justification de ce travail de thèse.

Dans la cinquième partie de ce travail nous exposerons la méthodologie de notre protocole de recherche, justifierons et expliquerons comment nous avons construit l'outil d'investigation.

Les résultats obtenus après analyses et exploitations des données seront fournis dans une sixième partie.

Ils seront discutés et critiqués dans la septième partie.

Enfin, dans la huitième et dernière partie nous nous efforcerons de proposer des pistes pour la prise en charge des troubles sexuels chez ces hommes.

I) LA SEXUALITE MASCULINE – DONNEES FONDAMENTALES

A- Rappels concernant l'anatomie génitale masculine

Les organes génitaux externes de l'homme comprennent le pénis et le scrotum contenant les testicules [3].

1. Le pénis

1.1. Généralités – aspects extérieurs

Il s'agit de l'organe de la copulation. A l'état de base il mesure en moyenne selon les individus 7 à 12 cm. A l'état d'érection, il mesure entre 12 et 21 cm.

Le pénis comprend trois parties [4]:

- ✓ Une partie proximale qui est fixée au périnée et à la branche inférieure du pubis.
- ✓ Une partie intermédiaire, libre et mobile.
- ✓ Une partie distale renflée et rosée, appelée le gland pénien.

Le gland constitue la seule zone érogène primaire de l'homme [4].

Le gland est protégé par un revêtement cutané mobile, le prépuce.

Certains hommes sont circoncis pour des raisons religieuses, médicales ou par convenances personnelles.

1.2. Constitution interne de la verge

Le pénis se compose de corps érectiles (lames vasculaires, cloisons conjonctives, fibres musculaires lisses, innervation) et d'enveloppes qu'on appelle des fascias.

Ces corps érectiles sont à l'état de flaccidité vides de sang et s'en gorgent lors de l'excitation sexuelle permettant l'érection [4].

Ils se présentent sous la forme de 3 cylindres. On retrouve deux corps caverneux en canon de fusil séparés entre eux par un septum poreux. En dessous d'eux, dans la gouttière qu'ils délimitent, on trouve un troisième cylindre de tissu érectile : le corps spongieux [4]. **[Figure 1]**.

La racine des corps caverneux est fixée à la branche inférieure du pubis. Ils se terminent par une pointe mousse qui s'unit au gland pénien.

Les corps caverneux sont recouverts par les muscles ischio-caverneux. La contraction de ces derniers chasse le sang vers le gland ce qui renforce l'érection en permettant le phénomène d'hyper-rigidité [4].

Le corps spongieux, ou bulbe, est parcouru longitudinalement par l'urètre. Son extrémité antérieure forme le gland pénien. La partie postérieure est fixée au diaphragme urogénital.

Il est recouvert par le muscle bulbo-spongieux qui s'oppose au retour veineux et chasse le sang vers le gland lors de l'érection. Contrairement aux corps caverneux il reste toujours compressible même pendant l'érection rendant le passage du sperme possible [4].

Les corps caverneux et spongieux sont entourés d'une membrane inextensible, l'albuginée. Lors de l'érection le réseau veineux vient s'écraser contre cette albuginée entraînant alors le blocage du retour veineux et une stase sanguine.

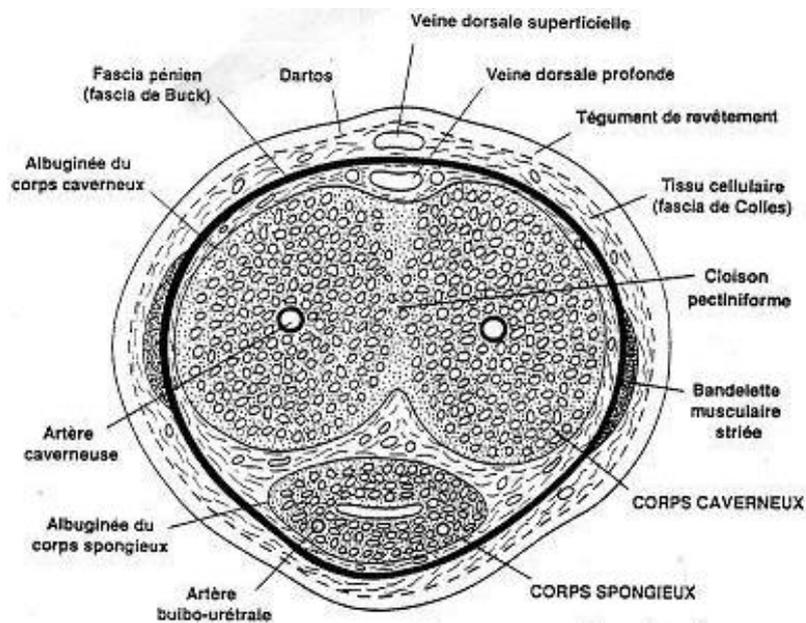


Figure 1 : Coupe transversale de la verge [5].

1.3. Vascularisation

La vascularisation artérielle des corps érectiles est assurée par l'artère dorsale du pénis, les artères caverneuses et bulbo-urétrales [3].

La vascularisation veineuse est effectuée par les veines dorsales superficielles et profondes.

1.4. Innervation

Le pénis est innervé par les nerfs dorsaux (nerf purement sensitif). L'information est ensuite relayée sur les nerfs mixtes pudendaux [4].

1.5. Stabilité du pénis

La stabilité du pénis est assurée par :

- Le ligament Fundiforme [4] qui forme une sangle empêchant le retour veineux. Deux faisceaux partent de la ligne blanche et se fixent sur les faces latérales et inférieures du fascia pénien.
- Le ligament Suspenseur du pénis qui passe entre les deux faisceaux du ligament Fundiforme et attache le pénis à la ligne blanche et la symphyse pubienne [4].

2. Le tractus génital interne

Le tractus génital interne se compose des glandes et des voies spermatiques.

2.1. La prostate

La prostate est une petite glande blanchâtre en forme de châtaigne qui enserre l'urètre au niveau de sa confluence avec les voies spermatiques [Figure 2]. Elle participe à la constitution du sperme. Elle est située en arrière de la symphyse pubienne, en avant du rectum, sous la vessie et au-dessus du périnée. Elle aurait un rôle non négligeable dans le plaisir sexuel et certains auteurs la comparent à un équivalent du point G de la femme chez l'homme.

2.2. Les glandes bulbo-urétrales

Les glandes bulbo-urétrales de Cowper sont situées à proximité de l'extrémité proximale du corps spongieux (bulbe) et s'ouvrent dans l'urètre. Elles sécrètent au cours de la phase d'excitation un liquide mucoïde filant, transparent qui lubrifie l'urètre et la prépare à l'éjaculation [4].

2.3. Les testicules

Les testicules sont des glandes endocrines (stéroïdogénèse) et exocrines (spermatogénèse) paires et symétriques. Elles mesurent en général 3 cm de haut, 2 de large et 5 cm de profondeur. Elles sont logées dans le scrotum qui constitue une enveloppe cutanée plus ou moins lâche.

Au sommet des testicules on retrouve les épидidymes qui se prolongent par les canaux déférents qui remontent jusqu'au niveau de la prostate [Figure 2].

2.4. Les vésicules séminales

Les vésicules séminales sont deux glandes qui débouchent au niveau de la prostate pour rejoindre les canaux déférents qui forment à ce niveau les canaux éjaculateurs. Elles sécrètent le plasma séminal, liquide riche en fructose et contenant de nombreuses protéines indispensables à la fécondation de l'ovocyte.

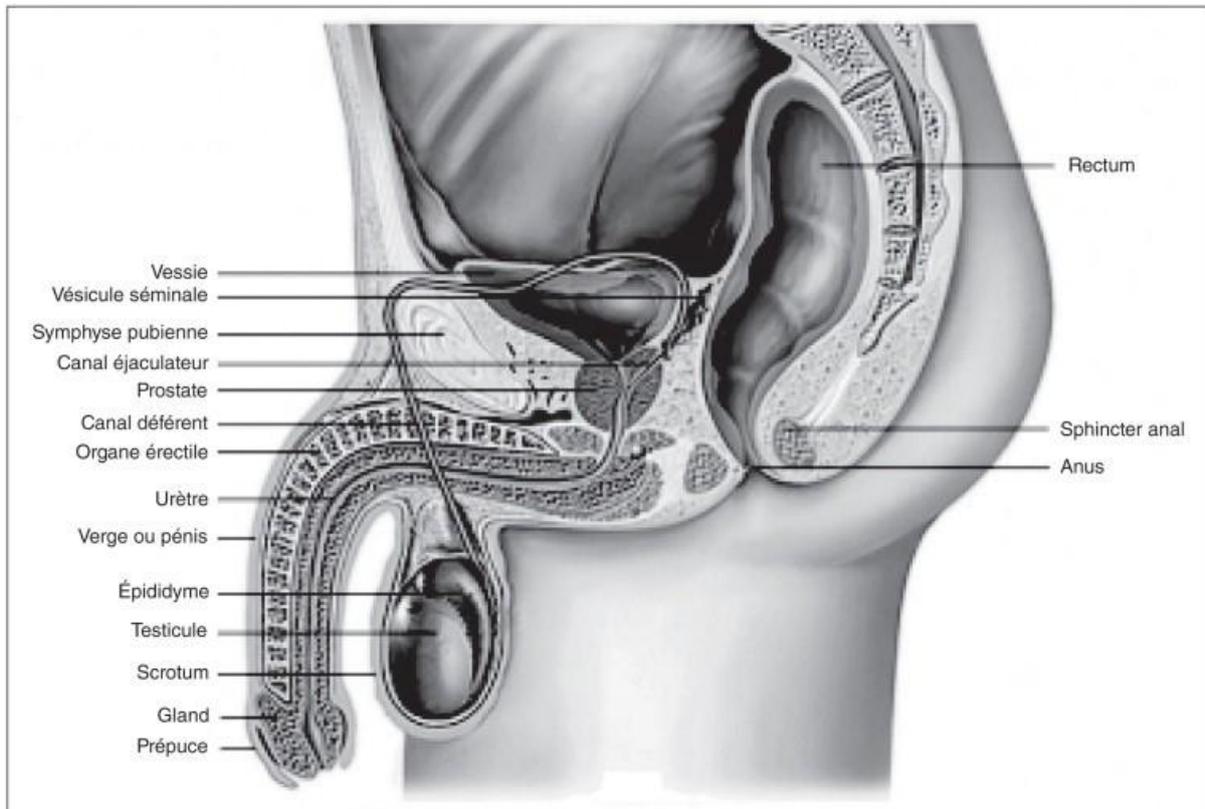


Figure 2 : Coupe sagittale de l'appareil génital interne et externe de l'homme [6].

B- Le cycle de la réponse sexuelle normale

Les dysfonctions sexuelles masculines sont définies en référence au cycle de la réponse sexuelle normale dont le premier modèle a été proposé par Masters et Johnson en 1966 dans leur ouvrage « Le cycle de la réponse sexuelle » [7]. Ces deux chercheurs américains ont observé et mesuré la réponse sexuelle humaine sur des couples de volontaires.

1. Le modèle de Masters et Johnson – 1966

Le modèle de Masters et Johnson est un modèle linéaire, qui s'applique aux deux sexes. Il s'agit d'un modèle médical, tenant peu compte des facteurs cognitifs et psychologiques [7]. Il se divise en quatre grandes phases [7]. [Figure 3].

1.1. Phase 1 - Excitation

Durant cette phase, l'organisme répond à une stimulation sexuelle. C'est l'induction du rapport sexuel qui se caractérise par la tumescence des zones érogènes primaires, (gland pénien).

Cette intumescence se poursuit jusqu'à l'érection. Cette phase s'accompagne de modifications anatomo-physiologiques objectivables qui conduisent à une sensation de plaisir sexuel subjectif. On observe par exemple une rétraction et un épaississement du tégument scrotal limitant la mobilité des testicules [3]. On observe au niveau extra-génital l'augmentation de la pression artérielle, de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire, l'apparition d'un thélotisme au niveau des mamelons [4].

1.2. Phase 2 – Plateau

Durant cette phase, les phénomènes observés en phase 1 restent stables et à leur intensité maximale [4]. On observe une hyper-rigidité pénienne par contraction des muscles ischio-caverneux et bulbo-spongieux qui entraînent une turgescence du gland [3]. Les glandes para-urétrales de Cowper sécrètent un liquide mucoïde épais, clair et filant qui vient lubrifier l'urètre et la prépare à l'éjaculation [3]. Le gland pénien change parfois de couleur selon les individus [3]. La peau rougit, la pression artérielle et la fréquence cardiaque restent élevées. La tension volontaire ou involontaire des muscles squelettiques s'accroît.

1.3. Phase 3 – Orgasme

L'orgasme correspond au déclenchement du réflexe orgastique (l'orgaste) c'est-à-dire par la contraction rythmique et involontaire de la musculature périnéale toutes les 0,8 secondes [4] associée à une sensation de plaisir intense et une modification de l'état de conscience. L'orgaste est contemporain, dans les conditions normales, de l'éjaculation. L'éjaculation correspond à l'accumulation de sperme sous pression au niveau de l'urètre prostatique suite à la contraction des voies spermatiques et des muscles périnéaux puis à son déplacement vers le méat urinaire par lequel il est expulsé vers l'extérieur [3].

1.4. Phase 4 – Résolution

Les phénomènes de la phase d'excitation diminuent rapidement [4]. Chez l'homme il existe une période réfractaire pendant laquelle toute nouvelle stimulation sexuelle est impossible [3]. Sa durée varie selon les individus et selon l'âge.

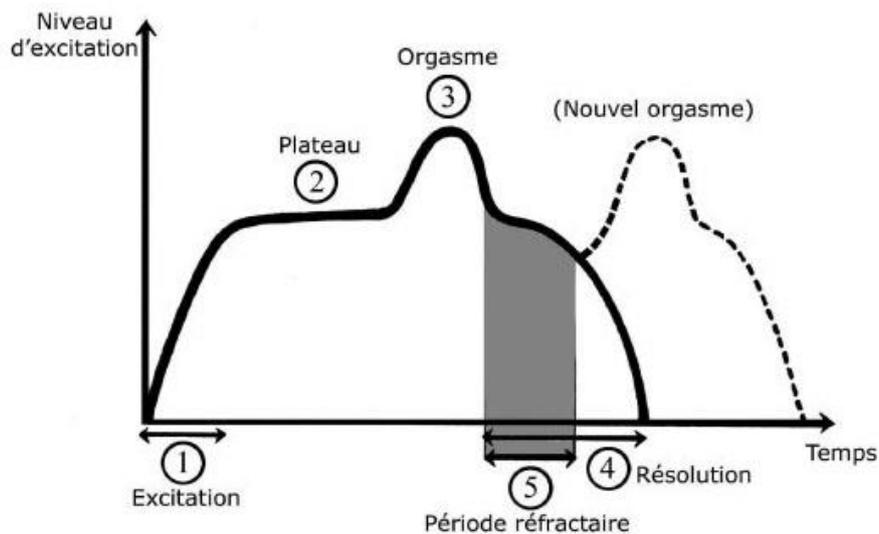


Figure 3 : Cycle de la réponse sexuelle selon le modèle linéaire de Masters et Johnson [8].

2. Le modèle de Kaplan – 1974

Le modèle précédent a été complété par Helen Kaplan en 1974. Ce psychiatre reproche au modèle Mastérien de faire débuter le cycle de la réponse sexuelle par l'excitation sans tenir compte du désir. Elle propose donc un modèle en trois phases, linéaire également, mais qui prend en considération les facteurs cognitifs et psychologiques dans le fonctionnement sexuel [7].

Elle propose une première phase de désir, puis une deuxième phase correspondant à l'excitation de Masters et Johnson, et enfin une troisième phase correspondant à l'orgasme du modèle Mastérien. Elle ne retient pas la phase de résolution qui n'apporte rien selon elle dans la compréhension de la sexualité.

Le modèle de Kaplan est un modèle intégratif associant les aspects biologiques et psychologiques [7].

C- Physiologie sexuelle masculine

1. Physiologie périphérique de l'érection

1.1. L'érection, un phénomène hémodynamique

Les corps caverneux comportent des fibres musculaires lisses. La contraction et la relaxation de ces fibres sont indépendantes de la volonté et sont commandées par le système nerveux végétatif (dit autonome).

A l'état basal, c'est-à-dire à l'état de flaccidité du pénis, les fibres musculaires lisses intra-caverneuses sont contractées et ferment les espaces sinusoides. De ce fait les corps érectiles sont vides de sang. Les circulations veineuses et artérielles sont équilibrées avec des débits assez bas, ce qui permet une bonne oxygénation tissulaire du pénis.

Lors de la stimulation sexuelle, les fibres musculaires lisses intra-caverneuses se relâchent. On assiste à une augmentation de l'afflux de sang artériel. Les espaces sinusoides des corps érectiles se remplissent de sang et le pénis augmente de volume et s'allonge. C'est le début de l'érection. A ce moment la pression intra-caverneuse est égale à la pression artérielle systolique.

Les corps caverneux sont entourés d'un tissu inextensible, l'albuginée. A un moment, en augmentant de volume, ils viennent écraser les veines sous-albuginales contre l'albuginée. Au niveau pénien, les voies de retour veineux vers la circulation générale sont bloquées entraînant une stase sanguine dans les corps érectiles. La pression intra-caverneuse augmente et dépasse la pression artérielle systolique. L'érection est maximale. Le sang passe alors dans le corps spongieux et va permettre la tuméfaction du gland. Ce phénomène est accentué par la contraction des muscles ischio-caverneux et bulbo-spongieux qui chassent le sang vers le gland, amenant à une hyper-rigidité pénienne en augmentant encore la pression intra-caverneuse [Figure 4]. L'érection est donc un phénomène neuro-vasculaire.

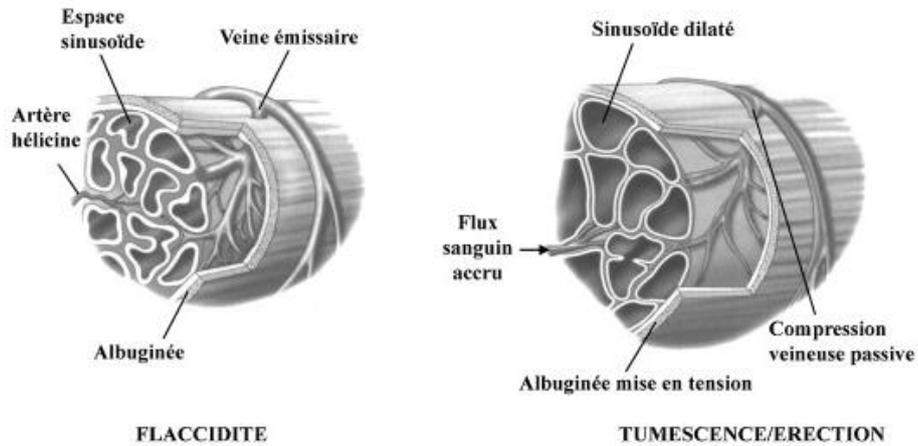


Figure 4 : Illustration du réflexe de congestion vasculaire des corps caverneux [9].

La détumescence est à mettre en lien avec la contraction des fibres musculaires lisses intra-péniennes. Le sang est chassé des espaces sinusoides qui se contractent. Le retour veineux redevient possible et la pression intra-caverneuse diminue.

1.2. Contrôle de la musculature lisse intra-caverneuse

Les fibres musculaires lisses intra-caverneuses sont sous le contrôle du système nerveux végétatif et de sécrétions endothéliales.

Ce système nerveux végétatif à deux composantes : une orthosympathique dont le tonus est adrénergique ; une parasympathique dont le tonus est cholinergique. Son fonctionnement échappe à la conscience et à la volonté.

La contraction des fibres musculaires lisses intra-caverneuses dépend de l'action du système orthosympathique. A l'état basal, c'est-à-dire à l'état de flaccidité pénienne, c'est le système orthosympathique qui contrôle la contraction des fibres musculaires lisses et empêche les espaces sinusoides de se gorger de sang.

Lors de l'érection répondant à l'excitation sexuelle, le système parasympathique va permettre la relaxation des fibres musculaires lisses intra-caverneuses et donc l'engorgement des espaces sinusoides par le sang.

La verge présente une triple innervation végétative:

- une composante orthosympathique adrénergique
- une composante parasympathique cholinergique
- une composante peptidergique

1.2.1. Relaxation des fibres musculaires lisses

Elle dépend du système parasympathique. Le neurotransmetteur du système parasympathique est l'acétylcholine. Ce neurotransmetteur intervient de manière indirecte dans le déclenchement de l'érection. En effet, il permet d'abord une diminution du tonus adrénergique basal (dû au fonctionnement du système orthosympathique) et une facilitation de l'innervation peptidergique NANC (Non Acétylcholine Non Adrénergique).

Plusieurs neurotransmetteurs sont impliqués dans l'innervation peptidergique NANC parmi lesquels les prostaglandines PGE1, le Vasointestinal polypeptide VIP, le monoxyde d'azote NO.

Le NO est sécrété par les cellules endothéliales qui recouvrent les fibres musculaires, il intervient dans la synthèse de GMPc (Guanosine Monophosphate cyclique) à partir de GTP (Guanosine Triphosphate). L'accumulation du GMPc favorise la relaxation des fibres lisses et donc la survenue de l'érection.

Les cellules endothéliales sont souvent lésées chez les hommes diabétiques, souffrant d'hypertension artérielle ou de dyslipidémies. On comprend alors pourquoi on retrouve souvent des dysfonctions érectiles chez les patients atteints de ces pathologies [10].

A noter que le GMPc est dégradé par une enzyme, la phosphodiesterase de type 5.

C'est en bloquant cette enzyme avec des médicaments IPDE5 qu'on peut traiter les dysfonctions érectiles en favorisant l'accumulation du GMPc.

1.2.2. Contraction des fibres musculaires lisses

Elle fait intervenir le tonus basal alpha-1-adrénergique du système orthosympathique.

Il existe d'autres médiateurs, notamment peptidergiques comme le neuropeptide Y, l'endothéline. La sérotonine est également impliquée.

1.3. Systématisation neurologique périphérique

1.3.1. Voies afférentes sensibles

La muqueuse du gland du pénis, zone érogène primaire, contient des corpuscules de volupté, dits de Krause-Finger. La stimulation de ces récepteurs permet la genèse d'un message nerveux sensitif indispensable au déclenchement du réflexe orgasmique. Il est véhiculé par le nerf dorsal de la verge (nerf purement sensitif) puis relayé par le nerf

pudendal (nerf mixte : moteur, sensitif et végétatif). Le message sensitif arrive via les racines sacrées sensibles S2 S3 et S4 au niveau des cornes postérieures de la moelle épinière.

Ces voies afférentes sensibles font synapses dans la moelle avec les voies efférentes (végétatives et motrices) qui la quittent à sa partie ventro-latérale.

Au niveau de la moelle épinière il existe deux grands centres du contrôle sexuel :

- Le centre sacré. Il se compose de chaque côté (droit et gauche) des racines sacrées S2 S3 et S4. Il intervient dans les érections réflexes (arc réflexe) et dans la phase d'expulsion du sperme. Une composante parasympathique en part.
- Le centre thoraco-lombaire. Il se compose des racines L11, L12 et T1. Il intervient dans la collection du sperme dans l'urètre postérieur (phase d'émission) et dans le tonus basal adrénérger (flaccidité). Une composante orthosympathique en part.

Ces centres médullaires sont interconnectés via la moelle épinière avec l'encéphale. Le contrôle sexuel est donc assuré par des arcs réflexes mais aussi par une régulation supra-médullaire (voir plus loin).

1.3.2. Voies efférentes motrices

Au niveau du centre sacré : les neurones afférents sensitifs font synapses dans la moelle avec le système végétatif parasympathique au niveau des cornes latérales, et avec le système somatique moteur au niveau des cornes antérieures.

Le système parasympathique, via les nerfs érecteurs, sort de la moelle et rejoint le plexus hypogastrique inférieur (où il fait synapse avec le système orthosympathique) puis est relayé par le nerf caverneux qui passe dans les corps caverneux et entraîne la relaxation des fibres musculaires lisses et l'érection.

Le système somatique moteur, quitte aussi la moelle, et constitue la composante motrice du nerf pudendal qui contrôle la contraction des muscles striés du périnée (orgaste), et notamment des muscles ischio-caverneux et bulbo-spongieux qui permettent l'hyper-rigidité.

Au niveau du centre thoraco-lombaire, partent des efférences somatiques motrices et végétatives orthosympathiques. Les voies somatiques n'interviennent pas dans le contrôle sexuel. En revanche le contingent orthosympathique rejoint le plexus hypogastrique supérieur. Ce plexus hypogastrique supérieur rejoint le plexus hypogastrique inférieur via le nerf hypogastrique.

Le contingent orthosympathique se mêle aux fibres des nerfs érecteurs et des nerfs caverneux. C'est lui qui déclenche la contraction des fibres musculaires lisses intra-caverneuses donc la flaccidité pénienne.

Le nerf caverneux possède donc un contingent parasympathique et un contingent orthosympathique. Il intervient dans la relaxation et dans la contraction des fibres musculaires lisses intra-caverneuses.

1.4. Trois types d'érections

1.4.1. Erection réflexe

Il s'agit d'une érection obtenue par la mise en jeu de l'arc réflexe au niveau du centre sacré. Ces érections sont auto-entretenues, très rigides et permettent la pénétration.

1.4.2. Erection psychogène

Elle est déclenchée par des stimulations non génitales. Il s'agit de messages cortico-sous corticaux (fantasmes, désir, excitation visuelle) qui sont véhiculés de l'encéphale au centre médullaire thoraco-lombaire.

C'est une érection peu rigide et peu durable.

1.4.3. Erection nocturne

Son mécanisme est mal connu. Elle survient au cours du sommeil paradoxal. Elle associerait les mécanismes des deux précédentes érections.

2. Physiologie périphérique de l'éjaculation

2.1. Définition

L'éjaculation correspond à l'éjection de sperme sous pression par le méat urétral, de manière clonique et saccadée. Le volume de l'éjaculat représente entre 3 et 5 millilitres.

Le sperme est un liquide blanchâtre, épais et constitué des sécrétions des glandes séminales (80%), de sécrétions prostatiques (20%) et de spermatozoïdes (<0,1%).

2.2. Les phases de l'éjaculation

On note deux phases dans l'éjaculation [Figure 5] :

- Phase d'émission du sperme. Elle correspond à la collection sous pression du sperme dans l'urètre postérieur (après fermeture de sphincter lisse de la vessie). Cette collection est due à la contraction de l'ensemble des voies et glandes spermatiques. Elle s'accompagne de la perception d'une sensation d'éjaculation imminente extrêmement agréable. Cette phase est contrôlée par le centre médullaire thoraco-lombaire.
- Phase d'expulsion. Le sperme est éjecté par le méat grâce aux contractions rythmiques du périnée et de la musculature urétrale ainsi qu'à l'ouverture séquentielle du sphincter strié vésical. Cette phase est sous contrôle du centre médullaire sacré.

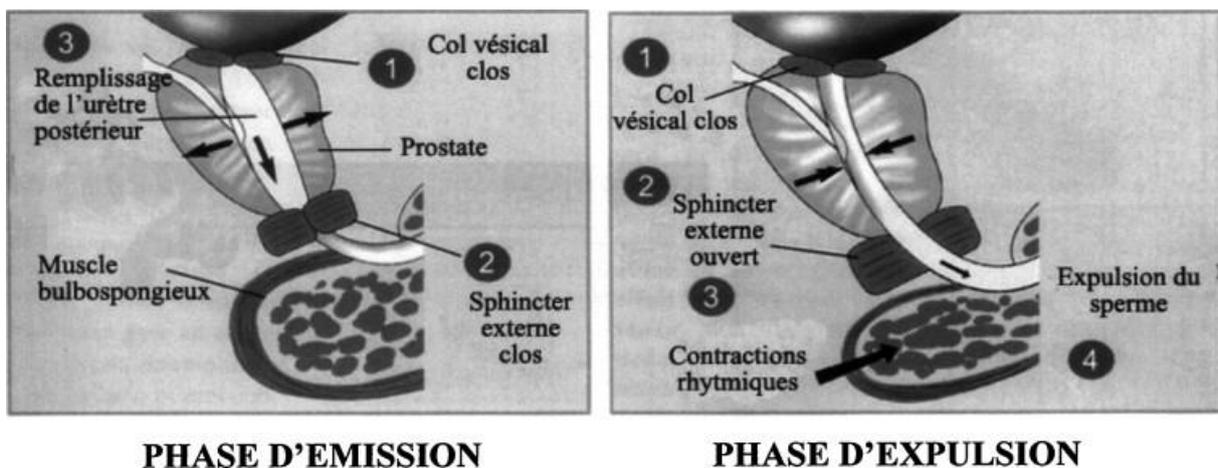


Figure 5: Coupe sagittale au niveau de l'urètre prostatique illustrant les phases d'émission et d'expulsion du sperme lors du déclenchement du réflexe éjaculatoire [9].

L'éjaculation s'accompagne d'autres manifestations notamment végétatives (tachycardie, hypertension artérielle, sudation etc). Elle est suivie d'une phase de détumescence et de retour à l'état basal, à ce moment l'homme entre dans une période réfractaire pendant laquelle toute nouvelle stimulation sexuelle est impossible.

2.3. Systématisation neurologique

L'éjaculation est un phénomène réflexe. Les voies empruntées sont similaires à celle de l'érection.

D- Les dysfonctions sexuelles

Définir et comprendre ce qu'est une dysfonction sexuelle (DS) est un préalable indispensable dans un travail évaluant les répercussions de la dépression et des antidépresseurs sur la fonction sexuelle.

La tâche est rendue difficile par le fait que les définitions des dysfonctions sexuelles sont mouvantes en fonction des courants de pensées, des classifications utilisées, et de l'avancée des connaissances scientifiques en matière d'anatomie, de physiologie mais aussi de psychologie.

Les premières DS décrites par Masters et Johnson étaient au nombre de quatre chez l'homme : l'impuissance, l'absence d'éjaculation, l'éjaculation précoce et la dyspareunie masculine [11].

Avec le temps les définitions se sont précisées, les connaissances se sont étoffées permettant la disparition de certaines dysfonctions, la description de nouvelles, le changement d'appellation pour d'autres.

Nous nous basons sur les dernières versions des classifications internationales pour énumérer les différentes dysfonctions sexuelles.

1. Définition des DS selon les différentes nosographies

1.1. Généralités

On appelle nosographie la description et la classification des maladies et/ou troubles. La nosographie permet aux médecins et aux chercheurs de parler dans les mêmes termes d'une pathologie à travers le monde et d'établir des données épidémiologiques.

1.2. Les dysfonctions sexuelles selon le DSM

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou DSM est un ouvrage de référence publié par l'Association Américaine de Psychiatrie qui se donne pour objectif de classer et décrire l'ensemble des troubles mentaux.

Il s'agit d'un ouvrage largement utilisé au niveau international par les cliniciens, les chercheurs mais aussi les compagnies d'assurances et les sociétés pharmaceutiques [12].

Ce manuel propose une approche statistique et quantitative des troubles mentaux sous forme d'une classification pluri-axiale (5 axes). Il se veut empirique et se détache de toute théorie pour proposer un modèle biomédical qui évacue toute considération étiologique. Il a

été créé pour unifier et homogénéiser les diagnostics psychiatriques en utilisant les termes les plus descriptifs possibles. Cela permet une forte reproductibilité diagnostique.

Le DSM, de par son contenu, est comparable à la 5^e partie de la 10^{ème} édition de la classification des maladies par l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM-10). La plupart des codes utilisés dans le DSM désignent les mêmes entités dans la CIM-10.

La dernière version, le DSM-5, est sortie en 2013 et apporte des modifications au DSM-IV-TR dans l'organisation du contenu afin qu'il puisse s'harmoniser avec la future CIM-11.

Dans le DSM-5, les DS sont définies comme étant un groupe hétérogène de troubles qui se caractérisent typiquement chez une personne par une perturbation cliniquement significative de la capacité à répondre sexuellement ou à éprouver du plaisir sexuel [2].

Un individu peut présenter plusieurs DS en même temps.

Le DSM-5 insiste sur le fait que pour porter le diagnostic de DS il faut que la personne ait bénéficié d'une stimulation sexuelle adéquate.

Il faut distinguer les dysfonctions sexuelles de la dysphorie de genre et des paraphilies lesquelles portent plus sur l'objet de désir que sur le comportement sexuel lui-même [11].

Dans les paraphilies la personne ne réagit pas à un objet habituel et développe des fantaisies imaginatives sexuelles impliquant des objets inanimés (fétichisme), des enfants (pédophilie), un travestissement (transvestisme), des actes de soumission ou de domination (sado-masochisme), des animaux (zoophilie) ...

La dysphorie de genre quant à elle est un trouble caractérisé par un sentiment d'inadéquation et d'inconfort entre l'identité sexuelle vécue et le sexe biologique (génomique et phénotypique). La personne revendique appartenir à l'autre sexe et s'inscrit dans une démarche de réassignation sexuelle [2].

1.2.1. Diminution du désir sexuel chez l'homme

Il s'agit d'une faiblesse ou de l'absence de désir sexuel associées à la déficience ou à l'absence de pensées ou de fantaisies imaginatives érotiques. Une divergence de désir, un désir moindre que celui du/de la partenaire n'est pas suffisant pour porter le diagnostic.

Les critères diagnostiques selon le DSM-5 sont [2] :

Critère A : Déficience ou absence persistante ou répétée de pensées sexuelles/érotiques ou de fantasmes imaginatives et du désir d'activité sexuelle.

Critère B : les symptômes du critère A persistent depuis au moins 6 mois.

Critère C : Les symptômes du critère A provoquent une détresse cliniquement significative chez la personne.

Critère D : La DS n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, par une souffrance sévère liée à une relation, par d'autres facteurs de stress significatifs ni par les effets d'une substance ou d'une autre affection médicale.

Le DSM-5 apporte un critère de temps par rapport au DSM-IV-TR (6 mois) [2].

1.2.2. Troubles de l'érection

Il s'agit de l'incapacité répétée à obtenir et/ou à maintenir une érection lors des activités sexuelles avec une/un partenaire.

Il peut s'agir d'un manque de fermeté du pénis qui empêche la pénétration, d'une érection difficile à maintenir après la pénétration, ou encore de l'impossibilité à entrer en érection.

Les critères diagnostiques selon le DSM-5 sont [2] :

Critère A : au moins un des trois symptômes suivants doivent être éprouvés dans presque toutes ou toutes les occasions (approximativement 75-100%) d'activités sexuelles avec un(e) partenaire :

- Difficulté marquée à parvenir à une érection au cours de l'activité sexuelle.
- Difficulté marquée à maintenir l'érection jusqu'à l'achèvement de l'acte sexuel.
- Diminution marquée de la rigidité érectile.

Critère B : les symptômes du critère A persistent depuis au moins 6 mois.

Critère C : Les symptômes du critère A provoquent une détresse cliniquement significative chez la personne.

Critère D : La DS n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, par une souffrance sévère liée à une relation, par d'autres facteurs de stress significatifs ni par les effets d'une substance ou d'une affection organique.

Le DSM-5 apporte un critère de temps (6 mois) et de fréquence (75-100% des rapports sexuels). Les critères sont plus souples que dans le DSM-IV-TR qui imposait la présence

simultanée d'une incapacité à atteindre et maintenir une érection adéquate jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel.

1.2.3. Ejaculation prématurée

L'éjaculation prématurée est définie comme étant une difficulté ou une impossibilité pour un homme de contrôler son éjaculation, laquelle survient avant ou dans la minute qui suit la pénétration vaginale. Le diagnostic d'éjaculation prématurée peut être appliqué aux hommes de différentes orientations sexuelles, la durée de la latence éjaculatoire variant peu selon les pratiques sexuelles autres que vaginales.

Les critères diagnostiques selon le DSM-5 sont [2] :

Critère A : Trouble de l'éjaculation persistant ou répété survenant pendant le rapport sexuel avec un(e) partenaire, approximativement dans la minute suivant la pénétration, et avant que la personne ne souhaite éjaculer. Ce phénomène doit concerner tous ou presque tous les rapports sexuels (75-100%).

Critère B : Les symptômes du critère A persistent depuis au moins 6 mois.

Critère C : Les symptômes du critère A provoquent une détresse cliniquement significative chez la personne.

Critère D : La DS n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, par une souffrance sévère liée à une relation, par d'autres facteurs de stress significatifs ni par les effets d'une substance ou d'une autre affection médicale.

Le DSM-5 préfère le terme de « prématurée » à celui de « précoce » et ajoute un critère de durée (6 mois), un critère de fréquence (75-100% des rapports). Il précise également que l'éjaculation doit avoir lieu pendant la pénétration, et survenir dans la première minute [2]. Enfin le trouble ne doit plus systématiquement entraîner des difficultés relationnelles dans le couple.

1.2.4. Ejaculation retardée

Il s'agit de la difficulté ou de l'impossibilité à éjaculer malgré la présence d'une stimulation sexuelle adéquate et le désir de jouir. L'homme et sa/son partenaire peuvent produire des efforts intenses ou prolongés pour atteindre l'éjaculation jusqu'à l'épuisement ou la survenue d'un inconfort génital qui fait cesser les efforts.

Le « retard éjaculatoire » n'est pas défini par une valeur numérique puisqu'il n'existe pas de consensus sur ce qui représenterait un délai raisonnable pour atteindre l'orgasme ou sur ce qui serait considéré comme trop long et inacceptable pour la plupart des hommes et leurs partenaires [2].

Il faut distinguer l'éjaculation retardée de l'éjaculation anhédonique (absence de plaisir sexuel au moment de l'éjaculation) et de l'éjaculation rétrograde (l'éjaculation à lieu mais dans la vessie, elle n'est donc pas extériorisée)[13].

Les critères diagnostiques selon le DSM-5 sont [2] :

Critère A : au moins un des deux symptômes suivants doivent être éprouvés dans presque toutes ou toutes les occasions (approximativement 75-100%) d'activités sexuelles avec un(e) partenaire et sans que le sujet ne souhaite retarder l'éjaculation.

- Retard marqué à l'éjaculation
- Absence ou diminution marquée de la fréquence de l'éjaculation.

Critère B : Les symptômes du critère A persistent depuis au moins 6 mois.

Critère C : Les symptômes du critère A provoquent une détresse cliniquement significative chez la personne.

Critère D : La DS n'est pas mieux expliquée par un trouble mental non sexuel, par une souffrance sévère liée à une relation, par d'autres facteurs de stress significatifs ni par les effets d'une substance ou d'une affection organique.

Outre l'introduction d'un critère de temps et d'un critère de fréquence, le DSM-5 se montre plus précis que le DSM-IV-TR en supprimant le « trouble de l'orgasme de l'homme » et en créant le « retard d'éjaculation ».

L'entité clinique « Ejaculation retardée » n'existait pas dans le DSM-IV-TR [14]. Les anéjaculations et retards éjaculatoires étaient regroupés sous le terme « trouble de l'orgasme chez l'homme » dans le DSM-IV-TR et la CIM-10 comme en témoignent les codages d'équivalence [Figure 6].

Le DSM-IV-TR manque de précision car il ne permet pas de différencier les hommes qui présentent un retard ou une absence d'éjaculation des hommes ayant une diminution du plaisir sexuel subjectif au moment de l'éjaculation (éjaculation anhédonique). Le DSM-5 permet désormais cette distinction. Le manuel préconise de coter les éjaculations anhédoniques « autre dysfonction sexuelle spécifiée ».

1.2.5. DS induite par une substance ou un médicament

Il s'agit de la survenue d'une DS en relation avec le début de l'usage d'une substance ou d'un médicament, l'augmentation de la dose ou son arrêt.

Les critères diagnostiques selon le DSM-5 sont [2] :

Critère A : Présence cliniquement significative et au premier plan d'un tableau de DS.

Critère B : Les symptômes du critère A sont apparus juste après une intoxication par une substance ou la prise d'un médicament.

La substance / le médicament en question est susceptible de provoquer le symptôme du critère A.

Critère C : La perturbation n'est pas mieux expliquée par une DS non induite par une substance/un médicament.

Critère D : La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un état confusionnel.

Critère E : La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative chez la personne.

Le DSM-5, contrairement au DSM-IV-TR, propose de s'assurer que la perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un état confusionnel [2].

1.2.6. Autre dysfonction sexuelle spécifiée

Cette catégorie s'applique aux situations cliniques au cours desquelles les symptômes caractéristiques d'une DS à l'origine d'une détresse cliniquement significative chez l'individu sont présents mais ne remplissent complètement les critères d'aucune classe diagnostique des DS.

Cette catégorie est utilisée si le clinicien choisit de communiquer la raison pour laquelle la situation ne remplit pas les critères diagnostiques d'une DS spécifique [2].

1.2.7. Autre dysfonction sexuelle non spécifiée

Cette catégorie s'applique aux situations cliniques au cours desquelles les symptômes caractéristiques d'une DS à l'origine d'une détresse cliniquement significative chez l'individu sont présents mais ne remplissent complètement les critères d'aucune classe diagnostique des DS.

Cette catégorie est utilisée si le clinicien choisit de ne pas communiquer la raison spécifique pour laquelle la situation ne remplit pas les critères diagnostiques d'une DS spécifique [2].

1.2.8. Autres apports du DSM-5 par rapport au DSM-IV-TR.

Les « dyspareunies » [14] qu'on trouvait dans le DSM-IV-TR et qui concernaient aussi bien les femmes que les hommes ont été renommées « Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration » dans le DSM-5 [2].

La nouvelle version du DSM considère que par définition cette entité ne concerne que les femmes. Bien sûr il peut exister, chez certains hommes des douleurs pelviennes lors des rapports « mais la recherche et l'expérience clinique ne sont pas encore suffisamment développées pour justifier l'application de ce diagnostic aux hommes » [2]. Le DSM-5 propose de classer les douleurs pelviennes de l'homme lors des rapports sexuels dans la catégorie « autre dysfonction sexuelle spécifiée ».

Enfin le DSM-5 supprime le trouble « aversion sexuelle ».

1.3. Les dysfonctions sexuelles selon la CIM-10

La CIM a été élaborée par l'Organisation Mondiale de la santé en 1945 [15]. Elle repose sur une classification, créée par Jacques Bertillon (médecin français), qui existait depuis 1898. Actuellement, la dixième version est utilisée depuis 1994 mais une onzième est en cours d'élaboration [16]. Elle répertorie l'ensemble de la pathologie somatique et psychiatrique dans différents chapitres.

Les troubles psychiques y sont représentés depuis la 6^e version et y sont regroupés dans le 5e chapitre [15]. Contrairement au DSM, c'est une classification mono-axiale. En effet un diagnostic ne peut être coté qu'une fois et non sur plusieurs axes. Elle fait consensus au niveau mondial, surtout depuis qu'elle s'est alignée, en ce qui concerne les troubles mentaux, sur la classification DSM.

Elle a les mêmes prétentions que son homologue nord-américaine, c'est-à-dire proposer une classification athéorique évoluant à mesure de l'avancée des découvertes scientifiques [16]. Elle se veut la plus descriptive possible sans préjuger des étiologies des troubles mentaux.

La version de 1994 définit les DS comme étant des troubles qui ne permettent pas d'avoir des relations sexuelles satisfaisantes [17]. Il peut s'agir d'un manque de désir, d'un manque de plaisir, d'une défaillance des processus physiologiques nécessaires à l'accomplissement de l'acte sexuel ou d'une incapacité à atteindre l'orgasme ou à le différer.

La dernière mise à jour de la CIM-10 (2016) [18] définit les DS comme des difficultés à avoir une relation sexuelle du type souhaité.

1.3.1. Absence ou perte du désir sexuel

La perte du désir sexuel est le problème principal et n'est pas secondaire à d'autres difficultés sexuelles comme un défaut d'érection ou une dyspareunie [17] [18].

1.3.2. Aversion sexuelle et manque de plaisir sexuel

Dans l'aversion sexuelle, la perspective d'une relation sexuelle avec un(e) partenaire est ressentie très négativement et provoque une peur ou une anxiété telle que l'activité sexuelle est évitée [17] [18].

Dans l'absence de plaisir sexuel les réponses sexuelles surviennent normalement et conduisent à l'orgasme mais sans atteindre le plaisir souhaité [17] [18].

1.3.3. Echec de la réponse génitale : trouble de l'érection

Le problème principal est un trouble des fonctions érectiles, c'est-à-dire une difficulté à obtenir ou à maintenir une érection suffisante pour un rapport satisfaisant [17] [18].

1.3.4. Troubles de l'orgasme chez l'homme

Il s'agit d'un retard ou d'une absence d'orgasme [17] [18] faisant suite à une phase d'excitation sexuelle normale. Le retard ou l'absence de l'orgasme doit être jugé anormal par le médecin au regard de l'âge du patient, du caractère satisfaisant de la relation sexuelle sur le plan de stimulation, de son intensité et de sa durée [13]. Cette dysfonction ne résulte pas d'une intoxication par une substance ou d'une affection médicale et est vectrice de difficultés relationnelles ou d'une souffrance subjective.

1.3.5. Ejaculation précoce

C'est l'incapacité à contrôler suffisamment l'éjaculation pour que les deux partenaires trouvent du plaisir dans les rapports sexuels [18].

1.3.6. Dyspareunie non organique

Il s'agit d'une douleur génitale externe (scrotum, pénis) ou interne (urètre, prostate, vessie) persistante et récurrente qui accompagne la relation sexuelle [13].

Elle peut être attribuée à une cause pathologique locale et doit être classée avec l'affection causale. Dans un certain nombre de cas, des hommes présentent des dyspareunies dont aucune étiologie organique n'a été identifiée. Cette catégorie ne peut être utilisée que s'il n'y a pas de DS primaire [17] [18].

1.3.7. Activité sexuelle excessive – satyriasis

Des pulsions sexuelles excessives constituent la seule plainte, habituellement en fin d'adolescence ou au début de l'âge adulte [17] [18]. Quand elles sont secondaires à un trouble affectif ou quand elles surviennent au début d'une démence, on doit faire le diagnostic du trouble sus-jacent.

1.3.8. Autres dysfonctions sexuelles non dues à un trouble organique

Toute dysfonction sexuelle ne remplissant pas les critères diagnostiques des dysfonctions citées ci-dessus.

1.4. Correspondances entre DSM et CIM

Ne sont traitées dans ce tableau que les DS de l'homme [Figure 6].

CODE CIM-10	INTITULE CIM-10	INTITULE DSM-IV-TR	INTITULE DSM-5
Atteinte du désir			
F52.0	Absence ou perte du désir sexuel chez l'homme	Baisse du désir sexuel	Diminution du désir sexuel chez l'homme
F52.10	Aversion sexuelle	Trouble aversion sexuelle	---
F52.7	Activité sexuelle excessive : satyriasis	---	---
Atteinte de l'excitation sexuelle			
F52.2	Echec de la réponse génitale : Trouble de l'érection	Trouble de l'excitation sexuelle : trouble de l'érection	Trouble de l'érection
Atteinte de l'orgasme			
F52.3	Trouble de l'orgasme de l'homme	Trouble de l'orgasme chez l'homme	Ejaculation retardée
F52.11	Absence de plaisir sexuel	---	---
Autres			
F52.4	Ejaculation précoce	Ejaculation précoce	Ejaculation prématurée
F52.6	Dyspareunie non organique	Troubles sexuels avec douleurs : dyspareunie	Troubles liés à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration (femme). Pas de trouble douloureux pour l'homme.
F10 à F15	Trouble de l'usage ...	Dysfonction sexuelle induite par une substance ou un médicament	Dysfonction sexuelle induite par une substance ou un médicament
F52.8	Autre dysfonction sexuelle spécifiée	Autre dysfonction sexuelle spécifiée	Autre dysfonction sexuelle spécifiée
F52.9	Autre dysfonction sexuelle non spécifiée	Autre dysfonction sexuelle non spécifiée	Autre dysfonction sexuelle non spécifiée

Figure 6 – Correspondances diagnostiques entre le DSM-IV-TR, le DSM-5 et la CIM-10

1.5. Limites et critiques des définitions proposées

Les définitions des DS ont évolué et continuent à évoluer en fonction du temps, d'un auteur à l'autre ou encore au sein même des classifications diagnostiques internationales comme le DSM et la CIM.

Certaines dysfonctions sont apparues dans certaines classifications, d'autres ont été renommées, d'autres encore ont disparu. Les critères diagnostics se précisent ou s'élargissent. Définir les DS n'est pas chose aisée.

D'abord, des définitions restent imprécises ou insatisfaisantes à l'instar des troubles du désir sexuel dont la définition du DSM est « vague, subjective et circulaire puisque le désir est défini par lui-même » [19]. Trudel affirme qu'il ne sera « jamais possible de trouver un consensus sur la définition d'un phénomène aussi complexe et subjectif que le désir qui réagit à une quantité immense de variables et de facteurs » [19].

De plus, on s'est rendu compte que le désir était relativement indépendant du reste de l'activité sexuelle et qu'un trouble du désir pouvait exister alors même que le fonctionnement sexuel semblait adéquat en matière d'excitation et de réponse orgasmique.

La phase de « désir » n'est pas bien circonscrite. Où et quand fini-t-elle ? Certains auteurs estiment que le désir est la première phase du cycle de la réponse sexuelle, d'autres comme Loulan jugent plus probable que cette phase de désir débute après une « phase d'ouverture à la possibilité d'avoir des relations sexuelles » [3]. Il en va de même avec la fin du cycle de la réponse sexuelle, pour Loulan il existe une phase « d'appréciation » où la personne juge l'activité sexuelle en fonction de ce qui était souhaité et attendu à la phase de désir [3].

On rencontre les mêmes difficultés avec l'éjaculation prématurée. De très nombreux travaux ont été réalisés sur cette dysfonction amenant à chaque fois de nouvelles définitions. Certains auteurs la définissent en fonction du nombre de poussées pelviennes, d'autres en fonction de la durée de la pénétration, en fonction de la fréquence orgasmique de la femme, en fonction du contrôle sur le réflexe éjaculatoire. D'autres encore la définissent en fonction de la capacité à éjaculer au moment désiré ou en fonction des critères subjectifs du couple [13].

Des auteurs enfin ont proposé des définitions mixtes ou biologiques. Cependant, toutes ces définitions ont été jugées insuffisantes, incomplètes, imprécises, trop subjectives ou non reproductibles d'un sujet à un autre.

Ensuite, des définitions restent trop subjectives complexifiant le diagnostic pour le clinicien. Qu'est-ce qu'une absence ou une diminution du désir ? A partir de quand juge-t-on qu'une personne a une diminution des fantasmes ? Comment diagnostiquer une éjaculation retardée alors même qu'il n'y a pas de consensus sur le délai « normal » ou sur le maximum jugé acceptable pour éjaculer ?

Le DSM-IV-TR et la CIM-10 font des problèmes de désir et des problèmes d'aversion sexuelle deux entités différentes, mais comment discriminer où commence l'un et où fini l'autre ?

E- Physiopathologie et psychopathologie des troubles sexuels dans les dépressions

1. Psychopathologie

La dépression s'accompagne constamment d'une perte d'envie (aboulie), d'une perte de motivation et d'un émoussement du plaisir (anhédonie) qui peuvent limiter le désir d'entrer dans une activité sexuelle [20] [21]. L'homme peut se sentir fatigué, diminué physiquement, incapable de s'adonner à une activité sexuelle. Une tendance à se dévaloriser, à perdre confiance en soi et en ses capacités peut en résulter. La relation à l'autre peut devenir conflictuelle, génératrice de culpabilité [10] (« je ne suis pas capable de la/le satisfaire ») ou d'incompréhension (« il ne veut plus faire l'amour, c'est qu'il doit avoir quelqu'un d'autre », « il ne m'aime plus ») qui vont aggraver la perturbation du fonctionnement sexuel.

L'anxiété, constamment retrouvée dans les syndromes dépressifs peut aussi avoir des répercussions sur la sexualité (biais cognitifs, ruminations circulaires d'autodépréciation ou de culpabilité, anxiété anticipatoire de performance).

L'homme tiraillé par sa volonté de performance, la peur de décevoir l'autre et/ou d'entrer en conflit, l'atteinte de sa puissance [10], peut être amené à se dissocier de ses sensations corporelles et devenir spectateur de l'acte sexuel (phénomène de spectating et hétéro-centration) [22], voire à mettre des comportements d'évitement en place.

2. Physiopathologie

Sur le plan biologique, un grand nombre de neurotransmetteurs et de neuropeptides interviennent dans la réponse sexuelle.

L'augmentation de l'activité sérotoninergique est connue pour entraîner une inhibition du désir sexuel, des troubles de l'éjaculation et de l'orgasme alors que l'activité dopaminergique serait pourvoyeuse d'un meilleur fonctionnement sexuel [10] [22] [23].

Il a été montré dans les années 1970 que l'administration de dopamine aux patients parkinsoniens avait un effet pro-sexuel. Il est aujourd'hui admis par la communauté scientifique que les agonistes dopaminergiques augmentent le désir sexuel et la fonction érectile [22]. Inversement les antagonistes dopaminergiques inhibent le fonctionnement sexuel et en particulier l'orgasme.

La testostérone, elle, a été identifiée comme étant une hormone favorisant la sécrétion de dopamine au niveau du système nerveux central [22].

Le mécanisme biologique responsable des DS, notamment lors de l'usage des antidépresseurs est inconnu. Cependant il existe plusieurs hypothèses. L'origine serait multifactorielle [24].

Les DS ont été mises en lien au niveau du système nerveux central avec un hypersérotoninergisme, un hypodopaminergisme, un blocage des récepteurs cholinergiques et adrénergiques, l'inhibition de la synthétase de l'oxyde nitrique et à une hyperprolactinémie [24] [23].

Les troubles de la sexualité pourraient être en lien avec la stimulation du récepteur 5HT_{2C} puisque les médicaments qui bloquent ce récepteur comme le néfazodone et la mirtazapine sont moins pourvoyeurs de troubles sexuels [24]. De même, les médicaments qui n'ont pas d'action sur la sérotonine comme le bupropion entraînent peu de DS [24].

L'hypodopaminergisme serait une conséquence de l'hypersérotoninergisme [24].

L'anxiété, tient aussi un rôle important dans la genèse des difficultés sexuelles. En effet elle est responsable une hyperactivité alpha-adrénergique qui entraîne la contraction des fibres musculaires lisses intra-caverneuses rendant de ce fait l'érection plus difficile [25] [22].

3. Etiologies des dysfonctions sexuelles

Un très grand nombre d'affections médicales et non médicales sont susceptibles de venir perturber le fonctionnement sexuel rendant de ce fait extrêmement difficile l'enquête étiologique [4].

3.1. Pathologies somatiques

3.1.1. Vasculaires

L'atteinte des gros troncs est rare (athérome ou séquelle de traumatisme ou de chirurgie pelvienne). Les microangiopathies sont plus fréquentes (diabète, tabac, connectivites).

3.1.2. Endocrinologiques

Les troubles sexuels peuvent être en lien avec un hypogonadisme central ou périphérique, une dysthyroïdie, une hyperprolactinémie ... Il peut aussi s'agir d'un hypogonadisme physiologique en lien avec le vieillissement.

3.1.3. Neurologiques

Les troubles sexuels peuvent être en lien avec une atteinte périphérique (atteinte de la moelle épinière, neuropathies alcooliques ou diabétiques...) ou du système nerveux central (sclérose en plaque, tumeurs cérébrales, maladies neurodégénératives ...).

3.1.4. Traumatologiques

Les troubles sexuels peuvent être en lien avec une fracture du bassin, un traumatisme de l'urètre, une chirurgie pelvienne (notamment de prostate).

3.1.5. Tissulaires

Les troubles sexuels peuvent être en lien avec certaines pathologies tissulaires comme la maladie de la Lapeyronie. Cette dernière entraîne la formation de plaque de collagène au niveau de la verge et donc sa déformation rendant la pénétration difficile.

3.2. Pathologies psychiatriques

On retrouve souvent des atteintes de la sexualité dans les troubles psychiatriques. Ils sont source de souffrance supplémentaire tant pour les patients que pour leurs partenaires.

Il n'est pas toujours aisé de faire la part des choses entre ce qui relève :

- des troubles psychiatriques eux-mêmes
- de la iatrogénie, en lien avec les traitements psychotropes
- des conséquences sur le comportement des partenaires
- des comorbidités somatiques associées

De ce fait l'investigation de la sexualité antérieure est capitale.

3.2.1. Les troubles de l'humeur

Nous aurons l'occasion de reparler des troubles sexuels dans la dépression puisqu'il s'agit du propos de cette thèse (cf. chapitre 2, « Les troubles dépressifs »).

Les états hypomaniaques et maniaques s'accompagnent d'une accélération psychomotrice désorganisée, d'une désinhibition comportementale et d'une exaltation qui peuvent donner lieu à une hypersexualité. Il peut en résulter des mises en danger (rapports sexuels non protégés, multi-partenarisme, harcèlement, actes médico-légaux).

3.2.2. Les troubles anxieux

Les troubles sexuels sont non systématiquement et diversement associés aux troubles anxieux. Quelques liens de causalité réciproque entre troubles sexuels et troubles anxieux ont été établis expérimentalement. On retrouve plus de conduites d'évitement, d'éjaculation prématurée et de vaginisme chez les patients phobiques.

3.2.3. Les troubles psychotiques

Dans les psychoses, l'angoisse s'inscrit dans une modification du schéma corporel (morcellement, dissociation). On retrouve également une froideur, une ambivalence affective qui peuvent compliquer la vie sentimentale.

La sexualité peut être totalement absente, ou très angoissante. Parfois elle peut exister en l'absence de sentiments (sexualité désaffectée).

Les comportements sexuels sont emprunts de bizarreries. Rarement on peut constater des comportements sexuels criminels (viol).

Les troubles du désir sont la règle dans les formes déficitaires. On retrouve constamment également des dysfonctions érectiles chez les hommes, d'autant plus si on utilise des traitements neuroleptiques.

3.2.4. Les troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité constituent avant tout des pathologies de la relation à l'autre. De ce fait, le comportement sexuel peut être très perturbé (sexualité désaffectée, impulsivité, violences sexuelles, dépendance ...).

3.3. Toxiques

Le tabac, les drogues et l'alcool sont connus pour être pourvoyeurs de difficultés sexuelles et relationnelles.

3.4. Iatrogénie

De nombreux médicaments sont susceptibles de venir perturber la sexualité [22].

C'est le cas par exemple de tous les psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs, thymorégulateurs, benzodiazépines), des chimiothérapies anti-cancéreuses, des bêta-bloquants et anti-hypertenseurs, des hypo-cholestérolémiants, des anti-androgènes, des anti-ulcéreux etc ...

Les chirurgies pelviennes, la radiothérapie sont également susceptibles d'entraîner des lésions nerveuses et vasculaires qui peuvent avoir des conséquences sur le fonctionnement sexuel (exemple de la prostatectomie).

3.5. Aspects psycho-socio-affectifs

De nombreux autres facteurs peuvent venir impacter la sexualité, c'est le cas par exemple :

- De la mésentente conjugale
- Des antécédents de violences ou traumatismes sexuels
- De la présence de filtres cognitifs (croyances religieuses, valeurs, tabous)
- D'un défaut d'apprentissage (méconnaissance de son corps, défaut de masturbation etc ...).
- De la grossesse
- De l'aide médicale à la procréation

- Du vieillissement
- De la douleur
- D'un schéma corporel perturbé ...

F- Notion de « santé sexuelle » et qualité de vie

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé sexuelle comme « faisant partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble » [1].

En effet, les études scientifiques établissent le lien étroit entre qualité de vie et fonctionnement sexuel [20].

A propos de la santé sexuelle, l'OMS ajoute : « C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités » [1].

L'OMS propose que la « santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés » [1].

Elle va même plus loin estimant que « beaucoup d'efforts doivent encore être consentis afin de s'assurer que les politiques et les pratiques de santé publique reconnaissent cet état de fait et en tiennent compte » [1].

Les atteintes de la sexualité doivent donc faire l'objet d'une offre de soin. Ces dernières années ont été marquées par de considérables progrès dans la compréhension et la prise en charge des troubles sexuels [22]. Ils ont permis le développement récent d'une nouvelle discipline médicale, la sexologie, qui vise à apporter de l'aide à un couple qui souffre.

II) LES TROUBLES DEPRESSIFS

A- Définition

Les troubles dépressifs appartiennent au spectre des troubles de l'humeur.

« La caractéristique commune à tous les troubles dépressifs est la présence d'une humeur triste, vide ou irritable accompagnée de modifications somatiques et cognitives qui perturbent significativement le fonctionnement de l'individu. Ces troubles se différencient entre eux par leur durée, leur chronologie, leurs étiologies présumées » [2].

Contrairement au DSM-IV, le DSM-5 sépare les troubles dépressifs du chapitre concernant les troubles bipolaires [2].

Il existe plusieurs formes de troubles dépressifs, lesquels sont présentés dans le DSM-5 [2].

Le « trouble dépressif majeur (ou caractérisé) » constitue véritablement l'affection classique de ce groupe de troubles.

Il s'agit d'épisodes circonscrits dans le temps et durant au minimum 15 jours. Il existe des rémissions entre les épisodes. Même si le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé unique est possible, le plus souvent ce trouble s'inscrit dans la récurrence. Un épisode dépressif caractérisé doit être distingué de la tristesse normale, observable chez tout à chacun lors d'évènements difficiles comme le deuil.

B- Données épidémiologiques

La dépression est une maladie psychiatrique fréquente. On estime sa prévalence sur la vie entière dans la population générale adulte comme pouvant varier de 9 à 15% [20] [26]. Cette prévalence est comprise entre 4 et 12% chez l'homme [21].

La première grande étude de prévalence pan-européenne (1997) a porté sur 80 000 personnes et a estimé la prévalence des troubles dépressifs dans la population française à 9,1% [27].

La dépression est une maladie longue, les trois quarts des syndromes dépressifs caractérisés s'inscrivent dans la récurrence [26].

C'est également une maladie sévère dont les répercussions et les conséquences sont nombreuses. La plus grave est le suicide des patients.

Les études épidémiologiques évaluent que 40 à 80% des suicides sont en lien avec des troubles de l'humeur [26]. De plus, il faut tenir compte, outre les décès par suicide, de la morbi-mortalité imputable indirectement à la dépression (consommations chroniques de substances psychoactives, émoussement de la volonté de soigner une affection organique, non-respect des règles hygiéno-diététiques, mauvaise observance thérapeutique).

C- Critères diagnostiques du DSM-5 pour l'Episode Dépressif Majeur

Critère A : Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'au moins 2 semaines et avoir présenté une rupture avec l'état antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir :

- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
- Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Critère B : Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Critère C : Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

Critère D : L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizo-affectif, et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

Critère E : Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

D- Retentissement des troubles dépressifs

Le retentissement fonctionnel d'un syndrome dépressif caractérisé dépend bien entendu de l'intensité des symptômes [5] et de sa durée. Les épisodes dépressifs majeurs légers, c'est-à-dire ayant tout juste le nombre de symptômes nécessaires pour porter le diagnostic ont par définition, souvent un faible impact sur le fonctionnement.

En revanche, les tableaux cliniques plus sévères peuvent avoir des conséquences importantes sur le plan fonctionnel :

- Retentissement social : isolement, disputes, mises à distance, refus de voir des amis, refus de sortir.
- Retentissement familial : manquement à ses responsabilités ou à des obligations, conjugopathies, troubles sexuels, implosion familiale.
- Retentissement professionnel : arrêts de travail prolongés, négligence, troubles de la concentration, fautes professionnelles, accidents de travail, licenciements.
- Retentissement personnel : incurie, mises en danger, suicide.

Le coût sociétal est souvent élevé (hospitalisations multiples et prolongées, traitements, invalidités, arrêt de travail etc...).

Les dépressions sont un problème de santé publique qui a un impact négatif significatif sur la qualité de vie des patients et de leurs partenaires [28].

E- Dépressions et sexualité

1. Les atteintes sexuelles comme symptômes des dépressions

Même si les études ayant investigué la sexualité chez les hommes dépressifs non traités sont rares [20] [10] [22], l'importante comorbidité des troubles sexuels avec la dépression majeure est aujourd'hui bien établie [25] [10] [29].

Globalement, les études soulignent que la survenue d'une DS est plus fréquente chez les patients déprimés que chez les patients normothymiques [20] [10].

Pour une revue de littérature américaine de 2009 les DS sont plus fréquentes dans la population de dépressifs que dans la population générale [23]. En Suisse, la prévalence globale des DS chez les patients dépressifs est approximativement deux fois plus grande

que dans le groupe contrôle (50 contre 24%). Ce travail souligne que la prévalence des DS est à mettre en relation avec l'intensité, la durée [27] et le nombre de récurrences de la dépression.

Selon l'étude française ELIXIR réalisée en 2003 sur 4557 patients dépressifs non traités, 69% présenteraient une altération de leur sexualité [20] [21].

Certaines études retrouvent des DS constamment dans les trois quarts des cas de syndromes dépressifs caractérisés [10].

Une étude plus récente, datant de 2006, estime que 45% des patients tous sexes confondus dépressifs non traités présenteraient une dysfonction sexuelle [30].

Pour Segraves, la plupart des DS sont associées à un syndrome dépressif majeur primaire ou secondaire [24].

Il convient néanmoins de préciser que les données épidémiologiques varient d'une étude à une autre du fait de l'usage de méthodologies différentes. Il faut rester prudent sur les données de prévalence avancées.

C'est ce que montre l'étude de Fabre (2013) qui porte sur 591 hommes dépressifs majeurs non traités [31]. En fonction de l'outil d'investigation utilisé (critères DSM ou DISF) on conclut respectivement soit à l'absence de différence significative pour les prévalences des DS entre les hommes dépressifs non traités et la population générale, soit à des prévalences de DS beaucoup plus élevées chez les patients dépressifs (75% auraient des troubles sexuels en utilisant une échelle de Derogatis dont 34% de troubles du désir, 47% de dysfonction érectile et 84% de troubles de l'orgasme).

Concernant les troubles du désir sexuel :

Les troubles du désir sont souvent retrouvés chez les patients dépressifs non traités [24]. La baisse de libido serait le trouble sexuel le plus rapporté dans les populations d'hommes déprimés selon une méta-analyse de 2009 [23].

Elle affecterait selon Williams 25 à 75% des hommes atteints d'un trouble dépressif récurrent [32].

Dans l'étude de Kennedy portant sur 67 hommes dépressifs non traités par antidépresseurs, 25% n'ont eu aucune activité sexuelle dans le mois précédant l'enquête. Sur les 41 patients ayant encore une activité sexuelle, 50% décrivent une baisse de libido [22].

Certaines études ont même montré que chez l'homme, quel que soit l'âge, une perte d'intérêt sexuel est un signe précoce de dépression [29].

Concernant les troubles de l'excitation (dysfonctions érectiles) :

Les premières études épidémiologiques menées dans les années 1970 montrent que la dépression peut entraîner chez l'homme des troubles érectiles. Elles soulignent la forte corrélation entre dépressions et dysfonctions érectiles (DE) [28].

Ces dernières sont souvent retrouvées chez les patients dépressifs non traités [24] [22]. Pour Williams 25% de ces hommes seraient concernés par des troubles de l'érection [32]. Sur l'échantillon de 41 hommes dépressifs non traités de Kennedy, 22% se plaignent d'une raréfaction des érections spontanées, 46% peinent à maintenir leurs érections et 43% les trouvent moins rigides [22]. Pour Araujo, Durante et Feldman, le risque de présenter une DE est 1,8 fois plus grand chez les dépressifs [33].

Une revue de littérature américaine (2011) a montré qu'aux Etats-Unis, les hommes souffrant d'épisodes dépressifs majeurs de fortes intensité (hauts scores aux échelles), ont 2 fois plus de risque de se plaindre de DE que des hommes euthymiques [25]. La prévalence de la DE chez les hommes souffrant de dépressions intenses atteint 10% [25].

En 1988, l'équipe de Thase, Reynolds et Jennings met en évidence que les dépressifs ont moins d'érections nocturnes [25] [33]. D'autres études vont dans ce sens soulignant l'amélioration de la tumescence nocturne pénienne chez les hommes dont la dépression est traitée.

Nofzinger apporte de la nuance en 1993, estimant que la perte de tumescence pénienne nocturne n'est pas systématique chez les dépressifs et est à mettre en lien avec les comorbidités somatiques [33].

Enfin d'autres études amènent des résultats contradictoires, c'est le cas de la méta-analyse de Kennedy et Rizvi [23], dans laquelle la prévalence des troubles de l'excitation n'est pas significativement différente chez les hommes dépressifs non traités par rapport à celle de la population générale.

Concernant les troubles de l'orgasme :

L'étude de Fabre (2013) retrouve des troubles de l'orgasme chez 84% des hommes dépressifs majeurs non traités ayant répondu au questionnaire DISF [31].

Pour Williams également, les hommes dépressifs non traités auraient des troubles de l'orgasme en plus grande proportion que dans la population générale [32].

Kennedy, lui, dans son échantillon de 41 hommes dépressifs non traités ayant encore une activité sexuelle, 22% se plaignent d'un retard à l'éjaculation [22].

Selon la méta-analyse de Rizvi et Kennedy (2009), les prévalences des troubles de l'orgasme chez les patients dépressifs non traités n'étaient pas significativement différentes de celles observées chez les patients euthymiques [23]

Les troubles de l'orgasme sont plus à mettre en lien avec l'usage des antidépresseurs selon Segraves [24].

2. Répercussions des troubles de la sexualité chez l'homme

Les troubles sexuels ont d'abord un impact sur la personne. La confiance en soi et l'estime de soi sont constamment touchées. C'est ce que montre une étude espagnole de 2009 pluricentrique (internationale), randomisée, en double aveugle et contrôlée contre placebo [34]. Elle étudie l'impact chez les hommes, du traitement d'une DE par Sildénafil (VIAGRA) sur l'estime de soi.

841 patients souffrant d'une dysfonction érectile ont été inclus. Le diagnostic de DE était porté si l'homme obtenait un score supérieur ou égal à 21 au SHIM. 559 patients ont été inclus dans le bras Sildénafil, 282 dans le bras placebo. L'évaluation de l'estime de soi était évaluée au moyen d'un questionnaire SEAR. Le bras des patients non traités a des scores d'estime de soi significativement plus bas que celui recevant un traitement. Le score d'estime de soi au SEAR est corrélé à l'amélioration de fonction érectile.

Un essai thérapeutique américain datant de 2006 et portant sur 152 hommes atteints d'un épisode dépressif majeur et de troubles érectiles a montré qu'il existait de fortes corrélations entre sexualité, qualité de vie et humeur [35].

En 1981 l'équipe de Derogatis soulignait que les hommes atteints de DE avaient des scores de dépression significativement plus élevés que ceux n'en ayant pas [33]. Pour Shabsight en 1998, le risque d'être atteint de dépression était 2,6 fois plus grand chez les patients souffrant de DE [33]. Enfin, pour Rosen (étude MALES, 2004), la prévalence de la dépression chez les hommes atteints de dysfonction érectile était de 23% contre 13% chez les hommes n'en ayant pas [33].

Selon Porto un tiers des patients atteints de DS éprouve une détresse psychologique et se sent malheureux dans une proportion significative [10].

Les troubles sexuels peuvent également avoir un impact dans la relation avec le partenaire [36] et engendrer de véritables problèmes conjugaux alimentés par des difficultés communicationnelles (non-dits, interprétations erronées).

3. Sexualité et dépressions, des liens bidirectionnels

La relation entre sexualité et dépression est complexe, il peut en effet être difficile de distinguer lequel de la dépression ou du dysfonctionnement sexuel était là le premier et a engendré l'autre [25].

Si la dépression peut entraîner une altération de la sexualité, une sexualité altérée peut fragiliser la personne dans son estime d'elle-même, sa confiance en soi et l'image qu'elle a d'elle-même. Il peut en résulter l'entretien, l'aggravation ou la précipitation d'une personne dans la dépression [21] [30]. Selon la revue de littérature de Clayton, la dépression augmenterait de 50 à 70% le risque de développer une DS, et une DS augmenterait de 130 à 210% le risque d'entrer dans une dépression.

Il existe donc un « lien bidirectionnel » entre dépressions et dysfonctions sexuelles [25] [23].

F- Conclusion

Les troubles dépressifs sont un problème majeur de santé publique. Que ce soit de par leur fréquence, leur retentissement sur la santé et la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes, la forte suicidalité qui s'y associe et leur coût socio-économique [26].

Par conséquent, la prise en charge thérapeutique d'un syndrome dépressif est nécessaire et justifiée. Le traitement doit être adapté, permettre l'amélioration clinique du patient et épargner le plus possible sa qualité de vie, souvent déjà affectée par la pathologie elle-même. L'enjeu de cette bonne tolérance est l'observance du traitement.

III) LES ANTIDEPRESSEURS

A- Définition et classes pharmacologiques

Les antidépresseurs sont des médicaments psychotropes. Ils sont, et notamment les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (IRS), de plus en plus utilisés aujourd'hui, et non plus seulement dans l'indication des dépressions [37]. En effet on peut y avoir recours pour traiter des douleurs chroniques, des troubles anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs, les syndromes de stress post-traumatique etc ...

La durée de prescription est également de plus en plus longue, et il n'est pas rare de rencontrer des patients qui prennent de manière prolongée ces médicaments. S'il faut environ 14 à 21 jours de traitement pour soulager l'intensité d'un syndrome dépressif et parvenir à une amélioration clinique, on considère que le traitement doit être poursuivi au moins 6 à 9 mois pour limiter le risque de rechute dépressive. On parle de phase de consolidation. Parfois, dans les dépressions récurrentes, le traitement pourra être pris durant plusieurs années. Il en résulte qu'une large proportion de malades peut être amenée à prendre des antidépresseurs et est donc exposée à leurs effets secondaires. Les antidépresseurs sont de nos jours des médicaments incontournables. Pour Seidman, l'usage de plus en plus répandu des antidépresseurs sérotoninergiques a mis les psychiatres face au problème complexe des dysfonctions sexuelles iatrogènes et en particulier de l'anorgasmie [22].

Si le patient est amené à prendre un traitement aussi longtemps, cela pose bien sûr la question de la tolérance. En effet pour le confort du patient, il est souhaitable que les traitements aient le moins d'effets secondaires possibles. L'enjeu est l'observance et le maintien en rémission de la dépression.

Il existe différentes classes pharmacologiques d'antidépresseurs [38] :

1. Les tricycliques ou imipraminiques

Clomipramine (ANAFRANIL®)

Amitriptyline (LAROXYL®)

Dosulepine (PROTHIADEN®)

Imipramine (TOFRANIL®)

Maprotiline (LUDIOMIL®)

Trimipramine (SURMONTIL®)

Ce sont les premiers à avoir été découverts. Leurs effets secondaires (neuropsychiques, sédatifs, anticholinergiques, cardiovasculaires et endocriniens) et tout particulièrement leur cardiotoxicité ont conduit à la recherche et au développement de molécules aussi efficaces et mieux tolérées.

Leur principal mécanisme d'action consiste à bloquer la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. Néanmoins, d'autres mécanismes sont possibles selon les molécules : inhibition de la recapture de la dopamine, action histaminergique et muscarinique.

Ces médicaments sont extrêmement efficaces dans les dépressions endogènes et sont aujourd'hui utilisés en 2^e intention après échec des molécules de nouvelle génération, mieux tolérées (IRS, IRSNa).

2. Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)

Ces médicaments agissent en bloquant l'action d'un enzyme intra-cellulaire mitochondrial qu'on retrouve au niveau du cerveau, mais aussi au niveau du foie et de l'épithélium intestinal : la monoamine oxydase. Il en existe deux types : A et B.

L'effet antidépresseur est lié au blocage de la monoamine oxydase A (MAO-A).

Il existe des IMAO non sélectifs : iproniazide (MARSILID®). Le blocage non sélectif des MAO entraîne un hypersérotoninergisme, un hyperdopaminergisme et un hypernoradrénergisme au niveau du système nerveux central. Ils sont peu utilisés car difficiles à manier (nombreuses interactions médicamenteuses et alimentaires), effets secondaires graves (crises hypertensives, hépatites fulminantes, hypotension, céphalées).

Il existe des IMAO sélectifs de la MOA-A, appelés IMAO-A. C'est par exemple le moclobémide (MOCLAMINE®). Ils sont sélectifs de la MOA-A donc il existe moins de risque d'interactions alimentaires et médicamenteuses rendant leur usage et leur tolérance plus acceptables.

Ces médicaments ne sont presque plus utilisés de nos jours du fait de leur difficulté d'emploi et de leur potentielle mauvaise tolérance.

3. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS)

Paroxétine (DEROXAT®)

Fluoxétine (PROZAC®)

Citalopram (SEROPRAM®)

Escitalopram (SEROPLEX®)

Sertraline (ZOLOFT®)

Fluvoxamine (FLOXYFRAL®)

Leur mécanisme d'action consiste en un blocage spécifique de la recapture de la sérotonine. Ils favorisent donc la transmission sérotoninergique.

Ils sont aussi efficaces que les tricycliques, agissent plus rapidement et sont dépourvus d'effets anticholinergiques et cardiotoxiques. De ce fait, ces molécules sont aujourd'hui recommandées en première intention chez les patients dépressifs.

4. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa)

Venlafaxine (EFFEXOR®)

Duloxétine (CYMBALTA®)

Minalcipran (IXEL®)

Ils bloquent la recapture de la sérotonine et surtout de la noradrénaline. Ils sont utiles dans les dépressions sévères.

5. Les autres classes

Miansérine (ATHYMIL®)

Mirtazapine (NORSET®)

Agomélatine (VALDOXAN®)

Tianeptine (STABLON®)

Vortioxétine (BRINTELLIX®)

L'agomélatine agit comme agoniste de la mélatonine et antagoniste 5-HT_{2C}.

La miansérine est un antagoniste 5-HT₁, 5-HT₂ et alpha-adrénergique.

La mirtazapine est un antagoniste alpha₂-adrénergique présynaptique et augmente la transmission sérotoninergique et noradrénergique via le récepteur 5-HT₁. Elle est aussi antagoniste des récepteurs 5-HT₂ et 5-HT₃. La tianeptine agit sur la transmission sérotoninergique.

La vortioxétine est un antagoniste des récepteurs 5-HT₃, 5-HT₇ et 5-HT_{1D}, un agoniste partiel des récepteurs 5-HT_{1B}, un agoniste des récepteurs 5-HT_{1A} et un inhibiteur du transporteur de la sérotonine. La vortioxétine agit essentiellement sur la transmission sérotoninergique mais aussi sur la transmission histaminergique, glutamaergique, gabaergique, noradrénergique et dopaminergique.

B- Retentissement sur la fonction sexuelle

1. Epidémiologie des dysfonctions sexuelles sous antidépresseurs

Depuis les travaux de Harrison en 1986, on sait que les antidépresseurs sont susceptibles d'induire ou d'aggraver une DS. Pour Montejo, l'incidence des DS induites par les antidépresseurs peut être évaluée à 50-70% surtout si le principal mécanisme du médicament consiste à bloquer la recapture de la sérotonine [39].

Dans une étude de 1993 portant sur 591 sujets suivis pendant 15 ans [28], 45% des sujets dépressifs non traités présentent une DS contre 63% chez les sujets dépressifs traités par antidépresseur(s). Dans le groupe contrôle, la prévalence des DS s'élève à 26%. Une méta-analyse de 2009 confirme bien que l'usage d'un antidépresseur entraîne la survenue de DS en comparaison au placebo [23].

L'étude ELIXIR (2003) retrouve une incidence globale de DS chez les hommes dépressifs traités par antidépresseurs significativement ($p < 0,001$) plus élevée que chez les hommes dépressifs non traités [27].

Pour Kennedy et Rizvi, la prévalence globale des DS induites par les antidépresseurs est de 50% chez les hommes atteints d'un syndrome dépressif caractérisé [23].

Une étude de 2001 portant sur 1022 patients va dans ce sens et l'estime à 59,1% [30] [40].

Ces résultats sont en contradiction avec une étude de 2007. Celle-ci retrouve une DS chez 86% des sujets dépressifs, mais note une amélioration du fonctionnement sexuel après mise en place d'un traitement antidépresseur (73% des patients présentent une DS) [20].

Alors que l'étude ELIXIR montre que la prescription d'un antidépresseur aggrave la dysfonction sexuelle, cette étude plus récente montre qu'on peut espérer améliorer le fonctionnement sexuel en traitant la dépression [29].

2. Caractérisation

Toutes les phases de la réponse sexuelle sont susceptibles d'être touchées [39].

Même si les atteintes de la libido sont rapportées chez deux tiers des patients traités par antidépresseur(s), il n'y aurait pas de différence significative avec les patients dépressifs non traités [27].

Les DE surviendraient chez 50% des patients dépressifs suivant un antidépresseur contre 25% chez les dépressifs non traités [21].

Les deux tiers des patients dépressifs traités présentent un retard d'éjaculation [21]. Dans l'étude ELIXIR la seule DS significativement plus fréquente chez les hommes sous IRS, IRSNa et tricycliques par rapport aux hommes dépressifs non traités, est le retard d'éjaculation [27]. Les scores globaux à l'ASEX sont comparables chez les patients traités par antidépresseurs (21,4) et chez les patients non traités (21,5). En revanche concernant les items d'accession à l'orgasme et à la satisfaction que procure l'orgasme, les scores moyens sont plus élevés chez les patients traités. En effet selon cette étude les patients traités par antidépresseurs ont une prévalence de retard d'éjaculation égale à 16,6% contre 8,2% chez les hommes non traités ($p < 0,001$) [27].

La survenue d'une DS semble être dose-dépendante [37] et dépendre de la classe de l'antidépresseur [23].

2.1. Les tricycliques

La prévalence des dysfonctions sexuelles avec cette classe de médicaments est haute bien que le manque de mesure standardisées à l'époque du développement de ces molécules rendent difficile leur comparaison avec les données disponibles aujourd'hui [23].

Selon l'étude ELIXIR, les patients sous tricycliques souffrent plus fréquemment de DS que les patients non traités ($p < 0,005$) [27].

Etant la molécule ayant la plus forte activité sérotoninergique, il n'est pas étonnant que la clomipramine (ANAFRANIL®) entraîne le plus de perturbations sexuelles. 90% des patients traités par clomipramine ont des troubles de l'orgasme [23] [24].

Les études en double aveugle montrent que les hommes sous imipramine font l'expérience d'un retard d'éjaculation pour 20-30% d'entre eux.

2.2. Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)

4 à 40% des patients présentent une DS pour les IMAO [30].

Selon Segraves, le moclobémide, nouvel IMAO, serait mieux toléré sur le plan sexuel [24].

2.3. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine

Les IRS constituent une classe d'antidépresseurs formellement identifiée comme pourvoyeuse de dysfonctionnements sexuels. Après analyse de plusieurs études bien menées, Kennedy et Rizvi estiment que 60% des hommes traités par IRS font l'expérience d'une DS [23]. Les prévalences globales des DS sous IRS varient entre 40 et 70% selon les

molécules (citalopram, escitalopram, paroxétine, fluoxétine) [23]. Un autre travail de 1999 portant sur 1763 hommes estime ces prévalences entre 7 et 30% sous antidépresseurs [22].

Une étude italienne de 2008 a étudié l'impact de la fluoxétine (PROZAC®) et du citalopram (SEROPRAM®) sur la sexualité de 48 jeunes hommes en bonne santé. Elle a montré que les deux molécules entraînaient une augmentation de la latence éjaculatoire en comparaison au placebo mais cette différence n'était significative que pour le citalopram [41]. Les deux molécules n'affectaient pas significativement le désir sexuel par rapport au placebo. Enfin concernant l'érection, il n'a pas été noté de différence significative au Rigiscan (appareil permettant d'évaluer la rigidité pénienne) pour les deux molécules par rapport au placebo. Cependant Madeo nuance les résultats estimant que l'accession à une érection de qualité semblait plus difficile, de manière significative avec le citalopram [41].

Toutes les molécules de cette classe sont susceptibles d'induire des DS [24]. Ont été décrits par ordre d'apparition des retards d'éjaculation, une baisse du désir sexuel et des troubles érectiles [42]. D'après Rosen, les prévalences de la baisse du désir et des troubles érectiles ne sont pas significativement différentes de celles de la population générale [42]. En revanche, la prévalence des retards éjaculatoires est supérieure significativement à celle de la population générale.

Dans l'étude ELIXIR de 2003, les retards d'éjaculation concernent jusqu'à 25% des hommes sous IRS [22].

Pour Segraves, 30 à 40% des hommes sous IRS présentent un retard d'éjaculation ou une anéjaculation [24]. Ces effets surviendraient 1 à 2 semaines après le début du traitement et avant même que l'effet antidépresseur n'apparaisse. 20% des hommes sous IRS seraient concernés par les troubles du désir et 10% par les dysfonctions érectiles.

Les effets sexuels sont à mettre en lien avec la stimulation sérotoninergique qu'entraîne le médicament. D'autres mécanismes ont été incriminés, par exemple avec la paroxétine il y aurait une plus grande sélectivité pour les transporteurs de sérotonine, un blocage des récepteurs cholinergiques et une inhibition de la synthétase de l'oxyde nitrique [23].

2.4. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

L'effet sur la noradrénaline pourrait contre balancer l'effet sérotoninergique sur la sexualité [23]. La survenue d'une DS est significativement moindre avec la duloxétine (CYMBALTA®)

qu'avec la paroxétine (DEROXAT®), respectivement 46 et 61%. Malgré cela, la survenue d'une DS est significativement plus grande avec la duloxétine par rapport au placebo [23].

En comparaison avec l'escitalopram (SEROPLEX®), la duloxétine semble mieux tolérée en début de traitement sur le plan sexuel, mais cette différence de ne maintient pas significative après 3 mois de traitement [23].

Les études portant sur la venlafaxine (EFFEXOR®) ne retrouvent pas de différences significatives en termes d'atteintes sexuelles par rapport à la sertraline (ZOLOFT®) et la paroxétine (DEROXAT®) [23].

2.5. Les autres classes

La mirtazapine (NORSET®) semble avoir un profil de tolérance sexuelle significativement supérieur aux autres antidépresseurs [36]. En comparaison à la venlafaxine et à tous les IRS, la mirtazapine entraîne significativement moins de dysfonctions sexuelles, et quand elle en induit, celles-ci ont une intensité significativement moindre [23].

Ozmenler a montré que lorsqu'on switch un antidépresseur pour la mirtazapine, approximativement la moitié des patients ne se plaignent plus de dysfonctions sexuelles après 8 semaines de traitement [23].

L'agomélatine (VALDOXAN®) serait elle aussi peu pourvoyeuse de DS. Dans une étude portant sur 111 patients traités par agomélatine ou venlafaxine, ceux traités par agomélatine déclarent significativement moins de DS (7 contre 16%). De même quand on compare un groupe d'hommes traités par 20 mg de paroxétine et un groupe d'homme traités par 25-50 mg d'agomélatine par rapport à un groupe placebo, on retrouve une baisse de libido ou un retard d'éjaculation pour 80% des patients sous paroxétine alors que le groupe traité par agomélatine ne présente significativement pas plus de troubles sexuels que le groupe placebo [39].

La vortioxétine (BRINTELLIX®) jusqu'à 20 mg/jour n'entraînerait pas plus de troubles sexuels chez les patients dépressifs en comparaison au placebo selon Mahableshwarkar [43] [44]. Les scores à l'ASEX sont significativement plus hauts avec la duloxétine 60 mg/jour qu'avec le placebo et la vortioxétine [45].

Le néfazodone (SERZONE®) et le bupropion sont des médicaments non disponibles en France mais les études réalisées à l'étranger concluent qu'ils seraient moins associés à des problèmes d'orgasme ou de baisse de libido et plus souvent associés à une meilleure satisfaction sexuelle. Malheureusement la qualité des études semble disparaître.

Selon l'étude ELIXIR, les patients sous tianeptine (STABLON®) n'ont significativement pas plus de DS par rapport aux patients non traités [27].

3. Risques des dysfonctions sexuelles iatrogènes

Les relations entre sexualité, dépression et antidépresseurs sont complexes. La mise en rémission de la dépression grâce à l'introduction de l'antidépresseur peut soulager les troubles sexuels, mais en même temps, le traitement est susceptible d'en entraîner d'autres. Il a été montré que la tolérance des patients envers les effets secondaires des traitements diminuait quand la durée du traitement augmentait [20]. Le risque est alors l'inobservance thérapeutique. L'arrêt brutal, sans avis médical d'un traitement antidépresseur peut s'avérer dangereux, d'une part par le risque de syndrome de sevrage, d'autre part par le risque de présenter une rechute ou récurrence dépressive [46].

C- Conclusion

Les DS sont un des principaux effets secondaires des antidépresseurs [37]. Leur survenue est dose-dépendante [37] et dépend de la classe de l'antidépresseur utilisé [23]. Les chiffres de prévalence varient selon les études mais globalement les IRS et les IRSNa semblent les plus pourvoyeurs.

Selon Segraves, la mirtazapine et la duloxétine seraient les molécules les mieux tolérées sur le plan sexuel [24] [46].

La vortioxétine semble bien tolérée sur le plan sexuel et pourrait être proposée en switch en cas de mauvaise tolérance sur le plan sexuel avec un IRS [47].

Le nefazodone et le bupropion sont aussi identifiés comme intéressants de par leur bonne tolérance sexuelle, néanmoins ils ne sont pas commercialisés en France dans l'indication d'un syndrome dépressif majeur.

La prise en compte et en charge des effets sexuels induits par les traitements s'avèrent être une nécessité pour garantir aux patients une prise en charge respectueuse de leur sexualité et de leur qualité de vie.

IV) SEXUALITE, ANTIDEPRESSEURS ET DEPRESSIONS

A- A propos d'un cas – Arnaud

1. Présentation du cas

*Les prénoms ont été changés dans un souci de confidentialité.

Arnaud* est un homme de 44 ans qui souffre d'un trouble dépressif récurrent résistant depuis une vingtaine d'années.

J'ai eu l'occasion de le rencontrer lors de sa prise en charge par le Centre de Traitement des Troubles de l'Humeur Complexes du CHU.

Arnaud est actuellement pris en charge pour un nouvel épisode dépressif évoluant depuis un mois suite à un changement de son traitement de fond. Il se plaint d'une tristesse de l'humeur avec un sentiment d'ennui et présente une vision pessimiste de l'avenir. Il existe une forte anxiété avec des ruminations venant perturber le sommeil. Il décrit également une asthénie, des troubles de la concentration et mnésiques.

Il évoque une perte d'élan avec aboulie, une anhédonie et une perte d'intérêt sexuel. Il existe des idées suicidaires passagères scénarisées de précipitation ou d'intoxication médicamenteuse mais sans intentionnalité de passage à l'acte. Il est actuellement traité depuis un mois par Mirtazapine.

Il est inclus dans le protocole expérimental THETADEP de stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) et doit débuter une première cure en août 2016.

Notre rencontre s'est déroulée en juillet.

Dans un premier temps, je reprends avec Arnaud l'histoire de sa maladie et ses antécédents personnels et familiaux.

Il date le début des troubles en 1994, il a alors 22 ans. Il décrit dans un premier temps des symptômes anxieux très handicapants, à type d'attaques de panique.

Son médecin généraliste lui propose à l'époque un traitement anxiolytique (Alprazolam) et bêta-bloquant (Aténolol) ce qui lui permet d'obtenir un apaisement partiel.

En 1995 il présente un premier épisode dépressif majeur que le médecin généraliste prend en charge avec une prescription de Viloxazine (VIVALAN®).

Entre 1995 et 2002, Arnaud présente plusieurs épisodes de fragilité thymique en lien avec des évènements de vie (difficultés au travail, conflits conjugaux) qui se caractérisent par une forte anxiété avec des troubles du sommeil, une thymie triste, une irritabilité, une perte d'élan vital, un ralentissement idéique avec des troubles de la concentration, un désintérêt et une aboulie. Arnaud débute en 1996 une consommation régulière d'alcool auto-thérapeutique.

Devant la persistance d'un mal-être fluctuant et l'aggravation des consommations d'alcool, le médecin traitant l'oriente vers un psychiatre en 2002.

Une première hospitalisation en psychiatrie est alors organisée pour effectuer un sevrage en alcool et apaiser la détresse psychique. Arnaud reçoit un diagnostic de trouble dépressif récurrent.

Il explique qu'il a présenté de nombreuses récives dépressives ayant conduit à de multiples hospitalisations en psychiatrie. Selon lui, une douzaine d'antidépresseurs a été essayée sans toujours être efficaces. Nous n'avons pas le détail de toutes les molécules qui lui ont été prescrites ces 20 dernières années (Venlafaxine, duloxétine, fluoxétine, Viloxazine, mirtazapine, clomipramine).

Plusieurs de ses décompensations thymiques se sont montrées résistantes à la chimiothérapie et ont motivé des cures d'électro-convulsivothérapie (ECT). La première en 2010 (12 séances) s'est montrée efficace.

En juin 2012 Arnaud tente deux fois de se suicider en prenant des médicaments.

Depuis 2013, Arnaud est traité par Clomipramine 150 mg/jour (ANAFRANIL®). Cet antidépresseur tricyclique a permis d'obtenir une réponse mais pas de rémission complète de la dépression. En 2015, il bénéficie d'une 2^e cure d'ECT (16 séances) qui permet une réponse sans rémission. Son psychiatre l'oriente alors vers le Centre de traitement des troubles de l'humeur complexe du CHU pour prise en charge de sa dépression résistante.

Il bénéficie d'une première cure de rTMS en mai-juin 2015 ainsi que d'une prise en charge à l'hôpital de jour. Cette prise en charge conséquente aboutit à la mise en rémission de la dépression. Depuis il est traité par Clomipramine 225 mg/jour et Lithium LP 800 mg/jour.

Concernant son alcoolodépendance, Arnaud a bénéficié de trois post-cures entre 2005 et 2010. Il est globalement abstinant depuis 2014 même s'il déplore quelques « dérapages ».

Durant l'été 2016 le traitement est modifié à la demande du patient suite à des difficultés d'ordre sexuelles avec sa compagne. Un arrêt de l'ANAFRANIL® et un switch pour du NORSET® sont proposés.

Les antécédents médico-chirurgicaux personnels sont essentiellement marqués par une allergie aux macrolides, un surpoids, une hypothyroïdie suivie et supplémentée depuis 2010 et par un tabagisme actif.

Les antécédents familiaux sont marqués par le décès du père d'un cancer des poumons en 2012.

Le frère aîné d'Arnaud est décédé en 2012 d'une cirrhose éthylique compliquée d'un carcinome hépatocellulaire. Arnaud évoque un possible trouble de l'humeur chez ce frère qui se « soignait avec l'alcool » et qui aurait arrêté son suivi psychiatrique et son traitement du fait de l'apparition de troubles de l'éjaculation.

La sœur aînée d'Arnaud, elle aussi, souffre d'un trouble de l'humeur et est actuellement traitée par antidépresseur.

Enfin, la mère d'Arnaud est atteinte d'une maladie d'Alzheimer et a été récemment institutionnalisée.

Il n'est pas retrouvé d'autres antécédents psychiatriques dans la famille d'Arnaud (pas de suicide ou de tentative de suicide notamment).

Actuellement Arnaud prend le traitement suivant :

LEVOTHYROX 100 microg / jour depuis 5 ans pour la supplémentation de son hypothyroïdie.

VALIUM 10 mg 1 comprimé toutes les 6 heures en cas d'angoisses depuis un mois.

NORSET 45 mg/jour depuis 1 mois pour le traitement de l'épisode dépressif actuel.

ATENOLOL 25 mg/jour depuis 30 ans, sans justification médicale. Ce traitement est actuellement en décroissance pour être arrêté.

ESPERAL 500 mg/jour depuis 4 ans pour le maintien de l'abstinence à l'alcool.

Dans un deuxième temps, Arnaud me décrit sa situation personnelle sociale et affective et ses premières difficultés sexuelles.

Arnaud travaillait comme responsable marketing et communication en menuiserie mais est depuis six ans en invalidité de deuxième catégorie pour son trouble dépressif unipolaire.

Sur le plan affectif, Arnaud est un homme hétérosexuel, ayant une sexualité hétérosexuelle exclusive. Il rencontre sa femme en 1993 et se marie avec elle.

Au début de leur relation, et donc avant le déclenchement des troubles, Arnaud affirme ne jamais avoir eu aucune difficulté d'ordre sexuelle. Il décrit une sexualité très active et pense même avoir des rapports sexuels « plus fréquemment que la moyenne des gens ».

Il explique qu'il pouvait entretenir avec son épouse jusqu'à cinq rapports sexuels par semaine, parfois même plusieurs fois par jour.

Il confie, « J'étais obligé de me limiter du fait du manque d'appétit sexuel de ma femme ».

Les premières difficultés sexuelles apparaissent au début des années 2000 dans le cadre d'une aide médicale à la procréation. La sexualité est mise à l'épreuve et devient une sexualité de performance, centrée sur le projet de procréation.

Le couple a recours à plusieurs tentatives de Fécondation in vitro puis finalement à une ICSI (Injection intra-cytoplasmique de spermatozoïdes) qui permet la conception d'Alice*, aujourd'hui âgée de 13 ans.

Arnaud évoque aussi le rôle néfaste sur sa sexualité des difficultés conjugales, du stress au travail et de la majoration de la consommation d'alcool.

Notons que c'est aussi à cette époque qu'Arnaud se voit diagnostiquer son trouble de l'humeur, il est hospitalisé pour la première fois et il lui est proposé un traitement antidépresseur.

Arnaud et sa femme divorcent en 2006. Alice vit à Lille avec sa mère et voit son père lors des vacances scolaires.

Depuis Arnaud a eu quatre relations affectives sérieuses.

Il a d'abord entretenu une première relation de deux mois durant un séjour en post-cure. Malgré le fait qu'il souffrait de dépression et était traité par antidépresseur à l'époque, il ne se souvient pas avoir rencontré de difficultés sexuelles.

Il rencontre une seconde femme un peu plus tard avec laquelle il reste un mois. La relation se termine cette fois du fait de l'insatisfaction sexuelle de sa partenaire, « elle me reprochait mon manque de désir sexuel et mes difficultés d'érection ».

Puis Arnaud a rencontré une troisième conjointe. Cette relation avec cette femme pharmacienne a duré 6 mois.

Arnaud estime que cette personne a été plus patiente, plus compréhensive par rapport à ses difficultés sexuelles de par son métier. Elle lui a proposé un traitement par CIALIS® pour corriger ses troubles érectiles. Malheureusement ce traitement n'a pas eu l'effet escompté. La relation a cette fois pris fin à l'initiative du patient.

Actuellement Arnaud est en couple depuis neuf mois avec une femme qui vit en Allemagne. Il fait régulièrement le voyage pour passer du temps avec elle. Il existe des difficultés sexuelles importantes mettant en péril le couple.

Arnaud raconte ne ressentir que très peu de désir sexuel. Lorsqu'il a un rapport, il ne le fait que pour satisfaire sa compagne et essaye de « prendre sur lui ».

Arnaud se confie ensuite concernant son vécu de la maladie et des troubles sexuels.

Le rapport sexuel est mal vécu, souvent source d'une importante anticipation anxieuse et d'une grande peur de décevoir la partenaire.

Arnaud n'est pas toujours sûr de pouvoir avoir une érection, la pénétration n'est pas toujours possible. L'éjaculation est toujours absente.

Sa compagne est très frustrée. Arnaud m'explique qu'elle souffre beaucoup de ses troubles sexuels.

« Elle imagine ne pas être désirable, ne pas bien s'y prendre, ne pas être aimée ».

Les difficultés sexuelles sont sources de conflits dans le couple. Arnaud estime que ses troubles sexuels sont un problème majeur, source de souffrance d'une part parce qu'ils mettent son couple en péril et font souffrir sa compagne, d'autre part parce que cela entretient des angoisses personnelles.

Il pense que les troubles sexuels entretiennent « l'auto-dévalorisation » et sont « insécurisants ». « La dépression me gâche la vie sur tous les points ».

Il a souvent ressenti le besoin de s'alcooliser pour se désinhiber, espérant pouvoir avoir un rapport sexuel satisfaisant. Cela ne lui donne pas satisfaction.

Arnaud confie que la sexualité a une part importante dans sa vie. Il comprend qu'elle puisse être atteinte du fait de la maladie et des traitements mais ne trouve pas acceptable qu'elle soit perturbée sur le long terme. Malgré son efficacité il raconte avoir « dû tanner » son psychiatre et menacer d'arrêter le traitement pour qu'il soit modifié dans l'espoir de pouvoir reprendre une activité sexuelle épanouissante.

Arnaud reconnaît que l'observance a été mise à mal plusieurs fois. Il raconte avoir procédé à plusieurs arrêts épisodiques de 2-3 jours en anticipation d'un rapport sexuel. Malheureusement cela ne suffisait pas. Arnaud a remarqué qu'il avait besoin de 10-12 jours pour récupérer une éjaculation. Ainsi il a arrêté complètement deux fois son traitement. En ont résulté deux rechutes dépressives.

Arnaud assure avoir été informé des effets secondaires sexuels de la clomipramine par son psychiatre lorsqu'il lui a proposé ce traitement. Néanmoins le médecin psychiatre n'a jamais recherché les effets secondaires par la suite. Arnaud ne se souvient pas avoir reçu cette information sur les effets secondaires d'ordre sexuel avec les autres antidépresseurs qu'on lui a proposé.

Il raconte avoir dû parler de ses difficultés par lui-même. Il ne s'est pas senti entendu par son psychiatre qui l'a immédiatement réorienté vers le généraliste.

Ensuite, Arnaud se souvient du malaise qu'il a ressenti chez son généraliste à l'évocation des troubles sexuels. Il se rappelle que son médecin s'est senti en difficulté.

Il témoigne « C'est presque moi qui ai dû lui dire quoi me prescrire ».

Arnaud n'a pas ressenti de difficultés à aborder le sujet avec ses médecins et pense avoir été entendu dans sa plainte « à force d'insister ». Les propositions thérapeutiques qui lui ont été faites (inobservance temporaire et prescription d'un IPDE5) n'ont pas satisfait Arnaud.

Il conclut « *J'attends autre chose* ».

La rencontre avec un sexologue ne lui a jamais été proposée.

2. Remarques et critiques à propos du cas

Ce cas clinique illustre tout d'abord la complexité de la sexualité « normale » et « pathologique » chez l'être humain.

En effet de nombreuses variables sont susceptibles d'impacter la qualité de vie sexuelle. Il y a tout d'abord, la pathologie somatique. En effet Arnaud souffre d'une hypothyroïdie qui peut avoir des répercussions sur le désir sexuel si elle n'est pas bien stabilisée. Arnaud présente également des facteurs de risque cardio-vasculaires (surpoids, tabagisme), susceptibles de pérenniser des troubles érectiles. Il n'a jamais bénéficié d'un écho-doppler pénien.

Les toxiques peuvent également participer à la détérioration des capacités sexuelles (alcool, tabac) ainsi que la iatrogénie (antidépresseurs, bêta-bloquant).

Il faut souligner qu'Arnaud prend un bêta-bloquant à forte dose à visée anxiolytique et ce depuis 30 ans sans que la prescription ait été réévaluée. Un tel médicament peut fortement perturber la fonction sexuelle et ne devrait pas être prescrit dans ce contexte.

La pathologie psychiatrique, bien sûr, a toute sa place dans l'installation des troubles sexuels du fait de l'aboulie, l'anhédonie, l'anxiété, la perte de confiance en soi, l'autodépréciation etc...

Il est important également de tenir compte des facteurs relationnels et contextuels. Ainsi le conflit avec l'épouse et notamment dans le contexte d'aide médicale à la procréation est un élément à considérer.

Il est difficile dans cette situation de faire la part des choses entre ce qui est imputable à la pathologie psychiatrique, à la pathologie organique, à la iatrogénie, aux toxiques, aux facteurs relationnels et affectifs... L'origine des troubles est probablement multifactorielle.

Le cas rappelle également à quel point la sexualité fait partie de la vie et de la qualité de vie des patients et que son atteinte est susceptible de mettre en péril l'alliance aux soins et l'observance aux traitements. Ainsi Arnaud nous raconte d'emblée que son frère, bien que dépressif, a interrompu son suivi psychiatrique et son traitement du fait des répercussions sur sa sexualité (trouble de l'éjaculation).

Arnaud insiste bien sur la pénibilité de l'atteinte de la fonction sexuelle. Il décrit l'angoisse qui régit tout rapport, la peur de ne pas satisfaire l'autre, d'être défaillant, de voir la relation affective prendre fin.

Pour autant, Arnaud explique avoir eu du mal à faire entendre sa détresse, insistant sur le malaise des médecins à parler de sexualité.

Même si le psychiatre l'a informé des effets sexuels de la clomipramine, Arnaud n'a pas le souvenir d'avoir reçu cette information lors de la prescription des autres molécules dont il a bénéficié au cours de sa prise en charge. Il regrette aussi que le psychiatre n'ait pas ré-exploré cliniquement l'apparition de troubles sexuels en lien avec le traitement. Lorsqu'Arnaud s'est décidé à évoquer le problème avec son psychiatre, il explique avoir été très vite orienté vers le médecin généraliste, laissant alors peu de place à l'échange. Le généraliste, semble, à son tour avoir été bien en peine de proposer une aide adaptée à la vue de la complexité clinique du cas d'Arnaud.

Dans son cas, l'absence de réponse adaptée à ses difficultés sexuelles l'a amené à arrêter son traitement, précipitant ainsi la plongée dans un nouvel épisode dépressif résistant.

B- Justification de la recherche

1. Les enjeux : pouvoir en parler pour préserver l'alliance et l'observance

Nous avons vu plus haut que la dépression en elle-même pouvait avoir des répercussions sur la qualité de vie sexuelle des hommes et la relation au(x) partenaire(s) [28]. La prise en charge de la maladie par les thérapeutiques antidépressives peut aussi être pourvoyeuse d'une atteinte du fonctionnement sexuel chez ces hommes. Cette interrelation entre sexualité et dépression peut encore se complexifier quand le trouble sexuel est en lien avec une pathologie somatique comorbide.

Or, un fonctionnement sexuel satisfaisant est jugé important pour 85% des patients traités par antidépresseur comme en témoigne une étude portant sur 6000 patients atteints d'un syndrome dépressif majeur traités par antidépresseur(s) [23].

Pourtant, bien que les effets secondaires sexuels soient fréquents, gênants et susceptibles de mettre en péril l'observance thérapeutique [20] [21] [29] [30] [37] [48] [49], et donc plus globalement le maintien en rémission de la maladie dépressive, l'information que la prise en charge peut impacter sa qualité de vie sexuelle est rarement délivrée au patient par les médecins [36].

De plus ces derniers n'évaluent pas systématiquement le fonctionnement sexuel chez leurs patients. Cela peut s'expliquer d'une part par le comportement des patients eux-mêmes, qui par honte [26], crainte ou ignorance [48] n'osent pas évoquer leurs difficultés. L'étude française ELIXIR de 2003 souligne bien ce point, en effet 69% des patients dépressifs décrivent une DS si on les interroge mais seulement 35% d'entre eux en avait parlé spontanément à leur médecin [27].

D'autre part on peut imaginer également que les médecins soient aussi en difficulté pour explorer cet aspect de la vie des gens. Ainsi certains craignent peut-être d'être trop intrusifs ou offensants, ou estiment que cela relève de la vie privée des patients et ne les regardent pas. D'autres hésitent à aborder le problème par manque de temps ou par méconnaissance.

A noter également que les échelles d'évaluation de la dépression n'accordent pas ou peu de place à ces dysfonctions sexuelles [10] qui sont pourtant référencées dans le DSM-5 [2].

2. Des travaux peu nombreux qui présentent des limites

2.1. Des résultats contradictoires

La sexualité des hommes dépressifs en absence de traitement a été peu étudiée spécifiquement [22] même si de nombreuses études s'accordent pour dire que l'impact le plus important concerne la baisse de désir sexuel [50]. Pour certaines études, il n'y a pas d'atteintes des phases d'excitation et d'orgasme dans la dépression non traitée [49].

D'autres, retrouvent des dysfonctions érectiles [25] [21].

Les données disponibles en matière de sévérité et de prévalence de l'impact de la dépression et des antidépresseurs sur la fonction sexuelle sont partielles voire contradictoires pour certaines études [31] [50]. Il faut noter que la prévalence des DS a clairement été sous-estimée du fait que les premières études sur le sujet se basaient sur des plaintes spontanées des patients. Les études plus récentes proposent une investigation de la sexualité même si le patient ne se plaint pas de troubles sexuels.

Cela s'explique par des publications et observations qui portent pour la plupart sur des populations de petit effectif ou sur des cas isolés relevant des services de pharmacovigilance [50]. De nombreuses études ne différencient pas les DS en fonction du sexe [29], ou ne détaillent pas cliniquement les différentes atteintes.

Il faut noter que les prévalences des différentes DS sont difficilement évaluables du fait de nombreuses variables parmi lesquelles on retrouve la gravité de la dépression, le cadre de la prise en charge, l'existence de comorbidités somatiques, l'âge du patient, l'existence ou non d'un partenaire et le contexte affectif [21].

2.2. Absence de consensus en clinique sexologique

Une autre difficulté est l'absence de consensus en matière de seuil diagnostique, de recueil des données [29] [50] etc ...

Les définitions des dysfonctions sexuelles varient d'une classification à une autre, d'une version à une autre.

Les prévalences peuvent ainsi être surestimées ou sous estimées selon les définitions retenues et le recours ou non à des méthodes d'investigation standardisées et validées pour évaluer le comportement sexuel.

2.3. Des résultats non comparables

Les études qui s'intéressent aux répercussions des antidépresseurs sur la sexualité utilisent des méthodologies différentes [29] [49] [50] et sont souvent non comparables [29] et ce d'autant plus que les définitions des DS évoluent dans le temps et selon les classifications. De plus ces études comprennent souvent des biais[50] [51].

En effet les items des questionnaires sont peu précis et non comparables d'un auteur à l'autre par manque de consensus sur la clinique sexologique [29] [50]. Très peu d'études utilisent des échelles et questionnaires standardisés ou validés pour explorer les troubles sexuels [39] [51]. Une revue de littérature de 2015 n'a retrouvé que 11 études utilisant de tels outils depuis 2011 dans le monde [49].

Un autre biais sous estimant les prévalences des DS dans la dépression et sa prise en charge pourrait être en lien avec le fait qu'une part non négligeable des hommes dépressifs serait célibataire, ce qui peut fausser l'évaluation de la vie sexuelle [39].

La plupart des essais thérapeutiques évaluant les effets secondaires sexuels d'un antidépresseur ont été effectués par le laboratoire pharmaceutique qui le commercialise. L'antidépresseur est souvent comparé à un autre connu pour avoir d'importants effets secondaires sexuels, si bien qu'il semble souvent mieux toléré sexuellement.

Les études comparant un produit à plusieurs autres sont souvent dépourvues de groupe contrôle non traité, n'ont pas procédé à une randomisation et n'ont pas évalué la fonction sexuelle antérieure à la prescription du médicament [29] [39].

Malheureusement, ces études représentent notre seule source de données comparant les impacts de la dépression et des antidépresseurs sur la sexualité [29].

2.4. Des données qui manquent de précision

Nous ne disposons que de peu de données en matière de prévalence et de typologie des dysfonctions sexuelles en particulier chez les hommes dépressifs non traités [32]. Certaines études ne se basent que sur l'intensité de la gêne subjective attribuée aux antidépresseurs. Certaines se contentent de parler de « troubles ou dysfonctions sexuelles » sans les décrire [50] quand d'autres se veulent très descriptives et détaillent les différentes atteintes sexuelles possibles [50].

Le terme général de « dysfonctions sexuelles », largement employé, est imprécis. Il ne permet pas de se représenter précisément les atteintes imputables à la dépression ou aux antidépresseurs.

Il en résulte une compréhension parcellaire du fonctionnement sexuel [29].

3. Conclusion

Notre recherche non interventionnelle vise à déterminer les prévalences des différentes dysfonctions sexuelles observées chez l'homme dans deux groupes :

- un groupe souffrant de dépression majeure non traité
- un groupe souffrant de dépression majeure traité par antidépresseur(s).

Cette recherche est justifiée du fait du faible nombre d'études menées sur le sujet et de leur grande hétérogénéité.

La détermination de ces prévalences semble importante pour que puissent mieux être sensibilisés les médecins aux plus fréquentes d'entre elles. Ainsi nous pourrions proposer un protocole de prise en charge pour aider nos collègues à considérer et traiter ce genre d'effets secondaires comme ils le feraient pour des effets anticholinergiques, une sédation diurne ou encore une prise de poids.

Rechercher et traiter une DS chez un patient déprimé qui ne nécessite pas de traitement pourraient atténuer l'auto-dévalorisation et la perte de confiance en soi. Lorsqu'un traitement médicamenteux est indispensable, cette démarche permettrait de garantir la qualité de vie du patient, de favoriser l'échange et surtout de prévenir ou réduire l'inobservance.

Les enjeux de ce travail sont de favoriser la prise de conscience de l'impact des difficultés sexuelles dans les soins, de mieux prendre en charge le patient en prenant en compte son confort, de favoriser le maintien d'une bonne observance thérapeutique, de mieux connaître et mieux prendre en charge les dysfonctions sexuelles en psychiatrie, et enfin d'articuler les soins psychiatriques et sexologiques si besoin.

V) METHODOLOGIE

A- Définitions des dysfonctions sexuelles (DS) retenues pour l'étude SADD

Les définitions des DS sont en constante évolution. En fonction de la définition retenue, les prévalences de certaines DS peuvent être sous-estimées ou surestimées.

Il convient de retenir les critères pertinents et indispensables pour recueillir des données épidémiologiques les plus précises et les plus proches de la réalité possible.

Les différentes DS, définies par le DSM-5 et la CIM-10 ont été présentées dans le premier chapitre de ce travail. Ces classifications reconnaissent les troubles du désir, les troubles de l'excitation (DE), les troubles de l'orgasme (retard d'accession à l'orgasme, éjaculation prématurée, anorgasmie) et les douleurs [20].

Pour notre travail de recherche nous avons jugé pertinent de retenir :

- Les troubles du désir sexuel
- La dysfonction érectile
- Les troubles de l'orgasme (éjaculation anhédonique ou anorgasmie)
- Les troubles de l'éjaculation (éjaculation retardée, anéjaculation, éjaculation prématurée, éjaculation sèche ou aspermie).
- Le priapisme

1. Diminution du désir sexuel chez l'homme

Nous retenons le critère A du DSM-5 : « *déficience ou absence persistante ou répétée de pensées sexuelles/érotiques ou de fantasmes imaginatives et du désir d'activité sexuelle* ».

Nous nous baserons sur une évaluation quantitative par le patient :

- de l'usage de supports visuels ou sonores pour parvenir à s'exciter sexuellement.
- du recours aux pensées sexuelles et fantasmes sexuels.
- de la quantité de plaisir sexuel résultant de son désir.

Le critère B « *les symptômes du critère A persistent depuis au moins 6 mois* » n'est pas retenu. Nous considérons qu'un homme peut présenter une DS et en souffrir même si elle évolue depuis moins de 6 mois. Ce critère semble avoir été mis en place pour limiter le sur-diagnostic de trouble du désir chez des hommes présentant des épisodes transitoires de

baisse du désir ou d'activité sexuelle. Dans le contexte d'un syndrome dépressif et/ou d'un traitement antidépresseur, ces troubles peuvent être gênants et susceptibles de durer même s'ils évoluent depuis moins de 6 mois.

Le critère C du DSM-5 n'est pas retenu puisque les patients dépressifs, de par l'autodépréciation, l'anxiété, le manque de confiance en eux, la perte d'envie et de plaisir, l'anesthésie affective peuvent être indifférents à leur DS.

Pour justifier notre choix nous nous appuyons sur la récente étude de 2013 qui porte sur 591 hommes atteints d'un syndrome dépressif majeur selon les critères du DSM-IV-TR et non traités [31]. La présence d'une DS a été recherchée de 2 manières, d'une part avec les critères du DSM-IV-TR, d'autre part avec une échelle de Derogatis (DISF).

Si on se base sur les définitions des DS selon le DSM on retrouve 7,3% de troubles du désir, 2,8% de DE, pas de troubles de l'orgasme, 2,8% d'éjaculations prématurées. Ainsi la prévalence des troubles du désir, des DE et des troubles de l'orgasme n'est pas significativement différente chez les dépressifs par rapport à la population générale.

Si on se base sur le DISF, 75% des patients dépressifs présentent une DS (34% ont des troubles du désir, 47% ont des troubles de l'érection, 84% des troubles de l'orgasme).

L'étude conclue que le dépistage des DS chez les patients dépressifs dépend de l'outil d'investigation utilisé. Les critères DSM ne sont probablement pas appropriés et sous-diagnostiquent les troubles sexuels dans la mesure où les patients ne se plaignent pas toujours de souffrance personnelle induite par la DS.

Le critère D n'est pas retenu car il interdit de diagnostiquer une baisse de désir sexuel chez un homme qui souffre de troubles psychiatriques caractérisés (en l'occurrence syndrome dépressif majeur), d'une affection organique ou d'une intoxication par des substances ou des médicaments (en l'occurrence antidépresseur, tabac ou alcool).

Le but de cette étude étant justement de décrire et caractériser les troubles sexuels chez les patients dépressifs non traité et traités, cette condition ne peut être remplie.

2. Dysfonction érectile

Nous retenons le critère A du DSM-5 « *difficultés à parvenir à une érection au cours de l'activité sexuelle, difficultés à maintenir l'érection jusqu'à l'achèvement de l'acte sexuel et diminution de la rigidité érectile dans presque toutes ou toutes (approximativement 75-100%) les activités sexuelles avec un/une partenaire* ».

Les critères B, C et D ne sont pas retenus pour les mêmes raisons que précédemment.

3. Ejaculation sèche (aspermie)

Même s'il n'est pas décrit dans les classifications, l'investigation de ce trouble est importante dans la mesure où les études antérieures ne le distinguent pas des troubles de l'éjaculation. L'éjaculation sèche ou aspermie est définie comme un orgasme, c'est-à-dire par la survenue de contractions rythmiques de la musculature périnéale mais sans éjaculation. Elle est à différencier de l'éjaculation rétrograde (ou l'éjaculation a bien lieu, mais dans la vessie).

4. Ejaculation anhédonique

Les études antérieures ne distinguent pas ce trouble des autres troubles de l'éjaculation. Comme pour l'aspermie il nous a paru important d'évaluer son retentissement. L'éjaculation anhédonique ou anorgasmie est définie comme une éjaculation survenant après une phase normale d'excitation mais n'étant pas accompagnée de la sensation de plaisir intense qui s'y associe habituellement.

5. Ejaculation retardée

Nous retenons le critère A du DSM-5, « *présence d'un retard marqué à l'éjaculation ou l'absence/diminution marquée de la fréquence de l'éjaculation dans presque toutes ou toutes (approximativement 75-100%) les activités sexuelles avec un(e) partenaire et sans que le sujet ne souhaite retarder l'éjaculation* ».

Les critères B, C et D ne sont pas retenus pour les mêmes raisons que précédemment.

6. Ejaculation prématurée

Devant les difficultés de recueil de données avec la définition du DSM-5 (qui impose la survenue de l'éjaculation dans la minute qui suit la pénétration), nous décidons de considérer les critères du DSM-IV-TR qui insistent sur les notions de « *survenue de l'éjaculation dans des situations sexuelles minimales avant, pendant ou juste après la pénétration et avant que le sujet ne souhaite éjaculer* ».

Notre questionnaire insistera sur la notion de difficulté à contrôler l'éjaculation qui est une notion capitale.

Nous considérons, comme le DSM-5 que ce phénomène doit concerner tous ou presque tous les rapports sexuels (75-100%) pour être qualifié de « persistant et répété ».

Les critères B, C et D ne sont pas retenus pour les mêmes raisons que précédemment.

7. Dyspareunie masculine non organique

Nous ne retenons pas dans l'étude les dyspareunies non organiques dans la mesure où elles sont le plus souvent en lien avec des affections génitales somatiques (plaies, aphtes, infections, maladies urologiques). Les hommes participant à l'étude ne font pas l'objet d'un examen médical génital, il est donc impossible d'affirmer que la dyspareunie est non organique.

8. Priapisme

Le priapisme n'est pas à proprement parlé une DS. Il s'agit en fait d'une pathologie somatique mais son étude est importante dans l'évaluation de la sexualité sous antidépresseurs puisque des cas de priapisme ont été décrits [52] [53]

Le priapisme est un état d'érection prolongé, dépassant 3 heures, parfois douloureux, en dehors de toute stimulation sexuelle [54]. Il en existe deux grands types :

- A haut débit.

L'atteinte est due à une vascularisation artérielle non régulée et continue. Le priapisme n'est pas douloureux. La prise en charge peut-être différée. C'est une forme peu fréquente.

Les causes sont traumatologiques le plus souvent (plaie d'une artère, fracture du bassin etc).

- A bas débit.

C'est la forme la plus fréquente. C'est une urgence urologique puisqu'il y a anoxie tissulaire et donc un risque d'ischémie. Le priapisme est douloureux. Les causes sont le plus souvent hématologiques (leucémie, drépanocytose etc), traumatiques, toxiques (cocaïne) et iatrogènes (antidépresseurs, prostaglandines ...).

On retient comme critère diagnostique la définition urologique : « *survenue d'une érection prolongée (3 heures) et/ou douloureuse* ».

B- Justification du choix des outils d'investigation des dysfonctions sexuelles

1. Méthodes d'exploration de la sexualité humaine et de ses dysfonctions

Il existe différentes méthodes permettant d'explorer la sexualité. Certaines sont utilisées à des fins cliniques et thérapeutiques (questionnaires, entretiens) alors que d'autres sont plutôt utilisées à des fins de recherche (observations, mesures psychophysiologiques) [55].

1.1. Mesures psychophysiologiques

Elles ont un caractère objectif indiscutable [55]. Elles consistent en l'observation du comportement sexuel humain, au recueil de données quantitatives (durée du coït, latence éjaculatoire, pénilpléthysmographie) et qualitatives en fonction de certaines situations émotionnelles.

1.2. Observation du comportement sexuel

Il est possible d'observer directement via des bandes vidéos le comportement sexuel de couples ou de patients se prêtant à une activité sexuelle [55]. Il s'agirait d'étudier directement sur le patient la réponse sexuelle à des stimuli provoqués en faisant intervenir éventuellement la/le partenaire.

L'évaluateur noterait la présence ou l'absence des différentes réactions sexuelles.

1.3. Entretien sexologique

On peut explorer le comportement sexuel de la personne au cours d'un entretien sexologique en face à face [55].

Cette façon de procéder a notamment été utilisée dès les années 1970 par Masters et Johnson. Cet entretien était l'occasion pour eux de recueillir la plainte sexuelle et les informations sur l'histoire de la dysfonction, de faire un bilan de la relation de couple, de répertorier les événements survenus dans le passé et susceptibles d'avoir eu un impact sur la vie sexuelle.

Pour d'autres auteurs comme Hartman et Fithian, l'entretien est déjà une première étape thérapeutique dans la mesure où il doit déconstruire des croyances erronées, répondre aux questionnements des patients [55]. L'entretien vise à recueillir les informations générales concernant le patient, à évaluer son éducation sexuelle, la présence et la qualité de la

masturbation et des fantasmes, la contraception, l'orientation sexuelle, les réponses érotiques, la plainte actuelle, les attentes du sujet.

L'entretien est donc un instrument d'évaluation important qui permet d'obtenir une information détaillée en fonction de la problématique de chaque patient.

1.4. Autoévaluation

On peut demander au patient lui-même d'être attentif à sa sexualité et de procéder à une auto-évaluation en remplissant régulièrement un document.

Ce type d'instrument permet le recueil d'informations précieuses par le patient suite à l'observation quotidienne de plusieurs aspects de sa sexualité. L'autre intérêt de cette méthode est qu'elle limite les biais de mémorisation.

1.5. Questionnaires

L'utilisation de questionnaires en médecine sexologique et en recherche complète les entretiens en face à face et apporte objectivité et standardisation dans le diagnostic et la prise en charge des DS. Ils sont faciles à mettre en œuvre et sont éthiquement et pratiquement plus réalisables que les mesures psychophysiologiques et que les méthodes d'observation.

Il existe beaucoup de questionnaires évaluant la sexualité. Certains ont bénéficié d'études psychométriques permettant de valider leur pertinence et leur sensibilité. La plupart de ses instruments sont fiables et de qualité et ont rendu possible l'expansion des recherches épidémiologiques en matière de sexualité humaine [56].

Néanmoins un certain nombre de ces questionnaires mériteraient d'être soumis à des études psychométriques plus poussées [55]. De plus, tous n'explorent pas les mêmes domaines de la sexualité [57].

Certains permettent de dépister une DS, par exemple une éjaculation précoce ou un trouble de l'érection. D'autres évaluent plus globalement le fonctionnement sexuel d'un individu ou du couple et constituent plus un support à l'entretien sexologique qu'un outil de dépistage ou d'aide au diagnostic.

2. Justification du choix des méthodes d'évaluation

2.1. Caractéristiques des outils à utiliser dans l'étude

L'objectif de l'étude est de déterminer les prévalences des DS dans certaines situations.

Notre méthode d'investigation de la sexualité doit nous permettre de conclure à la présence de telle ou telle dysfonction sexuelle selon les critères retenus plus haut.

Le questionnaire utilisé doit être standardisé, avoir une bonne sensibilité et idéalement une bonne spécificité afin de dépister les patients présentant une DS.

Le fonctionnement sexuel doit pouvoir être replacé dans un contexte socio-affectif, sanitaire, éducationnel et communicationnel.

En ce sens il paraît indispensable de recueillir des données concernant le fonctionnement global du patient comme les antécédents médicaux et psychiatriques, la prise de médicaments ou de toxiques, l'orientation sexuelle, le statut conjugal.

L'étude du comportement sexuel des hommes inclus dans l'étude doit comprendre le désir sexuel, l'excitation sexuelle, c'est-à-dire l'érection, l'orgasme dont l'éjaculation et enfin la satisfaction et la gêne.

En raison de la subjectivité du comportement sexuel, son exploration doit utiliser des méthodes standardisées présentant une bonne validité interne et une bonne reproductibilité. Elles doivent être facilement réalisables et raisonnables en matière de temps de remplissage pour les patients. Les questions doivent d'être claires, précises, facilement compréhensibles pour le patient, le moins intrusives et le moins redondantes possible. Enfin le questionnaire doit garantir au patient un anonymat irréversible.

2.2. Méthodes psychophysiologiques

Bien que l'utilisation de mesures génitales dans l'évaluation du comportement sexuel soit justifiée dans certains cas, leur valeur pratique reste à démontrer chez un grand nombre de patients [55]. En effet ces mesures ne permettent souvent que d'explorer la phase d'excitation, ce qui exclue un certain nombre de dysfonctions sexuelles. De plus le rôle de ces mesures dans leur diagnostic n'est pas démontré et il faut faire preuve d'une grande prudence dans l'interprétation des données. En effet il a été montré expérimentalement que les indices physiologiques d'excitation sexuelle ne sont pas toujours en accord avec les niveaux d'excitation subjective déclarés [55].

Ces méthodes restent surtout utilisées en recherche et sont trop marginalement utilisées en pratique clinique.

Elles posent des problèmes éthiques et de réalisation (refus ou réticence des patients, coût du matériel, constitution d'une batterie de matériel photographique et auditif rendant compte de la diversité des préférences et intérêts sexuels).

Pour ces raisons, l'utilisation de ces méthodes dans notre étude n'est pas envisageable.

2.3. Observation du comportement sexuel

Cette méthode n'est pas envisageable dans notre recherche pour des considérations éthiques.

De plus sa validité reste à prouver, en effet l'étude de la réponse sexuelle dans de telles conditions ne permet pas de tirer des conclusions sur le comportement sexuel habituel d'un sujet [55].

2.4. Entretiens sexologiques

L'entretien sexologique est une méthode d'investigation utile et pertinente mais doit être complétée par une méthode plus standardisée dans un souci d'objectivité [55].

Réaliser un entretien sexologique n'est pas envisageable dans notre étude pour des raisons pratiques et méthodologiques. En effet accorder un temps clinique à chaque patient inclus dans la recherche semble difficilement réalisable, ensuite il est indispensable que chaque patient reçoive la même information et soit soumis aux mêmes questions pour pouvoir interpréter les résultats et s'affranchir de biais de réalisation. Il est donc nécessaire de recourir à des instruments standardisés et validés.

2.5. Autoévaluation

Il n'existe que très peu d'instruments de ce type et ils ne sont pas très détaillés [55]. C'est le cas par exemple du « Daily record Form » établi par Lobitz et LoPiccolo en 1972 [55].

Un questionnaire plus complet a été proposé par l'Université de Montréal, il s'agit de la « Grille d'auto-observation du comportement sexuel » qui permet au patient de rapporter quotidiennement la réalisation de différentes activités sexuelles et leurs caractères agréables ou désagréables [55].

Les activités sexuelles évaluées concernent le fait de regarder le corps nu de la/le partenaire, d'embrasser la/le partenaire, de se prêter à des caresses, à des activités masturbatoires et aux rapports oro-génitaux.

Cet outil ne semble pas adapté à notre étude pour les raisons suivantes :

- Il n'explore pas toutes les dysfonctions sexuelles masculines.
- Il n'explore que la sexualité de couple, ce qui exclue les patients célibataires.
- Il compliquerait la méthodologie dans la mesure où les patients devraient procéder à l'observation de leur propre comportement sexuel de manière quotidienne. Nous nous exposerions à des pertes de vue, des biais de remplissage (logique de performance, oublis).

2.6. Questionnaires

L'utilisation d'un questionnaire pour notre étude semble la méthode la plus adaptée.

D'un point de vue pratique et éthique il semble facilement réalisable de soumettre un questionnaire aux patients à condition qu'il soit court et facile à remplir, peu intrusif et strictement anonyme.

En raison de l'anonymat irréversible, le questionnaire doit être rempli au cours d'une unique occasion et il ne sera pas prévu de réévaluation.

Le questionnaire doit être le plus court et le plus simple possible pour limiter le risque de mauvais remplissage par les patients.

Il doit également être reconnu comme un outil pertinent et validé dans le dépistage des DS afin d'évaluer avec le plus de justesse possible leurs prévalences.

Il existe de très nombreux questionnaires explorant la sexualité, tous ne sont pas pertinents concernant l'objectif de notre étude et les impératifs pratiques et méthodologiques. Nous ne retenons que les questionnaires explorant la sexualité de l'homme et permettant de dépister les différentes dysfonctions sexuelles présentées antérieurement dans ce travail, à savoir :

- Diminution du désir sexuel de l'homme.
- Dysfonction érectile.
- Ejaculation anhédonique.
- Aspermie.
- Ejaculation prématurée.
- Retard d'éjaculation / anéjaculation.
- Priapisme.

3. Constitution de l'instrument d'évaluation

3.1. Justification de l'intérêt d'un questionnaire composite

Pouvoir explorer la sexualité de manière objective, reproductible et comparable est aujourd'hui une nécessité pour différentes raisons. D'abord du fait que la société est de plus en plus attachée à sa qualité de vie, or la sexualité en est un aspect incontournable. Ensuite, il est important de pouvoir évaluer le retentissement sur la sexualité de certaines maladies et de certains médicaments [57].

De multiples questionnaires ont été développés ces dernières années afin de procéder à des mesures de la sexualité humaine.

La difficulté réside dans le fait qu'elle est complexe et présente de multiples domaines et dimensions [57]. Les différents questionnaires n'explorent pas tous les mêmes domaines si bien qu'ils ne permettent qu'une vision hétérogène ou incomplète de la sexualité.

De ce fait la compréhension d'un score de mesure de la sexualité et les comparaisons inter-score sont rendues difficiles [57].

Dans une recherche, Lukacs (2005) [57], considère que sont explorés 7 domaines chez l'homme [57] par les auto-questionnaires:

- Domaine 1 : désir / libido.
- Domaine 2 : vie sexuelle globale.
- Domaine 3 : rapport sexuel.
- Domaine 4 : Erection.
- Domaine 5 : Pénétration.
- Domaine 6 : Orgasme.
- Domaine 7 : Ejaculation.

Pour chacun de ces 7 domaines, 3 dimensions peuvent être investiguées [57]:

- La dimension fonctionnelle (fréquence, qualité, notion de dysfonction).
- La gêne.
- La satisfaction.

Il a déterminé les domaines sexuels généralement explorés par l'étude de 8 questionnaires validés :

- International Index of Erectile Function – 15 (IIEF-15).
- Danish Prostatic Symptom Score (DAN-PSS).
- UROLIFE.
- Brief Male Sexual Function Inventory (BMSFI).
- Center for Marital And Sexual Health – Sexual Functioning Questionnaire (CMASH-SFQ).
- Arizona Sexual Experience Scale (ASEX).
- Questionnaire Sexualité du UCLA Prostate Cancer Index (UCLAP).
- Le questionnaire de consultation internationale sur les dysfonctions érectiles (WHO).

Ce travail permet de cartographier chaque questionnaire et de caractériser précisément ce qu'il évalue [57].

Il montre bien l'inégalité des questionnaires entre eux concernant l'exploration de la sexualité. Aucun ne permet d'obtenir une vision complète et globale de la sexualité.

Il semble que le caractère fonctionnel soit plus étudié que la gêne et la satisfaction ; de même, l'érection est le domaine le plus exploré [57].

Le travail de Lukacs peut servir de prémices à l'élaboration de « questionnaires de deuxième génération » pour obtenir une vision plus pertinente de la sexualité [57].

Notre projet est d'étudier le fonctionnement sexuel des hommes dépressifs et sous antidépresseurs, nous avons besoin d'évaluer le maximum de domaines.

Ensuite, il nous paraît indispensable d'étudier la gêne et la satisfaction sexuelles car ce sont elles qui amèneront le patient à remettre en cause voire éventuellement arrêter un traitement.

L'élaboration d'un « questionnaire de 2^e génération » c'est-à-dire composite, à partir de questionnaires validés nous semble pertinent. Cet instrument composite devra permettre au moins :

- D'évaluer le caractère fonctionnel des domaines du désir, de l'érection, de la pénétration, de l'orgasme, de l'éjaculation.
- D'évaluer la satisfaction en lien avec chacun de ces domaines
- D'évaluer la gêne en lien avec au moins le désir, l'érection et l'orgasme.

Figure 7 - Critères indispensables à l'outil d'évaluation du protocole SADD

Caractéristiques générales	<ul style="list-style-type: none">- Doit s'adresser aux hommes.- Doit être disponible idéalement en français sinon devra être traduit.- Doit être court.- Doit être peu intrusif.- Doit être facile à comprendre et à remplir.- Doit garantir l'anonymat.
Fonctions	Doit permettre le dépistage de : <ul style="list-style-type: none">- Diminution du désir sexuel de l'homme.- Dysfonction érectile.- Ejaculation anhédonique.- Ejaculation prématurée.- Retard d'éjaculation.- Aspermie.- Priapisme.
Psychométrie	<ul style="list-style-type: none">- Doit présenter de bonnes capacités psychométriques.- Doit être reproductible et fiable d'un patient à l'autre- Bonne spécificité- Bonne sensibilité- Bonne cohérence interne- Doit être validé

3.2. Présentation descriptive des différents questionnaires utilisables

Une récente revue de la littérature datant de 2013 [56] propose une liste des questionnaires les plus pertinents utilisables en recherche clinique et validés en français :

- L'international Index of Erectile Function IIEF-15
- Le Domaine de la fonction érectile de l'IIEF-15
- Le Sexual Health Inventory for men (SHIM)
- L'Index Premature Ejaculation (IPE)
- Le Premature Ejaculation Profile (PEP)
- Le Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ).

Nous nous proposons dans un premier temps d'étudier chacun de ces questionnaires. Dans un second temps, nous présenterons les autres questionnaires régulièrement utilisés ou cités dans la littérature. Nous ne traiterons que des questionnaires :

- S'adressant aux hommes
- Explorant le fonctionnement sexuel de l'homme (ce qui exclue les questionnaires de vie de couple et maritiaux).

Pour chacun nous réfléchissons en quoi il peut être pertinent ou non pour notre recherche.

3.2.1. International Index of Erectile Function (IIEF)

➤ Version longue (IIEF-15).

Présentation :

Il s'agit d'un des questionnaires les plus connus visant à explorer la sexualité masculine [58]. C'est un outil multidimensionnel, comprenant 15 questions qui explorent 5 domaines de la sexualité (le désir, l'érection, l'orgasme, la satisfaction procurée par les rapports sexuels et la satisfaction globale) [58].

Pour chaque question, les réponses correspondent à l'expérience du patient durant les 4 dernières semaines et utilisent une échelle de Likert à 5 points [56]. Les scores les plus faibles indiquent une dysfonction sexuelle sévère. Pour les hommes ne rapportant aucune activité sexuelle, la valeur « 0 » est attribuée et correspond au degré le plus sévère de dysfonction. En additionnant les points obtenus pour chaque question on établit un score pour chacun des 5 domaines et un score total.

Propriétés psychométriques :

Une revue de littérature datant de 2002 [59] souligne le haut degré de cohérence interne pour chacun des cinq domaines et pour l'échelle totale. Les valeurs alpha de Cronbach sont comprises entre 0,73 et 0,91 selon les études [58].

Les tests-retests montrent une reproductibilité significative pour les cinq domaines étudiés. L'IIEF-15 présente une validité de construction adéquate, et il existe de hauts degrés de sensibilité et de spécificité pour les cinq domaines [58], de ce fait il est particulièrement utilisé en recherche clinique.

Intérêts :

Un des points forts de ce questionnaire est sa bonne qualité psychométrique qui en fait un outil de choix en recherche clinique. Il est considéré comme le « gold standard » dans plus de 50 essais cliniques [59].

De plus, il est validé en français et a montré sa pertinence dans la population européenne et dans de nombreux sous-groupes étiologiques [59].

Limites :

L'IIEF-15 s'intéresse essentiellement au caractère fonctionnel de la sexualité. Il ne tient pas compte de la gêne et de la souffrance induites par la DS [56]. Sa focalisation sur l'érection constitue sa principale limite.

Enfin, il a été élaboré pour des hommes hétérosexuels. Son usage chez des hommes homosexuels est possible mais ses capacités évaluatives sont sans doute moindres [56].

➤ Domaine de la fonction érectile de l'IIEF

Présentation :

Il regroupe les 6 questions de l'IIEF explorant l'érection (Q1-5 et Q15) [56]. Le domaine de l'érection a simplement été extrait de l'IIEF-15 pour faciliter la passation et investiguer spécifiquement l'érection.

Propriétés psychométriques :

En 2000, une recherche randomisée, en double aveugle, contrôlée et multicentrique [60] a montré que les résultats obtenus au questionnaire étaient très significativement en concordance avec l'auto-évaluation des patients.

Le domaine de la fonction érectile présente une bonne cohérence interne avec un coefficient alpha de Cronbach compris entre 0,92 et 0,99 [61].

Les questions concernant l'érection de l'IIEF-15 permettent donc de diagnostiquer de manière fiable une dysfonction érectile.

Intérêts :

Le domaine de la fonction érectile possède les mêmes propriétés psychométriques que l'IIEF-15.

Il permet de grader la sévérité de la DE en 4 classes (peu sévère, peu à moyennement sévère, modérément sévère et sévère)[56].

Limites :

Il n'explore qu'un domaine de la sexualité (l'érection).

- Sexual Health Inventory for Men (SHIM).

Présentation :

Une version courte de l'IIEF en 5 questions a été proposée pour étudier le domaine de l'érection en pratique clinique. Il permet en association avec un interrogatoire adapté et un examen physique de faire un diagnostic précis et documenté de dysfonction érectile [56].

Il se base sur 4 questions du domaine de la fonction érectile de l'IIEF-15 (Q2, Q4, Q5, Q15) et une question sur la satisfaction lors du rapport sexuel également issue de l'IIEF-15 (Q7) [56]. Il évalue les érections sur les 6 derniers mois.

Propriétés psychométriques :

Une étude réalisée en 1999 sur 1152 hommes a démontré les bonnes propriétés psychométriques de la version courte de l'IIEF et la considère comme valide et efficace pour discriminer la présence et la gravité d'un trouble de l'érection [62].

Intérêts :

Le SHIM a un intérêt en matière de dépistage des dysfonctions érectiles du fait de ses bonnes capacités psychométriques et de sa fiabilité.

De plus il est validé en français et est un instrument simple à faire passer et à utiliser.

Comme le domaine de la fonction érectile de l'IIEF-15, il permet une évaluation de la sévérité de la dysfonction érectile en 4 stades de gravité.

Limites :

Le SHIM n'explore que le domaine de l'érection.

Pertinence pour le protocole SADD

L'IIEF-15 et ses versions abrégées (SHIM et domaine de l'érection) sont des outils intéressants. D'abord ils possèdent de bonnes capacités psychométriques, sont simples et peu intrusifs et disposent tous d'une validation française.

L'intérêt essentiel de ces questionnaires réside dans l'exploration de l'érection. Nous retenons la version abrégée SHIM pour notre étude qui permettra une investigation rapide et fiable de l'érection.

Nous n'utiliserons pas l'IIEF-15 pour explorer l'orgasme car il n'est pas assez précis et ne permet de distinguer les éjaculations anhédoniques, les retards d'éjaculation, et l'éjaculation prématurée.

Nous utiliserons également les questions 6, 7 et 8 de la version longue (voir annexes) pour évaluer la satisfaction sexuelle globale procurée par les rapports.

3.2.2. Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ)

Présentation :

Le MSHQ est un instrument validé en français qui propose une investigation large de la sexualité de l'homme [56]. Il comporte 25 questions qui explorent 4 domaines : le désir, l'érection, l'orgasme, l'éjaculation. Pour chacun, il évalue la gêne et la satisfaction sexuelle du patient.

Le MSHQ apparaît comme un excellent instrument permettant d'évaluer les dysfonctions sexuelles masculines dans leur ensemble et leur importance pour les patients [56].

Propriétés psychométriques :

Les analyses psychométriques ont montré un haut degré de cohérence interne pour le MSHQ. Les domaines de l'éjaculation et de l'érection présentent respectivement un coefficient alpha de Cronbach de 0,81 et 0,9 ainsi qu'une validité test-retest ($r=0,86$ et $0,87$ respectivement)[51]. Concernant la satisfaction le coefficient alpha est de 0,90 et le test-retest suggère une bonne fiabilité ($r=0,88$)[63].

Intérêts :

Ce questionnaire, contrairement à beaucoup d'autre, à l'intérêt d'évaluer la gêne ressentie par le patient pour chaque domaine et sa sexualité. De même, il insiste également beaucoup sur la satisfaction. Ce questionnaire permet une exploration détaillée de l'éjaculation [56], notamment concernant le délai pour éjaculer et la survenue des éjaculations lors des activités sexuelles. Cela permet de statuer sur la présence d'anéjaculation et de retards éjaculatoires.

A noter aussi que l'éjaculation n'est pas indissociée de l'orgasme dans cet outil, si bien qu'il permet de statuer sur la présence d'éjaculation anhédonique ou d'orgasme sans éjaculation.

Limites :

Les seuils permettant de diagnostiquer les dysfonctions n'ont pas été déterminés [61]. L'interprétation de ce questionnaire doit être prudente et reste critiquable.

Pertinence pour le protocole SADD

Nous devons nous efforcer dans notre étude de recueillir les données « satisfaction » et « gêne ».

Concernant la satisfaction, il serait scientifiquement plus pertinent d'utiliser un questionnaire présentant un cut-off validé pour dire que le patient est satisfait ou non de sa sexualité.

Le MSHQ, même si les questions concernant la satisfaction sont efficaces, ne permet pas cela.

Plutôt que de créer nos propres questions pour explorer la gêne, nous utiliserons les questions du MSHQ dans la mesure où elles sont validées et pertinentes. Nous établirons nous-mêmes les cut-off permettant de trancher si le patient est gêné ou non. Bien sûr, nous devons rester prudents concernant l'exploitation des résultats.

3.2.3. Index Premature Ejaculation (IPE)

Présentation :

L'Index Premature Ejaculation a été développé en 2006 pour évaluer le retentissement subjectif de l'éjaculation prématurée sur l'homme et sa/son partenaire. Il présente 10 questions portant sur le contrôle de l'éjaculation, la détresse et la satisfaction [64].

Pertinence pour le protocole SADD

Même s'il s'agit d'un questionnaire fiable, présentant de bonnes propriétés psychométriques [65], validé en français et offrant une vision plus globale de l'éjaculation prématurée que d'autres questionnaires comme le PEP, il n'a pas été retenu dans la mesure où il propose un trop grand nombre de questions pour n'explorer qu'un aspect de l'orgasme (EP).

3.2.4. Premature Ejaculation Profile (PEP)

Présentation :

Le PEP comporte 4 questions permettant de dépister les éjaculations prématurées. Elles se basent sur les notions de contrôle de l'éjaculation, du délai nécessaire pour éjaculer et d'éventuelles difficultés interpersonnelles. Une question supplémentaire explore la satisfaction du patient vis-à-vis de sa sexualité.

Pertinence pour le protocole SADD

Même s'il permet de discriminer significativement ($p < 0,001$) les patients atteints d'éjaculation prématurée des patients non atteints [66], ce questionnaire n'est pas retenu dans la mesure où il n'offre qu'une vision limitée de la sexualité. De plus il ne dispose pas de cut-off validés

pour porter le diagnostic d'éjaculation prématurée [64]. Ensuite, seulement une question porte sur la notion de contrôle [64], or il s'agit de la notion la plus importante pour porter le diagnostic.

La question 3 portant sur la frustration induite chez l'homme par la rapidité de son éjaculation et la question 4 portant sur les difficultés interpersonnelles peuvent être non discriminantes chez des hommes ayant un fonctionnement de couple qui tolère cette dysfonction de même que chez des hommes célibataires ayant par exemple essentiellement recours à une pratique masturbatoire.

3.2.5. Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT)

Présentation :

Il s'agit d'un outil d'aide au diagnostic de l'éjaculation prématurée établi à partir des critères diagnostiques du DSM-IV-TR. Ce questionnaire comporte 5 questions explorant le contrôle de l'éjaculation, la souffrance personnelle et interpersonnelle imputable au trouble.

Propriétés psychométriques :

Une étude réalisée en 2011 a étudié l'association entre le temps de latence éjaculatoire intra-vaginal et le score obtenu avec le PEDT [67]. L'étude a inclus 103 patients diagnostiqués éjaculateurs précoces selon les critères du DSM-IV-TR et 100 hommes ne présentant pas d'éjaculations précoces. On a demandé à l'ensemble de ces hommes de remplir le PEDT et de chronométrer au cours de leurs rapports sexuels la durée nécessaire pour éjaculer une fois leur pénis introduit dans le vagin.

L'étude a mis en évidence de bonnes propriétés psychométriques, en effet il existe un haut degré de cohérence interne avec un coefficient alpha de Cronbach à 0,93.

La spécificité et la sensibilité sont élevées.

Les coefficients de corrélation pour chaque question au test et au re-test sont tous supérieurs à 0,72 et celui du score total est égal à 0,88 ($p < 0,001$) ce qui suggère une bonne reproductibilité.

L'étude montre également une corrélation négative adéquate et significative entre la durée de latence éjaculatoire intra-vaginale et le score obtenu au PEDT. En effet pour le groupe atteint d'éjaculation précoce plus la latence éjaculatoire est courte plus le score total obtenu au test est élevé ($p < 0,0001$).

Intérêts :

Cet outil est un questionnaire diagnostique de l'éjaculation prématurée dont la performance et la pertinence ont été démontrées scientifiquement [67][68]. Cet instrument

multidimensionnel et validé en français a été construit à partir des critères diagnostiques du DSM-IV-TR. Il présente des cut-off validés et est un outil facile à utiliser.

Limites :

Il ne permet l'exploration que de l'éjaculation et de son caractère prématuré.

Normalement ce questionnaire a été conçu pour une pénétration vaginale. On ne peut donc pas, théoriquement l'extrapoler aux autres comportements sexuels (pénétration anale) [67] [69].

Pertinence pour le protocole SADD

Nous avons choisi d'utiliser ce questionnaire pour l'exploration de l'éjaculation dans notre recherche dans la mesure où il permet de diagnostiquer efficacement en 5 questions la présence d'éjaculations prématurées. De plus, nous avons choisi pour porter le diagnostic d'éjaculation prématurée de nous baser sur les critères du DSM-IV-TR, or le PEDT a été construit à partir de ces critères.

Deux questions portent sur le contrôle avec notamment les notions de difficultés à retarder l'éjaculation et de survenue de l'éjaculation avant que l'homme ne le veuille. De plus on retrouve la notion de survenue des éjaculations pour des stimuli minimes.

3.2.6. Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short Form

Présentation :

Il s'agit de la version abrégée en 14 questions d'un auto-questionnaire appelé « Changes in Sexual Functioning Questionnaire ».

La version abrégée évalue les trois grands aspects de la fonction sexuelle : le désir, l'excitation et l'orgasme.

Propriétés psychométriques :

La valeur scientifique de cet outil a été démontrée par plusieurs auteurs, notamment en 2006 par Keller, McGarvey et Clayton [70] [71] [72]. Il s'agit d'un outil permettant une investigation fiable de la sexualité, et validé chez les patients souffrant de troubles de l'humeur. Cet outil n'est validé qu'en anglais et en espagnol.

La dernière étude psychométrique date de 2011. Elle retrouvait un coefficient alpha de Cronbach égal à 0,90 [73]. Nous avons effectué une traduction en français afin de pouvoir proposer ce questionnaire à nos patients.

Intérêts :

Il permet comme l'IIEF-15 une approche quantitative du désir en interrogeant le patient sur la fréquence et l'intensité de son désir. Il propose aussi une évaluation qualitative du désir en recherchant la présence de fantasmes et de fantaisies érotiques et sexuelles, l'usage de supports pour s'exciter sexuellement et le plaisir ressenti.

Limites :

Le questionnaire n'est pas validé en langue française.

L'exploration de l'orgasme, comme pour l'IIEF-15 ne permet pas de distinguer éjaculation anhédonique, retard d'éjaculation, anéjaculation et éjaculation précoce.

Pertinence pour le protocole SADD

Nous avons préféré cet outil, malgré le fait qu'il ne soit pas validé en français, pour explorer le désir.

L'approche à la fois quantitative et qualitative nous paraît intéressante et permet de tenir compte du critère diagnostique retenu concernant la présence d'une déficience ou d'une absence persistante ou répétée de pensées sexuelles et/ou érotiques ou de fantaisies imaginatives ou du désir d'activité sexuelle.

Nous n'avons pas retenu le CSFQ-14 pour l'exploration de l'érection car il est moins pertinent que l'IIEF-15 et n'est pas validé en français. L'exploration de l'orgasme n'est pas retenue non plus dans la mesure où elle n'est pas assez précise et ne permet pas de discriminer les différentes atteintes de l'orgasme.

3.2.7. Arizona Sexual Experience Scale (ASEX)

Présentation :

« L'Arizona Sexual Expérience Scale » (ASEX) est un questionnaire standardisé et validé en français. Il a été jugé pertinent pour évaluer la sexualité chez les dépressifs. Il comprend 5 questions qui explorent le désir, l'excitation, l'orgasme, et la satisfaction sexuelle.

Propriétés psychométriques :

Il a été soumis à une analyse psychométrique en 2014 lors de sa traduction française et sa validité a été démontrée scientifiquement [74]. La cohérence interne est excellente avec un coefficient alpha de Cronbach égal à 0,94. Les analyses de variances ont montré de fortes différences entre le groupe témoin et le groupe de patients présentant des DS soulignant la capacité du test à discriminer les deux populations.

Le test jouit d'une spécificité élevée (95,31%) et d'une sensibilité importante estimée à 70,27% [74].

Intérêts :

Le test est validé en français, possède de bonnes propriétés psychométriques et a été validé dans les populations de dépressifs. Il est peu intrusif et simple à faire passer.

Limites :

L'ASEX ne permet qu'une vision globale de la sexualité. Il explore 4 domaines de la sexualité : désir, érection, orgasme et satisfaction. Il ne permet pas de caractériser les troubles précisément.

Pertinence pour le protocole SADD

Nous avons retenu ce test pour la deuxième partie de notre étude visant à évaluer la sexualité sur des périodes de temps différentes. Idéalement il aurait fallu que chaque patient remplisse les 25 questions de la partie 3 pour chacune des périodes étudiées. Cependant nous avons estimé que cela serait trop fastidieux pour les patients et nous exposerait à des biais de remplissage et de mémorisation.

Il nous a paru plus utile d'évaluer les grandes phases de la sexualité (désir, excitation, orgasme) d'une manière plus générale et plus concise avec un test efficace et discriminant pour comparer le comportement sexuel sur différentes périodes de temps.

3.2.8. Brief Men Sexual Function Inventory (BMSFI)

Présentation :

Il s'agit d'un questionnaire évaluant 5 domaines du comportement sexuel des hommes : le désir sexuel, l'érection, l'éjaculation, la gêne et la satisfaction [57]. Il comporte 11 questions.

Pertinence pour le protocole SADD

Nous ne retenons pas cet outil dans la mesure où ce questionnaire a bénéficié de peu d'études sur sa valeur psychométrique [75], qu'il n'est pas validé en français et qu'il ne permet pas une investigation suffisamment poussée du fonctionnement sexuel masculin. En effet, il ne permet pas de différencier éjaculation retardée, anéjaculation, éjaculation précoce, et éjaculation anhédonique. L'érection n'est explorée que par deux questions. On ne retrouve pas les notions de difficultés à maintenir l'érection après la pénétration. La satisfaction est peu étudiée.

3.2.9. Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI)

Présentation :

Cet auto-questionnaire a été élaboré dans les années 1970 et permet une investigation très poussée et complète de la sexualité de l'homme. Cet outil multidimensionnel a été utilisé dans de très nombreuses études sur la sexualité depuis les années 1970 [55].

Il se compose de 254 questions réparties en 10 domaines :

- Informations générales (anatomie, physiologie ...)
- Expérience (explore la pratique ou la non pratique de 24 activités sexuelles)
- Désirs et intérêts sexuels (masturbation, baisers, caresses, fréquence idéale des rapports et fantasies).
- Psychologie (détresse, anxiété, dépression ...)
- Attitudes sexuelles
- Rôle sexuel
- Fantasies sexuelles
- Emotions
- Image corporelle
- Satisfaction sexuelle

Pertinence pour le protocole SADD

Malgré l'exploration large qu'il propose, ce questionnaire n'est pas approprié pour notre étude. Malgré sa fiabilité psychométrique, sa passation est beaucoup trop longue. Le Derogatis, apportent de nombreuses informations, très intéressantes mais non utiles pour notre étude.

3.2.10. Questionnaire d'interaction sexuelle (QIS)

Présentation :

Cet instrument est présenté dans la mesure où il s'agit d'un des questionnaires les plus fréquemment utilisés dans les études scientifiques et les rapports de recherche portant sur la sexualité [55].

Cet outil à l'intérêt de mesurer le comportement sexuel, mais aussi le plaisir et la satisfaction que retire des activités sexuelles chaque membre du couple [55] [76].

Le questionnaire doit être rempli par les deux partenaires de façon indépendante sans qu'il y ait eu concertation avant. Le questionnaire décrit 17 activités sexuelles illustrées. A chaque activité sont rattachés 6 questions. Les réponses sont ensuite analysées et les patients sont situés sur 11 échelles d'évaluation.

Pertinence pour le protocole SADD

Ce questionnaire n'a pas été retenu pour notre étude. D'abord, d'un point de vue psychométrique, il a montré des problèmes d'homogénéité [55].

Ensuite, il s'adresse au couple et non pas seulement à l'homme. Pour être interprété, il nécessite d'inclure les partenaires des patients recrutés. Cela aurait pu fausser les résultats du fait que les patients célibataires, ou ayant des partenaires occasionnels, n'auraient pas pu être inclus. De plus, cela aurait fortement compliqué l'étude pour les raisons suivantes :

- Risque de refus de participation des partenaires
- Risque de perte de vues ou de non restitution des dossiers
- Limitation du nombre de patients incluables.
- Risque de passation du questionnaire dans de mauvaises conditions (en concertation) faussant les résultats.

Ensuite, du fait du caractère fastidieux de la passation (102 questions) et de l'intrusivité des questions qui aurait menacé la fiabilité du recueil des données.

3.2.11. L'inventaire du comportement sexuel (ICS)

Présentation :

Cet outil mesure le répertoire sexuel d'un individu et les niveaux de satisfaction associés à chaque activité sexuelle [55].

C'est un questionnaire composite qui a été bâti à partir de 4 autres outils (« The Heterosexual Behaviour Inventory » ; « The Heterosexual Attitude Scale » ; « The Sexual Fear Inventory » ; « The Sexual Pleasure Inventory »).

Chaque activité sexuelle décrite donne lieu à une évaluation de son expérimentation et de la quantité de plaisir qu'elle a permis d'obtenir.

Pertinence pour le protocole SADD

Nous n'avons pas retenu cet outil. D'abord, en raison du caractère long et fastidieux de la passation (113 questions). Ensuite, même si il offre une bonne cohérence interne, son pouvoir discriminant à distinguer les individus présentant une DS de ceux n'en présentant pas n'est pas formellement établi [55].

D'autre part le questionnaire se limite à l'évaluation des comportements hétérosexuels et considère comme « déviantes » un certain nombre d'activités (notamment homosexuelles).

Les questions sont souvent très intrusives et ne nous semblaient pas indispensables pour conclure à la présence ou l'absence d'une dysfonction sexuelle.

Les patients doivent s'exprimer sur les activités sexuelles non expérimentées si bien qu'on évalue plus une satisfaction/insatisfaction anticipée plutôt que vécue.

4. Elaboration de l'instrument du protocole SADD

4.1. Description

Nous avons construit un outil composite pour notre étude.

Il comprenait des questions de 5 questionnaires validés et dont les propriétés psychométriques étaient excellentes.

- Les questions 1, 2, 3, 4 et 5 étaient issues du **CSFQ-14** et évaluaient le désir sexuel.
- Les questions 6, 7, 8, 9, 10 étaient issues du **SHIM** et dépistaient les dysfonctions érectiles.
- La question 11 a été ajoutée par nos soins pour dépister le priapisme.
- Les questions 12 et 13 étaient issues du **MSHQ** et permettaient d'évaluer la prévalence du retard d'éjaculation et de l'anéjaculation.
- La question 14 était issue du **MSHQ** et permettait de dépister une aspermie.
- Nous avons proposé la question 15 pour rechercher des éjaculations anhédoniques (anorgasmies).
- Les questions 16, 17, 18, 19 et 20 étaient issues du **PEDT** et permettaient de dépister une éjaculation prématurée.
- Les questions 21, 22 et 23 étaient issues de **IIEF-15** et permettaient d'évaluer la satisfaction sexuelle globale.
- Nous avons proposé les questions 24, 25 et 26 pour évaluer la satisfaction propre au désir, à l'érection et à l'orgasme.
- Les questions 27, 28 et 29 étaient issues du **MSHQ** pour évaluer la gêne.

Nous avons procédé à l'évaluation de notre outil selon la méthode de Lukacs explicitée plus haut. Cela permet d'avoir une idée du fonctionnement sexuel dans chacun des 7 domaines qu'il a décrit.

	Fonction	Gêne	Satisfaction	Total
Désir / libido	Q1 Q2 Q3 Q4 Q5	Q27	Q24	7
Vie sexuelle				0
Rapport sexuel			Q10 Q22 Q23	3
Erection	Q6 Q8 Q9 Q11	Q28	Q25	6
Pénétration	Q7 Q21			2
Orgasme	Q14 Q15		Q26	3
Ejaculation	Q12 Q13 Q16 Q17 Q18	Q20 Q29	Q19	8
Total	18	4	7	29

Figure 8 : Cartographie des domaines explorés par notre outil :

Questions issues de questionnaires validés en français avec bonnes propriétés psychométriques	Questions issues de questionnaire non validés en français avec de bonnes propriétés psychométriques	Questions non validées, créées pour les besoins de l'étude.
Q6, Q7, Q8, Q9, Q10, Q12, Q13, Q14, Q15, Q16, Q17, Q18, Q19, Q20, Q21, Q22, Q23, Q27, Q28 et Q29	Q1, Q2, Q3, Q4, Q5	Q11, Q24, Q25, Q26,
20	5	4

Figure 9 : Répartition des questions contenues dans notre outil :

4.2. Justification des questions ajoutées

Nous avons jugé important de décrire précisément les différentes DS susceptibles d'être observées afin de déterminer leurs prévalences.

La plupart des questionnaires concluent à un trouble de l'excitation, du désir ou de l'orgasme sans détailler.

Ainsi, nous n'avons pas trouvé de questionnaire permettant de conclure à une éjaculation anhédonique selon les critères et les définitions retenues.

Nous avons complété notre questionnaire pour dépister les éjaculations anhédoniques. Cette question a été élaborée par nos soins, en fonction des critères diagnostics retenus. Elle n'est pas validée et n'a pas bénéficié d'une étude psychométrique. En raison de cela il faut rester prudent dans l'interprétation des résultats.

Concernant le priapisme, nous aurions pu utiliser la question 10 du CSFQ-14 (voir annexe) mais nous avons préféré compléter l'item avec la définition urologique du priapisme pour ne pas sur-diagnostiquer ce phénomène. Nous avons donc insisté sur la survenue d'érections prolongées durant au moins 3 heures et douloureuses comme le suggèrent les urologues [54].

Enfin, si la satisfaction était souvent étudiée dans les questionnaires, elle ne l'était que de manière globale. Il nous a paru important de savoir si les patients souffraient de leurs DS dans le cadre de la dépression et de son traitement. Nous avons pour cela proposé 3 questions pour évaluer la satisfaction concernant le désir, l'érection et l'éjaculation.

C- Objectifs et critères de jugement

1. Objectif et critère d'évaluation principal

1.1. Objectif principal

Il s'agissait de déterminer les prévalences des différentes DS chez les hommes :

- Atteints d'un épisode dépressif majeur non traité par antidépresseur(s).
- Atteints d'un épisode dépressif majeur traité par antidépresseur(s).

Nous cherchions aussi à identifier des spécificités d'atteintes sexuelles imputables au seul épisode dépressif majeur ou/et aux traitements antidépresseurs.

1.2. Critère de jugement principal

Le critère d'évaluation principal était la proportion de patients déclarant pour presque toutes ou toutes les activités sexuelles (75-100%) :

- Des troubles du désir sexuel (fréquence) et/ou
- Des troubles du désir sexuel (intérêt) et/ou

- Des troubles érectiles et/ou
- Des priapismes et/ou
- Une atteinte de l'orgasme :
 - o Des éjaculations anhédoniques (anorgasmies)
 - o Des éjaculations prématurées et/ou
 - o Un retard d'éjaculation / anéjaculation (à l'exception de l'éjaculation rétrograde).
 - o Une aspermie

1.3. Outils d'investigation

Pour évaluer la fonction sexuelle chez les patients inclus dans la recherche nous avons utilisé le questionnaire composite dont la construction a été détaillée plus haut.

1.4. Interprétation des résultats

1.4.1. Exploration du désir sexuel

Elle était basée sur les 5 questions du CSFQ-14 ayant trait au désir sexuel.

- ❖ Il existait un trouble du désir/fréquence si le score total obtenu aux questions 1 et 2 était inférieur ou égal à 8.
- ❖ Il existait un trouble du désir/intérêt si le score total obtenu aux questions 3, 4 et 5 était inférieur ou égal à 11.

1.4.2. Exploration de l'érection

- ❖ Les questions 6, 7, 8, 9 et 10 étaient basées sur le Sexual Health Inventory for men (SHIM).

Il existait un trouble de l'érection si le score était égal ou inférieur à 21.

Le trouble de l'érection était sévère si le score était compris entre 5 et 7.

Le trouble de l'érection était modéré à sévère si le score était compris entre 8 et 11.

Le trouble de l'érection était léger à modéré si le score était compris entre 12 et 16.

Le trouble de l'érection était léger si le score était compris entre 17 et 21.

La fonction érectile était normale si le score était compris entre 22 et 25.

Les résultats étaient ininterprétables si le score était compris entre 1 et 4.

- ❖ La question 11 permettait de déterminer s'il existait un priapisme.
On considérait que le cut-off était fixé à la réponse 4. Il y avait un priapisme si le patient choisissait les réponses 1, 2, 3 ou 4. Il n'y en avait pas si la réponse choisie était la 5e.

1.4.3. Exploration de l'orgasme

- ❖ La question 12 était issue du MSHQ et visait à établir une fréquence d'éjaculation, on considérait qu'il y avait anéjaculation si le score était de 1 ou 2. On considérait qu'il n'y avait pas d'atteintes éjaculatoires si le score était égal à 3, 4 ou 5.
- ❖ La Question 13 était issue du MSHQ et cherchait à établir si l'éjaculation était survenue difficilement ou tardivement, on considérait qu'il y avait retard éjaculatoire si le score était 1 ou 2. Il y avait anéjaculation si le score était égal à 0. Il n'y avait pas de retard éjaculatoire si le score était égal à 3, 4 ou 5.
- ❖ La question 14 cherchait à déterminer s'il existait une aspermie.
On considérait qu'il y avait une atteinte si le score était égal à 1 ou 2.
Si le score était égal à 3, 4 ou 5 on considérait qu'il n'y avait pas d'atteinte. Il y avait anéjaculation si le score était égal à 0.
- ❖ La question 15 cherchait à déterminer s'il existait des éjaculations anhédoniques.
Il existait des éjaculations anhédoniques si le score était 1 ou 2. Il n'y avait pas de trouble si le score était égal à 3, 4 ou 5. Il y avait anéjaculation si le score était égal à 0.
- ❖ Les questions 16, 17, 18, 19 et 20 étaient basées sur le « Premature Ejaculation Diagnostic Tool » qui évaluait la présence d'une éjaculation prématurée. Il existait une éjaculation prématurée si le score était supérieur ou égal à 11.
Il existait une probable éjaculation prématurée si le score était égal à 9 ou 10.
Le risque de souffrir d'une éjaculation prématurée était minime si le score était inférieur ou égal à 8.

1.4.4. Exploration de la satisfaction sexuelle

- ❖ Les questions 21, 22 et 23 étaient basées sur l'IIEF-15 et avaient trait à la satisfaction sexuelle.

Si le score était inférieur ou égal à 12, on considérait que la satisfaction n'était pas bonne et qu'il existait au moins une dysfonction sexuelle.

- ❖ La question 24 explorait la satisfaction sexuelle propre au désir. On considérait que le patient n'était pas satisfait s'il cochoit la réponse 2.
- ❖ La question 25 explorait la satisfaction sexuelle propre à l'érection. On considérait que le patient n'était pas satisfait s'il cochoit la réponse 2.
- ❖ La question 26 explorait la satisfaction sexuelle propre à l'orgasme. On considérait que le patient n'était pas satisfait s'il cochoit la réponse 2.

1.4.5. Exploration de la gêne

- ❖ Les questions 27, 28 et 29 explorant la gêne étaient issues du MSHQ. On considérait que le patient était gêné s'il cochoit les réponses 1, 2 ou 3.
On considérait qu'il n'était pas gêné s'il cochoit les réponses 4 ou 5.

2. Objectifs et critères d'évaluation secondaires

2.1. Objectifs secondaires

2.1.1. Caractérisation des profils des patients ayant une dysfonction sexuelle.

Nous avons établi une description des différents profils de patients se plaignant de troubles sexuels selon divers critères (orientation sexuelle, antécédents médicaux ou psychiatrique, nombre de partenaires, molécule antidépressive prise, âge, prise de toxiques etc...).

2.1.2. Evolutivité de la fonction sexuelle

Nous avons étudié l'évolution de la fonction sexuelle chez l'homme souffrant d'un épisode dépressif majeur non traité par antidépresseur par rapport à la période d'euthymie.

Nous avons étudié l'évolution de la fonction sexuelle chez l'homme souffrant d'un épisode dépressif majeur traité par antidépresseur par rapport à la période d'euthymie d'une part et par rapport à la période de dépression non traitée d'autre part.

2.2. Critères d'évaluation secondaires

2.2.1. Caractérisation des profils des patients ayant une dysfonction sexuelle.

Nous avons réalisé une analyse comparative univariée des groupes ayant une dysfonction sexuelle ou non dans un premier temps puis une analyse multivariée pour déterminer les variables liées aux DS.

2.2.2. Evolutivité de la fonction sexuelle

La deuxième partie du questionnaire, se présentant sous la forme d'un tableau, visait à comparer le comportement sexuel à trois moments différents : avant la dépression, pendant la dépression non traitée et pendant la dépression traitée par antidépresseur.

Elle déplorait un changement significatif au niveau de la sexualité entre ces trois périodes.

2.3. Outils d'investigation

L'outil utilisé était un questionnaire standardisé et validé en français. Il s'agissait de l'Arizona Sexual Experience Scale (ASEX). Il a été étudié dans les populations de déprimés et a été jugé pertinent pour évaluer la sexualité [74].

Il s'agissait d'une version abrégée qui comprenait 5 questions. Elles exploraient le désir, l'excitation, l'orgasme et la satisfaction sexuelle.

2.4. Interprétation des résultats

Pour chaque item il existait 6 réponses possibles. Une seule devait être cochée par le patient.

Selon la réponse cochée, le patient recevait un score allant de 1 à 6 par item. Au minimum le patient pouvait obtenir 5 points, et au maximum, 30.

Pour qu'il y ait eu dysfonction sexuelle il fallait :

- Un score total aux 5 questions \geq à 19 ou
- Un score \geq à 4 dans 3 questions ou
- Un score \geq à 5 dans une question

- Evolution de la fonction sexuelle chez l'homme souffrant d'un épisode dépressif majeur non traité par antidépresseur(s) par rapport à la période d'euthymie.

Nous avons comparé les scores obtenus à l'ASEX dans les colonnes A et B de la 2^e partie du questionnaire pour les 5 items évalués chez les patients dépressifs ne prenant pas d'antidépresseur.

- Evolution de la fonction sexuelle chez l'homme souffrant d'un épisode dépressif majeur traité par antidépresseur(s) par rapport à la période d'euthymie d'une part et par rapport à la période de dépression non traitée d'autre part.

Nous avons comparé les scores obtenus à l'ASEX dans les colonnes A et C puis B et C de la 2^e partie du questionnaire pour les 5 items évalués chez les patients déprimés prenant un antidépresseur.

D- Population étudiée et recrutement

1. Critères d'inclusion

- Sexe masculin
- Sujet âgé d'au moins 18 ans sans limite supérieure d'âge (aspects médico-légaux).
- Quelle que fut l'ethnie.
- Présentant un syndrome dépressif caractérisé évoluant depuis au moins 15 jours, quelle que fut son intensité.
- Quels que furent les comorbidités et antécédents somatiques.
- Quels que furent les toxiques pris.
- Quels que furent les traitements en cours.
- Si le patient était sous antidépresseur, celui-ci devait avoir été prescrit dans l'indication d'une dépression et depuis moins de 6 mois.

2. Critère de non inclusion

- Les individus de sexe féminin (non étudiés dans cette recherche).
- Les mineurs et majeurs protégés (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) pour les aspects médico-légaux.
- Les patients psychotiques et bipolaires (biais de sélection pouvant compromettre le recueil et l'interprétation des données).

- Les patients prenant un antidépresseur dans une autre indication que la dépression (PTSD, trouble anxieux, douleur chronique etc ...)
- Les patients sous antidépresseur depuis plus de 6 mois.
- Les patients n'ayant pas la capacité de répondre au questionnaire.

3. Recrutement des patients

Les patients étaient recrutés par des médecins généralistes et des médecins psychiatres de ville et hospitaliers au cours de leurs consultations.

Les patients pouvaient venir consulter pour la première fois pour un état dépressif. Ils n'avaient le plus souvent pas de traitement antidépresseur en cours.

Ils constituaient le groupe : patients dépressifs non traités par antidépresseur(s).

Les patients pouvaient aussi venir consulter dans le cadre du suivi de leur dépression, ils avaient donc le plus souvent un traitement antidépresseur en cours. Ils constituaient le groupe : patients dépressifs traités par antidépresseurs.

4. Médecins recruteurs partenaires

247 médecins ont été individuellement contactés entre septembre et novembre 2016, soit au cours d'un entretien en face à face, soit par mail, soit par téléphone.

60 médecins ont accepté de participer à l'étude, 40 psychiatres (66,66%) et 20 médecins généralistes (33,33%).

Les médecins ayant accepté de participer au recrutement des patients ont reçu chacun un pack contenant 4 questionnaires et une lettre d'information (voire annexes).

Ils ont tous été individuellement recontacté soit au cours d'un entretien en face à face pour ceux qui ont accepté, soit par téléphone. Le questionnaire a été feuilleté avec eux, et il leur a été expliqué comment le faire remplir aux patients.

5. Règles d'arrêt de participation d'une personne

Toute personne recevant le questionnaire a été informée du caractère non obligatoire de cette étude. La participation était volontaire et ne pouvait s'envisager qu'après dispensation des informations concernant l'étude et le droit de retrait. Tout patient participant à l'étude pouvait décider de remplir ou non son questionnaire et de le renvoyer ou non. L'envoi du questionnaire par le patient ou son médecin était considéré comme l'acceptation pour le patient de participer à l'étude.

E- Data management et statistiques

1. Recueil et traitement des données de l'étude

1.1. Recueil et circuit des données

L'étude était totalement anonyme. Les questionnaires étaient saisis sur une base créée pour l'étude et hébergée sur le réseau informatique du CHU de Nantes.

1.2. Codage des données

La mise en œuvre de l'anonymat a nécessité l'apposition d'un code d'inclusion à réception de chaque questionnaire. *Exemple Q01, Q02...*

1.3. Traitement des données

La collecte des données cliniques reposait sur la mise en place d'une base de données et la création de masques de saisie (SPHINX) à l'image du cahier d'observation en conformité avec le protocole et les réglementations actuellement en vigueur.

La structure de la base de données et des écrans de saisie a été approuvée par le responsable de la recherche.

2. Statistiques

2.1. Description des méthodes statistiques prévues, y compris du calendrier des analyses intermédiaires prévues

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé par les membres de l'équipe UMR INSERM 1246 de biostatistiques.

2.1.1. Analyse descriptive

Une analyse descriptive de l'ensemble des variables recueillies a été réalisée.

Les variables quantitatives étaient décrites au moyen de paramètres de position (moyenne ou médiane) et/ou dispersion (écart-type, intervalle interquartile, étendue) et leur distribution a été évaluée.

Les variables qualitatives étaient présentées sous forme de tableaux d'effectifs et fréquences correspondant pour chaque modalité.

2.1.2. Analyse du critère de jugement principal

Le critère de jugement principal correspondait à l'existence d'une dysfonction sexuelle au sein de la population clinique d'étude.

Le critère d'évaluation principal était ainsi évalué par la fréquence des patients présentant une dysfonction sexuelle.

2.1.3. Analyse des critères de jugement secondaires

L'identification des troubles les plus fréquents était évaluée par l'estimation de fréquences de citation des différents paramètres.

Aucune analyse intermédiaire, ni analyse en sous-groupes n'étaient prévues dans cette étude.

2.1.4. Analyse univariée

Cette analyse comparait les caractéristiques cliniques et thérapeutiques des patients présentant une DS et ceux n'en présentant pas afin d'identifier les variables associées à la DS.

2.1.5. Analyse multivariée

Elle permettait d'établir un lien entre le fait de présenter une dysfonction sexuelle et les variables identifiées dans l'analyse comparative (régression logistique).

2.2. Justification statistique du nombre d'inclusions

Du fait de son caractère exploratoire et pilote et pour des raisons de faisabilité, c'est une période d'inclusion qui a été choisie et non un nombre de sujets dans ce projet de recherche.

2.3. Degré de signification statistique prévu

Le degré de signification statistique (p-value) était de 5%.

2.4. Méthode de prise en compte des données manquantes, inutilisées ou non valides

Dans le cas où un questionnaire était rendu incomplet, c'est à dire s'il manquait des données, sans que cela n'altère la fiabilité et la qualité du reste de l'évaluation, les données recueillies étaient traitées pour l'analyse finale. Les données manquantes n'étaient pas remplacées.

F- Aspects administratifs et réglementaires

1. Droits d'accès aux données et documents sources

Non applicable pour cette recherche irréversiblement anonyme empêchant le recouplement *a posteriori* entre les données de la recherche et l'identité des personnes.

2. Données informatisées et soumission à la CNI

Non applicable : l'anonymat exonère le responsable de la recherche de formalités auprès de la CNIL.

3. Avis éthique

Le protocole et les lettres d'information destinées aux médecins ainsi qu'aux patients ont été adressés au Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS) pour avis.

4. Inspection / audit

Dans le cadre de la présente étude, une inspection ou un audit peut avoir lieu. Le promoteur et/ou les centres participants doivent pouvoir donner l'accès aux données aux inspecteurs ou auditeurs.

5. Amendements au protocole

Le protocole modifié doit faire l'objet d'une version actualisée datée. La note d'information devra faire l'objet de modification si nécessaire.

6. Règles relatives à la publication

Une copie de la publication a été remise au CHU de Nantes, responsable de la recherche de l'étude, qui était nécessairement cité. Les auteurs ont été déterminés au prorata du nombre de patients inclus (ou autres règles le cas échéant). L'investigateur coordonnateur établissait la liste des auteurs.

7. Archivage des données sources

L'investigateur doit conserver toutes les informations relatives à l'étude pour au moins 20 ans après la fin de l'étude.

G- Considérations éthiques

1. Information du patient et non opposition

L'investigateur s'est engagé à informer le patient de façon claire et juste du protocole (note d'information en annexe). Il a remis au patient un exemplaire de la note d'information. Celle-ci précisait la possibilité pour le patient de refuser de participer à la recherche.

L'investigateur notait dans le dossier du patient que celui-ci avait bien été informé oralement, avait reçu la note d'information et avait donné son accord oral pour participer à la recherche.

2. Recueil du consentement écrit du patient

Non applicable.

H- Résumé du protocole de l'étude

Titre de l'étude	Sexualité, Antidépresseurs et Dépressions : prévalences des dysfonctions sexuelles chez les hommes français présentant un épisode dépressif caractérisé, non traités ou traités par antidépresseur(s). Perspectives de prises en charge. Protocole SADD.
Mots clés	Dépression, épisode dépressif majeur, épisode dépressif caractérisé, antidépresseur, IRS, IRSNa, Antidépresseurs tricycliques, dysfonction sexuelle, trouble du désir, dysfonction érectile, éjaculation prématurée, éjaculation anhédonique, éjaculation sèche, anorgasmie, priapisme, éjaculation retardée, retard éjaculatoire, sexualité, observance, satisfaction sexuelle.
RESPONSABLE	CHU DE NANTES

Investigateur coordonnateur (si étude multicentrique)	M. BUSNEL Grégory / Dr VICTORRI-VIGNEAU Caroline / Dr SAUVAGET Anne
Nombre de centres prévus	<p>Etude régionale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participation d'un réseau de médecins généralistes de la région Nantaise. • Participation d'un réseau de médecins psychiatres de la région Nantaise. • Participation de l'hôpital Saint Jacques à Nantes. • Participation de la clinique du Parc à Nantes. • Participation du centre hospitalier spécialisé de Bouguenais. • Participation du centre hospitalier spécialisé de la Roche sur Yon. • Participation du centre hospitalier spécialisé de Saint-Nazaire.
Type d'étude	Recherche non Interventionnelle
Planning de l'étude	<p>Durée totale : 2 ans. Période de recrutement : 6 mois Durée de suivi par patient : pas de suivi.</p>
Design de l'étude	<p>Multicentrique Prospective</p>
Objectifs de l'étude	<p><u>Objectif principal :</u> Déterminer les prévalences des différentes dysfonctions sexuelles retrouvées chez l'homme atteint d'un trouble dépressif caractérisé : - non traité par antidépresseur. - traité par antidépresseur. Identifier des spécificités d'atteintes sexuelles imputables au seul épisode dépressif majeur ou/et aux traitements antidépresseurs.</p> <p><u>Objectif(s) secondaire(s) :</u> Caractérisation des profils des patients ayant une dysfonction sexuelle. Evolutivité de la fonction sexuelle</p>
Nombre de cas prévisionnel	Nombre d'individus à recruter non fixé pour des raisons de faisabilité et du caractère pilote de la recherche.
Critères principaux de sélection, d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion	<p><u>Critères d'inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexe masculin • Sujet âgé d'au moins 18 ans • Présentant un syndrome dépressif caractérisé évoluant depuis au moins 15 jours, quelle que soit son intensité. • Quels que soient les comorbidités et antécédents somatiques • Quels que soient les traitements en cours. • Quels que soient les toxiques pris. • Si le patient est traité par antidépresseur, celui-ci doit avoir été prescrit dans l'indication d'une dépression caractérisée et depuis moins de 6 mois. <p><u>Critères de non inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les individus de sexe féminin. • Les mineurs et majeurs protégés. • Les patients souffrant de troubles psychotiques ou bipolaires.

	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients prenant un antidépresseur dans une autre indication qu'un trouble dépressif. • Les patients sous antidépresseur depuis plus de 6 mois. • Les patients n'ayant pas la capacité de répondre au questionnaire.
Critère de jugement principal	Le critère d'évaluation principal est la proportion de patients déclarant une DS pour presque toutes ou toutes les activités sexuelles (75-100%) via la partie 3 du questionnaire.
Critère(s) de jugement secondaire(s)	<p><u>1-Evolutivité de la fonction sexuelle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • chez l'homme souffrant d'un épisode dépressif majeur non traité par rapport à la période d'euthymie. <p>Comparaison des scores à l'ASEX obtenus dans les colonnes A et B de la 2^e partie du questionnaire chez les patients déprimés ne prenant pas d'antidépresseur.</p> <ul style="list-style-type: none"> • chez l'homme souffrant d'un épisode dépressif majeur traité par rapport à la période d'euthymie d'une part et par rapport à la période de dépression non traitée d'autre part. <p>Comparaison des scores à l'ASEX obtenus dans les colonnes A et C puis B et C de la 2^e partie du questionnaire chez les patients déprimés prenant un antidépresseur.</p> <p><u>2-Characterisation des profils des patients présentant une dysfonction sexuelle.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Selon les réponses obtenues à la première partie du questionnaire.
Analyse statistiques	<p><u>Analyse descriptive</u> Les variables quantitatives seront décrites au moyen de paramètres de position (moyenne ou médiane) et/ou dispersion (écart-type, intervalle interquartile, étendue) et leur distribution sera évaluée. Les variables qualitatives seront présentées sous forme de tableaux d'effectifs et fréquences correspondant pour chaque modalité.</p> <p><u>Analyse du critère de jugement principal :</u> Le critère d'évaluation principal sera ainsi évalué par la fréquence des patients présentant une dysfonction sexuelle.</p> <p><u>Analyse des critères de jugement secondaires :</u> L'identification des troubles les plus fréquents sera évaluée par l'estimation de fréquences de citation des différents paramètres.</p> <p><u>Analyse univariée</u></p> <p><u>Analyse multivariée</u></p>
Soumission à un comité d'éthique	Le protocole est soumis au Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS).

VI) RESULTATS

A- Inclusion / Exclusion

74 dossiers patients ont été inclus. 2 ont été écartés car il y avait un fort doute sur l'existence d'un trouble bipolaire. De même, 2 autres dossiers ont été retirés parce que les patients étaient traités par antidépresseurs depuis 10 ans pour l'un et 20 ans pour l'autre. Ces deux durées nous ont semblé trop grandes et trop susceptibles d'engendrer un biais de mémorisation. Au total 70 patients ont été recrutés dans l'étude SADD, la totalité souffrant d'un épisode dépressif majeur, traité ou non pas antidépresseur.

B- Description de la population étudiée

1. Caractéristiques générales

La grande majorité des patients a répondu à la première partie du questionnaire. Les données manquantes étaient rares (voir annexe 14).

70 patients ont été inclus, 64 (91,4%) par les psychiatres et 4 par les généralistes (5,7%). Pour 2 patients, la partie médicale n'a pas été remplie.

La très grande majorité des hommes de l'échantillon (88,6%) avait moins de 65 ans.

52,9% des patients étaient âgés de 31-50 ans.

22,9% avaient entre 51 et 65 ans. 12,9% entre 18 et 30 ans et 10,0% plus de 65 ans.

Concernant l'orientation sexuelle, 82,9% des hommes étaient hétérosexuels, 14,3% homosexuels et 2,9% bisexuels.

Concernant le statut socio-affectif : La grande majorité de l'échantillon entretenait une relation affective.

42,9% étaient mariés ou pacsés, 12,9% en concubinage et 4,3% en couple mais ne vivaient pas ensemble.

	Nombre de patients	Proportion (%)
En cours de relation	42	60,0
Célibataire	28	40,0

Figure 10 : Statut socio-affectif des patients inclus

15,9% n'avaient aucun(e) partenaire actuellement et 15,7% déclaraient n'avoir eu aucun rapport sexuel dans le mois précédent l'évaluation.

60,9% avaient toujours le même partenaire.

23,2% avaient plusieurs partenaires (8,7% en changeaient constamment).

51,4% des patients avaient déjà présenté au moins un syndrome dépressif antérieurement et s'inscrivaient dans un trouble unipolaire.

42,0% des patients avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie.

18,8% des patients avaient déjà tenté de se suicider.

57 patients bénéficiaient d'un traitement antidépresseur au moment du recrutement (soit 81,4%). 76,8% des antidépresseurs prescrits étaient des IRS et des IRSNa.

Classes de l'antidépresseur	Nombre de patients	Proportion de patients (%)
IRS	27	47,4
IRSNa	16	28,1
Tricycliques	5	8,7
Autres	8	14,0
Inconnu	1	1,7
Total	57	100

Figure 11 : Répartition des classes d'antidépresseurs dans l'échantillon

70,2% des patients étaient traités depuis moins d'un an.

5 patients soit 8,7% recevaient une bithérapie d'antidépresseurs.

Les molécules les plus prescrites étaient :

- ❖ **Venlafaxine (EFFEXOR®)** : 14 patients traités soit 24,5% avec une médiane posologique de 93,5 mg depuis en moyenne 10,5 mois.
- ❖ **Escitalopram (SEROPLEX®)** : 10 patients traités soit 17,5% avec une médiane posologique de 10 mg (1 comprimé) depuis en moyenne 15,5 mois.

- ❖ **Fluoxétine (PROZAC®)** : 9 patients traités soit 15,8% avec une médiane posologique de 20 mg (1 comprimé) depuis en moyenne 13,5 mois.
- ❖ **Mirtazapine (NORSET®)** : 6 patients traités soit 10,5% avec une médiane posologique de 45 mg (3 comprimés) depuis en moyenne 3,5 mois.

27,1% avaient bénéficié d'un autre traitement antidépresseur avant celui qu'ils prenaient actuellement, 12,3% en avaient pris deux autres avant celui en cours, 5,3% en avaient pris plus de deux. Dans la presque totalité des cas, ces molécules étaient des IRS.

Ces changements de molécules étaient intervenus pour (plusieurs causes possibles pour un même patient) :

- Manque d'efficacité sur le plan de la dépression pour 63,1% des patients
- Mauvaise tolérance sur le plan sexuel pour 31,6% des patients.
- Mauvaise tolérance autre que sexuelle pour 21,0% des patients.

Sur le plan thymique, les patients traités par antidépresseurs déclaraient avoir meilleur moral que les patients non traités ($p < 0,05$).

Les patients traités étaient 73,4% à déclarer avoir un moral moyen ou bon ($\geq 5/10$) contre 38,5% chez ceux qui ne prenaient pas d'antidépresseur.

L'observance au traitement antidépresseur n'était pas adéquate pour 32,1% des patients (23,2% avaient une observance moyenne, 8,9% avaient une mauvaise observance).

21,4% déclaraient oublier de prendre régulièrement leur traitement.

8,9% avoir parfois du mal à se rappeler prendre leur traitement.

19,6% oublier de prendre le traitement dès qu'ils se sentaient mieux.

12,5% arrêter le traitement en cas de survenue d'effets secondaires.

L'étude SADD n'a pas montré de lien entre la durée du traitement antidépresseur et la détérioration de l'observance.

49 patients soit 72,1% prenaient d'autres médicaments que l'antidépresseur dont 44 au moins une molécule susceptible de perturber la fonction sexuelle.

Classes de médicaments	Nombre de patients	Proportion de patients (%)
Benzodiazépines	22	31,4
Neuroleptiques	16	22,8
Méthadone	6	8,6
Béta-bloquants	3	4,3
Autres anti-HTA	3	4,3
Statines	5	7,1
Fibrates	1	1,4
Naltrexone	1	1,4
Diurétiques	0	0
Anti-androgène	0	0

Figure 12 : Autres médicaments pris ayant potentiellement un impact sur la sexualité

Concernant les comorbidités somatiques, 36 patients soit 51,4% déclaraient des chirurgies. Dans la quasi majorité des cas il s'agissait de chirurgies légères et bénignes (ongles incarnés, pospsectomies, exérèses de lésions cutanées, panaris, avulsions dentaires) ou n'étant pas à risque de perturber la fonction sexuelle (fractures, cures de hernie ombilicale, inguinale ou discale). A noter un seul cas d'exérèse de prostate et 1 plastie du frein sur rupture.

Les médecins rapportaient pour 32 patients soit 45,7% d'entre eux, des antécédents médicaux ou des maladies chroniques. Parmi ces comorbidités on notait :

- ❖ Pathologies cardio-vasculaires : 16 cas dont
 - 1 infarctus du myocarde stenté
 - 1 insuffisance cardiaque
 - 8 cas d'hypercholestérolémie
 - 4 cas d'hypertension artérielle
 - 1 cas de syndrome d'apnées du sommeil
 - 1 cas de tachycardie bêta-bloquée

- ❖ Pathologies neurologiques : 9 cas

- ❖ Pathologies endocrinologiques : 8 cas dont
 - 2 cas de diabète (2,8%)
 - 1 cas de prédiabète (1,4%)
 - 1 cas d'hypothyroïdie supplémentée

- ❖ Pathologies carcinologiques : 4 cas

- ❖ Pathologies de la prostate : 3 cas
 - 1 cas de cancer de la prostate
 - 2 cas d'hypertrophie bénigne de prostate

- ❖ Traumatisme du bassin : 1 cas

50,0% (n=35) étaient fumeurs et 8,6% (n=6) fumaient plus d'un paquet/jour.
La durée moyenne d'intoxication était de 18 ans environ.

87,0% (n=60) des patients ne consommaient pas d'alcool ou avaient une consommation inférieure au seuil de dangerosité fixé par l'OMS. 13,0% (n=9) avaient une consommation à risque ou chronique.

17,9% (n=12) des patients déclaraient une consommation d'autres substances psychoactives. Parmi eux, 83,3% (n=10) consommaient du cannabis, 33,3% du poppers (n=4), 8,3% des hallucinogènes type LSD (n=1), 8,3% (n=1) des opiacés et 8,3% (n=1) des amphétamines.

44 hommes sur 70 inclus (soit 62,8%) pouvaient être considérés comme ayant un bon état de santé somatique (pas de problème particulier en cours, pas d'antécédent de maladie grave ou chronique, antécédents bénins et réglés).

2. Sur le plan sexuel

73,9% des patients considéraient que leur sexualité actuelle était source de souffrance pour eux-mêmes. Notons que 15,9% confiaient avoir été victimes de violences sexuelles antérieures.

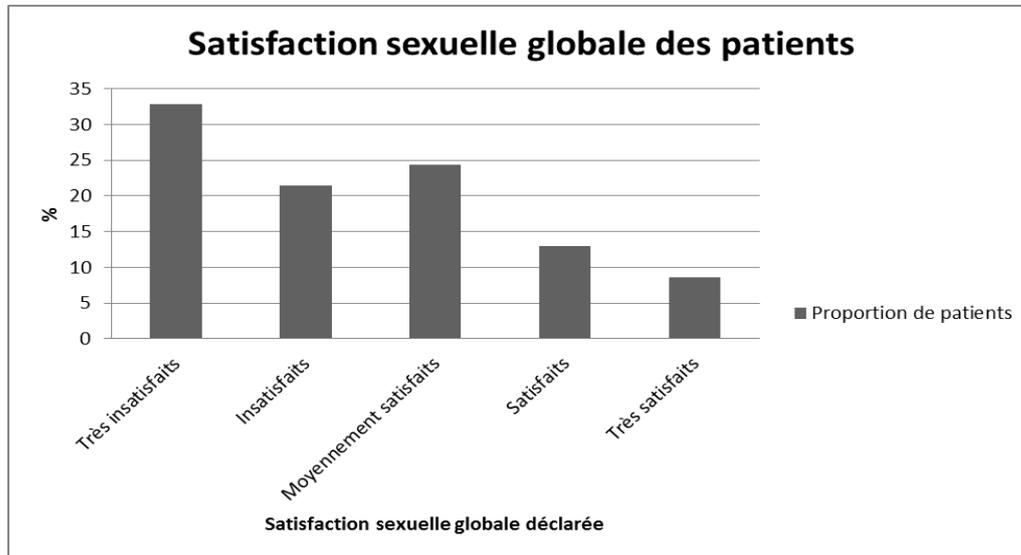


Figure 13 - Répartition des patients selon leur satisfaction sexuelle globale déclarée dans le questionnaire.

Concernant l'aide reçue :

31,4% précisait n'avoir obtenu aucune aide malgré des difficultés sexuelles.

27,1% ont consulté un médecin, un sexologue.

12,8% ont bénéficié d'un médicament sexologique.

11,4% ont eu recours à des toxiques (alcool, drogues).

Enfin, 28,6% des patients estimaient ne pas avoir de difficultés.

3. Comparaison des variables des groupes traités et non traités

Le groupe de patients traités par antidépresseurs et le groupe de patients non traités étaient comparables.

S'il n'existait pas de différence statistiquement significative entre ces deux groupes, on constatait cependant des tendances à la significativité pour certaines variables :

- Le groupe non traité par antidépresseurs décrivait une plus grande proportion de gestes suicidaires que dans le groupe traité. Cela peut être mis en lien avec la thymie plus triste des personnes non traitées alimentant un sentiment de désespoir et l'envie d'en finir.

- Les hommes dépressifs non traités par antidépresseurs présentaient plus d'antécédents d'agressions sexuelles que les hommes traités par antidépresseurs. On peut proposer comme hypothèse explicative que les hommes ayant subi une agression sexuelle demandent peut-être plus tardivement des soins, par honte ou refus d'aborder leurs traumatismes.

C- Résultats concernant le critère de jugement principal

98,7% (IC95% [92,3%-100%]) des patients présentent une DS.

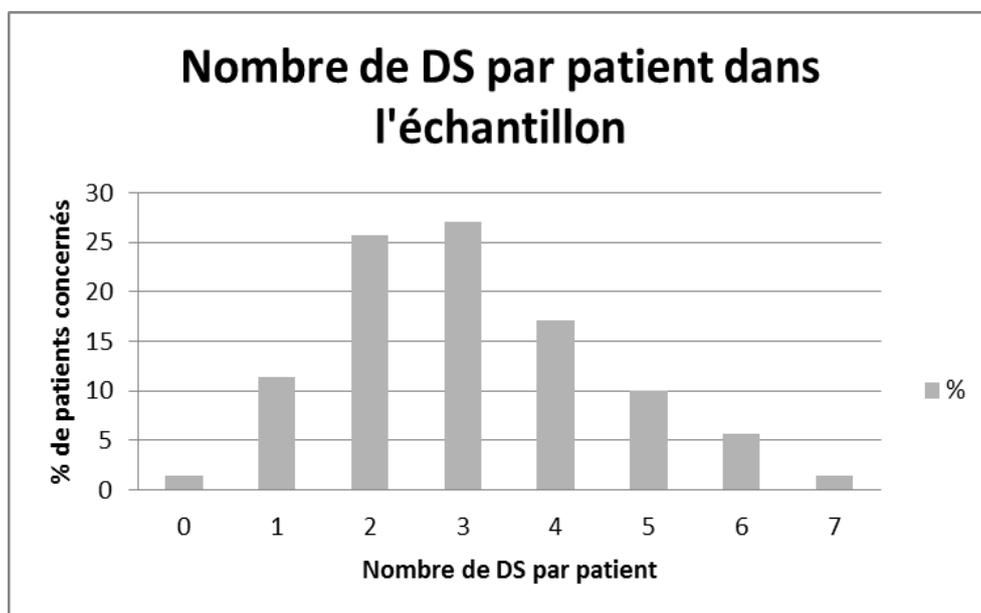


Figure 14 – Nombre de DS par patient dans l'échantillon

La présentation des résultats sous cette forme n'étant pas pertinente cliniquement on se propose d'étudier chaque dysfonction sexuelle comme proposé dans la partie méthodologie.

D- Prévalences des dysfonctions sexuelles

1. Troubles du désir

92,9% (IC95% [84,1% - 97,6%]) des patients ont obtenu un score au questionnaire évoquant une baisse de désir sexuel en fréquence.

Il n'existait pas de différence significative entre le groupe traité et le groupe non traité par antidépresseur, c'est-à-dire que les patients traités n'avaient pas plus d'activité sexuelle que ceux qui n'étaient pas traités.

80,0% (IC95% [68,7% - 88,6%]) des patients présentaient une perte d'intérêt pour les activités sexuelles avec diminution des fantasmes, des pensées sexuelles, du recours aux supports d'excitation sexuelle et décrivaient une diminution du plaisir en lien avec l'excitation que procuraient ces pensées sexuelles ou ces supports.

Là encore il n'existait pas de différence significative entre le groupe traité et le groupe non traité par antidépresseur.

Au total, il existait des troubles du désir sexuel pour 95,7% des patients atteints d'un syndrome dépressif majeur, sans qu'il ait été constaté de différence significative entre les populations traitées par antidépresseurs et les populations non traitées.

2. Dysfonction érectile

67,1% (IC95% [54,9% - 77,9%]) des patients dépressifs souffraient de dysfonctions érectiles. Les patients les plus âgés avaient significativement plus de risque d'être atteints d'une dysfonction érectile. 90,5% des hommes de plus de 50 ans présentaient une DE contre 61,8% des 31-50 ans et 66,7% des moins de 30 ans, $p=0,05$.

Sévérité de la dysfonction érectile	Nombre de patients atteints	Proportion de patients atteints (%)
Légère	13	18,6
Légère à modérée	12	17,1
Modérée à sévère	13	18,6
Sévère	9	12,9
Fonction érectile normale	18	25,7
Ininterprétable	5	7,1
Total	70	100

Figure 15 : Répartition des patients en fonction de l'intensité de la dysfonction érectile

Il n'y avait pas de différence significative concernant la qualité des érections entre les patients traités et les patients non traités par antidépresseurs.

3. Priapisme

Le priapisme concernait **12,9%** (IC95% [6,0 - 23,0%]) de l'échantillon. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes traité et non traité par antidépresseur.

4. Les troubles de l'éjaculation

28,6% (IC95% [18,4% - 40,6%]) des patients se plaignaient ne pas avoir été en mesure d'éjaculer pour plus de 75% de leurs activités sexuelles.

Il n'y avait pas de différence significative entre le groupe dépressif traité et le groupe non traité.

8,6 % (IC95% [2,0% - 15,1%]) des patients souffraient d'anéjaculation sans différence significative entre le groupe non traité et le groupe traité.

27,1% (IC95% [17,2% - 39,1%]) des patients présentaient un retard éjaculatoire. Etre traité par antidépresseur n'élevait pas significativement le risque d'une éjaculation retardée dans l'étude SADD.

Il semble qu'il existait une relation entre le retard éjaculatoire et les troubles de l'érection. En effet les hommes souffrant d'une dysfonction érectile tendaient à avoir plus souvent un retard d'éjaculation ou une anéjaculation associés (36,4%) que les patients n'en présentant pas (11,1%) ($p = 0,06$).

4,3% (IC95% [0,9% - 12,0%]) des patients se plaignaient d'éjaculation sèche, c'est-à-dire de la survenue d'un orgaste mais sans émission de sperme. Il n'y avait pas de différence significative entre le groupe traité et le groupe non traité.

20,0% (IC95% [10,6% - 29,4%]) des patients présentaient des éjaculations anhédoniques (anorgasmie), c'est-à-dire un orgaste sans orgasme, sans différence significative entre le groupe traité et le groupe non traité.

42,9% (IC95% [31,1% - 55,2%]) des patients avaient un score au « Premature Ejaculation Diagnostic Tool » compatible avec une éjaculation prématurée (probable pour 17,1%, très probable pour 25,7%). Il n'y avait pas de différence significative entre le groupe de patients traités par antidépresseurs et le groupe non traité. L'étude SADD ne retrouvait pas de lien entre le fait d'avoir une dysfonction érectile et le fait d'avoir une éjaculation prématurée.

E- Satisfaction sexuelle

68,6% (IC95% [56,4% - 79,1%]) des patients obtenaient un score révélateur d'une insatisfaction sexuelle. Il n'y avait pas de différence significative entre le groupe traité et le groupe non traité par antidépresseurs.

67,1% (IC95% [54,9% - 77,9%]) des patients étaient non satisfaits par leur libido sans différence significative entre le groupe traité et le groupe non traité. Les patients insatisfaits par leur libido étaient significativement plus insatisfaits ou très insatisfaits de leur sexualité globale que ceux qui étaient satisfaits de leur libido, (70,2% contre 18,2%, $p < 10^{-4}$).

48,6% (IC95% [36,4% - 60,8%]) n'étaient pas satisfaits par la qualité de leurs érections, sans différence significative entre les deux groupes. Les patients insatisfaits par leur fonction érectile étaient significativement plus insatisfaits ou très insatisfaits de leur sexualité globale que ceux qui étaient satisfaits de leurs érections (76,5% contre 31,4%, $p < 10^{-3}$).

Les patients atteints de dysfonctions érectiles étaient significativement plus nombreux à se déclarer insatisfaits de leurs érections (63,0 contre 37,0%, $p < 10^{-4}$) et insatisfaits ou très insatisfaits de leur sexualité globale (88,2% contre 11,8%, $p < 10^{-2}$).

Enfin **51,4%** (IC95% [39,2% - 63,5%]) étaient non satisfaits par leurs orgasmes. Dans le groupe de patients non traités par antidépresseurs, 8,3% des patients étaient insatisfaits par leurs orgasmes, cette valeur passe à 91,7% dans le groupe de patients traités, $p < 0,05$.

Les patients insatisfaits de leurs orgasmes n'étaient significativement pas plus insatisfaits de leur sexualité globale que ceux qui étaient satisfaits de leurs orgasmes.

F- Gêne

60,0% (IC95% [47,6% - 71,5%]) des hommes inclus se disaient gênés par la qualité de leur désir.

Les patients gênés par la qualité de leur libido étaient significativement plus insatisfaits ou très insatisfaits de leur sexualité globale que ceux qui n'étaient pas gênés (64,3% contre 39,3%, $p < 0,05$).

48,6% (IC95% [36,4% - 60,8%]) étaient gênés par la qualité de leurs érections.

Les patients gênés par la qualité de leur fonction érectile n'étaient significativement pas plus insatisfaits ou très insatisfaits de leur sexualité globale que ceux qui n'étaient pas gênés.

Les patients gênés sur le plan érectile tendaient statistiquement à être plus souvent en couple que célibataires ($p = 0,09$).

47,1% (IC95% [35,1% - 59,4%]) étaient gênés par la qualité de leurs orgasmes.

Les patients gênés par la qualité de leurs orgasmes n'étaient significativement pas plus insatisfaits ou très insatisfaits de leur sexualité globale que ceux qui n'étaient pas gênés.

Les patients gênés par la qualité de leurs orgasmes étaient statistiquement plus souvent en couple que célibataires (75,8% contre 24,2%, $p < 10^{-2}$).

Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes de patients traités et non traités que ce soit pour la gêne concernant la qualité de la libido, de l'érection ou des orgasmes.

G- Caractérisation des profils des patients présentant une DS

Nous avons prévu dans la méthodologie une analyse multivariée pour caractériser les profils des patients ayant une dysfonction sexuelle. Dans la mesure où 98,7% des patients ont au moins une DS dans notre étude, nous n'avons qu'un seul groupe sur lequel une analyse multivariée ne peut être réalisée.

En revanche à partir de l'analyse univariée nous avons pu mettre en exergue certaines caractéristiques :

Il existait une relation entre l'orientation sexuelle et la perte d'intérêt sexuel. Les homosexuels souffraient significativement moins ($p < 10^{-2}$) de ce trouble que les hétérosexuels. Le statut socio-affectif n'était pas significativement différent entre les 2 orientations sexuelles. Les homosexuels semblaient moins concernés par le désintérêt sexuel dans le cadre de la dépression.

On note également que la prévalence des troubles de l'érection semblait augmenter avec l'âge ($p = 0,05$).

Les patients gênés par les troubles de l'érection tendaient à être plus souvent en couple que célibataires ($p = 0,08$). C'était également le cas de manière significative cette fois pour les patients gênés par les troubles de l'éjaculation ($p < 0,01$).

Enfin, il n'a pas été possible de déterminer si des DS étaient plus fréquentes avec certaines classes dans la mesure où les groupes de patients traités par telle ou telle molécule étaient trop petits ce qui limite la puissance (très peu de tricycliques par exemple).

H- Evolutivité de la fonction sexuelle

La deuxième partie du questionnaire remis aux patients évaluait cinq domaines de la fonction sexuelle (intensité du désir sexuel, capacité à s'exciter sexuellement, facilité à obtenir et maintenir des érections, facilité à atteindre l'orgasme et satisfaction orgasmique)

via l'échelle ASEX pour trois statuts thymiques différents (euthymie, dépression non traitée et dépression traitée par antidépresseur(s)).

7,7% des patients euthymiques présentaient une DS selon les critères de l'ASEX (moyenne du score total à l'ASEX = 12,4) alors qu'ils étaient 54,1% chez les dépressifs non traités (moyenne du score total à l'ASEX = 17,7) et 63,2% chez les dépressifs traités par antidépresseur(s) (moyenne du score total à l'ASEX = 18,5).

L'histogramme ci-dessous représente les scores moyens obtenus à l'ASEX par les patients pour chaque domaine sexuel pour ces trois statuts thymiques.

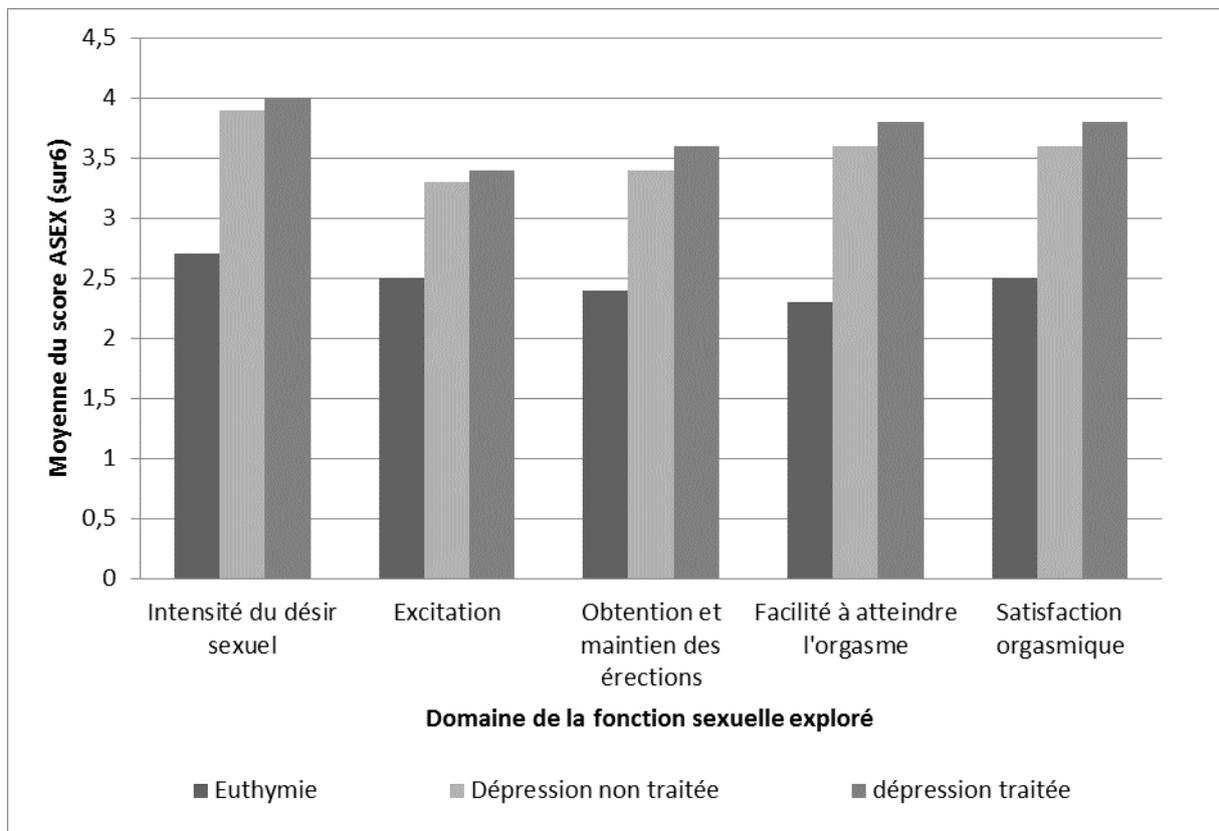


Figure 16 : Scores moyens obtenus à l'ASEX en fonction du statut thymique et de la prise en charge (médicamenteuse ou non).

Les histogrammes donnant le détail des réponses pour chaque domaine sont proposés en annexes.

Interprétation du graphique :

Pour chacun des 5 domaines sexuels, il existait une différence significative globale entre les scores moyens obtenus à l'ASEX pour chaque statut thymique ($p < 10^{-5}$).

Nous avons ensuite effectué des comparaisons deux à deux pour les 3 statuts.

Les patients euthymiques atteignaient des scores moyens à l'ASEX significativement plus faibles (environ 2 points sur 6) pour chacun des 5 domaines sexuels que les patients dépressifs non traités par antidépresseurs ($p < 10^{-5}$). Les patients euthymiques avaient un désir sexuel plus intense, une excitation sexuelle plus facile, des érections de meilleure qualité et plus stables, des orgasmes plus faciles et plus satisfaisants que les patients dépressifs non traités, significativement ($p < 10^{-5}$).

Les patients euthymiques présentaient des scores moyens à l'ASEX significativement plus faibles (environ 2 points sur 6) pour chacun des 5 domaines sexuels que les patients dépressifs traités par antidépresseurs ($p < 10^{-5}$). Les patients euthymiques avaient un désir sexuel plus intense, une excitation sexuelle plus facile, des érections de meilleure qualité et plus stables, des orgasmes plus faciles et plus satisfaisants que les patients dépressifs traités, significativement ($p < 10^{-5}$).

Bien que les patients dépressifs traités aient eu, pour chacun des domaines sexuels, des scores moyens à l'ASEX légèrement plus élevés (moins de 0,5 point sur 6) que les patients dépressifs non traités, ces différences n'étaient pas significatives ($p > 0,05$). Il ne semblait pas y avoir de différence de fonctionnement sexuel entre les patients dépressifs non traités et les patients dépressifs traités par antidépresseur(s).

Au total, le fonctionnement sexuel chez les patients euthymiques semblait significativement ($p < 10^{-5}$) moins impacté sur les domaines explorés par l'ASEX que chez les patients atteints d'une dépression, qu'ils furent ou non traités par antidépresseur(s). En revanche, sur les mêmes critères, le fonctionnement sexuel des hommes dépressifs traités n'était pas significativement ($p > 0,05$) différent de celui des hommes dépressifs non traités.

VII) DISCUSSION

A- Résultats obtenus

Dans notre étude 98,7% des patients dépressifs présentent au moins une dysfonction sexuelle. Cette prévalence est plus élevée que celle retrouvée dans l'étude ELIXIR en 2003 qui estimait qu'au moins 65% des dépressifs avaient une dysfonction sexuelle. Il faut noter que cette étude investiguait la sexualité dans les deux sexes, contrairement à notre travail qui se focalise sur le fonctionnement sexuel masculin. Cela peut expliquer l'écart de prévalence entre les deux études. Nous nous proposons de discuter les résultats pour chaque dysfonction sexuelle investiguée.

1. Les troubles du désir

Dans notre étude, la presque totalité des patients (92,8%) dépressifs présente une diminution de la fréquence des activités sexuelles et/ou de l'envie de s'y adonner. Les études antérieures avaient mis en évidence des prévalences importantes pour les troubles du désir dans la dépression, néanmoins notre résultat paraît plus élevé et doit questionner la surévaluation du trouble ou sa sous-évaluation dans les autres études.

Le surdiagnostic peut être en lien avec la méthode d'évaluation. En effet, pour évaluer la prévalence des troubles du désir en fréquence, nous nous étions basés sur 2 questions du CSFQ. Pour ne pas se voir diagnostiquer le trouble il fallait obtenir un score supérieur à 8 sur 10. Pour cela il fallait au moins avoir le désir de s'adonner à une activité sexuelle ou à un rapport sexuel par jour.

Il était précisé au patient que par « activité sexuelle » on entendait toute stimulation sexuelle (caresses, masturbations, fantasmes, pensées sexuelles) et pas seulement le rapport sexuel avec un(e) partenaire.

On peut interroger la bonne compréhension du terme « activité sexuelle » par les patients. En effet si les patients l'ont compris comme étant exclusivement un rapport physique (coïtal ou non) avec une autre personne, la fréquence des activités sexuelles a alors pu être sous-évaluée, la moyenne nationale étant de 2 rapports sexuels par semaine chez des personnes en bon état de santé.

Dans notre étude, seuls 40,0% des patients sont célibataires et 15,9% seulement déclarent ne pas avoir de partenaire du tout. La majorité des patients décrivent donc une baisse de la fréquence de leurs activités sexuelles alors même qu'ils ont un(e) ou plusieurs partenaires. Le croisement des données montre qu'il n'y a pas significativement plus de patients

présentant une diminution en fréquence des activités sexuelles chez les célibataires que chez les patients en couple.

La fréquence des activités sexuelles tend à diminuer avec l'avancée en âge, sans significativité. Cela peut s'expliquer par le vieillissement pathologique. En effet la polyopathie (somatique, psychique, iatrogène), le contexte (institutionnalisation, dépendance, perte d'intimité et d'autonomie), les fausses croyances (la sexualité chez les personnes âgées n'est plus possible, dangereuse, contre nature, n'a plus lieu d'être etc ...), la modification du cycle de la réponse sexuelle (excitation plus longue, érections moins sables et rigides, orgasmes moins intenses, phase réfractaire plus longue), les déficiences sensorielles (le sens le plus utilisé dans la sexualité de l'homme étant la vue), le déclin cognitif ...), la perte de la/du partenaire (dysfonction sexuelle du partenaire, veuvage) viennent rompre l'équilibre d'une sexualité jusqu'alors épanouie et épanouissante si les personnes âgées ne l'adaptent pas au processus continu du vieillissement.

Il existe une relation entre l'orientation sexuelle et la perte d'intérêt sexuel. Les homosexuels souffrent significativement moins ($p < 10^{-2}$) de ce trouble que les hétérosexuels. Le statut socio-affectif n'est pas significativement différent entre les 2 orientations sexuelles. Les homosexuels semblent moins concernés par le désintérêt sexuel dans le cadre de la dépression.

La prévalence des troubles du désir sexuel chez les dépressifs semble largement au-dessus de celle établie pour la population générale, qui se situe autour de 15% [77].

L'étude SADD confirme les données bibliographiques [23] [24] [32] et en particulier l'étude ELIXIR [27] menée en France en 2003 qui retrouvait des troubles du désir sexuel pour plus de deux tiers des patients dépressifs majeurs sans différence significative entre les patients bénéficiant d'un traitement antidépresseur et les patients n'en bénéficiant pas. Dans cette étude comme dans la nôtre, ainsi que dans la méta-analyse de 2009 [23], les troubles du désir représentent la DS ayant la plus forte prévalence chez les sujets dépressifs, qu'ils soient ou non traités.

Enfin, même si une surévaluation des troubles du désir est possible, les 5 questions du CSFQ choisies permettent une bonne investigation du désir sexuel en tenant compte de ces différents aspects (activité mentale fantasmatique, envie, plaisir, usage de support, fréquence des activités et de l'envie de s'y adonner).

2. Les troubles érectiles

Dans l'étude SADD, la prévalence des dysfonctions érectiles (DE) chez les patients dépressifs traités ou non par antidépresseur(s) (67,1%) semble plus élevée que celles établies dans la population générale.

En effet, dans la population générale on retrouve des prévalences de 1 à 9% pour les hommes de moins de 40 ans, de 10 à 15% pour des hommes de 40 à 50 ans, de 20 à 40% pour des hommes de 60-70 ans [78]. Dans la population générale, la prévalence des troubles de l'érection semble augmenter avec l'âge ce qui est également le cas dans l'étude SADD, ($p=0,05$).

Ces données vont dans le sens de l'étude ELIXIR [27] qui retrouvait une prévalence d'environ 45% pour les DE sans différence significative entre les groupes de patients traités et non traités. Dans l'étude SADD nous avons tenu compte du seuil diagnostique du SHIM pour porter le diagnostic de DE. Ce score permet de classer les DE selon leur intensité (légère, légère à modérée, modérée à sévère et sévère). Si on s'affranchit des DE légères, dont les scores au SHIM sont proches de la normale ; et si on ne tient compte que des DE légères à modérées, modérées à sévères et sévères, on retrouve une prévalence voisine de celle déterminée dans l'étude ELIXIR (45%).

Dans notre étude, les atteintes mécaniques ne semblent pas être l'apanage des antidépresseurs. Les DE chez les sujets dépressifs sont très probablement en lien avec l'anxiété, notamment de performance chez des hommes diminués qui ne croient plus en leurs capacités et qui présentent une mésestime d'eux-mêmes.

L'anxiété entraîne une hyperactivité sympathique qui rend plus difficile le réflexe de vasocongestion responsable de l'érection.

Le priapisme concernerait 12,9% de l'échantillon. La prévalence de ce trouble a manifestement été surestimée probablement du fait d'une mauvaise compréhension par les patients de ce qu'est cet accident urologique très rare et grave. Une étude épidémiologique américaine de 2008 rapporte une incidence de 6,5 cas pour 100 000 habitants [79]. Le trouble dans l'étude SADD est donc très clairement surestimé.

3. Les troubles de l'éjaculation

La prévalence des anéjaculations dans l'étude SADD (7-8%) semble supérieure à celle observée en population générale, estimée par Di Sante à 0,14% [80].

En général, il s'agit d'un trouble essentiellement observé chez des patients présentant une atteinte neurologique (lésion de la moelle épinière, sclérose en plaque ...), de la prostate ou un diabète.

Dans notre étude la grande majorité des patients ayant déclaré ce trouble étaient traités par antidépresseurs. Il n'y a pas de différence significative entre le groupe dépressif traité et le groupe non traité peut-être en lien avec le trop faible effectif des patients recrutés, en particulier dans le groupe non traité.

La prudence s'impose dans la mesure où il est difficile, dans cette étude, de distinguer anéjaculation et retard éjaculatoire extrême. L'homme se plaignant d'anéjaculation aurait peut-être pu éjaculer avec une stimulation différente ou plus prolongée.

De même, l'éjaculation n'a peut-être pas été externalisée (éjaculation rétrograde). La prévalence de l'anéjaculation dans notre étude a probablement été surestimée du fait de l'absence d'examens cliniques, biologiques (recherche de spermatozoïdes dans les urines pour éliminer une éjaculation rétrograde) et d'un questionnaire manquant de précision (il aurait été intéressant de connaître le type et la durée de stimulation, la chronologie de l'apparition des troubles en fonction de l'entrée dans la dépression où la mise en place d'un traitement). Enfin, il existe dans l'échantillon plusieurs cas de pathologies prostatiques, de pathologies neurologiques et de diabètes.

La prévalence du retard éjaculatoire dans l'étude SADD (18,6%) semble supérieure à celle observée en population générale : 1 à 4% selon Di Sante [80] et 3 à 4% selon Jenkins [81].

Les retards d'éjaculation tendent à être liés aux dysfonctions érectiles ($p=0,06$). Si la fonction érectile n'est pas optimale, la survenue de l'éjaculation sera différée voire absente. Les DE étant plus fréquentes chez les hommes dépressifs, il n'est pas étonnant de retrouver des retards éjaculatoires.

Etre traité par antidépresseurs n'élève pas significativement le risque d'une éjaculation retardée dans l'étude SADD. Néanmoins, l'étude ELIXIR avait montré que les hommes dépressifs traités par antidépresseur(s) souffraient significativement plus de retards éjaculatoires que les hommes non traités (16,6% contre 8,2%, $p<0,001$) [27]. Ce phénomène peut s'expliquer par le mécanisme pharmacologique des antidépresseurs, en particulier l'action anticholinergique des tricycliques qui impacte directement la physiologie de l'éjaculation. Il en va de même pour la facilitation de la transmission sérotoninergique au niveau central avec les IRS qui vient inhiber le fonctionnement sexuel [50].

Dans l'étude SADD, les dépressifs traités par antidépresseur(s) sont significativement plus insatisfaits par leurs orgasmes que ceux qui ne sont pas traités (91,7% contre 8,3%, $p<0,05$). Cela laisse penser que les antidépresseur(s) perturbent la fonction éjaculatoire.

4,3% des patients se plaignent d'éjaculations sèches, c'est-à-dire d'un orgasme sans émission de sperme (aspermie). Les trois patients présentant une éjaculation sèche sont traités par antidépresseurs. Un d'entre eux souffre d'un cancer de prostate et a bénéficié d'une prostatectomie complète qui explique à elle seule le trouble (éjaculation rétrograde).

20,0% des patients se plaignent d'éjaculations anhédoniques (anorgasmie). Nous ne disposons pas de données épidémiologiques en population générale en France. Néanmoins Brouillette rapporte une prévalence de 8,1%, s'appuyant sur une étude de 1994 réalisée aux Etats-Unis par Laumann. L'étude ELIXIR n'avait pas évalué ce trouble.

Les patients dépressifs, qu'ils soient traités ou non par antidépresseur(s) semblent souffrir plus souvent d'éjaculations anhédoniques que les hommes euthymiques. Ce trouble peut s'expliquer par l'encombrement anxieux des patients qui au cours du rapport peuvent être en proie à des pensées parasites et automatiques (« je suis laid, je ne suis pas désirable, elle/il se force, je dois y arriver, il faut que je lui fasse plaisir, je vais la/le décevoir) ...) qui vont perturber le lâcher prise, l'auto-centration et le focus sur les sensations corporelles d'excitation génitale. Cela aboutit à un orgasme d'une moins grande intensité qu'habituellement.

42,9% des patients ont un score au PEDT compatible avec une éjaculation prématurée. Elle est probable pour 17,1% des patients dépressifs (c'est-à-dire score PEDT \geq à 9 et $<$ à 11). Elle est très probable pour 25,7% (score PEDT \geq à 11).

Une récente revue d'août 2016 réalisée par Saitz a repris toutes les études de prévalence pour les éjaculations prématurées de 1998 à 2014. On observe des écarts importants dans les résultats (de 4 à 60%) [82]. Saitz explique ces écarts par l'évolution de la définition de l'éjaculation prématurée et par les méthodes d'investigation très différentes d'une étude à l'autre. Pour lui, depuis l'établissement des nouveaux critères diagnostiques, la prévalence de l'EP en population générale est située aux alentours de 20% [82].

En effet, des études de Rowland (2004), Fasolo (2005) et Son (2010), basées sur les critères diagnostiques du DSM-IV, retrouvent des prévalences de respectivement, 16,3%, 21,2% et 18,3% [82].

Les études plus récentes de Tang et Khoo (2011), Shindel (2012) et Lotti (2012) ayant utilisé le PEDT avec comme seuil diagnostique 9 (c'est-à-dire EP probable et très probable) retrouvent respectivement des prévalences de 40,6%, 8-12% et 15,6% [82].

Les études de Lee (2013), Hwang (2013), Song (2014) et O'Sullivan ayant utilisé le PEDT avec comme seuil diagnostique 11 (c'est-à-dire EP très probable) retrouvent respectivement des prévalences de 11,3%, 12,1%, 14,6% et 13,2% [82].

On constate donc que les prévalences obtenues dans l'étude SADD chez les dépressifs semblent supérieures à celles de la population générale.

Nous avons utilisé le PEDT, or une des questions de ce test investigate la frustration de ne pas satisfaire la/le partenaire. Dans la mesure où toutes les questions se suivent dans le questionnaire SADD, les patients ont pu obtenir un score élevé à cette question sans pour autant que la frustration soit en lien avec le problème d'EP (la frustration peut par exemple concerner un autre trouble éjaculatoire ou une dysfonction érectile). Dans ce cas le score au PEDT a pu être plus élevé pour certain patient amenant au diagnostic d'éjaculation prématurée, à tort.

L'étude ELIXIR retrouvait une prévalence pour les EP < à 10% [27]. Dans cette dernière, les patients traités par antidépresseurs présentaient significativement moins de problèmes d'EP que les patients non traités. Ceci est cohérent dans la mesure où les antidépresseurs retardent l'éjaculation. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle certains d'entre eux ont l'indication dans le traitement de l'éjaculation prématurée.

La plus grande fréquence des EP chez les patients dépressifs peut s'expliquer par l'accélération du rythme des stimulations sexuelles, l'accélération de la respiration et l'augmentation du tonus musculaire pour éjaculer le plus rapidement possible. Cela permet de limiter le risque de débandage, d'insatisfaction du partenaire, et permet de se débarrasser au plus vite d'une activité sexuelle non souhaitée ou culpabilisante, en particulier chez des hommes présentant des troubles érectiles. Bien entendu, ce type de comportements entraîne des problèmes de centration, de relation, de lâcher prise, accentue la verbalisation intérieure et les pensées parasites, abouti à un déficit de focus sur les sensations génitales et de repérage corporel.

Le tableau suivant récapitule les différents troubles et leurs prévalences dans les études.

	Population générale	Etude ELIXIR 2003	Etude SADD 2017	Autres travaux
Trouble du désir	15% [77]	Environ 65% [27]	92,8% Diminution de la fréquence des activités sexuelles 80,0% Perte d'intérêt sexuel	25-75% [32] 50% [22] 34% [31]
Dysfonction érectile	Fonction de l'âge. En général < 15% pour des hommes de moins de 50 ans [78]	Environ 45% [27]	67,1% en tenant compte des DE légères. Environ 49% sinon.	47% [31] 22-46%[22] 25%[32]
Priapisme	6,5 pour 100 000 [79]	Non évalué	12,9%	Non évalué
Trouble éjaculatoire			28,6%	84%[31]

Ejaculation retardée	1 à 4% [80] [81]	8 à 16% Significativement plus fréquent chez les personnes sous antidépresseurs [27]	18,6%	22% [22]
Anéjaculation	0,14% [80]	Non évalué	7,0 à 8,0%	Non évalué
Ejaculation anhédonique	8,1% [77]	Non évalué	20,0%	Non évalué
Ejaculations prématurées	PEDT ≥ 9 = 8 à 40% PEDT ≥ 11 = 11-13% [82]	Environ 8% [27]	PEDT>9 = 42,9% PEDT>11 = 25,7%	Non évalué

Figure 17 - Comparaison des prévalences des dysfonctions sexuelles dans la population générale, la population de l'étude ELIXIR, la population de l'étude SADD ainsi que dans les travaux antérieurs.

4. Satisfaction sexuelle

L'étude SADD illustre le mal-être qui résulte des atteintes sexuelles dans le cadre de la dépression et de sa prise en charge. 73,9% des patients estiment que leur sexualité est source de souffrance psychologique, d'anxiété, de questionnements, de conflits, de dévalorisation, d'évitement etc ...

68,6% sont insatisfaits de leur sexualité globale (score IIEF-15). Ces patients sont plus nombreux à s'être déclarés « insatisfaits » ou « très insatisfaits » au début du questionnaire de manière très significative ($p < 10^{-4}$).

Pourtant seul 27,1% ont consulté pour leur problème sexuel et seulement 12,8% déclarent avoir bénéficié d'un médicament sexologique (IPDE5).

On constate donc le hiatus entre la forte proportion de patients s'estimant en souffrance et insatisfaits sexuellement et le faible recours et/ou accès au soin.

Cela avait déjà été mis en évidence dans les études antérieures et en particulier dans l'étude ELIXIR qui soulignait que seuls 35% des dépressifs se plaignaient spontanément de leurs difficultés sexuelles à un médecin [27].

Ce phénomène peut être en lien avec la gêne voire la honte du patient à évoquer son problème avec un médecin, sentiment qui peut être accentué si le médecin ne paraît pas assez disponible, à l'écoute ou réceptif à ce type de difficultés.

Les atteintes du désir sexuel et de l'érection semblent plus insatisfaisantes que les atteintes de l'éjaculation dans la mesure où les hommes insatisfaits par la qualité de leur désir et de leurs érections sont statistiquement (respectivement $p < 10^{-4}$ et $p < 10^{-3}$) plus nombreux à s'être déclarés « très insatisfaits » ou « insatisfaits » sexuellement dès le début du questionnaire.

5. Gêne

Les patients gênés par les troubles du désir sont statistiquement ($p < 0,05$) plus nombreux à être « insatisfaits » ou « très insatisfaits » de leur sexualité globale contrairement aux patients qui se disent gênés par des troubles de l'érection ou de l'éjaculation (NS).

Les troubles du désir semblent les plus gênants et les plus insatisfaisants chez les hommes dépressifs.

Ceux-ci les vivent possiblement plus mal car ils sont identifiés comme étant à la source de leurs difficultés sexuelles. Les dépressifs, du fait de l'anhédonie, l'aboulie, l'autodépréciation, la perte de confiance en eux et l'anxiété, s'adonnent moins aux relations sexuelles avec leurs partenaires et ne prennent probablement pas conscience tout de suite de leurs difficultés érectiles et ejaculatoires. Ces dysfonctions peuvent être identifiées lors de la mise en rémission de la dépression sous antidépresseur et de la réémergence de l'envie de s'adonner à des activités sexuelles. Il n'y a pas de différence significative concernant la satisfaction du désir, la satisfaction des érections et la gêne par rapport au désir, aux érections et aux orgasmes chez les patients traités versus les non traités. En revanche les patients traités par antidépresseurs sont significativement plus insatisfaits par leurs orgasmes que les non traités ($p < 0,03$)

On remarque que les patients gênés par les troubles de l'érection tendent à être plus souvent en couple que célibataires ($p = 0,08$). C'est également le cas de manière significative cette fois pour les patients gênés par les troubles de l'éjaculation.

La gêne se vit dans la relation à l'autre. Etre dans l'impossibilité de satisfaire l'autre fragilise l'assertivité sexuelle et le sentiment de puissance sexuelle. L'autre renvoie et alimente un vécu de honte, d'impuissance, de culpabilité, d'autodépréciation qui vient renforcer les DS par l'installation d'une anxiété de performance, par la focalisation sur l'autre et non plus sur ses sensations d'excitation génitales (hétéro-centration, phénomène de spectating), et par le développement de pensées parasites et de distorsions cognitives. De plus, du fait des difficultés sexuelles, peuvent s'installer des conjugopathies, des tensions dans le couple, des quiproquos, des reproches, ou au contraire un éloignement d'avec le partenaire, alimentant le mal-être et la culpabilité. Cela explique probablement que les troubles de l'érection et de l'éjaculation soient plus mal vécus chez les patients en couple que chez les célibataires.

6. Evolutivité de la fonction sexuelle

La sexualité des patients dépressifs traités et des patients dépressifs non traités par antidépresseur(s) est significativement ($p < 10^{-5}$) plus impactée (moyennes des scores ASEX plus élevées d'environ 2 points sur 6 pour chaque domaine sexuel) que celle des patients euthymiques.

En revanche, l'étude SADD ne montre pas de différence significative de fonctionnement sexuel entre les patients dépressifs traités et non traités. On note quand même des scores moyens à l'ASEX légèrement plus élevés (0,5 point environ) chez les dépressifs traités versus les non traités. Néanmoins cette différence est trop minime pour avoir un retentissement clinique.

Des études antérieures avaient souligné la détérioration significative de la fonction sexuelle sous antidépresseurs [27] [28], alors que d'autres avaient au contraire observé son amélioration [20].

Notre étude ne met pas directement en évidence cette détérioration de la sexualité sous AD. Néanmoins, il est certain que les antidépresseurs sont des perturbateurs de la fonction sexuelle car si les DS étaient exclusivement imputables à la dépression, la fonction sexuelle s'améliorerait avec la thymie. Or malgré l'amélioration de l'humeur sous AD dans l'étude SADD ($p < 0,05$), la fonction sexuelle reste autant perturbée qu'avant la mise en place du traitement.

Dans notre étude, l'absence de différence significative dans un sens comme dans l'autre entre le groupe traité et le groupe non traité est peut-être en lien avec son manque de puissance.

Néanmoins si les DS sont une conséquence réelle des antidépresseurs et qu'ils peuvent les induire ou les aggraver, il faut mettre en exergue que les dépressifs non traités semblent autant en difficultés sur le plan sexuel que les dépressifs traités.

Il ne semble donc pas opportun d'attendre la mise en place d'un traitement antidépresseur pour explorer le fonctionnement sexuel et proposer une prise en charge. L'investigation et la prise en charge des dysfonctions sexuelles dans la cadre de la dépression devrait commencer dès son diagnostic.

B- Limites et forces de l'étude SADD

1. Puissance de l'étude et pertes d'informations

70 patients dépressifs ont été inclus dans l'étude SADD dont 57 bénéficiaient d'un traitement antidépresseur. Ces effectifs sont probablement trop faibles pour garantir une bonne puissance statistique et espérer mettre en évidence toutes les différences significatives qui existent.

Néanmoins la perte d'information dans l'étude SADD est minime, les médecins et les patients ont correctement renseigné les questionnaires (voir annexe 14).

2. Cohérence de l'étude SADD

Notre étude est en cohérence avec les résultats des travaux antérieurs et en particuliers avec ceux de l'étude ELIXIR (2003), une des seules études ayant cherché à explorer les DS dans la cadre de la dépression chez les français.

Elle confirme en effet l'impact de la dépression sur la fonction sexuelle et la constance des troubles sexuels, et en premier lieu des troubles du désir dans la clinique de la dépression.

Elle met notamment en exergue l'évolutivité de la fonction sexuelle chez les mêmes patients entre la période d'euthymie et l'entrée dans la dépression. Il existe une altération significative de la sexualité chez les dépressifs qu'ils soient traités ou non par rapport aux patients euthymiques. Il ne semble pas y avoir de spécificités d'atteintes sexuelles entre les dépressifs non traités et les dépressifs traités par antidépresseurs. Les prévalences établies sont du même ordre de grandeur que celles retrouvées dans la littérature. L'étude a permis de déterminer les prévalences de certains troubles éjaculatoires pour lesquels nous ne disposions pas de données (aspermie, éjaculations anhédoniques, anéjaculation).

L'étude SADD retrouve des données établies dans la littérature et/ou attendues, notamment le fait que la prévalence des DE augmente avec l'âge, que les dépressifs traités aient meilleur moral que les non traités, la plus grande fréquence de patients s'estimant dès le début du questionnaire insatisfaits sexuellement parmi ceux estimant ne pas être satisfaits par leur désir, leurs érections et/ou leurs orgasmes etc ...

Enfin l'étude a l'intérêt de s'être intéressée au ressenti des patients notamment en termes de satisfaction sexuelle et de gêne, ce qui n'avait pas été fait antérieurement.

3. En lien avec la population recrutée

Il existe un possible biais de sélection en lien directement avec le recrutement des patients dans l'étude SADD. 91,4% des patients ont été inclus par des psychiatres. Les patients recrutés en psychiatrie sont susceptibles de présenter des tableaux dépressifs plus graves ou résistants que ceux suivis en médecine générale. Ils sont aussi plus susceptibles de bénéficier de traitements psychotropes adjuvants perturbant la fonction sexuelle. Pour illustration, dans notre étude, 31,4% des patients sont concomitamment traités par des benzodiazépines, 22,8% par des neuroleptiques (TERCIAN® essentiellement). A titre de comparaison, dans l'étude ELIXIR, les psychiatres avaient inclus 41% des patients et seuls 6% de l'échantillon total était traité par neuroleptiques [27].

Cependant le risque d'avoir inclus des patients ne présentant pas de syndrome dépressif majeur est moindre du fait de la plus grande expérience et de l'habitude des médecins spécialistes dans la pose du diagnostic de syndrome dépressif caractérisé. Cet aspect est d'autant plus important qu'il n'y avait pas de passation d'échelles de dépression (type MADRS) aux patients lors de leurs inclusions. Ce type d'échelle aurait eu son utilité dans la confirmation et la détermination de l'intensité des épisodes dépressifs.

Le fait que notre population soit composée par des patients potentiellement plus graves que ceux qui auraient été inclus en médecine générale peut expliquer les différences de prévalences de l'étude SADD en comparaison aux autres études.

Il existe un autre biais de sélection en lien avec notre volonté de réaliser cette étude sur une population tout venant. L'étude SADD a été réalisée sur des patients non triés en fonction de leurs antécédents médicaux, ce qui permet de tenir compte de la complexité de la sexualité et de ses troubles et de se rapprocher au plus près de ce qu'est la réalité de la patientèle.

Aucun patient n'a été examiné physiquement. Cet examen aurait été nécessaire afin de dépister des organicités. Nous avons essayé de limiter la perte d'informations en demandant aux médecins de renseigner les antécédents médicaux et chirurgicaux, les traitements et toxiques utilisés. Ces informations nous ont permis de nuancer les résultats et ne pas imputer à la seule dépression les difficultés sexuelles constatées.

Au demeurant, les psychiatres n'ayant pas toujours accès aux dossiers somatiques des patients et ceux-ci n'ayant pas toujours connaissance de tous leurs problèmes de santé, certains éléments ont pu ne pas être portés à notre connaissance. Certains médecins ont déclaré que leurs patients avaient des antécédents (par exemple neurologique) sans préciser leur nature.

Néanmoins 66% des hommes inclus sont des adultes de moins de 50 ans et environ 63% de l'échantillon peut être considéré comme ayant un bon état de santé somatique. Les patients consommateurs réguliers de drogues et d'alcool sont peu nombreux. En revanche la moitié des patients présente un tabagisme actif depuis en moyenne 18 ans. Le tabac est un facteur de risque cardio-vasculaire et un agent athéromatogène qui peut induire chez certain patient des troubles érectiles. 63% des hommes inclus prennent au moins un médicament autre qu'un antidépresseur, pouvant perturber la fonction sexuelle.

Il faut tenir compte de l'impact du vieillissement sur la fonction sexuelle. Il est limité puisque l'échantillon ne comprend que 10% d'hommes âgés de plus de 65 ans.

Des patients ne rentrant pas dans les critères d'inclusion peuvent constituer un biais de sélection (psychose, troubles bipolaires).

Bien qu'ayant demandé aux médecins partenaires d'inclure des patients traités depuis moins d'un an par antidépresseurs, 30% de l'échantillon l'est depuis plus de 12 mois. Nous avons décidé de tenir compte de ces dossiers car leur exclusion aurait limité la puissance de l'étude. Néanmoins nous nous sommes limités à des traitements d'une durée maximum de 4 ans (durée de traitement préventive des épisodes dépressifs récurrents).

4. En lien avec les définitions des dysfonctions sexuelles

Nous nous sommes basés sur les définitions des DS des classifications psychiatriques, notamment du DSM pour déterminer leurs prévalences. Cependant, nous n'avons pas pu respecter tous les critères diagnostiques. L'extrapolation des résultats doit donc rester prudente.

Le DSM exige que la personne ait bénéficié d'une « stimulation sexuelle adéquate » ayant permis de constater la défaillance sexuelle. Cette notion n'est pas définie et nous considérons que les patients auront reçu une stimulation d'un partenaire ou au minimum une autostimulation en lien avec leurs orientations sexuelles, leurs préférences etc ...

Le DSM-5 définit les DS comme des troubles qui concernent 75 à 100 % des activités sexuelles et persistent depuis au moins 6 mois. Nous nous sommes efforcés de respecter le critère de fréquence mais celui de durée n'a pas pu l'être. En effet, tous les patients inclus ne souffrent pas forcément de difficultés sexuelles depuis 6 mois. La présence d'une plainte sexuelle ne rentrait pas dans les critères d'inclusion. C'est la survenue d'un épisode dépressif majeur qui motivait l'inclusion du patient. La sexualité était investiguée dans un second temps.

Nous avons considéré qu'il y avait atteinte de la fonction sexuelle à partir du moment où le patient constatait un changement qui le gênait.

Les limites des définitions et les critères retenus pour le diagnostic des DS dans cette l'étude ont déjà été exposés plus haut dans la partie « Méthodologie ».

La prise de liberté par rapport à ces critères peut avoir contribué à sous diagnostiquer ou à sur diagnostiquer les troubles mais la réalité clinique ne saurait se limiter aux définitions des classifications qui sont en constante évolution. Cette étude a le mérite d'avoir étudié leurs prévalences à partir d'un minimum de données jugées utiles et pertinentes sur le plan sexologique.

Enfin pour parler de DS, le DSM exige que les troubles ne soient pas mieux expliqués par une affection mentale non sexuelle ou par la prise de produits, de médicaments ou d'affections organiques. Cependant, les DS sont la plupart du temps d'origine plurifactorielle. Les difficultés sexuelles présentées par nos patients sont imputables à la maladie psychiatrique ou/et aux traitements pris et/ou aux antécédents médico-chirurgicaux et/ou aux produits consommés etc... Cette étude s'est attachée à considérer la plurifactorialité et l'interdisciplinarité sans se focaliser sur l'aspect psychiatrique qui aurait sûrement conduit à une vision trop superficielle du problème.

5. En lien avec l'outil d'investigation

Nous avons construit notre propre outil d'investigation afin d'évaluer la fonction sexuelle, de cibler certaines dysfonctions et de proposer au patient le questionnaire le plus court et le plus simple à remplir possible. Notre questionnaire reste incomplet et manque parfois de précision. Par exemple il n'explore pas le fonctionnement relationnel et conjugal, le contexte de vie de la personne, l'histoire du couple, l'éducation sexuelle, les expériences sexuelles, les croyances sur la conjugalité et la sexualité, les modes d'excitation sexuelle, le fonctionnement sexuel antérieur. Tous ces éléments auraient été intéressants dans une évaluation globale de la sexualité mais n'ont pas été jugés indispensables pour déterminer les prévalences des DS dans le cadre des dépressions.

Les dysfonctions érectiles :

Le SHIM peut les sur-diagnostiquer dans la mesure où les hommes n'ayant pas été stimulés sexuellement auront un score plus faible que ceux l'ayant été. Le test conclura que les hommes non stimulés souffrent de troubles érectiles plus ou moins sévères, or il est impossible de le dire s'ils n'ont pas bénéficié de stimulations sexuelles. A noter que les

réponses au SHIM sont jugées ininterprétables pour 7,1% des patients (absence totale de stimulation).

Les troubles de l'éjaculation :

Il n'a pas été retrouvé d'outil sexologique permettant d'investiguer :

- L'éjaculation retardée. Peut-être du fait de sa récente introduction dans le DSM-5.

Il faut rester prudent concernant l'interprétation des résultats chez des patients se plaignant également de troubles érectiles (confère « RESULTATS »). On comprend facilement qu'un homme ne pouvant pas maintenir une érection correcte rencontre des difficultés pour éjaculer.

- L'anéjaculation. La frontière entre le retard éjaculatoire et l'anéjaculation est floue, cette dernière pouvant être considérée comme un retard éjaculatoire extrême.

Nous nous sommes inspirés des questions du MSHQ pour explorer ces deux premiers troubles.

En l'absence de cut-off, nous avons déterminé le seuil au-delà duquel nous considérons qu'il y avait une anéjaculation ou retard éjaculatoire, c'est-à-dire une atteinte pour au moins 75% des activités sexuelles (définition du DSM-5).

- Les éjaculations sèches.
- L'éjaculation anhédonique.

Pour chacun de ces deux derniers troubles nous avons formulé une question et proposé un seuil diagnostique au-delà duquel nous considérons que la personne en souffrait (au moins 75% des activités sexuelles).

Bien sûr la pertinence scientifique de ces deux questions est contestable dans la mesure où elles n'ont pas été soumises à une analyse psychométrique ni validées chez les hommes présentant les troubles.

Satisfaction :

Elle peut être sous-estimée si un homme n'a pas eu de rapport sexuel pénétrant (pas de partenaire, passivité homosexuelle, vaginisme de la partenaire...). Dans ce cas le score total diminue et le patient sera perçu comme insatisfait, ce qui n'est peut-être pas le cas.

La deuxième partie du questionnaire se présente sous la forme d'un tableau qui investigate pour un même patient cinq domaines de sa fonction sexuelle sur trois périodes de temps différentes. Les hommes dépressifs devront donc rétrospectivement évaluer leur sexualité quand ils étaient euthymiques. Il existe donc un biais de mémorisation en lien avec des

souvenirs reconstruits, l'idéalisation de la sexualité du fait de filtres cognitifs entachant son vécu actuel (pessimisme, anhédonie, anxiété, autodépréciation).

6. En lien avec le remplissage du questionnaire

Il existe des biais en lien avec l'influence de la société qui peuvent venir perturber le recueil des données [83] :

- Biais d'emprise psychosociale : modification du système de pensée lors d'interaction avec autrui.
- Effet blouse blanche : désir du patient de satisfaire les attentes du médecin qu'il pense percevoir.
- Biais de désirabilité sociale : auto-duperie qui consiste à faire en sorte de paraître dans la norme ou de se montrer sur son meilleur jour.

Les conditions de remplissage du questionnaire peuvent être différentes en fonction des médecins partenaires. Le patient peut remplir son questionnaire en salle d'attente où il peut être exposé à des regards indiscrets (biais d'emprise psycho-sociale, effet blouse blanche), ne pas être bien installé ou dans de bonnes conditions pour remplir le questionnaire (pas de support, bruit, manque de temps etc...). Ces patients ont pu être tentés de répondre aux questions hâtivement ... Tous ces événements constituent autant de biais de remplissage.

Les patients ont aussi pu remplir le questionnaire chez eux. Cette façon de faire se prête plus facilement au remplissage (temps, silence, intimité) mais elle présente aussi des limites. Par exemple, le patient a pu remplir son questionnaire avec l'aide de sa/son conjoint(e) ou sous l'emprise de produits, etc... Il en résulte un autre biais de remplissage (désirabilité sociale).

Le questionnaire peut avoir été mal complété par les patients, lesquels, en raison de leur pathologie psychiatrique peuvent présenter des difficultés de concentration. On parle alors de biais d'économie de la pensée :

- Phénomène de contamination : les réponses aux questions sont influencées par les questions précédentes
- Biais d'attraction de la première réponse : fait de cocher plus facilement les 1ères réponses parmi les choix proposés
- Biais d'attraction de la réponse positive : tendance à réponse par l'affirmative.

Pour limiter ces biais, nous avons pris soin d'être le plus précis possible dans les questions et les consignes de remplissage, d'alterner le sens de présentation des réponses. Nous avons fait en sorte que le questionnaire soit le plus facile à remplir possible.

Nous avons contacté individuellement tous les médecins ayant accepté de participer à la recherche. Cet entretien d'une quinzaine de minutes visait à feuilleter avec eux le questionnaire, à répondre à leurs éventuelles questions et surtout à insister sur les parties les plus susceptibles d'être mal remplies auprès des patients.

Ainsi, avec ce protocole, les patients auront été inclus d'une manière standardisée qui limitera les biais de remplissage.

7. Conclusion

Au total, même si l'étude SADD présente des limites, elle présente aussi des points forts. Parmi ceux-ci, on peut souligner la caractérisation et la détermination des prévalences des différentes DS observables dans le cadre de la dépression de manière plus détaillée que ce qui avait été fait antérieurement. La cohérence des résultats avec ceux retrouvés dans la littérature laisse penser que l'outil composite construit et la méthodologie utilisée ont permis une évaluation globalement fiable de la sexualité chez les patients dépressifs. L'investigation de la satisfaction sexuelle et de la gêne et de l'évolutivité de la fonction sexuelle selon le statut thymique font également la force de ce travail.

Le principal défaut de l'étude est son manque de puissance. Ce manque de puissance n'a pas permis de mettre en évidence l'hypothèse qu'un fonctionnement sexuel plus ou moins impacté chez les dépressifs traités.

Quoi qu'il en soit, ce travail nous alerte sur la perturbation quasi systématique de la vie sexuelle dès le début de la dépression alors qu'elle était satisfaisante antérieurement.

Il ne paraît pas souhaitable d'attendre que le patient se plaigne ou soit sous antidépresseurs pour évaluer le fonctionnement sexuel et proposer une prise en charge en cas de difficultés. Questionner la sexualité devrait pouvoir se faire dès l'entrée dans la dépression.

VIII) PROPOSITIONS DE PRISE EN CHARGE DES DYSFONCTIONS SEXUELLES

Il n'existe actuellement aucun consensus concernant la prise en charge des dysfonctions sexuelles chez les hommes déprimés qu'ils soient traités par antidépresseurs ou non.

De nombreuses études ont souligné qu'il existait des bénéfices émotionnels et psychologiques à prendre en charge une dysfonction érectile chez les hommes déprimés [34] [25].

Une étude espagnole réalisée en 2009, par exemple, a montré que l'estime de soi augmentait significativement chez les hommes dépressifs dont on traitait la dysfonction érectile avec du VIAGRA [34].

Une étude américaine de 2004, pointe la forte corrélation entre le fonctionnement érectile, l'humeur et la qualité de vie.

Après mise en place d'un traitement par Sildénafil, il est confirmé que l'amélioration de la fonction érectile entraîne une amélioration significative de l'humeur et de la qualité de vie [42].

Selon Shabsigh, restaurer une vie sexuelle normale augmente la qualité de vie chez les patients et chez leurs partenaires quelle que soit la méthode utilisée [28].

Bonierbale a étudié les stratégies les plus fréquemment utilisées par les médecins, en France. Celles-ci sont présentées dans le tableau ci-dessous.

41,5% des médecins attendent une rémission spontanée de la dysfonction sexuelle, 39,3% proposent d'emblée un changement de traitement antidépresseur.

Il existe une différence significative entre les stratégies utilisées par les généralistes et celle utilisées par les psychiatres ($p < 0,01$). Les généralistes semblent plus actifs que les psychiatres, lesquels attendent plus facilement la rémission spontanée des troubles sexuels.

	Généralistes	Psychiatres
Rémission spontanée	34,8%	46,6%
Fenêtre thérapeutique ou « drug holiday »	2,9%	4,8%
Réduction posologique	8,1%	12,6%
Switch	44,9%	35%
Antidotes / IPDE5	11,6%	2,7%

Figure 18 : Stratégies de prises en charge des troubles sexuels utilisées par les médecins [27].

Pour Perelman, le psychiatre et le généraliste doivent travailler en étroite collaboration [25]. D'une part le psychiatre doit traiter la dépression par un traitement adapté, lequel devra être le mieux toléré possible sur plan sexuel [25].

Le généraliste intervient pour l'examen physique et doit contribuer à stabiliser et traiter toutes les causes organiques éventuellement responsables de dysfonctions sexuelles.

Il est préférable, pour Perelman, que les médecins soient formés aux troubles sexuels et à leurs prises en charge. Enfin Perelman estime que les patients doivent être très régulièrement questionnés sur leur qualité de vie sexuelle [25].

A- Prise en charge des troubles du désir

1. Les traitements pharmacologiques

Il existe peu d'alternative médicamenteuse aux troubles du désir sexuel.

Les IPDE5 ne semblent pas efficaces, en effet, une méta-analyse américaine de 2001 n'a pas montré d'efficacité du Sildénafil sur la baisse du désir sexuel chez les hommes traités par IRS [84].

L'usage de la bupirone (BUSPAR®) à fortes doses (60 mg/jour) pendant au moins 15 jours peut être efficace sur les troubles du désir [24].

L'usage du bupropion (ZYBAN®) à des doses élevées (300-450 mg/jour) pourrait également favoriser le désir sexuel [24].

2. La prise en charge psychosexuelle

Trudel [85] suggère une prise en charge multimodale et cognitivo-comportementale pour la prise en charge des troubles du désir sexuel.

Cette vision du soin repose sur :

- Favoriser le développement des connaissances sur la sexualité

Il s'agit de délivrer des informations sur les différentes phases de la réponse sexuelle, en particulier celle du désir.

- Restructuration cognitive

L'usage de techniques de restructurations cognitives vise à déconstruire les idées négatives susceptibles de perturber la sexualité par l'anxiété de performance, l'auto-dévalorisation

(désamour de son corps, honte de soi, peur de ne pas y arriver, impression d'être responsable du plaisir de l'autre, primat de la sexualité coïtale) et les attentes irréalistes qu'elles induisent.

Ces idées peuvent venir perturber la perception de l'activité sexuelle « mon érection n'est pas assez rigide, mon partenaire se force, il/elle n'a pas envie de moi etc ... ». S'en suit le risque d'évitement défensif de l'activité sexuelle et de désintérêt.

- Favoriser l'émergence de fantasmes sexuels et d'idées positives

Il s'agit d'élargir les scripts sexuels des partenaires afin d'enrichir les activités sexuelles et de recréer de l'envie et du désir. Le but ultime étant pour les patients d'intégrer à leur vie sexuelle des éléments de leurs fantasmes.

Il convient d'expliquer aux patients en quoi les fantasmes sont importants dans la stimulation du désir sexuel. Si le patient a des fantasmes mais qu'ils sont peu actualisés, renouvelés ou utilisés il faut souvent, selon Trudel, revenir à l'étape antérieure et corriger les cognitions erronées qui empêchent leur construction.

Si le patient a peu ou pas de fantasmes il faut stimuler leur développement en diversifiant l'offre sexuelle (accès à la filmographie érotique, à des lectures érotiques etc ...).

- Augmenter la qualité et le caractère stimulant des activités sexuelles à l'intérieur du couple.

Il s'agit de restaurer un climat de partage et de confiance entre les partenaires, gage de l'épanouissement sexuel. Ce travail passe d'abord par des attentes plus réalistes, qui tiennent compte de l'autre, de son désir et de ses limites. On peut proposer des exercices visant à prolonger les comportements d'affection à l'extérieur de la chambre à coucher, à augmenter la recherche d'intimité sur les plans verbal et non verbal.

L'amélioration de la qualité de vie sexuelle passe également par la découverte des préférences sexuelles du partenaire, des exercices de toucher, de fonctionner à un rythme favorisant le plaisir sexuel, d'élargir les pratiques ...

L'anxiété et les réactions négatives par rapport aux activités sexuelles peuvent être soulagées par des techniques de sensibilisation corporelle non génitales et génitales.

Il peut être utile également de travailler sur la prise de conscience et l'acceptation que toutes les activités sexuelles n'apportent pas toujours entière satisfaction.

Aussi, l'amélioration de la qualité de la sexualité passe par le renoncement par les deux membres du couple à percevoir le désir comme quelque chose de magique et d'inné mais plutôt comme quelque chose qui s'entretient.

- Eliminer d'autres dysfonctions sexuelles

Il faut toujours investiguer la sexualité du partenaire. Un trouble du désir peut être en lien avec le mauvais fonctionnement sexuel de l'autre partenaire et la frustration qu'elle engendre.

De même, la baisse du désir sexuel peut aussi être la conséquence, pour un même homme, d'une autre dysfonction (par exemple trouble de l'érection) d'où la nécessité de bien évaluer la plainte et d'aller de la plainte vers la caractérisation du symptôme.

Pour les hommes seuls, McCarthy propose en 1984 un programme d'intervention [85]. Là encore l'enjeu est de modifier les cognitions négatives dans un sens plus acceptable, moins critique, moins exigeant et moins performant. De même, il faut permettre aux patients de réévaluer leur sexualité de manière à augmenter la qualité de leur vie sexuelle plutôt que de la réduire en provoquant de l'anxiété.

Le sujet doit d'abord lire des ouvrages sur la sexualité masculine, ce qui lui permet dans un second temps de réajuster sa perception de lui-même en fonction des connaissances plus réalistes sur la sexualité qu'il vient d'apprendre.

Le travail est ensuite axé sur l'image corporelle et l'acceptation de soi en favorisant la reconnaissance des éléments attrayants de la propre personne du patient.

Enfin il faut également développer la qualité et la quantité des fantasmes sexuels.

B- Prise en charge des troubles érectiles

1. Les traitements pharmacologiques per os

1.1. La Yohimbine

Généralités - Emploi

Il s'agit d'un alcaloïde dérivé de l'écorce de Yohimbe. Il a une action α_2 bloquante.

La yohimbine est connue pour ses vertus aphrodisiaques. En effet, elle pourrait influencer l'excitation et le désir sexuel.

Efficacité

Plusieurs recherches ont évalué l'efficacité de cette molécule dans les troubles érectiles. Son impact demeure discuté du fait de résultats très disparates et de méthodologies fragiles [86]. Certaines études ont mis en évidence une amélioration de l'érection, parfois seulement chez les patients atteints d'une dysérection psychogène. D'autres ont en effet confirmé cette amélioration mais qui serait insuffisante pour permettre une pénétration adéquate. D'autres études estiment que l'efficacité de la yohimbine est affaire de posologie et que l'usage de fortes doses améliore la fonction érectile.

Conclusion

Même si aujourd'hui il est clairement établi que l'efficacité de cette molécule dans la prise en charge des dysfonctions érectiles est inférieure à celle des nouveaux médicaments (notamment des IPDE5), Morales estime qu'il faudrait pouvoir investiguer davantage l'effet de la posologie, du mode d'administration et de la fréquence d'administration de la yohimbine [86]. Cette molécule pourrait s'avérer intéressante de par son potentiel effet synergique lorsqu'elle est utilisée avec d'autres médicaments agissant sur la sexualité.

1.2. Les Inhibiteurs de la Phosphodiesterase de type 5 (IPDE5)

Généralité – Emploi

Cette classe de médicaments, en inhibant la phosphodiesterase de type 5, permet l'accumulation au niveau des corps caverneux de la guanosine monophosphate (GMP), laquelle favorise la relaxation des fibres musculaires lisses intra-caverneuses et donc l'érection.

Le médicament ne permet l'érection que s'il y a une stimulation sexuelle. Il n'y a pas de risque d'érection prolongée indésirable. Le médicament est à prendre au maximum une fois par jour, une heure avant le rapport sexuel.

Efficacité

Plusieurs essais cliniques ont évalué l'effet des inhibiteurs des phosphodiesterases de type 5 chez les patients déprimés se plaignant de dysfonctions érectiles.

Dès 2001, une méta-analyse américaine a repris les données d'une dizaine d'essais cliniques de phase 2 et 3 bien menés (contrôlés contre placebo, randomisés, en double aveugle) qui étudiaient l'efficacité du Sildénafil sur la fonction érectile chez des hommes traités par IRS. La réponse sexuelle était à chaque fois évaluée par le patient au moyen du score IIEF.

Cette méta-analyse montre que le Sildénafil augmente significativement la qualité de l'érection et son maintien, la fréquence des éjaculations par rapport aux groupes contrôle mais sans agir sur le désir sexuel [84].

Depuis plusieurs autres essais thérapeutiques ont été conduits :

En 2003 un essai américain pluricentrique, randomisé, en double aveugle, contrôlé contre placebo a évalué l'efficacité du Sildénafil chez 90 hommes souffrant d'un épisode dépressif majeur en rémission sous IRS et présentant une dysfonction érectile.

45 hommes ont été inclus dans le bras Sildénafil, 45 dans le bras placebo.

La sexualité était évaluée au moyen d'un score IIEF, d'une échelle ASEX (Arizona Sex Experience Scale) et d'une CGI-SF.

54,5% des patients sous Sildénafil contre 4,4% des patients sous placebo ($p < 0,0001$) ont été améliorés sur le plan sexuel (érection, désir, éjaculation, orgasme, satisfaction globale. Les scores de dépression à la Hamilton sont restés stables et compatibles avec la rémission tout au long de l'essai [87].

Un essai clinique franco-italien de 2004, mené en double aveugle, randomisé, contrôlé contre placebo a étudié l'efficacité du Sildénafil (VIAGRA®) chez les hommes en rémission d'un syndrome dépressif majeur et se plaignant d'une dysfonction érectile. 85 hommes étaient traités par Sildénafil, et 83 étaient sous placebo. Les hommes traités par Sildénafil ont une fréquence de rapports sexuels significativement supérieure au groupe placebo (74% contre 29%, $p = 0,0001$). 83% des hommes du groupe traité rapportent une amélioration de leurs érections et accusent une augmentation significative des scores de l'IIEF ($p < 0,0001$) contre 34% des hommes du groupe placebo [88].

Un essai thérapeutique américain de 2006, randomisé, contrôlé contre placebo, mené en double aveugle et pluricentrique a étudié l'efficacité du Sildénafil (VIAGRA®) dans le traitement des dysfonctions érectiles chez 142 hommes souffrant d'un épisode dépressif majeur (selon les critères du DSM-IV-TR) en rémission et traités par un antidépresseur Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine (IRS).

Les 71 patients appartenant au bras traité par Sildénafil présentent une amélioration significative de la dysfonction érectile (évaluation basée sur le score obtenu à l'International Index of Erectile Function), une meilleure satisfaction sexuelle globale et une augmentation de la fréquence des rapports sexuels par rapport aux 71 patients du bras placebo [35].

En 2006 un autre essai clinique américain randomisé, contrôlé contre placebo, en double aveugle et pluricentrique a évalué l'effet du Vardénafil (LEVITRA®) sur 280 hommes atteints d'un syndrome dépressif majeur non traité et se plaignant de dysfonctions érectiles. Cet essai montre une amélioration significative de la fonction érectile et des scores de dépression par rapport au placebo [89].

En 2007, il est montré que le Tadalafil (CIALIS®) améliore significativement la fonction érectile dès 10 mg chez des hommes déprimés ayant des dysfonctions érectiles sous antidépresseur [90].

Effets secondaires

Ont été décrits des céphalées, des rougeurs, des dyspepsies, des troubles dans la perception des couleurs et de la luminosité.

Conclusion

Le Sildénafil est un traitement manifestement efficace et bien toléré dans la prise en charge des dysfonctions érectiles chez des hommes ayant déjà une dysfonction érectile au moment de l'entrée dans l'épisode dépressif majeur et qui persiste après rémission de la dépression [88]. Nurnberg va plus loin estimant que le Sildénafil a fait la preuve de son efficacité chez les patients déprimés majeurs traités par IRS et devrait être considéré comme le traitement de première intention pour traiter les dysfonctions érectiles en lien avec la dépression qu'elle soit ou non traitée [91]. Le Sildénafil, selon lui est une aide au maintien de l'observance [87]. Il convient bien entendu d'évaluer les contre-indications éventuelles, notamment les pathologies cardiaques et la co-prescription de médicaments vasodilatateurs chez chaque patient avant la prescription.

1.3. La testostérone

Une étude israélo-américaine de 2012 a montré que chez des hommes dépressifs majeurs traités par IRS et ayant des taux bas ou normaux bas de testostéronémie, un traitement par testostérone gel était associé à une amélioration significative de la fonction sexuelle et en particulier de l'éjaculation [92].

L'étude a été menée sur 6 semaines, randomisée, en double aveugle et contrôlée contre placebo.

100 hommes ont été inclus sur deux sites (Boston et Tel Aviv). Ils étaient suivis pour un épisode dépressif majeur traité par IRS et avaient des taux bas ou normaux bas de testostéronémie.

Le fonctionnement sexuel était évalué par une IIEF.

Entre ces hommes, il n'y avait pas de différences significatives en termes d'âge, de taux basal de testostérone ou de score basal à l'IIEF.

Un groupe de patient a reçu un placebo, l'autre une application cutanée de testostérone en gel.

Le groupe placebo n'a pas montré de différence à la fin de l'étude concernant le fonctionnement sexuel par rapport à l'état basal.

Le groupe sous testostérone a vu son fonctionnement sexuel significativement augmenter par rapport à l'état basal.

A noter que les hommes ayant des taux bas de testostérone n'ont pas significativement plus été améliorés sur le plan sexuel que les hommes ayant des taux normaux bas de testostéronémie. L'amélioration n'est pas seulement due à la correction de l'hypogonadisme seul.

2. Les traitements pharmacologiques injectables

L'injection de prostaglandine directement dans les corps caverneux s'est développée dans les années 1980, initialement à des fins diagnostiques. Elle a obtenu, plus récemment, les autorisations nécessaires dans le traitement des dysfonctions érectiles.

Le produit utilisé est la prostaglandine E1 (Alprostadil - CAVERJECT®). Ce produit présente moins de risque que l'usage de la papavérine, antérieurement utilisée, pour laquelle le risque de priapisme était important et risquait d'entraîner des dommages irréversibles au pénis [86]. Le traitement s'administre par auto-injection dans les corps caverneux. L'effet s'installe en 15-20 minutes. Le traitement doit être expliqué et supervisé par un médecin expérimenté pour éviter tout mésusage qui se révélerait dangereux.

L'injection doit être réalisée alternativement sur le côté droit et gauche du pénis pour éviter le risque de fibrose.

Le patient ne peut s'injecter le médicament qu'une fois par jour et à 72 heures d'intervalle minimum pour éviter le risque de priapisme.

Les effets secondaires sont : érections prolongées voire priapisme, douleurs pénienues, fibrose pénienne.

Certains auteurs recommandent la plus grande prudence concernant l'usage de ce médicament dans la mesure où la répétition des injections au niveau pénien pourrait entraîner la formation de plaques fibreuses déformant le pénis ainsi que l'atteinte de ses

nerfs qui aggraveraient encore plus la dysfonction érectile [86]. Pour ces mêmes auteurs, ce mode de traitement devrait être proposé à des sujets ayant une dysfonction érectile organique [86].

3. Le traitement pharmacologique trans-urétral

Généralité – Emploi :

Il repose également sur la prostaglandine E1 (Alprostadil – VITAROS®) mais en administration locale sous forme d'un gel que l'homme introduit à l'intérieur de l'urètre à l'aide d'un applicateur. Le médicament diffuse alors dans les tissus et dans les corps caverneux.

Efficacité :

Ce médicament a montré son efficacité contre placebo mais semble finalement assez peu efficace [81].

Effets secondaires :

Néanmoins, il est bien toléré. Aucun cas de fibrose ni de priapisme n'a été décrit.

Tout au plus, il existe un risque de traumatisme de l'urètre bénin, d'infection urinaire ou de douleurs péniennes.

4. Le traitement mécanique par pompe à suction

Généralité – Emploi :

Cette méthode consiste à placer le pénis dans un cylindre lequel permet par un mécanisme de suction, de dilater les vaisseaux sanguins. Le sang s'engorge dans les corps caverneux ce qui permet d'obtenir progressivement une érection.

Le sang est retenu dans le pénis en bloquant le retour veineux au moyen d'un anneau élastique qui vient enserrer et comprimer la base de la verge.

Efficacité :

L'érection obtenue diffère quelque peu de celle obtenue dans des conditions physiologiques. D'une part la circonférence de la verge est plus grande, la température est plus faible du fait du moindre apport artériel, d'autre part l'érection est souvent moins rigide.

Selon les études, le taux de réponses avoisine les 90% avec une satisfaction élevée. Néanmoins, malheureusement, il semble que l'usage de cet appareil par les couples diminuent en fonction du temps pour de nombreuses raisons : méthode jugée non naturelle

ou trop « mécanique », interruption des ébats pour se servir du dispositif, coût du dispositif (250 €), douleur ou inconfort en lien avec une mauvaise utilisation, aversion progressive pour la méthode, qualité des érections insuffisante [86].

Effets secondaires :

L'usage de la pompe à succion peut entraîner l'apparition de douleur ou d'un inconfort, l'apparition de pétéchies sur la peau de la verge ou même de véritables ecchymoses.

Pour certains auteurs cette méthode ne peut se concevoir que par un entraînement de l'homme à l'usage de ce dispositif en dehors des rapports sexuels et par une thérapie de soutien [86].

5. Les traitements chirurgicaux

La prise en charge chirurgicale consiste à mettre en place des implants dans le pénis, au niveau des corps caverneux. Ce type d'intervention devrait être réservé à des cas graves de dysfonctions érectiles d'origine organique (blessures médullaires, traumatismes pelviens, troubles vasculaires ou neurologiques graves) pour lesquelles aucun autre traitement ne s'est avéré efficace.

Il existe deux types de prothèses :

- ❖ Semi-rigides : elles laissent le pénis en d'état d'érection partielle permanent.
- ❖ Hydraulique : il s'agit de prothèses gonflables qui permettent d'obtenir une érection à la demande.

Ces méthodes ne peuvent se concevoir qu'après l'essai de méthodes moins invasives (médicaments, injections intra-caverneuses, pompe à succion).

6. La prise en charge psychosexuelle

6.1. Complémentarité de la prise en charge psychologique

Pour Trudel [86] l'impact des facteurs psychologiques sur la fonction érectile est majeur même lorsque la dysfonction semble d'abord de nature organique. Pour lui la distinction entre les dysfonctions sexuelles organiques, psychogéniques et mixtes n'est pas pertinente dans la mesure où il considère que l'anxiété de performance reste constante dans les dysfonctions érectiles.

La prise en charge psychologique apparaît comme complémentaire de la prise en charge médicale.

Il faut de plus tenir compte des répercussions psychologiques que peut entraîner une dysfonction érectile, même lorsqu'elle est purement organique.

Il illustre son propos en s'appuyant sur des études qui ont montré une moins bonne réponse aux traitements biologiques les plus puissants (prostaglandines), chez des hommes présentant une forte anxiété.

6.2. Prise en charge psychologique de l'homme

La prise en charge psychologique semble incontournable de par la multitude de bénéfices qu'elle peut apporter à l'homme et plus globalement, au couple.

La prise en charge psychologique est l'occasion d'un soutien pour l'homme, lequel est amené à verbaliser sa souffrance. Il peut parfois se sentir atteint sans sa puissance, sa virilité, sa fonction d'homme. La prise en charge psychologique est l'occasion d'accueillir le désarroi, la culpabilité et d'amorcer un travail de déculpabilisation, de restauration narcissique et de reprise de confiance en soi.

Elle vise à déconstruire des attentes irréalisables et des fausses croyances qui aggravent l'anxiété de performance et la dysfonction sexuelle.

Elle peut permettre la verbalisation de la souffrance, l'apaisement de l'anxiété et notamment permettre de se détacher du besoin de performance.

6.3. Prise en charge psychologique du couple

Une dysfonction sexuelle se vit dans le couple.

Masters et Johnson estimaient que même si un seul des deux partenaires présentait une dysfonction sexuelle il fallait travailler avec les deux dans la mesure où la dysfonction sexuelle de l'un entraîne rapidement une série de problèmes dans le couple [86].

La prise en charge du couple vise à améliorer le fonctionnement conjugal en apaisant les conflits (problème de dominance et de rôle, d'intimité, de confiance etc...), en recréant du lien entre les partenaires, en restaurant une écoute bienveillante, en favorisant l'expression du vécu émotionnel de chacun et en démontant des quiproquos relationnels.

Elle vise à accepter les limitations en lien avec l'évolutivité et la transformation de la sexualité du fait du vieillissement et de l'apparition de maladies.

Elle peut donner des outils garantissant une vie sexuelle épanouie et satisfaisante malgré ces limitations.

Elle permet pour l'homme et sa/son partenaire de corriger des fausses croyances et les attentes dysfonctionnelles sources d'anxiété de performance ou/et de délivrer des informations concernant le fonctionnement sexuel, la physiologie, l'anatomie.

Elle vise à réapprendre à se faire plaisir et faire plaisir à l'autre autrement. En effet, les couples qui rencontrent des difficultés sexuelles ont souvent des scripts sexuels restrictifs, répétitifs et rigides et permettent peu d'adaptation sexuelle. L'usage de matériel audiovisuel, le partage par chacun de ses fantasmes, l'évocation de rencontres sexuelles antérieures excitantes peuvent permettre d'assouplir les scripts sexuels et de retrouver une vie sexuelle plus épanouissante.

Enfin, la thérapie de couple peut aussi être l'occasion de dépister une dysfonction sexuelle chez la/le partenaire et de proposer une prise en charge.

6.4. Technique de Masters et Johnson

Il s'agit d'une méthode psycho-comportementale qui a été mise au point par Masters et Johnson dans le cadre de leurs recherches en sexologie dans les années 1960 [86]. Elle s'adresse aux hommes ayant une/un partenaire.

Ce traitement vise trois objectifs.

- Apaiser l'anxiété de performance
- Réassociation corps-esprit en apprenant à l'homme à réinvestir son corps et à se focaliser sur ses perceptions corporelles.
- Apaiser les craintes du partenaire

La première étape consiste à interdire toute forme de rapport sexuel (interdiction de toucher les seins, le sexe du partenaire, pas de rapports oro-génitaux, pas de masturbation, pas de coït). Seules sont autorisés les manifestations de tendresse (caresses, baisers, mots doux). Cela permet à l'homme de profiter du moment sans être dans un enjeu de performance (l'érection et le coït). Il peut donc faire l'expérience d'une relation érotique relaxante ou il pourra se focaliser plus facilement sur ses perceptions.

Lors de la deuxième étape le couple peut stimuler les seins et les régions génitales. L'objectif n'est pas l'érection mais simplement de montrer à l'autre ce que chacun aime.

Lorsque l'érection survient, le couple utilisera des méthodes dites d'agacement dont le but est de faire disparaître volontairement l'érection afin de dégager l'homme de la peur de ne pas pouvoir maintenir son érection.

Puis, la troisième étape autorise la pénétration. La/le est en position cavalière sur l'homme et c'est elle/lui qui décide de l'intromission. Le rapport doit se faire avec un angle de 45° par des mouvements lents de va-et-vient.

Quand l'homme est capable d'avoir une érection et de la maintenir durant la pénétration, on demande de nouveau de procéder aux manœuvres d'agacement par des intromissions successives qui visent à estomper la peur de ne pas pouvoir maintenir l'érection durant le rapport.

Dans une quatrième étape, quand l'homme est capable de rester en érection durant le rapport, la/le partenaire reste immobile et c'est lui qui va effectuer les mouvements du bassin pour pénétrer la/le partenaire.

Il devra rester focaliser sur les sensations corporelles (humidité, chaleur, plaisir, excitation sexuelle). Il ne doit pas se préoccuper du plaisir de la/du partenaire. Si l'orgasme survient il doit survenir naturellement sans que ni l'un ni l'autre ne l'ait décidé.

Cette méthode donne de bons résultats : 74,8% de succès chez des hommes atteints d'une dysfonction érectile secondaire ; 59,4% chez des hommes atteints de dysfonctions érectiles primaires [86].

6.5. Désensibilisation systématique

Il s'agit là encore d'une méthode psycho-comportementale élaborée par Wolpe en 1958. Pour lui l'anxiété est incompatible avec les activités sexuelles. L'homme doit donc apprendre des méthodes de relaxation lui permettant d'atteindre un état de détente et de bien-être. Quand il maîtrise correctement cette technique il pourra entrer dans une activité sexuelle, sans toutefois aller assez loin pour engendrer de l'anxiété. La méthode est appliquée autant de fois que nécessaire pour parvenir à une excitation correcte [86].

6.6. Méthodes pour les hommes sans partenaires sexuels

Plusieurs auteurs ont réfléchi à des techniques pour prendre en charge les dysfonctions érectiles chez des hommes sans partenaires.

Ces méthodes sont basées sur le développement des habilités sociales, la découverte du corps et des sensations agréables, la sensibilisation corporelle avec intégration de fantasmes sexuels et de fantaisies sexuellement excitantes au cours de séances de masturbation [86].

7. Prise en charge des dysfonctions érectiles chez les patients dépressifs et/ou traités par antidépresseurs

Il n'existe actuellement aucun consensus dans la prise en charge des DE chez les patients dépressifs.

Néanmoins les travaux ayant porté sur ce sujet proposent plusieurs stratégies, lesquelles sont laissées à l'appréciation du médecin :

7.1. Attendre la rémission spontanée de la dysérection [25] [36].

Certains patients développent une tolérance pour le traitement et voient leur fonction érectile se restaurer spontanément [24].

Néanmoins les méta-analyses estiment que moins de 10% des patients font l'expérience d'une amélioration spontanée de leurs érections sous antidépresseurs [25]. Cette stratégie risque de s'avérer décevante pour le médecin et le patient, mettant alors en péril l'observance ou/et l'alliance [22].

7.2. Proposer une interruption temporairement du traitement antidépresseur ou « drug holiday » [25] [36].

Cette stratégie peut soulager une partie des patients mais est imprudente d'une part du fait du risque de syndrome de sevrage et d'autre part par le risque d'inobservance régulière et « médicalement légitimée » risquant de compromettre la rémission de la maladie [24] [22].

A noter qu'interrompre son traitement pour le rapport sexuel, amène les patients à programmer leurs rapports sexuels, de ce fait la sexualité perd toute spontanéité et les difficultés sexuelles et/ou conjugales risquent de s'exacerber.

Cette stratégie est rarement utilisée en France (4% des médecins) [27].

7.3. Changer de molécules (switch) [25] [36] [22].

Cette stratégie semble être la plus utilisée par les médecins et la plus intéressante. La Mirtazapine (NORSET®) est bien tolérée sur le plan sexuel mais risque néanmoins d'entraîner une importante prise de poids et une sédation diurne chez certains patients [24].

Le Bupropion est utilisé aux USA et est bien toléré sur le plan sexuel, néanmoins il n'est pas commercialisé comme antidépresseur en France et semble peu efficace [24]. Dans les dépressions plus intenses, l'usage de la Duloxétine (CYMBALTA®) est intéressant.

Seidman, se basant sur une étude espagnole de 2002 estime que sous IRS la prévalence des dysfonctions sexuelles est comprise entre 58 et 73% [22]. Cette prévalence passe à 24% sous mirtazapine, à 7% sous amineptine, et 4% sous moclobémide. Pour les patients sous IRS, le switch vers un antidépresseur non IRS permettrait une amélioration sexuelle pour 65 à 80% des patients [22].

7.4. Baisser la posologie du traitement antidépresseur [36].

Pour Segraves, cette stratégie est peu satisfaisante dans la mesure où il est difficile de trouver une posologie pour laquelle il n'y aura pas d'effets sexuels sans prendre le risque de voir réapparaître la dépression [24].

7.5. Proposer l'usage d'antidotes / correcteurs [25] [36]:

- Antagonistes des récepteurs alpha2-adrénergique (Yohimbine).
- Antagonistes 5HT2 (ciproheptadine).
- Antagonistes 5HT3 (granisetron).
- Agonistes dopaminergiques (amantadine).
- Agonistes 5HT1A (buspirone)
- Dextroamphétamine, méthylphénidate
- Gingko biloba.

Un essai clinique sud-Coréen de 2002 a étudié l'effet du Ginkgo Biloba sur les dysfonctions sexuelles induites par les antidépresseurs. L'essai a été mené en double aveugle, randomisé et contrôlé contre placebo.

Après deux mois de traitement, il n'existe aucune amélioration significative entre le groupe de patient traité par Ginkgo Biloba et le groupe placebo. Le Ginkgo Biloba n'est donc pas plus efficace que le placebo [93].

Tous ces médicaments sont souvent décevants et les études réalisées retrouvent des résultats très hétérogènes [25] [24] et souvent dépourvus de significativité [22] [46]. De plus aucun de ces médicaments n'a d'autorisation de mise sur le marché pour les troubles sexuels.

7.6. Proposer des Inhibiteurs des Phosphodiesterases de type 5 (IPDE5) [25] [36].

Seuls ces médicaments ont fait la preuve de leur efficacité dans la prise en charge des troubles érectiles [24].

7.7. Conclusion

La prise en charge des troubles sexuels est complexe. Elle l'est en particulier chez les patients déprimés pour lesquels il est difficile de faire la part des choses entre ce qui est imputable à une pathologie organique, à la pathologie psychiatrique, au contexte socio-affectif et à la iatrogénie. Souvent, plusieurs aspects sont mêlés.

De ce fait le patient devrait faire l'objet systématiquement d'une évaluation pluridisciplinaire, comprenant l'intervention du psychiatre, du généraliste et d'un sexologue. La communication entre ces professionnels devrait nécessairement être fluide.

Le patient devrait être questionné concernant son fonctionnement sexuel, même en l'absence de plainte. L'expérience montre qu'en effet de nombreux patients ne se plaignent pas par honte, ou malaise. De même, le patient devrait être systématiquement informé du risque d'atteinte sexuelle à la mise en place d'un traitement antidépresseur.

Dans un premier temps, il paraît souhaitable que le patient bénéficie d'un examen médical général et des organes génitaux afin de ne pas méconnaître toute pathologie organique pourvoyeuse d'une dysfonction érectile facilement traitable. Un bilan biologique pourra être prescrit selon le contexte et les points d'appel.

Cette évaluation pourra se faire auprès d'un médecin généraliste habitué ou d'un médecin sexologue.

Il faudra également sensibiliser le patient au respect des règles hygiéno-diététiques et proposer une aide à la diminution du tabac, de l'alcool ou des toxiques s'il en consomme.

Sur le plan psychiatrique, si le patient n'est pas en rémission de sa dépression, le traitement pourra être changé pour du NORSET, si possible.

Si le patient est en rémission, il paraît plus prudent de maintenir en place le traitement à la posologie la plus basse possible ayant permis la stabilisation.

Un traitement par IPDE5 pourra être débuté à une dose de 50 mg avec dispensation des modalités d'utilisation au patient. En fonction de la tolérance, la posologie pourra être diminuée à 25 mg ou augmentée jusqu'à 100 mg.

Dans tous les cas, l'orientation vers un sexologue paraît souhaitable pour mettre en place une thérapie psychosexuelle complémentaire qui permettra d'évaluer le fonctionnement sexuel du patient et du couple et d'y apporter des aménagements.

C- PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'ORGASME

1. Retard d'éjaculation - anéjaculations

Les retards d'éjaculations sont des troubles sexuels pour lesquels il y a malheureusement peu de stratégies de prise en charge efficaces, et pour lesquels les travaux de recherche sont encore rares.

Il ne faut pas méconnaître une dysfonction érectile qui serait associée à un retard d'éjaculation, auquel cas la prise en charge passera d'abord par le traitement de la dysfonction érectile.

Trudel revient sur les propositions thérapeutiques de Masters et Johnson qui estiment que l'éjaculation retardée est en lien avec la difficulté à éjaculer dans la/le partenaire. De ce fait les patients sont souvent obligés de finir le rapport sexuel par une masturbation pour accéder à une éjaculation. Ces auteurs prônent la stimulation orale ou manuelle avec dès que l'éjaculation devient imminente, reprise du coït. Ils préconisent une stimulation maximale avec notamment un « coït très intense » [94].

La réduction de l'anxiété de performance par la méthode de la sensibilisation systématique de Wolpe peut aussi s'avérer intéressante selon Trudel [94].

Seidman estime qu'aucune prise en charge comportementale ni pharmacologique n'a fait la preuve de son efficacité [22].

Des études ont montré l'efficacité de l'amantadine et de la yohimbine pour contrecarrer des effets des psychotropes sur le délai éjaculatoire, donnant de bons résultats. Malheureusement ces études portaient sur un nombre trop restreint de sujets pour extrapoler les résultats.

Une méta-analyse américaine de 2001 a montré l'efficacité du Sildénafil sur les troubles de l'orgasme chez les hommes traités par IRS [84].

Une étude de Seidman, datant de 2003 va dans ce sens et montre que pour des hommes souffrant d'un épisode dépressif majeur en rémission mais avec une éjaculation retardée induite par les IRS, de fortes doses de Sildénafil (150-200 mg/jour) améliorent la latence

éjaculatoire significativement par rapport aux hommes prenant de faibles posologies (25-100 mg/jour) [95].

Sur 21 hommes souffrant d'un retard d'éjaculation objectivé et en rémission de la dépression sous IRS [95] :

- 14 sur 21 ont une dysfonction érectile associée. Avec des doses usuelles de Sildénafil, 12 sur 14 retrouvent une érection normale mais 4 sur 21 seulement retrouvent une éjaculation normale.
- Les 16 patients résistants passent alors à des posologies plus élevées (150-200 mg/jour). 10 ont accepté. 9 sur 10 ont été améliorés dont 7 complètement guéris.

Cette étude a montré que des doses conventionnelles de Viagra amélioreraient les troubles érectiles sans soulager les retards d'éjaculation. Cependant, des doses plus importantes de Sildénafil (150-200 mg/jour) ont permis d'améliorer cet aspect pour 90% des hommes [22] [95].

L'usage de la buspirone à fortes doses (60 mg/jour) pendant au moins 15 jours améliorerait les troubles de l'éjaculation.

2. Ejaculations prématurées

2.1. La prise en charge psychosexuelle

2.1.1. La technique « départ-arrêt »

Pour Semans (1956) [96], l'EP est en lien avec un réflexe éjaculatoire rapide. Il considère que pour prendre en charge ce trouble, l'homme doit apprendre à supporter l'accumulation des stimuli sexuels. La/le partenaire vient stimuler avec un lubrifiant le pénis de l'homme jusqu'à ce que qu'il ressente l'imminence de l'éjaculation. La stimulation doit alors être arrêtée jusqu'à disparition complète des sensations, puis le processus est répété. L'objectif est la tolérance de ces stimulations indéfiniment sans éjaculer. Cette technique est peut généralisable dans la mesure où les études ont porté sur de très petits effectifs et sans groupe contrôle.

2.1.2. Le reconditionnement de la réponse sexuelle

Pour Masters et Johnson les EP sont à mettre en lien avec les conditionnements résultant des premières expériences sexuelles. Ils proposent une prise en charge multimodale basée

sur l'éducation sexuelle, des techniques de sensibilisations au toucher, de communication et de pressions péniennes (squeeze) [96].

L'éducation sexuelle vise d'une part pour l'homme à acquérir des connaissances anatomiques, physiologiques sur son propre sexe et celui de la femme. Elle vise également à expliquer l'impact de l'anxiété sur le fonctionnement sexuel et à déconstruire des fausses croyances susceptibles d'aggraver les troubles (primat de la pénétration, que l'homme est responsable du plaisir de la femme etc...).

Les techniques de sensibilisation corporelles visent à se détacher de la performance. Les deux partenaires se retrouvent nus dans une atmosphère intime. L'un donne alors du plaisir à l'autre au moyen de caresses, de massages initialement sur tout le corps excepté les organes génitaux et les seins. Quand l'exercice est terminé, les deux partenaires interchangent les rôles (donneur/receveur). Dans un deuxième temps, le couple est amené à développer un système de communication verbale et non verbale (le receveur guide la main du donneur sur les zones à stimuler, la pression à exercer). Au cours de ce 2^e temps les seins et les organes génitaux peuvent être stimulés.

Le squeeze consiste pour la/le partenaire à stimuler le pénis de l'homme jusqu'à érection complète. A ce moment, elle/il place son pouce au niveau du frein et son index et son majeur de chaque côté de la couronne du gland et vient exercer une pression sur le pénis durant 3-4 secondes. L'homme perd son besoin d'éjaculer. 15-30 secondes plus tard, l'opération est renouvelée. L'enjeu est de permettre à l'homme de maintenir son excitation à l'intérieur des limites qui lui permettent de se contenir. Une fois cette étape maîtrisée par l'homme, le couple peut appliquer cette technique à la pénétration. La/le partenaire se place au-dessus de l'homme allongé sur le dos. Quand l'homme sent l'éjaculation arriver, la pénétration est interrompue et la/le partenaire effectue une pression pénienne.

2.1.3. Augmentation de la perception sensorielle génitale précédant l'éjaculation

Kaplan (1974) considère que l'EP est en lien avec la non perception des sensations érotiques précédant l'éjaculation [96]. Le traitement selon elle doit amener l'homme à se focaliser sur ses sensations génitales et à limiter la distraction cognitive en faisant abstraction de sa partenaire et de ce qui l'entoure pour se concentrer exclusivement sur les sensations génitales. Kaplan préconise l'utilisation de la technique « départ-arrêt » qui permet à l'homme d'appivoiser le plaisir perçu.

2.1.4. Thérapie systémique de couple

Cette approche considère l'EP comme la résultante des interactions entre les deux partenaires. Il s'agit d'évaluer le retentissement et la valeur fonctionnelle du symptôme dans le couple. Cette technique s'appuie sur la prescription paradoxale, c'est-à-dire que le thérapeute encourage le patient à continuer dans son comportement dysfonctionnel. Cela permet une prise de conscience chez l'homme de sa capacité à contrôler son éjaculation. Plusieurs auteurs considèrent que ce type d'approches a peu d'effet sur le contrôle éjaculatoire bien qu'elles puissent améliorer la conjugalité [96].

2.1.5. Désensibilisation systématique

Pour Wolpe [96], l'éjaculation prématurée est principalement causée par l'anxiété sur laquelle il faut agir en priorité. Le but est d'apprendre aux patients une réponse physiologique incompatible avec l'anxiété. On peut utiliser l'exposition en imagination à des situations sexuelles anxiogènes avec usage d'exercice de respiration pour désamorcer la réponse anxieuse.

2.1.6. Thérapies cognitivo-comportementales

Ces techniques associent des techniques comportementales (squeeze) et des stratégies cognitives qui viennent assouplir les schémas de pensées dysfonctionnels, les fausses croyances et les attentes irréalistes concernant l'activité sexuelle [96].

2.1.7. Sexocorporel

Il s'agit d'une sexothérapie intégrative mise en place par Desjardins. Ce courant considère que les éjaculations prématurées sont en lien avec des difficultés dans la gestion de la montée de l'excitation sexuelle amenant à la survenue d'une éjaculation non désirée [97].

Cette approche propose de ramener le patient dans l'apprentissage et dans le champ de conscience afin qu'il puisse parvenir à moduler son excitation sexuelle et à y prendre du plaisir. L'enjeu est l'apprentissage de la gestion de l'excitation sexuelle.

Elle propose d'explorer le fonctionnement sexuel du couple et en particulier celui de la/du partenaire afin d'éliminer une collusion de problématique sexuelle et d'évaluer ses croyances et attentes. Elle propose également un travail cognitif avec éducation sexuelle autour de l'anatomie, de la physiologie, de l'impact de l'anxiété dans la sexualité et vise à déconstruire des fausses croyances, des attentes irréalistes ...etc.

Elle s'appuie sur un travail de repérage corporel, l'objectif étant d'aider l'homme à acquérir l'auto-centration (focalisation alternative sur ses sensations et ses besoins et ceux de la/du

partenaire), la conscientisation des lois du corps et des repères corporelles lui permettant de savoir où il se trouve dans son excitation, l'éjaculation n'étant que l'apogée de nombreuses sensations et manifestations physiques préalables (tumescence du gland, remontée des testicules, tensions musculaires ...).

La prise en charge est l'occasion également pour l'homme d'acquérir des outils qui l'aideront dans la gestion de son excitation, c'est par exemple l'amplification de la respiration, le relâchement du tonus et le ralentissement du rythme de l'activité sexuelle.

2.2. La prise en charge pharmacologique

Les anesthésiques locaux sont à proscrire dans la mesure où ils empêchent le travail de conscientisation et de repérage corporel. La dapoxétine (PRILIGY®) bénéficie d'une autorisation de mise sur le marché pour le traitement des EP [97]. Certains antidépresseurs comme la paroxétine (DEROXAT®) sont souvent utilisés mais hors AMM. Certains traitements pharmacologiques présentent souvent des effets secondaires (diarrhées, nausées, troubles érectiles, prise de poids, sédation) et ne résolvent pas le problème de fond [96]. Ils ne font en aucun cas l'économie d'une sexothérapie mais peuvent s'avérer utiles dans certaines situations (crise conjugale, refus des stratégies sexologiques etc...) [97].

2.3. Conclusion

Les éjaculations prématurées constituent un problème comportemental en lien avec l'apprentissage ou avec des difficultés psychologiques et/ou conjugales.

L'anxiété a une action délétère sur les éjaculations et sur l'érection or elle est constante dans la dépression.

Il existe de nombreuses techniques pour prendre en charge les éjaculations prématurées. Elles sont nécessairement psycho-sexuelles. Il n'y a pas de recommandations de bonnes pratiques dans le traitement des éjaculations prématurées dans le cadre de la dépression. Les techniques comportementales notamment « arrêt-départ », ont un effet significatif mais présentent des lacunes érotolytiques (activité mécanique venant interrompre l'intimité, l'excitation et le lâcher pris). Les techniques cognitivo-comportementales et sexocorporelles sont efficaces et mettent l'accès sur le développement de l'érotisme et de la sensualité [96].

Il semble indispensable de faire un travail cognitif et éducatif sur le plan sexuel et de pouvoir désamorcer rapidement l'anxiété de performance en lien avec des croyances dysfonctionnelles et un éventuel conflit avec la/le partenaire. Le travail doit ensuite s'axer sur le lâcher prise, la conscientisation des lois du corps et des perceptions génitales, le repérage

corporel et la gestion de l'excitation. La prise en charge est nécessairement psychosexuelle et doit être pluridisciplinaire. L'orientation vers un sexologue paraît souhaitable.

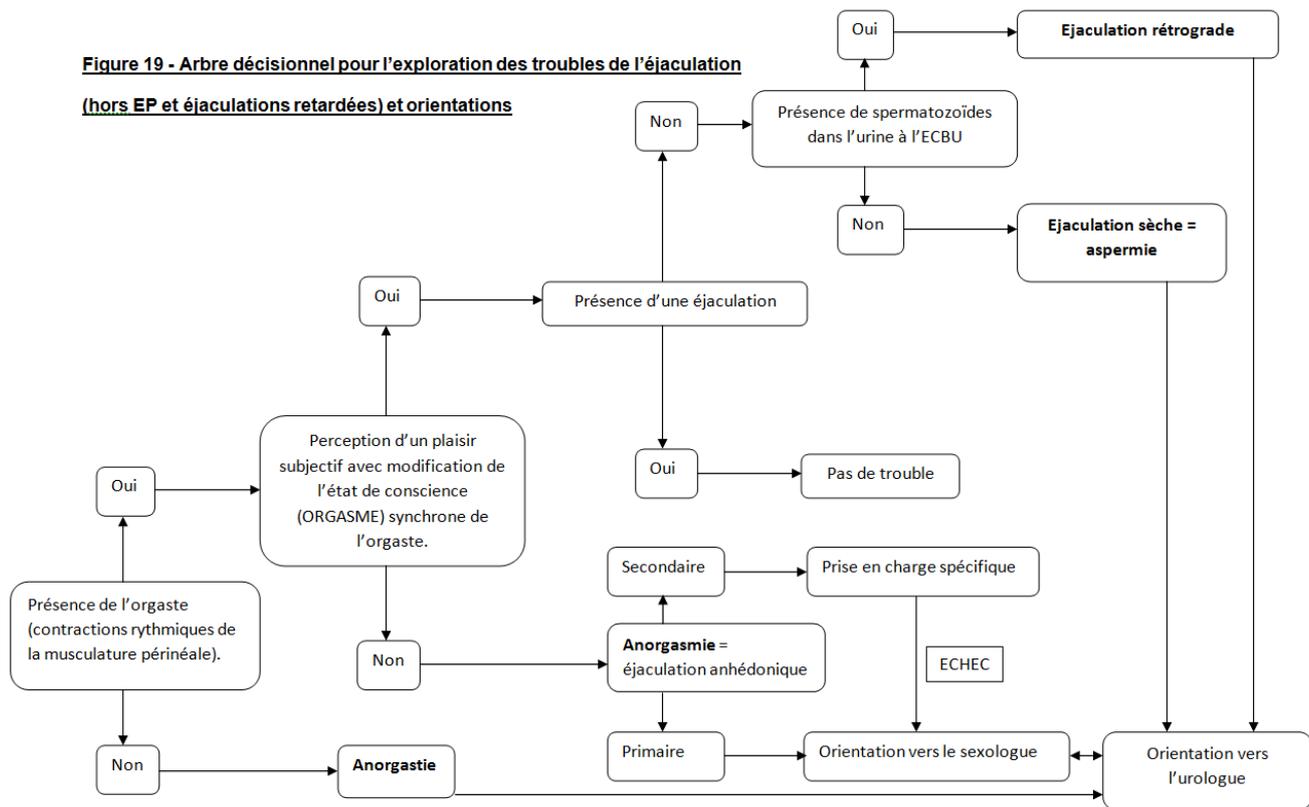
3. Autres troubles de l'éjaculation

Les autres troubles de l'éjaculation relèvent de la compétence d'un sexologue voire d'un urologue. Pour rappel on distingue [98]:

- L'aspermie ou orgasme sec qui se caractérise par un orgaste donc une impression d'éjaculer (contraction de la musculature striée périnéale) avec sensation de plaisir (orgasme) mais sans émission de sperme (pas de spermatozoïdes après l'orgasme dans les urines à l'examen cyto bactériologique des urines).
- L'éjaculation rétrograde qui est un orgasme avec une éjaculation non extériorisée (émission du sperme dans la vessie. On retrouve des spermatozoïdes dans les urines à l'ECBU après l'orgasme).
- Les éjaculations anhédoniques ou anorgasmies qui consistent en un orgaste sans perception de plaisir subjectif. Elles peuvent être secondaires s'il avait du plaisir sexuel lors des éjaculations antérieurement, ou primaires s'il n'y a jamais eu de plaisir antérieurement.
- Les éjaculations prématurées et les retards éjaculatoires qui ont déjà été traités plus hauts.
- Les éjaculations douloureuses et les hémospémies, qui sont presque toujours organiques (infections, cancers, traumatismes) et qui n'ont pas été étudiées dans cette étude.

Tous ces troubles sont parfois difficiles à distinguer les uns des autres. C'est clairement l'interrogatoire qui sera discriminant [98]. Bien qu'il ne tienne pas compte de toute la complexité des situations, nous avons construit un algorithme qui peut aider dans l'exploration des atteintes de l'éjaculation et dans l'orientation vers les professionnels compétents pour les prendre en charge (sexologues, urologues, médecins généralistes) **[figure 19]**. En effet l'investigation de ces troubles nécessite un interrogatoire minutieux, un examen clinique somatique, des examens complémentaires biologiques (testostéronémie, glycémie, prolactine, ECBU, biochimie séminale, spermogramme) et/ou morphologiques (échographie pelvienne, IRM pelvien).

**Figure 19 - Arbre décisionnel pour l'exploration des troubles de l'éjaculation
(hors EP et éjaculations retardées) et orientations**



3.1. Prise en charge des aspermies

Concernant les aspermies les étiologies sont le plus souvent organiques [98] :

- Congénitales (absence de canaux déférents, anomalie des canaux éjaculateurs)
- Neurologiques (neuropathies diabétiques, toutes pathologies neurologiques centrale ou périphérique, sclérose en plaque, parkinson ... etc).
- Infectieuses (tuberculose pelvienne, infections urogénitales).
- Endocrinologiques (hypogonadismes, diabète).
- Iatrogénie chirurgicale (interventions rétropéritonéales avec lésions du système sympathique, chirurgies de la prostate, cure de prolapsus rectale, chirurgie d'anévrisme de l'aorte, curage ganglionnaire ... etc).
- Iatrogénie médicamenteuse : surtout en lien avec les antidépresseurs IRS et tricyclique et en particulier la clomipramine. Les neuroleptiques ainsi que les alpha-bloquants comme la tansulosine (utilisée dans les hypertrophies bénignes de prostate) peuvent aussi être responsables.

Nous avons réalisé cet arbre décisionnel qui peut aider dans l'orientation des patients lorsqu'il existe une aspermie.

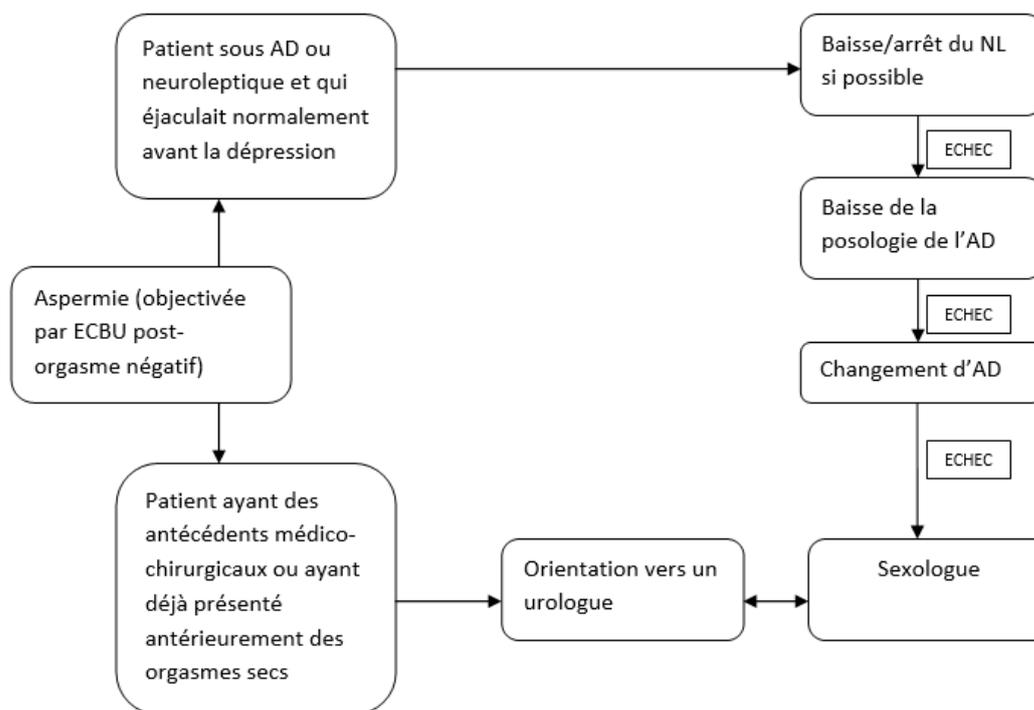


Figure 20 - Proposition thérapeutique pour la prise en charge des aspermies.

Si l'homme présente un bon état de santé général, n'a pas de pathologie neurologique ou endocrinologique, n'a pas été opéré au niveau pelvien, avait des éjaculations normales avant la dépression et se plaint d'aspermie depuis la mise en place du traitement antidépresseur, il est très probable que le trouble soit en lien avec le traitement psychotrope. Il paraît alors souhaitable de s'affranchir du traitement neuroleptique en priorité si le patient en bénéficie. En l'absence d'amélioration, la posologie du traitement antidépresseur pourra être diminuée ou le traitement changé en particulier s'il s'agit d'un tricyclique.

En l'absence d'amélioration il faut maintenir le traitement en expliquant au patient que ses éjaculations reprendront quelques jours à quelques semaines à l'arrêt du traitement.

En cas de souffrance ou d'insistance du patient, l'orientation vers un sexologue pourra être utile pour aménager la sexualité.

3.2. Prise en charge des éjaculations rétrogrades

Elles sont toujours organiques [98] :

- Neurologiques
- Iatrogénie chirurgicale
- Iatrogénie médicamenteuse (alpha-bloquant).

Le patient doit être orienté vers l'urologue.

3.3. Prise en charge des éjaculations anhédoniques

Elles sont souvent psychogéniques et justifient une prise en charge psychosexuelle en particulier pour l'anorgasmie primaire [98].

En cas d'anorgasmie secondaire, concomitante à l'entrée dans la dépression ou à la prise du traitement antidépresseur, il faut pouvoir se montrer rassurant sur le caractère temporaire de la dysfonction et informer sur le rôle néfaste de l'anxiété et de la dépression sur la fonction sexuelle.

Il importe comme pour le retard d'éjaculation, les éjaculations prématurées et les troubles érectiles de travailler sur la composante éducationnelle, les croyances du sujet, ses attentes, le lâcher prise, le repérage corporel, l'auto-centration ainsi que d'investiguer le fonctionnement sexuel du couple et du partenaire ... etc.

IX) CONCLUSION

La sexualité est un apprentissage complexe, sujet-dépendant et soumis à l'influence de nombreux facteurs (socio-éducatifs, culturels, religieux, psychologiques, médicaux, environnementaux, affectifs ...). Elle fait partie intégrante de la qualité de vie et il incombe à la médecine de la respecter dans la mesure du possible.

Il est bien établi que les dépressions et l'usage des antidépresseurs sont susceptibles de perturber le fonctionnement sexuel, aggravant les problèmes communicationnels au sein du couple quand il existe, exacerbant l'autodépréciation, la culpabilité, la honte et le désespoir. Les antidépresseurs sont souvent incriminés par les patients comme pourvoyeurs de leurs difficultés sexuelles quand l'apaisement de l'aboulie, de l'anhédonie et de la tristesse survient grâce aux traitements. Malheureusement, peu de patients s'en plaignent spontanément, et rares sont les médecins qui osent investiguer la sexualité. Le maintien du lien thérapeutique et de l'observance est alors pour certains mis en péril.

Les relations entre dépressions, antidépresseurs et sexualité sont complexes. Il est difficile d'établir exclusivement l'imputabilité des traitements ou de la pathologie psychiatrique, surtout dans la mesure où la sexualité peut être influencée par des comorbidités somatiques et leurs traitements, des toxiques, des difficultés psychologiques, socio-environnementales, éducatives ...

C'est souvent l'existence d'un fonctionnement sexuel antérieur satisfaisant qui permet d'orienter.

L'étude SADD visait à compléter les connaissances en caractérisant les dysfonctions sexuelles et en déterminant leurs prévalences dans le cadre des dépressions et de leurs prises en charge médicamenteuses.

Les résultats de notre étude vont dans le sens des données de la littérature. On retrouve en effet une atteinte de la sexualité systématique dans le cadre de la dépression. En effet 98,7% des patients dépressifs se plaignent d'au moins une dysfonction sexuelle. Les atteintes touchent toutes les phases de la réponse sexuelle (désir, érection, orgasme) mais le désir semble particulièrement impacté.

Le fonctionnement sexuel est significativement plus perturbé chez les patients dépressifs, qu'ils soient ou non traités par antidépresseurs, par rapport à celui des patients euthymiques. En revanche, l'étude SADD n'a pas montrée de spécificités d'atteintes sexuelles entre les patients dépressifs non traités et les patients dépressifs traités par antidépresseurs. Chez

ces derniers, le fonctionnement sexuel ne semble pas plus impacté que chez les non traités. Cette différence qui avait pu être objectivée à plusieurs reprises par les études antérieures n'a pas été observée dans l'étude SADD du fait d'un probable manque de puissance.

On constate néanmoins que les troubles sexuels sont présents dès l'entrée dans la dépression. Il n'est donc pas souhaitable d'attendre que les patients s'en plaignent ou qu'ils soient traités pour investiguer la sexualité.

Soulager les troubles sexuels contribue à la restauration thymique par la renarcissisation, la reprise de confiance en soi et favorise l'alliance en donnant au patient la garantie que sa qualité de vie et que son confort seront respectés au maximum.

Il est proposé à nos confrères psychiatres de veiller à l'investigation de la sexualité ou au moins de faire comprendre aux patients qu'il est possible d'en parler.

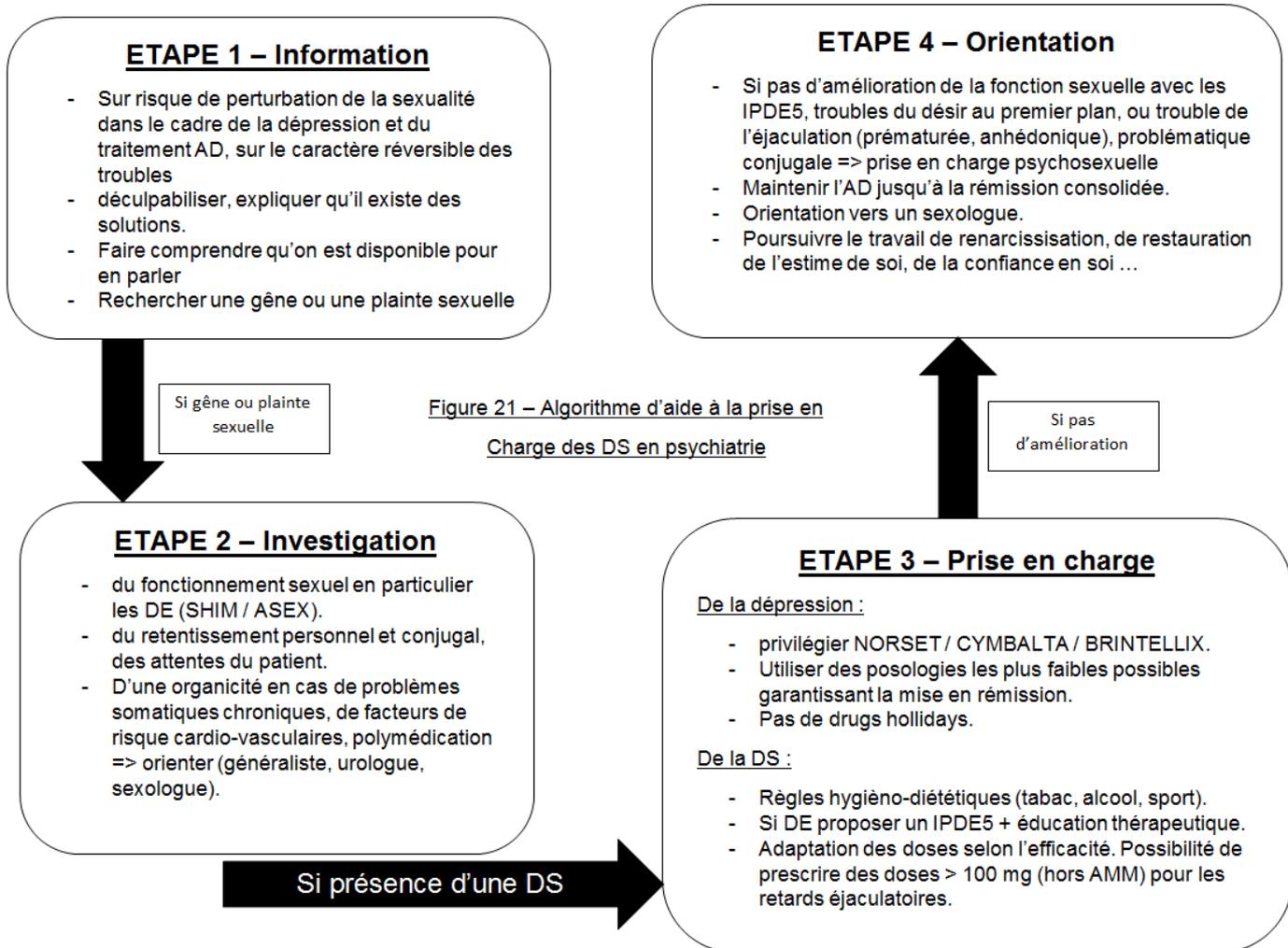
Il convient ensuite de proposer facilement des IPDE5 en l'absence de contre-indications. Les dysfonctions érectiles sont très fréquentes sous antidépresseurs et dans le cadre de la dépression seule (probablement du fait de l'anxiété).

La restauration d'érections satisfaisantes pourra souvent favoriser la reprise de confiance en soi, restaurer le lien avec la/le partenaire et permettre un l'amenuisement des troubles du désir avec reprise d'une activité sexuelle régulière.

En cas de difficultés persistantes (notamment troubles du désir, ou de l'orgasme) malgré la restauration thymique, l'investigation de la sexualité et la proposition d'une aide thérapeutique ; il nous semble important de pouvoir orienter les patients, soit vers un autre médecin spécialiste (urologue), soit vers un sexologue.

Les dysfonctions sexuelles étant constamment retrouvées en psychiatrie, l'articulation des soins psychiatriques avec la sexologie nous paraît être un enjeu considérable.

Nous avons construit et proposons un algorithme décisionnel pour aider les médecins à prendre en charge les dysfonctions sexuelles dans le cadre de la dépression et de sa prise en charge.



BIBLIOGRAPHIE

- [1] Organisation Mondiale de la Santé, « OMS/Europe | Santé sexuelle et génésique - Définition ».
<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>.
- [2] M. A. Crocq et J. D. Guelfi, *DSM-5 | Manuel diagnostique et Statistique des troubles mentaux*, Elsevier Masson. 2015.
- [3] G. Trudel, *Les dysfonctions sexuelles. Chapitre 1 : Fonctionnement sexuel habituel (pages 15-28)*, 2e édition. Presse de l'université du Québec, 2000.
- [4] P. Lopès et F.-X. Poudat, *Manuel de Sexologie - 2ème édition*. Elsevier Masson, 2014.
- [5] Lejeune, « Coupe transversale de la partie moyenne de la verge », *Faculté de médecine de l'université Lyon 1*, 2001.
<http://nte-serveur.univ-lyon1.fr/nte/lejeune/PCEM2/VergeTrans.gif>.
- [6] T. Seisen, M. Rouprêt, A. Faix, et S. Droupy, « La prostate : une glande au carrefour urogénital. », *Progrès En Urologie. Journal de l'Association Française d'Urologie*, vol. 22, 2012.
- [7] N. Dessaux, « Classifications et Epidémiologie des dysfonctions sexuelles, cours DIU sexologie Nantes ». novembre 2015.
- [8] M. Geonet, *Pleine conscience et acceptation - Chapitre 4 : Quand la sexologie surfe sur la 3e vague. Pages 109-140.*, De Boeck. 2011.
- [9] F. Cour, F. Giuliano, S. Droupy, C. Methorst, et A. Faix, « Anatomie et physiologie de la sexualité. », *Progrès En Urologie. Journal de l'Association Française d'Urologie*, vol. 23, n° 9, p. 547-561, juillet 2013.
- [10] R. Porto, « Dépression et sexualité », *La Presse Médicale*, vol. 43, n° 10, p. 1111-1115, octobre 2014.
- [11] G. Trudel, *Les dysfonctions sexuelles. Chapitre 2 : Définition de la dysfonction sexuelle et présentation des dysfonctions sexuelles féminines et masculines (pages 29-32)*, 2e éd. Presses de l'Université du Québec, 2000.

- [12] M.-A. Crocq, « Les principes du DSM », *Annales Médico-Psychologiques. Revue Psychiatrique*, vol. 172, n° 8, p. 653-658, octobre 2014.
- [13] M.-A. Crocq et J. D. Guelfi, *DSM-IV-TR | Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - Texte Révisé.*, Masson. 2003.
- [14] G. Trudel, *Les dysfonctions sexuelles. Chapitre 5: Problématique et évaluation de l'éjaculation précoce et de l'éjaculation retardée (pages 57-90).*, 2e éd. Presses de l'Université du Québec, 2000.
- [15] J. Garrabé, « La Classification française des troubles mentaux et la Classification internationale des maladies : historique comparatif », *L'Information Psychiatrique*, vol. 89, n° 4, p. 319-326, mai 2013.
- [16] Organisation Mondiale de la Santé, « OMS | Classification internationale des maladies (CIM) », mai 2012.
http://www.who.int/features/2012/international_classification_disease_fa/fr/.
- [17] Organisation Mondiale de la Santé, *CIM-10 | Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement - Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*, Masson. 1992.
- [18] Organisation Mondiale de la Santé, « CIM-10 révision 2016 ». 2016.
- [19] G. Trudel, *Les dysfonctions sexuelles. Chapitre 7: la baisse du désir (pages 107-142).*, 2e éd. Presses de l'Université du Québec, 2000.
- [20] A. Clayton, S. El Haddad, J. Iluonakhamhe, C. Ponce Martinez, et A. Schuck, « Sexual dysfunction associated with major depressive disorder and antidepressant treatment », *Expert Opinion and Drug Safety*, vol. 13, n° 10, p. 1361-1374, octobre 2014.
- [21] R. Martin Du Pan et P. Baumann, « Dysfonctions sexuelles induites par les antidépresseurs et les antipsychotiques et leurs traitements », *Revue de médecine Suisse*, n° 150, p. 758-762, 2008.
- [22] S. Seidman, « Ejaculatory dysfunction and depression: pharmacological and psychobiological interactions », *International Journal of Impotence Research*, vol. 18 Suppl 1, p. S33-38, octobre 2006.

- [23] S. H. Kennedy et S. Rizvi, « Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants », *Journal of Clinical Psychopharmacology*, vol. 29, n° 2, p. 157-164, avril 2009.
- [24] R. T. Segraves, « Sexual dysfunction associated with antidepressant therapy », *The Urologic Clinics of North America*, vol. 34, n° 4, p. 575-579, VII, novembre 2007.
- [25] M. A. Perelman, « Erectile dysfunction and depression: screening and treatment », *The Urologic Clinics of North America*, vol. 38, n° 2, p. 125-139, mai 2011.
- [26] F. Rouillon, « Épidémiologie des troubles psychiatriques », *Annales Médico-Psychologiques Revue Psychiatrique*, vol. 166, n° 1, p. 63-70, février 2008.
- [27] M. Bonierbale, C. Lançon, et J. Tignol, « The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France », *Current Medical Research and Opinion.*, vol. 19, n° 2, p. 114-124, 2003.
- [28] R. Shabsigh, L. Zakaria, A. G. Anastasiadis, et A. S. Seidman, « Sexual dysfunction and depression: etiology, prevalence, and treatment », *Current Urology Reports*, vol. 2, n° 6, p. 463-467, décembre 2001.
- [29] R. T. Segraves et R. Balon, « Antidepressant-induced sexual dysfunction in men », *Pharmacology, Biochemistry and Behaviour*, vol. 121, p. 132-137, juin 2014.
- [30] S. Jespersen, « Antidepressant induced sexual dysfunction, part 1: epidemiology and clinical presentation », *African Journal of Psychiatry*, vol. 9, n° 1, juin 2006.
- [31] L. F. Fabre, A. H. Clayton, L. C. Smith, I. M. Goldstein, et L. R. Derogatis, « Association of major depression with sexual dysfunction in men », *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, vol. 25, n° 4, p. 308-318, 2013.
- [32] K. Williams et M. F. Reynolds, « Sexual dysfunction in major depression », *CNS Spectrums*, vol. 11, n° 8 Suppl 9, p. 19-23, août 2006.
- [33] A. Makhlouf, A. Kparker, et C. S. Niederberger, « Depression and erectile dysfunction », *Urologic Clinics of North America*, vol. 34, n° 4, p. 565-574, VII, novembre 2007.

- [34] I. Moncada *et al.*, « Emotional changes in men treated with sildenafil citrate for erectile dysfunction: a double-blind, placebo-controlled clinical trial », *Journal of Sexual Medicine*, vol. 6, n° 12, p. 3469-3477, décembre 2009.
- [35] M. Fava *et al.*, « Efficacy and safety of sildenafil in men with serotonergic antidepressant-associated erectile dysfunction: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 67, n° 2, p. 240-246, février 2006.
- [36] J. F. Kinzl, « Major depressive disorder, antidepressants and sexual dysfunction », *Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie Und Rehabilitation, Organ Der Gesellschaft Osterreichischer Nervenarzte Und Psychiater* vol. 23, n° 2, p. 134-138, 2009.
- [37] C. Perdrizet-Chevallier, « Troubles sexuels au cours des traitements antidépresseurs-inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS). Savoir les déceler, les prendre en charge et éventuellement les traiter », *Annales Médico-Psychologiques Revue Psychiatrique*, vol. 159, n° 2, p. 124-127, 2001.
- [38] M. GRIMA, « Les antidépresseurs ». Faculté de médecine de Strasbourg, 2008.
- [39] A. L. Montejo, L. Montejo, et F. Navarro-Cremades, « Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs », *Current Opinion Psychiatry*, vol. 28, n° 6, p. 418-423, novembre 2015.
- [40] A. L. MONTEJO, G. LLORCA, J. IZQUIERDO, et P. RICO-VILLADEMOROS, « Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients », *American Journal of Psychiatry*, n° 62, p. 10-20, 2001.
- [41] B. Madeo *et al.*, « The Effects of Citalopram and Fluoxetine on Sexual Behavior in Healthy Men: Evidence of Delayed Ejaculation and Unaffected Sexual Desire. A Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind, Double-Dummy, Parallel Group Study », *Journal of Sexual Medicine*, vol. 5, n° 10, p. 2431-2441, octobre 2008.
- [42] R. C. Rosen *et al.*, « Quality of life, mood, and sexual function: a path analytic model of treatment effects in men with erectile dysfunction and depressive symptoms », *International Journal of Impotence Research*, vol. 16, n° 4, p. 334-340, août 2004.

- [43] A. R. Mahableshwarkar, P. L. Jacobsen, Y. Chen, M. Serenko, et M. H. Trivedi, « A randomized, double-blind, duloxetine-referenced study comparing efficacy and tolerability of 2 fixed doses of vortioxetine in the acute treatment of adults with MDD », *Psychopharmacology (Berl.)*, vol. 232, n° 12, p. 2061-2070, juin 2015.
- [44] A. R. Mahableshwarkar, P. L. Jacobsen, M. Serenko, Y. Chen, et M. H. Trivedi, « A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of 2 doses of vortioxetine in adults with major depressive disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 76, n° 5, p. 583-591, mai 2015.
- [45] P. L. Jacobsen, A. R. Mahableshwarkar, W. A. Palo, Y. Chen, M. Dragheim, et A. H. Clayton, « Treatment-emergent sexual dysfunction in randomized trials of vortioxetine for major depressive disorder or generalized anxiety disorder: a pooled analysis », *CNS Spectrums*, vol. 21, n° 5, p. 367-378, 2016.
- [46] L. A. Labbate, H. A. Croft, et M. A. Oleshansky, « Antidepressant-related erectile dysfunction: management via avoidance, switching antidepressants, antidotes, and adaptation », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 64 Suppl 10, p. 11-19, 2003.
- [47] P. L. Jacobsen, A. R. Mahableshwarkar, Y. Chen, L. Chrones, et A. H. Clayton, « Effect of Vortioxetine vs. Escitalopram on Sexual Functioning in Adults with Well-Treated Major Depressive Disorder Experiencing SSRI-Induced Sexual Dysfunction », *Journal of Sexual Medicine*, vol. 12, n° 10, p. 2036-2048, octobre 2015.
- [48] A. Clayton, « Recognition and Assessment of Sexual Dysfunction Associated With Depression », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 62, n° suppl 3, p. 10-21, février 2001.
- [49] P. D. Kronstein *et al.*, « Summary of Findings From the FDA Regulatory Science Forum on Measuring Sexual Dysfunction in Depression Trials », *Journal of Clinical Psychiatry*, p. 1050-1059, août 2015.
- [50] P. Brenot, « Association Interdisciplinaire post Universitaire de Sexologie (AIUS) ». <http://www.aihus.fr/prod/system/main/main.asp?page=/prod/data/publications/sociologie/antidepresseur.asp>.
- [51] J. M. Ferguson, « The effects of antidepressants on sexual functioning in depressed patients: a review », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 62 Suppl 3, p. 22-34, 2001.

- [52] O. Bonnot, D. Warot, et D. Cohen, « Priapism associated with sertraline », *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 46, n° 7, p. 790-791, juillet 2007.
- [53] I. A. Bhat, K. D. Shannon, A. Ara, et I. Coe, « Ninety-six hours ordeal of priapism induced by paroxetine--A case report and literature review », *International Journal of Psychiatry Med.*, vol. 50, n° 3, p. 326-334, 2015.
- [54] H. Kabbaj, « Le priapisme », site internet du service d'urologie du CHU Mondor.
http://urologie-chu-mondor.aphp.fr/_enseignement/Externes/priapisme.pdf.
- [55] G. Trudel, *Les dysfonctions sexuelles. Chapitre 8: Méthodes d'évaluation des dysfonctions sexuelles (pages 143-164).*, 2e éd. Presses de l'Université du Québec, 2000.
- [56] F. Giuliano, « Questionnaires in sexual medicine », *Progrès En Urologie Journal de l'Association Française d'Urologie*, vol. 23, n° 9, p. 811-821, juill. 2013.
- [57] B. Lukacs, « Proposition d'un modèle de représentation de la sexualité de l'homme. Comparaison des questionnaires de sexualité. », n° 15, p. 185-191, 2005.
- [58] R. C. Rosen, A. Riley, G. Wagner, I. H. Osterloh, J. Kirkpatrick, et A. Mishra, « The international index of erectile function (IIEF) : a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction », *Urology*, vol. 49, n° 6, p. 822-830, 1997.
- [59] R. C. Rosen, J. C. Cappelleri, et N. Gendrano, « The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review », *International Journal of Impotence Research*, vol. 14, n° 4, p. 226-244, août 2002.
- [60] J. C. Cappelleri, RL. Siegel, IH Osterloh, RC Rosen, « Relationship between patient self-assessment of erectile function and the erectile function domain of the international index of erectile function", *Urology*, vol 56 n°3, p. 477-483, septembre 2000.
- [61] G. Corona, E. A. Jannini, et M. Maggi, « Inventories for male and female sexual dysfunctions », *International Journal of Impotence Research*, vol 18 p. 236-250, 2006.
- [62] R. C. Rosen, J. C. Cappelleri, M. D. Smith, J. Lipsky, et B. M. Peña, « Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function

- (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction », *International Journal of Impotence Research*, vol. 11, n° 6, p. 319-326, décembre 1999.
- [63] R. C. Rosen, J. Catania, L. Pollack, S. Althof, M. O'Leary, et A. D. Seftel, « Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ): scale development and psychometric validation », *Urology*, vol. 64, n° 4, p. 777-782, octobre 2004.
- [64] S. Althof, « Patient reported outcomes in the assessment of premature ejaculation », *Translational Andrology and Urology*, Vol 5, n°4, août 2016.
- [65] S. Althof, R. Rosen, T. Symonds, R. Mundayat, K. May, et L. Abraham, « Development and validation of a new questionnaire to assess sexual satisfaction, control, and distress associated with premature ejaculation », *Journal of Sexual Medicine*, vol. 3, n° 3, p. 465-475, mai 2006.
- [66] D. L. Patrick, F. Giuliano, K. F. Ho, D. Gagnon, P. McNulty, et M. Rothman, « The Premature Ejaculation Profile: validation of self-reported outcome measures for research and practice », *BJU International*, vol. 103, n° 3, p. 358-364, février 2009.
- [67] S. C. Kam, D. H. Han, et S. W. Lee, « The Diagnostic Value of the Premature Ejaculation Diagnostic Tool and Its Association with Intravaginal Ejaculatory Latency Time », *Journal of Sexual Medicine*, vol. 8, n° 3, p. 865-871, mars 2011.
- [68] T. Symonds *et al.*, « Further evidence of the reliability and validity of the premature ejaculation diagnostic tool », *International journal of Impotence Research*, vol. 19, n° 5, p. 521-525, octobre 2007.
- [69] T. Symonds *et al.*, « Development and Validation of a Premature Ejaculation Diagnostic Tool », *European Urology*, vol. 52, n° 2, p. 565-573, août 2007.
- [70] A. Keller, E. McGarvey, et A. Clayton, « Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire short-form (CSFQ-14) », *Journal of Sexual and Marital Therapy*, vol. 32, n° 1, p. 43-52, février 2006.
- [71] J. Bobes *et al.*, « Evaluating Changes in Sexual Functioning in Depressed Patients: Sensitivity to Change of the CSFQ », *Journal of Sexual and Marital Therapy*, vol. 28, n° 2, p. 93-103, 2002.

- [72] A. Clayton, E. McGarvey, et G. J. Clavet, « The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): Development, reliability, and validity. », *Psychopharmacology Bulletin*, Rockville Vol 33, n°4, p. 731-745, 1997.
- [73] M. Garcia-Portilla *et al.*, « Psychometric properties of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14) in patients with severe mental disorders », *Journal of Sexual Medicine*, vol. 8, n° 5, p. 1371-1382, mai 2011.
- [74] M. Briki *et al.*, « Validation française de l'échelle psychométrique ASEX d'évaluation des troubles sexuels dans la dépression », *L'Encéphale*, vol. 40, n° 2, p. 114-122, 2014.
- [75] P. Vallejo-Medina, A. Guillén-Riquelme, et J. C. Sierra, « Psychometric analysis of the Spanish version of the Brief Sexual Function Inventory (BSFI) in a male drug abuse sample », *Adicciones*, vol. 21, n° 3, p. 221-228, 2009.
- [76] G. Trudel, *Les dysfonctions sexuelles. Chapitre 9: Analyse détaillée d'instruments d'évaluation en français (pages 165-196).*, 2e éd. Presses de l'Université du Québec, 2000.
- [77] D. Brouillette, « Les troubles de l'éjaculation et de l'orgasme », Association des médecins de langue française au Canada, mai 2006.
- [78] F. Giuliano et S. Droupy, « Erectile dysfunction », *Progrès En Urologie Journal de l'Association Française d'Urologie*, vol. 23, n° 9, p. 629-637, juillet 2013.
- [79] S. Droupy et F. Giuliano, « Priapisms », *Progrès En Urologie Journal de l'Association Française d'Urologie*, vol. 23, n° 9, p. 638-646, juill. 2013.
- [80] S. Di Sante *et al.*, « Epidemiology of delayed ejaculation », *Translational Andrology and Urology*, vol. 5, n° 4, p. 541-548, août 2016.
- [81] L. C. Jenkins et J. P. Mulhall, « Delayed orgasm and anorgasmia », *Fertility and Sterility*, vol. 104, n° 5, p. 1082-1088, novembre 2015.
- [82] T. R. Saitz et E. C. Serefoglu, « The epidemiology of premature ejaculation », *Translational Andrology and Urology*, vol. 5, n° 4, p. 409-415, août 2016.

- [83] B. Rivière, « Mensonges et vérités en sexologie ou les limites de la recherche en sexologie », DIU de Sexologie à Nantes, mars 2017.
- [84] H. G. Nurnberg, A. Gelenberg, T. B. Hargreave, W. M. Harrison, R. L. Siegel, et M. D. Smith, « Efficacy of sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction in men taking serotonin reuptake inhibitors », *American Journal of Psychiatry*, vol. 158, n° 11, p. 1926-1928, novembre 2001.
- [85] G. Trudel, *Les dysfonctions sexuelles. Chapitre 18 : le traitement de la baisse de désir (pages 391-428).*, 2e éd. Presses de l'Université du Québec, 2000.
- [86] G. Trudel, *Les dysfonctions sexuelles. Chapitre 12 : Le traitement des dysfonctions érectiles.*, 2e éd. Presses de l'Université du Québec, 2000.
- [87] H. G. Nurnberg, P. L. Hensley, A. J. Gelenberg, M. Fava, J. Lauriello, et S. Paine, « Treatment of antidepressant-associated sexual dysfunction with sildenafil: a randomized controlled trial », *JAMA*, vol. 289, n° 1, p. 56-64, janvier 2003.
- [88] J. Tignol *et al.*, « Efficacy of sildenafil citrate (Viagra) for the treatment of erectile dysfunction in men in remission from depression », *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 19, n° 4, p. 191-199, juillet 2004.
- [89] R. Rosen *et al.*, « Efficacy and tolerability of vardenafil in men with mild depression and erectile dysfunction: the depression-related improvement with vardenafil for erectile response study », *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, n° 1, p. 79-87, janvier 2006.
- [90] R. T. Segraves, J. Lee, R. Stevenson, D. J. Walker, W. C. Wang, et R. A. Dickson, « Tadalafil for Treatment of Erectile Dysfunction in Men on Antidepressants », *Journal of Clinical Psychopharmacology*, vol. 27, n° 1, p. 62-66, février 2007.
- [91] H. G. Nurnberg, S. N. Seidman, A. J. Gelenberg, M. Fava, R. Rosen, et R. Shabsigh, « Depression, antidepressant therapies, and erectile dysfunction: clinical trials of sildenafil citrate (Viagra) in treated and untreated patients with depression », *Urology*, vol. 60, n° 2 Suppl 2, p. 58-66, septembre 2002.

- [92] R. Amiaz *et al.*, « Testosterone gel replacement improves sexual function in depressed men taking serotonergic antidepressants: a randomized, placebo-controlled clinical trial », *Journal of Sexual and Marital Therapy*, vol. 37, n° 4, p. 243-254, 2011.
- [93] B.-J. Kang, S.-J. Lee, M.-D. Kim, et M.-J. Cho, « A placebo-controlled, double-blind trial of Ginkgo biloba for antidepressant-induced sexual dysfunction », *Human Psychopharmacology*, vol. 17, n° 6, p. 279-284, août 2002.
- [94] G. Trudel, *Les dysfonctions sexuelles. Chapitre 14 : éjaculation retardée (pages 323-330)*., 2e éd. Presses de l'Université du Québec, 2000.
- [95] S. N. Seidman, V. C. Pesce, et S. P. Roose, « High-dose sildenafil citrate for selective serotonin reuptake inhibitor-associated ejaculatory delay: open clinical trial », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 64, n° 6, p. 721-725, juin 2003.
- [96] G. Trudel, *Les dysfonctions sexuelles. Chapitre 13 : l'éjaculation précoce (pages 281-322)*., Presses de l'Université du Québec, 2000.
- [97] J. Sebillé, « Ejaculations prématurées », DIU de Sexologie à Nantes, mars 2017.
- [98] J.-M. Rigot, F. Marcelli, et F. Giuliano, « Troubles de l'éjaculation à l'exception de l'éjaculation prématurée, troubles de l'orgasme », *Progrès En Urologie Journal de l'Association Française d'Urologie*, n° 23, p. 657-663.

ANNEXES

ANNEXE 1 - Questionnaire du protocole SADD soumis aux patients inclus

Le 30 août 2016,

Monsieur,

Vous sollicitez actuellement l'aide d'un professionnel de santé pour des difficultés en lien avec votre humeur. Les troubles de l'humeur et leur prise en charge sont susceptibles de retentir sur votre vie sexuelle.

Je prépare le diplôme d'Etat de docteur en médecine dans la spécialité Psychiatrie. Parallèlement je me forme à la sexologie. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur le sujet :

« Sexualité, Antidépresseurs et Dépression : prévalences des dysfonctions sexuelles chez les hommes français présentant un trouble dépressif caractérisé non traité ou traité par antidépresseur. Perspectives de prise en charge. »

Je souhaiterais vous donner la parole et je vous propose de participer à une enquête strictement anonyme si vous l'acceptez.

Cette enquête d'une durée de 25-30 minutes permettra d'étayer les connaissances concernant la survenue de dysfonctions sexuelles et d'améliorer la prise en charge de ces troubles.

Ce travail s'inscrit dans une **volonté d'une prise en charge la plus complète et la plus humaine possible des personnes en souffrance. L'objectif est de pouvoir soigner un état dépressif sans que cela impacte la qualité de vie, ou au moins au minimum**. Or, la sexualité fait partie intégrante de notre qualité de vie, elle est nécessaire à l'épanouissement de tout à chacun et doit être préservée.

Mieux connaître les atteintes sexuelles imputables à la maladie ou aux traitements permettra d'en **parler plus facilement avec les patients**, de leur **proposer des solutions de prise en charge** et surtout de **préserver leur observance thérapeutique**, dont on sait qu'elle peut être mise en péril par la contrainte que représente la prise d'un traitement pendant plusieurs mois surtout quand il perturbe la qualité de vie.

J'ai conscience que parler de sexualité peut être difficile et que cette enquête touche à votre intimité, mais **nous avons besoin de vous** pour faire avancer nos pratiques et ainsi mieux vous aider.

Je vous invite à remplir le questionnaire suivant. Vos réponses sont importantes pour nous. **Ce questionnaire est intégralement et strictement anonyme**, il n'existe aucun moyen de vous identifier. Vous pouvez refuser de participer à cette étude et de remplir ce questionnaire sans que cela ne modifie en quoi que ce soit votre prise en charge.

Lorsque vous aurez terminé de remplir ce dossier et que vous aurez vérifié de ne pas avoir oublié de questions, vous le glisserez dans l'enveloppe jointe que vous fermerez. Votre médecin nous la fera parvenir directement, sans en prendre connaissance.

Je vous remercie pour votre aide.

Mr BUSNEL Grégory
Interne de spécialité médicale
Etudiant en Sexologie
Université de Nantes
CHU de Nantes

Partie médicale

- **Vous êtes ?**
 - médecin généraliste
 - médecin psychiatre

- **Votre patient a t'il déjà subi une (des) chirurgie(s) ?**
 - Oui
 - Non

Si oui laquelle ou lesquelles ?

.....

- **Votre patient souffre-t-il ou a t'il souffert de maladie(s) chronique(s), sérieuse(s) ou invalidante(s) ?**

- Neurologique(s) (maladies neuro-dégénératives, sclérose en plaque, compression médullaire, tumeurs médullaires ou cérébrales...etc)
Précisez : _____
- Endocrinologique(s) (diabète, pathologie de la thyroïde, pathologie des glandes surrénales...etc)
Précisez : _____
- Cardio-vasculaire(s) (IDM, AVC, athérosclérose, cholestérol, hypertension artérielle, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, anévrismes...etc)
Précisez : _____
- Traumatologique(s) (traumatisme du rachis, du bassin).
Précisez : _____
- Autres :

- **Votre patient souffre de dépression. Prend-il actuellement un traitement antidépresseur ?**

- Oui
- Non

Si oui, quelle molécule ?

Quel dosage ?

Depuis combien de temps ?

Au cours de cet épisode dépressif, a t'il pris d'autre(s) médicament(s) antidépresseur(s) avant cette molécule ? Si oui, lequel ou lesquels, pendant combien de temps et à quelle posologie ?

.....

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous été amené à changer de molécule(s) ?

.....

- **Quels autres médicaments sont prescrits à votre patient et depuis combien de temps ?**

Médicaments	Depuis combien de temps?

La fiabilité de vos réponses est capitale. Prenez le temps de bien lire les intitulés des différentes questions, efforcez-vous de **répondre à chacune d'entre elles**.

Ce questionnaire est divisé en 3 parties :

- ❖ **Dans la Partie 1** : Il s'agit de **questions d'ordre général** concernant votre santé, votre sexualité.
- ❖ **Dans la Partie 2** : vous trouverez un **tableau** à trois colonnes (chacune correspondant à une période de temps différente) permettant d'évaluer plusieurs aspects de votre sexualité. Elle nous permettra d'effectuer un travail comparatif.
- ❖ **Dans la Partie 3** : nous vous proposons un ensemble **de questions évaluant plus précisément la qualité de votre vie sexuelle actuelle**. Ces questions sont issues de questionnaires sexologiques scientifiquement validés et pertinents, cependant certaines questions sont précises, intimes, et peuvent vous gêner. Gardez à l'esprit que ce questionnaire est strictement et intégralement **anonyme**.

1^{ère} partie – A remplir par le patient

Merci de cocher la réponse correspondant à votre situation ou à défaut celle s'en rapprochant le plus. En l'absence de mention contraire, merci de ne cocher qu'une réponse par question.

- 1) **A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?**
 - 18-30 ans
 - 31-50 ans
 - 51-65 ans
 - Plus de 65 ans

- 2) **Vous entretenez le plus souvent des relations sexuelles avec ?**
 - Des femmes
 - Des hommes
 - Des personnes des deux sexes.

- 3) **Concernant votre statut socio-affectif, vous être :**
 - Célibataire
 - Marié, Pacsé
 - Vous vivez en concubinage
 - Autre. Précisez :

- 4) **Depuis le début de votre dépression, dans vos relations sexuelles :**
 - Vous avez un(e) seul(e) partenaire (toujours la/le même)
 - Vous avez plusieurs partenaires (toujours les mêmes)
 - Vous avez plusieurs partenaires (jamais les mêmes)
 - Vous n'avez pas de partenaire

- 5) **Comment évaluez-vous votre vie sexuelle en ce moment ?**
 - Très satisfaisante
 - Satisfaisante
 - Moyennement satisfaisante
 - Insatisfaisante
 - Très insatisfaisante

- 6) **Quelle que soit votre satisfaction et quelle qu'en soit la raison diriez-vous que votre sexualité actuelle est source de souffrance psychologique (anxiété, questionnements, mal-être, dévalorisation etc ...) personnelle ?**
 - Oui

Non

7) **Avez-vous déjà eu recours à une aide extérieure, quelle qu'elle soit, concernant des difficultés d'ordre sexuelles [plusieurs réponses possibles] ?**

- J'ai consulté (médecin, psychologue, sexologue)
- Il m'est arrivé de prendre certains médicaments sexologiques pour m'aider (Cialis, Levitra, Viagra). Autres :
- Il m'est arrivé de prendre certaines substances pour m'aider : drogues, aphrodisiaques, alcool...
- J'ai eu des difficultés mais je n'ai eu recours à aucune aide extérieure.
- Je n'ai jamais eu de difficultés sur ce plan là.
- Autres :

8) **Considérez-vous avoir déjà eu à souffrir d'agression(s) ou de violence(s) sexuelle(s) ou de tout autre évènement traumatisant ayant pu avoir des répercussions sur votre santé sexuelle ?**

- Oui
Précisez si possible :
- Non

9) **Vous consultez actuellement ou êtes suivi pour une dépression. Avez-vous déjà, par le passé, été pris en charge pour la même chose ?**

- Oui
- Non

10) **Votre état de santé a t'il déjà nécessité une hospitalisation dans un service de psychiatrie (clinique ou hôpital) ?**

- Oui
- Non

11) **Avez-vous déjà attenté à votre vie volontairement (tentative de suicide) ?**

- Oui
- Non

12) **En moyenne, ces dernières semaines, comment va votre moral ? Donnez une note de 0 à 10.**

0 pour une tristesse très intense et douloureuse et 10 pour un moral excellent.

...../10

Si vous êtes sous antidépresseur [si non ne pas répondre aux questions 13-14-15-16]:

13) **Vous arrive t'il d'oublier de prendre votre traitement**

- Oui
- Non

14) **Avez-vous parfois du mal à vous rappeler de prendre votre traitement antidépresseur ?**

- Oui
- Non

15) **Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement antidépresseur ?**

- Oui
- Non

16) **Si vous vous sentez moins bien lorsque vous prenez votre antidépresseur (effets secondaires par exemple), vous arrive-t-il d'arrêter de le prendre ?**

- Oui
- Non

17) **Fumez-vous (du tabac) ?**

- Je fume moins d'un demi-paquet par jour
- Je fume moins d'un paquet par jour
- Je fume plus d'un paquet par jour
- Je fume de manière occasionnelle
- Je ne fume pas

Si vous fumez, depuis combien de temps fumez-vous ?

.....

18) **Depuis le début de votre dépression jusqu'à maintenant quelle est votre consommation moyenne d'alcool par jour ?**

- Moins de trois verres de vin ou 3 bières par jour
- Plus de trois verres de vin ou 3 bières par jour

Depuis combien de temps ? :

19) **Depuis le début de votre dépression jusqu'à maintenant, consommez-vous régulièrement d'autres substances psychoactives [plusieurs réponses possibles] ?**

- Cannabis (marijuana, haschich, weed, beu)
- Cocaïne ou crack
- Opiacés (héroïne, morphine, sulfate de morphine, codéïne)
- Amphétamines (ecstasy, MDMA)
- Hallucinogènes (LSD, champignons)
- Poppers
- non

2^{ème} partie – A remplir par le patient

Nous examinons maintenant votre sexualité sur plusieurs périodes de temps.

❖ **Colonne A** : avant votre dépression

❖ **Colonne B** : pendant votre dépression sans traitement antidépresseur (vous n'aviez pas ou n'avez pas encore d'antidépresseur)

❖ **Colonne C** : pendant votre dépression avec traitement antidépresseur

Actuellement,

Si vous ne prenez pas de médicament antidépresseur vous devez remplir les colonnes A et B.

Si vous prenez un médicament antidépresseur vous devez remplir les colonnes A, B et C.

En moyenne, sur ces périodes	A	B	C
	Non déprimé	Dépression sans traitement antidépresseur	Dépression avec traitement antidépresseur
Quelle est l'intensité de votre désir sexuel ?	<input type="checkbox"/> 1-Extrêmement fort <input type="checkbox"/> 2-Très fort <input type="checkbox"/> 3-plutôt fort <input type="checkbox"/> 4-plutôt faible <input type="checkbox"/> 5-très faible <input type="checkbox"/> 6-absent	<input type="checkbox"/> 1-Extrêmement fort <input type="checkbox"/> 2-Très fort <input type="checkbox"/> 3-plutôt fort <input type="checkbox"/> 4-plutôt faible <input type="checkbox"/> 5-très faible <input type="checkbox"/> 6-absent	<input type="checkbox"/> 1-Extrêmement fort <input type="checkbox"/> 2-Très fort <input type="checkbox"/> 3-plutôt fort <input type="checkbox"/> 4-plutôt faible <input type="checkbox"/> 5-très faible <input type="checkbox"/> 6-absent
Etes-vous facilement excité sexuellement ?	<input type="checkbox"/> 1-Extrêmement facilement <input type="checkbox"/> 2-Très facilement <input type="checkbox"/> 3-plutôt facilement <input type="checkbox"/> 4-plutôt difficilement <input type="checkbox"/> 5-très difficilement <input type="checkbox"/> 6-jamais	<input type="checkbox"/> 1-Extrêmement facilement <input type="checkbox"/> 2-Très facilement <input type="checkbox"/> 3-plutôt facilement <input type="checkbox"/> 4-plutôt difficilement <input type="checkbox"/> 5-très difficilement <input type="checkbox"/> 6-jamais	<input type="checkbox"/> 1-Extrêmement facilement <input type="checkbox"/> 2-Très facilement <input type="checkbox"/> 3-plutôt facilement <input type="checkbox"/> 4-plutôt difficilement <input type="checkbox"/> 5-très difficilement <input type="checkbox"/> 6-jamais
Parvenez-vous facilement à obtenir et à maintenir une érection ?	<input type="checkbox"/> 1-Extrêmement facilement <input type="checkbox"/> 2-Très facilement <input type="checkbox"/> 3-plutôt facilement <input type="checkbox"/> 4-plutôt difficilement <input type="checkbox"/> 5-très difficilement <input type="checkbox"/> 6-jamais	<input type="checkbox"/> 1-Extrêmement facilement <input type="checkbox"/> 2-Très facilement <input type="checkbox"/> 3-plutôt facilement <input type="checkbox"/> 4-plutôt difficilement <input type="checkbox"/> 5-très difficilement <input type="checkbox"/> 6-jamais	<input type="checkbox"/> 1-Extrêmement facilement <input type="checkbox"/> 2-Très facilement <input type="checkbox"/> 3-plutôt facilement <input type="checkbox"/> 4-plutôt difficilement <input type="checkbox"/> 5-très difficilement <input type="checkbox"/> 6-jamais
Atteignez-vous facilement l'orgasme ?	<input type="checkbox"/> 1-Extrêmement facilement <input type="checkbox"/> 2-Très facilement <input type="checkbox"/> 3-plutôt facilement <input type="checkbox"/> 4-plutôt difficilement <input type="checkbox"/> 5-très difficilement <input type="checkbox"/> 6-jamais	<input type="checkbox"/> 1-Extrêmement facilement <input type="checkbox"/> 2-Très facilement <input type="checkbox"/> 3-plutôt facilement <input type="checkbox"/> 4-plutôt difficilement <input type="checkbox"/> 5-très difficilement <input type="checkbox"/> 6-jamais	<input type="checkbox"/> 1-Extrêmement facilement <input type="checkbox"/> 2-Très facilement <input type="checkbox"/> 3-plutôt facilement <input type="checkbox"/> 4-plutôt difficilement <input type="checkbox"/> 5-très difficilement <input type="checkbox"/> 6-jamais
Etes-vous satisfait de vos orgasmes ?	<input type="checkbox"/> 1-Extrêmement satisfait <input type="checkbox"/> 2-Très satisfait <input type="checkbox"/> 3-plutôt satisfait <input type="checkbox"/> 4-plutôt insatisfait <input type="checkbox"/> 5-extrêmement insatisfait <input type="checkbox"/> 6-l'orgasme n'est pas atteint	<input type="checkbox"/> 1-Extrêmement satisfait <input type="checkbox"/> 2-Très satisfait <input type="checkbox"/> 3-plutôt satisfait <input type="checkbox"/> 4-plutôt insatisfait <input type="checkbox"/> 5-extrêmement insatisfait <input type="checkbox"/> 6-l'orgasme n'est pas atteint	<input type="checkbox"/> 1-Extrêmement satisfait <input type="checkbox"/> 2-Très satisfait <input type="checkbox"/> 3-plutôt satisfait <input type="checkbox"/> 4-plutôt insatisfait <input type="checkbox"/> 5-extrêmement insatisfait <input type="checkbox"/> 6-l'orgasme n'est pas atteint

3^{ème} partie – A remplir par le patient

L'ensemble des questions restantes concerne **EXCLUSIVEMENT** la période actuelle, c'est-à-dire :

Si vous prenez un médicament anti-dépresseur : la période allant de la prescription de votre anti-dépresseur jusqu'à maintenant.

Si vous ne prenez pas d'antidépresseur : la période allant du début de votre dépression à maintenant

On entend par **activité sexuelle** toute stimulation sexuelle : Rapport sexuel (pénétration vaginale ou anale), rapports oro-génitaux (fellation, cunnilingus, anulingus), masturbation, caresses, baisers, visionnage d'iconographie érotique ou pornographique, jeux amoureux ... etc).

On entend par **rapport sexuel**, la pénétration (vaginale ou anale) de la ou du partenaire.

On entend par **éjaculation**, l'émission de sperme par le pénis lors d'une activité sexuelle.

Prière de ne cocher qu'une seule réponse par question.

Si vous n'êtes pas certain de votre réponse, merci de cocher la réponse la plus proche de la réalité selon vous.

EXPLORATION DU DESIR SEXUEL

1) **A quelle fréquence vous engagez vous dans une activité sexuelle ou un rapport sexuel?**

- 1-Jamais
- 2-Rarement (une fois par mois ou moins)
- 3-Parfois (plus d'une fois par mois, jusqu'à deux fois par semaine)
- 4-Souvent (plus de deux fois par semaines)
- 5-Tous les jours

2) **Désirez-vous souvent vous engagez dans une activité sexuelle ou un rapport sexuel ?**

- 1-Jamais
- 2-Rarement (une fois par mois ou moins)
- 3-Parfois (plus d'une fois par mois, jusqu'à deux fois par semaine)
- 4-Souvent (plus de deux fois par semaines)
- 5-Tous les jours

3) **A quelle fréquence, pensez-vous au sexe (pensées sexuelles, fantasmes sexuels) ?**

- 1-Jamais
- 2-Rarement (une fois par mois ou moins)
- 3-Parfois (plus d'une fois par mois, jusqu'à deux fois par semaine)
- 4-Souvent (plus de deux fois par semaines)
- 5-Tous les jours

4) **Prenez vous du plaisir à utiliser des supports avec un contenu sexuel (magazines, films, musiques, etc) ?**

- 1-Jamais
- 2-Rarement (une fois par mois ou moins)
- 3-Parfois (plus d'une fois par mois, jusqu'à deux fois par semaine)
- 4-Souvent (plus de deux fois par semaines)
- 5-Tous les jours

5) **A quel point avoir des pensées sexuelles ou avoir des fantasmes sexuels, est-il source de plaisir ou de contentement pour vous ?**

- 1-Pas de contentement ou de plaisir
- 2-Un peu de contentement ou de plaisir
- 3-Plaisir ou contentement modéré(s)
- 4-Beaucoup de contentement ou de plaisir
- 5-Enormément de contentement ou de plaisir

EXPLORATION DE L'ERECTION

6) **Au cours des 6 derniers mois, à quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?**

- 1-Pas sûr du tout
- 2-Pas très sûr
- 3-Moyennement sûr
- 4-Sûr
- 5-Très sûr

7) **Au cours des 6 derniers mois, lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, avec quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?**

- 1. Presque jamais ou jamais
- 2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5. Presque tout le temps ou tout le temps
- 0. Je n'ai pas été stimulé sexuellement

8) **Au cours des 6 derniers mois, lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire ?**

- 1. Presque jamais ou jamais
- 2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5. Presque tout le temps ou tout le temps
- 0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels

9) **Au cours des 6 derniers mois, pendant vos rapports sexuels, à quel point vous a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports ?**

- 1. Extrêmement difficile
- 2. Très difficile
- 3. Difficile
- 4. Un peu difficile
- 5. Pas difficile
- 0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels

10) **Au cours des 6 derniers mois, lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence en avez-vous été satisfait ?**

- 1. Presque jamais ou jamais
- 2. Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3. Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4. La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5. Presque tout le temps ou tout le temps

- 0. Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- 11) **Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous fait l'expérience d'érections douloureuses et/ou particulièrement prolongées (durant au moins 3 heures), même en dehors de toute activité ou tout rapport sexuel ?**
 - 1-Tous les jours
 - 2-Souvent (plus de deux fois par semaines)
 - 3-Parfois (plus d'une fois par mois, jusqu'à deux fois par semaine)
 - 4-Rarement (une fois par mois ou moins)
 - 5-Jamais

EXPLORATION DE L'ORGASME

On entend par orgasme la perception d'un plaisir physique et psychique intense accompagné d'un cortège de signes physiques (contractions musculaires, tachycardie, rougeur cutanée, transpiration ...). Chez l'homme, dans les conditions physiologiques, l'orgasme est contemporain de l'éjaculation, c'est-à-dire de l'expulsion par le pénis en érection de sperme sous pression.

Certains hommes peuvent ressentir un plaisir intense à l'acmé du rapport sexuel sans que ne survienne l'éjaculation. De même, d'autres hommes peuvent éjaculer sans ressentir de plaisir. Les questions qui suivent visent donc à examiner vos orgasmes et vos éjaculations.

- 12) **Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous été capable d'éjaculer lors de vos activités sexuelles ?**
 - 1. Jamais / je ne pouvais pas éjaculer.
 - 2. Moins de la moitié du temps (environ 25% de mes activités sexuelles)
 - 3. A peu près la moitié du temps (environ 50% de mes activités sexuelles).
 - 4. La plupart du temps (environ 75% de mes activités sexuelles).
 - 5. Tout le temps.
- 13) **Au cours des 4 dernières semaines, lors de vos activités sexuelles ou des rapports, combien de fois avez-vous eu l'impression que votre éjaculation mettait trop de temps à venir ?**
 - 1. Chaque fois
 - 2. La plupart du temps (environ 75% de mes activités sexuelles).
 - 3. La moitié du temps (environ 50% de mes activités sexuelles).
 - 4. Moins de la moitié du temps (environ 25% de mes activités sexuelles).
 - 5. Jamais
 - 0. Je ne pouvais pas éjaculer
- 14) **Au cours des 4 dernières semaines, lors de vos activités sexuelles, combien de fois avez-vous eu l'impression d'éjaculer alors qu'il n'y avait pas de sperme ?**
 - 1. Chaque fois
 - 2. La plupart du temps (environ 75% de mes activités sexuelles).
 - 3. La moitié du temps (environ 50% de mes activités sexuelles).
 - 4. Moins de la moitié du temps (environ 25% de mes activités sexuelles).
 - 5. Jamais
 - 0. Je ne pouvais pas éjaculer
- 15) **Au cours des 4 dernières semaines, lors de vos activités sexuelles ou rapports, à quelle fréquence avez-vous ressenti un plaisir intense au moment de l'éjaculation ?**
 - 1. Jamais
 - 2. Moins de la moitié du temps (environ 25% de mes activités sexuelles)
 - 3. A peu près la moitié du temps (environ 50% de mes activités sexuelles).
 - 4. La plupart du temps (environ 75% de mes activités sexuelles).

- 5. Tout le temps.
- 0. Je ne pouvais pas éjaculer

16) **A quel point vous a t'il été difficile de retarder votre éjaculation ?**

- 0. Pas difficile du tout
- 1. Peu Difficile
- 2. Assez difficile
- 3. Très difficile
- 4. Extrêmement difficile

17) **Ejaculez-vous suite à une très faible stimulation sexuelle ?**

- 0. Jamais
- 1. Quelques fois (pour 25% des activités sexuelles)
- 2. La moitié du temps (pour la moitié des activités sexuelles)
- 3. La plupart du temps (pour au moins 75% des activités sexuelles)
- 4. Presque toujours ou toujours (pour 100% des activités sexuelles)

18) **Votre éjaculation se produit-elle avant que vous ne le souhaitiez ?**

- 0. Jamais
- 1. Quelques fois (pour 25% des activités sexuelles)
- 2. La moitié du temps (pour la moitié des activités sexuelles)
- 3. La plupart du temps (pour au moins 75% des activités sexuelles)
- 4. Presque toujours ou toujours (pour 100% des activités sexuelles)

19) **Vous sentez-vous frustré d'éjaculer avant le moment souhaité ?**

- 0. Pas du tout
- 1. Légèrement
- 2. Modérément
- 3. Beaucoup
- 4. Extrêmement

20) **Vous sentez-vous affecté par l'insatisfaction générée chez votre partenaire ?**

- 0. Pas du tout
- 1. Légèrement
- 2. Modérément
- 3. Beaucoup
- 4. Extrêmement

EXPLORATION DE LA SATISFACTION SEXUELLE

21) **Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous essayé de pénétrer votre partenaire ?**

- 0. Pas de tentatives
- 1. 1 à 2 tentatives
- 2. 3 à 4 tentatives
- 3. 5 à 6 tentatives
- 4. 7 à 10 tentatives
- 5. 11 tentatives ou plus

22) **Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez tenté d'avoir des rapports sexuels, combien de fois ont-ils été satisfaisants pour vous ?**

- 1. Quasiment jamais ou jamais
- 2. Quelques fois (moins de la moitié des cas)

- 3. Parfois (à peu près la moitié des cas)
- 4. La plupart du temps (plus de la moitié des cas)
- 5. Quasiment toujours ou toujours
- 0. Je n'ai pas essayé d'avoir des rapports sexuels

23) **Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous obtenu du plaisir lors de vos rapports sexuels ?**

- 1. N'ai obtenu aucun plaisir
- 2. N'ai pas obtenu beaucoup de plaisir
- 3. Obtenu assez de plaisir
- 4. Obtenu beaucoup de plaisir
- 5. Obtenu énormément de plaisir
- 0. Pas de rapports sexuels

24) **Quel est votre niveau de satisfaction concernant votre libido/désir ?**

- 1-Je suis satisfait
- 2-Je ne suis pas satisfait

25) **Quel est votre niveau de satisfaction concernant vos érections ?**

- 1-Je suis satisfait
- 2-Je ne suis pas satisfait

26) **Quel est votre niveau de satisfaction concernant vos orgasmes ?**

- 1-Je suis satisfait
- 2-Je ne suis pas satisfait

EXPLORATION DE LA GENE

On appelle « gêne » tout mal-être ou toute souffrance psychologique personnelle durable et répétée résultant de la présence de difficultés sexuelles. Il peut s'agir d'un sentiment de frustration, de colère, d'anxiété, de tristesse, de la peur de recevoir une réflexion de la part de la/du partenaire, de la peur de la/le décevoir, de se sentir incapable d'honorer sa/son partenaire, de se sentir atteint dans sa virilité...

27) **Au cours du dernier mois, avez-vous été gêné par le niveau de votre désir sexuel ?**

- 1-Extrêmement gêné
- 2-Très gêné
- 3- Moyennement gêné
- 4- un peu gêné
- 5- Pas du tout gêné

28) **Au cours du dernier mois, si vous avez eu des difficultés à ce que votre verge devienne rigide ou reste rigide sans l'aide de médicaments pour l'érection, avez-vous été gêné par ce problème ?**

- 1-Extrêmement gêné
- 2-Très gêné
- 3- Moyennement gêné
- 4- un peu gêné
- 5- Pas du tout gêné / je n'ai pas eu de problèmes d'érection

29) **Au cours du dernier mois, si vous avez eu des difficultés pour éjaculer ou si vous n'avez pas pu éjaculer, cela vous a-t-il gêné ??**

- 1-Extrêmement gêné
- 2-Très gêné
- 3- Moyennement gêné
- 4- un peu gêné
- 5- Pas du tout gêné

Souhaitez-vous, pour terminer ce questionnaire, nous faire parvenir des remarques, des suggestions, des précisions ... etc ?

Ce questionnaire est maintenant terminé. Nous vous remercions d'y avoir participé et du temps que vous avez bien voulu y consacrer.

ANNEXE 2 – Lettre adressée au comité d'éthique en santé de Nantes

PHU 7 – UIC BIOLOGIE – CEIP-A

Laboratoire de pharmacologie clinique
Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance - addictovigilance

Nantes, le 18/07/2015

Madame le Professeur Françoise BALLEREAU,
Présidente du Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé,
DAM,
Immeuble Deurbroucq,
5 allée de l'île Gloriette
44093 NANTES cedex 1

Madame,

Par la présente, je sollicite l'avis des membres du Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS) pour discuter du caractère éthique de la recherche intitulée « **Dépression, antidépresseurs et sexualité : prévalence des dysfonctions sexuelles chez les hommes français présentant un syndrome dépressif majeur non traité et traité par antidépresseur. Perspectives de prise en charge** ». Cette recherche s'inscrit dans le cadre de ma thèse de psychiatre sexologue et ne bénéficie d'aucun financement.

Cette recherche non interventionnelle est motivée par un problème récurrent : la survenue de troubles sexuels dans la dépression et au cours des traitements antidépresseurs. Si la dépression n'est pas prise en charge, ces troubles sexuels sont susceptibles d'accentuer le mal-être et de renforcer l'autodépréciation et la culpabilité. Si on a recours aux antidépresseurs pour traiter la dépression, la survenue de dysfonctions sexuelles iatrogènes risque de mettre en péril l'observance thérapeutique et de précipiter une rechute dépressive.

Il est donc indispensable d'investiguer les troubles sexuels dans le cadre de la dépression pour améliorer leurs prises en charge, maintenir ou restaurer la qualité de vie et limiter le risque d'inobservance.

Cette recherche est réalisée au sein des services de pharmacologie clinique (Dr Caroline VICTORRI-VIGNEAU) et d'évaluation et traitement des troubles de l'humeur complexes du CHU de Nantes (Dr Anne SAUVAGET).

Elle sera menée au CHU de Nantes en collaboration avec un réseau de médecins libéraux, généralistes et psychiatres ; et des services hospitaliers de psychiatrie (CHU, CHS, Cliniques) des départements de Loire Atlantique et de Vendée.

Cette étude est irréversiblement anonyme. S'ils acceptent, les patients inclus rempliront un questionnaire composite évaluant leur sexualité à partir d'échelles validées. Les patients pourront remplir ce questionnaire au cabinet médical ou chez eux, selon leur volonté, mais toujours dans des conditions permettant intimité et discrétion.

La participation à cette recherche ne modifie en rien la prise en charge de chaque patient inclus et la pratique courante de chaque praticien.

Nous vous joignons :

- un exemplaire du protocole et le questionnaire ;
- un exemplaire des lettres d'information des patients et des médecins.

Nous vous remercions de bien vouloir adresser une copie de votre avis au Département promotion de la Direction de la Recherche, CHU de Nantes, Immeuble Deurbroucq, 5 allée de l'île Gloriette, 44093 Nantes Cedex1.

Je vous prie de croire, Madame, en l'assurance de mes salutations respectueuses.

Grégory BUSNEL
Interne DES de Psychiatrie
Etudiant en 2^e année de Sexologie

ANNEXE 3 – Courrier adressé aux médecins libéraux

Nantes
Le 30/06/2016

Docteur,

Il existe des liens étroits entre dépression, antidépresseurs et sexualité.

Cette relation est complexe. En effet il n'est pas toujours aisé de distinguer les dysfonctions sexuelles imputables à la dépression, à la pathologie somatique et à la iatrogénie.

De plus, une dysfonction sexuelle peut aussi entraîner une perte d'estime et de confiance en soi, une angoisse d'anticipation amorçant alors la plongée dans un état anxio-dépressif ou le renforçant. Il existe donc un lien bidirectionnel entre dépression et dysfonctions sexuelles, complexifiant encore plus ces relations.

Pour le médecin, qu'il soit généraliste ou psychiatre, si la prescription d'un antidépresseur est justifiée chez un patient dépressif, le premier objectif thérapeutique est l'amélioration clinique du patient.

Néanmoins, la prise en charge de la détresse psychique doit s'efforcer au maximum de respecter et maintenir une qualité de vie satisfaisante.

Or, la santé sexuelle fait partie intégrante de la qualité de vie selon l'OMS et comme en témoignent plusieurs études.

Néanmoins, les altérations de la sphère sexuelle pourtant fréquentes dans les syndromes dépressifs sont peu investiguées par les médecins.

La recherche de ce type d'atteintes est rendue difficile par le fait que les patients n'osent pas évoquer leurs difficultés sexuelles auprès de leur médecin, lequel peut aussi être gêné d'aborder le sujet.

Pourtant l'enjeu peut être majeur, il en va de la mise en péril de l'observance thérapeutique.

Malgré la complexité de l'évaluation, l'impact des antidépresseurs sur la vie sexuelle est fréquent et fermement établi aujourd'hui.

Ils pourraient provoquer une réduction ou augmentation du désir sexuel, des difficultés à obtenir ou maintenir une érection, un retard ou une impossibilité à éjaculer, une dissociation éjaculation-orgasme, une diminution de la quantité de sperme émise. Autant de symptômes qui peuvent compromettre une sexualité épanouie et donc la qualité de vie, surtout à un moment où on peut espérer pour le patient un regain de vitalité et d'envie de s'engager dans une activité sexuelle du fait de l'amélioration de l'état clinique résultant de l'effet du traitement.

Actuellement, les données publiées concernant les dysfonctions sexuelles dans la dépression traitée ou non sont contradictoires du fait du faible nombre d'études contrôlées réalisées et du grand nombre de publications de cas isolés. Nous ne disposons que de peu de données de prévalence récentes en France.

Les études se focalisant sur les répercussions des traitements antidépresseurs sur la vie sexuelle sont souvent de méthodologies hétérogènes donc difficilement comparables et comprennent de nombreux biais.

En effet, les items des questionnaires sont peu précis, parfois ces questionnaires ne sont pas validés ou ne font pas consensus. Certaines études se basent sur l'intensité de la gêne subjective attribuée aux psychotropes, d'autres font simplement état de « troubles ou dysfonctions sexuelles » sans les décrire.

Le terme général de dysfonction sexuelle n'est pas assez précis. Qu'est-ce qu'un « trouble sexuel » chez un homme déprimé ? Une baisse de libido ? Une dysfonction érectile ? Une atteinte de l'éjaculation ? Comment le prendre en charge s'il n'est même pas précisément défini ? On s'interroge aussi sur l'existence d'atteintes spécifiques à la dépression non traitée et à la dépression traitée.

Nous souhaiterions mettre en place une étude visant à établir **la prévalence des différentes dysfonctions sexuelles chez les hommes déprimés français.**

Cette étude viserait aussi à **caractériser les difficultés sexuelles que rencontrent les hommes déprimés, traités ou non**. Nous décrivons **les répercussions sur la vie sexuelle de la dépression non traitée et de la dépression traitée par des médicaments antidépresseurs**.

Sur le plan pratique, nous essayerions de proposer **un protocole de prise en charge des dysfonctions sexuelles chez les patients sous antidépresseur** dans le but de maintenir l'observance du traitement, de diminuer les risques de rechute dépressive et de satisfaire les exigences en matière de qualité de vie de nos patients.

C'est pourquoi nous vous proposons, d'inclure dans cette étude :

*Les patients de **sexe masculin** et âgés **d'au moins 18 ans** qui vous consulteront pour un **syndrome dépressif majeur***, quelle qu'en soit l'intensité, **traité par antidépresseur ou non traité**.*

*Ces patients peuvent être inclus quelles que soient les comorbidités et antécédents **sauf troubles bipolaires et psychotiques aigus ou chroniques**.*

*Ces patients peuvent être inclus quels que soient les traitements en cours à **l'exception des thymorégulateurs et neuroleptiques**.*

Nous vous demandons de bien vouloir **remettre** aux patients satisfaisant les conditions d'inclusion, **le dossier suivant après avoir rempli la « partie médicale »**.

Il faudra feuilleter le dossier avec votre patient en expliquant la finalité des trois parties :

- La première comprenant des questions d'ordre général sur leurs habitudes de vie et leur santé.
- La deuxième, comprenant un tableau qui permettra d'évaluer l'évolution de la fonction sexuelle sur différentes périodes de vie. Elle fait appel à la mémoire des patients. Afin d'éviter toute confusion, il sera nécessaire de bien montrer les colonnes qui concernent chaque patient, quitte à rayer celle qui ne les concerne pas. Les patients déprimés non traités ne doivent remplir que les colonnes A et B. Les patients déprimés traités par antidépresseur doivent remplir les colonnes A, B et C.
- La troisième partie, enfin, est un questionnaire qui évalue plus spécifiquement la fonction sexuelle sur la période actuelle identifiée B ou C. Les questions peuvent être vécues comme intrusives ou difficiles. Il convient alors d'insister sur l'importance capitale pour le bon déroulement de l'étude de bien remplir toutes les questions. Enfin le rappel du caractère strictement anonyme nous paraît vraiment indispensable.

Une fois le dossier intégralement rempli les patients doivent vous le restituer dans une enveloppe cachetée. Vous pourrez ainsi envoyer au service de pharmacologie clinique, jusqu'à 4 questionnaires dans une grande enveloppe pré-timbrée qui vous sera remise.

Nous vous remercions par avance pour le temps et l'énergie que vous accorderez à ce travail.

Rappel des critères diagnostiques de l'EDM

Pour rappel, pour porter le diagnostic d'un épisode dépressif majeur, il faut selon le DSM-5 :

- A. **Au moins 5 des symptômes suivants** doivent avoir été présents pendant une même période d'une **durée de 2 semaines** et avoir représenté une **rupture avec l'état antérieur** ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.
- **Humeur dépressive** présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
 - **Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir** pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
 - **Perte ou gain de poids significatif** (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.
 - **Insomnie ou hypersomnie** presque tous les jours.
 - **Agitation ou ralentissement psychomoteur** presque tous les jours.
 - **Fatigue ou perte d'énergie** tous les jours.
 - Sentiment de **dévalorisation ou de culpabilité** excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
 - **Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou** indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 - Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), **idées suicidaires** récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes induisent une **souffrance cliniquement significative** ou une **altération du fonctionnement** social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.
- D. L'épisode ne répond pas aux critères du troubles schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.
- E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

ANNEXE 4 – Courrier adressé aux médecins hospitaliers

Nantes
Le 30/06/2016

Docteur,

Il existe des liens étroits entre dépression, antidépresseurs et sexualité.

Cette relation est complexe. En effet il n'est pas toujours aisé de distinguer les dysfonctions sexuelles imputables à la dépression, à la pathologie somatique et à la iatrogénie.

De plus, une dysfonction sexuelle peut aussi entraîner une perte d'estime et de confiance en soi, une angoisse d'anticipation amorçant alors la plongée dans un état anxio-dépressif ou le renforçant. Il existe donc un lien bidirectionnel entre dépression et dysfonctions sexuelles, complexifiant encore plus ces relations.

Pour le médecin, qu'il soit généraliste ou psychiatre, si la prescription d'un antidépresseur est justifiée chez un patient dépressif, le premier objectif thérapeutique est l'amélioration clinique du patient.

Néanmoins, la prise en charge de la détresse psychique doit s'efforcer au maximum de respecter et maintenir une qualité de vie satisfaisante.

Or, la santé sexuelle fait partie intégrante de la qualité de vie selon l'OMS et comme en témoignent plusieurs études.

Néanmoins, les altérations de la sphère sexuelle pourtant fréquentes dans les syndromes dépressifs sont peu investiguées par les médecins.

La recherche de ce type d'atteintes est rendue difficile par le fait que les patients n'osent pas évoquer leurs difficultés sexuelles auprès de leur médecin, lequel peut aussi être gêné d'aborder le sujet.

Pourtant l'enjeu peut être majeur, il en va de la mise en péril de l'observance thérapeutique.

Malgré la complexité de l'évaluation, l'impact des antidépresseurs sur la vie sexuelle est fréquent et fermement établi aujourd'hui.

Ils pourraient provoquer une réduction ou augmentation du désir sexuel, des difficultés à obtenir ou maintenir une érection, un retard ou une impossibilité à éjaculer, une dissociation éjaculation-orgasme, une diminution de la quantité de sperme émise. Autant de symptômes qui peuvent compromettre une sexualité épanouie et donc la qualité de vie, surtout à un moment où on peut espérer pour le patient un regain de vitalité et d'envie de s'engager dans une activité sexuelle du fait de l'amélioration de l'état clinique résultant de l'effet du traitement.

Actuellement, les données publiées concernant les dysfonctions sexuelles dans la dépression traitée ou non sont contradictoires du fait du faible nombre d'études contrôlées réalisées et du grand nombre de publications de cas isolés. Nous ne disposons que de peu de données de prévalence récentes en France.

Les études se focalisant sur les répercussions des traitements antidépresseurs sur la vie sexuelle sont souvent de méthodologies hétérogènes donc difficilement comparables et comprennent de nombreux biais.

En effet, les items des questionnaires sont peu précis, parfois ces questionnaires ne sont pas validés ou ne font pas consensus. Certaines études se basent sur l'intensité de la gêne subjective attribuée aux psychotropes, d'autres font simplement état de « troubles ou dysfonctions sexuelles » sans les décrire.

Le terme général de dysfonction sexuelle n'est pas assez précis. Qu'est-ce qu'un « trouble sexuel » chez un homme déprimé ? Une baisse de libido ? Une dysfonction érectile ? Une atteinte de l'éjaculation ? Comment le prendre en charge s'il n'est même pas précisément défini ? On s'interroge aussi sur l'existence d'atteintes spécifiques à la dépression non traitée et à la dépression traitée.

Nous souhaiterions mettre en place une étude visant à établir **la prévalence des différentes dysfonctions sexuelles chez les hommes déprimés français.**

Cette étude viserait aussi à **caractériser les difficultés sexuelles que rencontrent les hommes déprimés, traités ou non**. Nous décrivons **les répercussions sur la vie sexuelle de la dépression non traitée et de la dépression traitée par des médicaments antidépresseurs**.

Sur le plan pratique, nous essayerions de proposer **un protocole de prise en charge des dysfonctions sexuelles chez les patients sous antidépresseur** dans le but de maintenir l'observance du traitement, de diminuer les risques de rechute dépressive et de satisfaire les exigences en matière de qualité de vie de nos patients.

C'est pourquoi nous vous proposons, d'inclure dans cette étude :

*Les patients de **sexe masculin** et âgés **d'au moins 18 ans** qui vous consulteront pour un **syndrome dépressif majeur***, quelle qu'en soit l'intensité, **traité par antidépresseur ou non traité**.*

*Ces patients peuvent être inclus quelles que soient les comorbidités et antécédents **sauf troubles bipolaires et psychotiques aigus ou chroniques**.*

*Ces patients peuvent être inclus quels que soient les traitements en cours à **l'exception des thymorégulateurs et neuroleptiques**.*

Nous vous demandons de bien vouloir **remettre** aux patients satisfaisant les conditions d'inclusion, **le dossier suivant après avoir rempli la « partie médicale »**.

Il faudra feuilleter le dossier avec votre patient en expliquant la finalité des trois parties :

- La première comprenant des questions d'ordre général sur leurs habitudes de vie et leur santé.
- La deuxième, comprenant un tableau qui permettra d'évaluer l'évolution de la fonction sexuelle sur différentes périodes de vie. Elle fait appel à la mémoire des patients. Afin d'éviter toute confusion, il sera nécessaire de bien montrer les colonnes qui concernent chaque patient, quitte à rayer celle qui ne les concerne pas. Les patients déprimés non traités ne doivent remplir que les colonnes A et B. Les patients déprimés traités par antidépresseur doivent remplir les colonnes A, B et C.
- La troisième partie, enfin, est un questionnaire qui évalue plus spécifiquement la fonction sexuelle sur la période actuelle identifiée B ou C. Les questions peuvent être vécues comme intrusives ou difficiles. Il convient alors d'insister sur l'importance capitale pour le bon déroulement de l'étude de bien remplir toutes les questions. Enfin le rappel du caractère strictement anonyme nous paraît vraiment indispensable.

Une fois le dossier intégralement rempli les patients doivent vous le restituer dans une enveloppe cachetée. Vous pourrez ainsi envoyer les enveloppes au service de pharmacologie clinique, par courrier interne à l'adresse suivante :

Dr Caroline VICTORRI-VIGNEAU
CEIP-Addictovigilance
Service de pharmacologie clinique
Institut de Biologie
CHU Hôtel Dieu
9, quai Moncousu
44093 Nantes Cedex 1

Nous vous remercions par avance pour le temps et l'énergie que vous accorderez à ce travail.

(La même annexe que celle visible en page 180 était fournie)

AVIS

Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS)

Nom du protocole Code et versioning	Protocole <i>Sexualité, Antidépresseurs et Dépression, (SADD)</i> Réf. : RC16_0074 « Dépressions, antidépresseurs et sexualité : prévalences des dysfonctions sexuelles (DS) chez les hommes français présentant un syndrome dépressif majeur non traité ou traité par antidépresseur. Perspectives de prises en charge ».
--	---

Investigateur principal	BUSNEL Grégory Dr VICTORRI-VIGNEAU Caroline Dr Anne SAUVAGET
Lieu de l'étude	CHU Nantes Et Médecins généralistes et psychiatres de la région
Type de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> • Etude épidémiologique • Etude multicentrique régionale • Etude prospective
Type patients/participants	Les patients de sex masculin et âgés d'au moins 18 ans qui consultent pour un syndrome dépressif majeur* , quelle qu'en soit l'intensité, traité par antidépresseur depuis moins de 6 mois ou non traité
Nombre de patients/participants prévus	Durée totale de l'étude de 1 an : recrutement des patients tout venants sur une période de 3mois sans précision de nombre
Objectif principal	Déterminer les prévalences des différentes DS que rencontrent les hommes déprimés non traités d'une part, et des hommes déprimés bénéficiant d'un traitement antidépresseur d'autre part.
Objectif secondaire	Spécificités concernant les atteintes sexuelles dans ces deux groupes Comorbidités somatiques contribuant à l'atteinte sexuelle Antidépresseurs les mieux tolérés sur le plan sexuel

Documents communiqués

Justification de l'étude	Oui
Méthodologie	Oui
Lettre d'information	Aux Médecins et Aux patients
Lettre de consentement	Oui/information

Remarques générales

Le GNEDS formule d'abord la remarque qu'il n'a pas pour mission de donner un avis sur les aspects scientifiques du protocole, en particulier sur l'adéquation de la méthodologie aux objectifs poursuivis par l'étude. Il ne tient compte des données d'ordre scientifique et méthodologique que dans la mesure où elles ont des implications d'ordre éthique. Dans le cas présent, il se bornera à constater que les objectifs de cette étude et sa méthodologie sont conformes aux principes de l'éthique.

Confidentialité

Confidentialité	Oui
Anonymat	Oui
CNIL	Non

Information et consentement

Consentement :

Recueil nécessaire	Oui
Type consentement préférable	Oral
Traçabilité dans le dossier	Oui

Commentaires : l'information et le consentement sont placés en début du dossier patient

Lettre information précisant:

Titre de l'étude	Non
But de l'étude	Oui
Déroulement de l'étude	Oui
Prise en charge courante inchangée	Non
Possibilité de refus de transmission des résultats	Non applicable
Possibilité de recevoir résultats de l'étude	Non applicable
Traçabilité dans le dossier	Non

Commentaires :

Une lettre aux médecins investigateurs est jointe. Elle est de bonne qualité

Dans ce protocole surement difficile, l'étude est basée sur un questionnaire dont la première partie est renseignée par le médecin et la deuxième partie par le patient. Le tout est placé dans une enveloppe anonymisée et fermée par le patient. Le questionnaire est renseigné en 20 à 25 minutes. La lettre d'information du patient est jointe au dossier patient. Ceci peut se comprendre comme la forme orale du recueil de consentement. Par contre il manque le titre de l'étude, la possibilité de refus de participer avec une prise en charge inchangée.

Ce protocole est intéressant et très ambitieux car il repose sur la participation des médecins traitants qui devront y consacrer un temps important.

Conclusion

Avis favorable	Oui
Révision nécessaire selon commentaires	Oui

Membres présents lors de la séance du GnedS du 20 septembre 2016 : F Ballereau, P Barrière, J Ricot, P Hamonic, MO Besnier, F. Jahan-Jounis, C Héry-Chauvet, N Garret-Gloanec, C Dreyfus-Le Foyer, JJ Ferron

ANNEXE 6 – Dictionnaire des abréviations

AD	Antidépresseur
ADT	Antidépresseur tricyclique
AMM	Autorisation de mise sur le marché
CGI-SF	Clinical Global Impression Scale for Sexual Function
CIM-10	Classification Internationale des Maladies (10 ^e version)
CIM-11	Classification Internationale des Maladies (11 ^e version)
CSFQ	Change in Sexual Functioning Questionnaire
DE	Dysfonction érectile
DISF	Derogatis Interview for Sexual Functioning
DS	dysfonction sexuelle
DSM 5	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (5 ^e version)
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (4 ^e version révisée)
EP	Ejaculation prématurée
Etude SADD	Etude Sexualité, Anti-dépresseurs et dépressions
IIEF	International Index of Erectile Function
IPDE5	Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5
IRS	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine
IRSNa	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
NS	Non significatif
p	p-value
PEDT	Premature Ejaculation Diagnostic Tool
RS	rapport sexuel
SEAR	Self-Esteem And Relationship Questionnaire
SHIM	Sexual Health Inventory for men

ANNEXE 7 – Lettre de recrutement des médecins

Nantes, le 12/09/2016

Chères consœurs, chers confrères,

Par la présente lettre, je sollicite votre participation à la recherche « **Dépression, antidépresseurs et sexualité : prévalence des dysfonctions sexuelles chez les hommes français présentant un trouble dépressif caractérisé non traité et traité par antidépresseur. Perspectives de prise en charge** ». Cette recherche s'inscrit dans le cadre de ma thèse pour le diplôme de médecin psychiatre sexologue.

Cette recherche non interventionnelle multicentrique est motivée par un problème récurrent : la survenue de troubles sexuels dans la dépression et au cours des traitements antidépresseurs. Si la dépression n'est pas prise en charge, ces troubles sexuels sont susceptibles d'accentuer le mal-être et de renforcer l'autodépréciation et la culpabilité. Si l'on a recours aux antidépresseurs pour traiter la dépression, la survenue de dysfonctions sexuelles iatrogènes risque de mettre en péril l'observance thérapeutique et de précipiter une rechute dépressive.

Il est donc indispensable d'investiguer les troubles sexuels dans le cadre de la dépression pour améliorer leur prise en charge, maintenir ou restaurer la qualité de vie et limiter le risque d'inobservance.

Cette recherche est encadrée par les services de pharmacologie clinique (Dr Caroline VICTORRI-VIGNEAU) et d'évaluation et traitement des troubles de l'humeur complexes du CHU de Nantes (Dr Anne SAUVAGET).

Elle sera menée au CHU de Nantes en collaboration avec un réseau de médecins libéraux, généralistes et psychiatres ; et des services hospitaliers de psychiatrie (CHU, CHS, Cliniques) des départements de Loire Atlantique et de Vendée.

Il s'agit d'une recherche irréversiblement anonyme. S'ils acceptent les patients inclus rempliront un questionnaire composite évaluant leur sexualité à partir d'échelles validées. Les patients pourront remplir ce questionnaire au cabinet médical ou chez eux, selon leur volonté, mais toujours dans des conditions permettant intimité et discrétion.

La participation à cette recherche ne modifie en rien la prise en charge de chaque patient inclus et la pratique courante de chaque praticien.

Pour les médecins, votre tâche consiste à proposer l'étude à tout patient homme ayant reçu un diagnostic de trouble dépressif caractérisé qu'il soit traité ou non. Après accord du patient, il vous sera demandé de remplir la première page du questionnaire qui concerne les informations médicales générales avant de le remettre au patient en expliquant comment le remplir et récupérer le questionnaire lequel aura été préalablement glissé dans une enveloppe fermée par le patient.

Cette problématique concerne tous les médecins prenant en charge des patients dépressifs : si vous souhaitez participer à ce travail d'évaluation visant à améliorer nos prises en charges, je vous invite à vous manifester auprès de moi. Je pourrai alors vous transmettre le matériel de l'étude.

Je suis par ailleurs à votre disposition pour toute information.

Je vous prie de croire, chers confrères, chères consœurs, en l'assurance de mes salutations respectueuses.

Grégory Busnel

ANNEXE 8 : International Index for Erectile Function (IIEF)

Ageing Male Clinic ■ Luikersteenweg 232/6 ■ 3500 Hasselt ■ Tel. : 011-28 38 29 ■ Fax : 011-28 32 51
info@ageingmaleclinic.be ■ www.ageingmaleclinic.be



Questionnaire IIEF

Ces questions concernent les troubles de l'érection que vous avez éventuellement pu avoir **au cours des quatre dernières semaines**. Prière de répondre à ces questions de la manière la plus honnête et la plus claire possible. Prière de répondre à chaque question en cochant une seule case [x]. Si vous n'êtes pas certain de la réponse à donner, prière de donner votre meilleure réponse possible.

Lors de la réponse à ces questions, les définitions suivantes s'appliquent :

1. Rapports sexuels

Pénétration du partenaire.

2. Activité sexuelle

Inclut les rapports sexuels, les caresses, les préliminaires et la masturbation.

3. Ejaculation

Ejection de sperme par le pénis (ou une sensation d'éjection)

4. Stimulation sexuelle

Inclut des situations telles que les jeux amoureux ou la visualisation d'images érotiques.

1. Au cours des quatre dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous pu obtenir une érection au cours d'une activité sexuelle??
 - Pas d'activité sexuelle
 - Quasiment toujours ou toujours
 - La plupart du temps (plus de la moitié des cas)
 - Parfois (à peu près la moitié des cas)
 - Quelquefois (moins de la moitié des cas)
 - Quasiment jamais ou jamais

2. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez eu une érection suite à une stimulation sexuelle⁴, à quelle fréquence ces érections étaient assez rigides pour permettre une pénétration?
 - Pas de stimulation sexuelle
 - Quasiment toujours ou toujours
 - La plupart du temps (plus de la moitié des cas)
 - Parfois (à peu près la moitié des cas)
 - Quelquefois (moins de la moitié des cas)
 - Quasiment jamais ou jamais

Les questions suivantes concernent les érections que vous avez éventuellement pu avoir au cours des rapports sexuels¹.

3. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels¹, à quelle fréquence avez-vous été capable de pénétrer (entrer dans) votre partenaire ? ?
 - Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
 - Quasiment toujours ou toujours
 - La plupart du temps (plus de la moitié des cas)
 - Quelquefois (moins de la moitié des cas)
 - Quelquefois (moins de la moitié des cas)
 - Quasiment jamais ou jamais

1. Rapports sexuels: Pénétration du partenaire.

2. Activité sexuelle: Inclut les rapports sexuels, les caresses, les préliminaires et la masturbation.

3. Ejaculation: Ejection de sperme par le pénis (ou une sensation d'éjection)

4. Stimulation sexuelle: Inclut des situations telles que les jeux amoureux ou la visualisation d'images érotiques.



Questionnaire IIEF (suite - p2)

4. Au cours des 4 dernières semaines, durant les rapports sexuels¹, à quelle fréquence avez-vous été capable de maintenir votre érection une fois avoir pénétré (être entré dans) votre partenaire?

- Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- Quasiment toujours ou toujours
- La plupart du temps (plus de la moitié des cas)
- Quelquefois (moins de la moitié des cas)
- Quelquefois (moins de la moitié des cas)
- Quasiment jamais ou jamais

5. Au cours des 4 dernières semaines, durant les rapports sexuels¹, à quel point a-t-il été difficile de maintenir une érection jusqu'à la fin des rapports ?

- Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- Extrêmement difficile
- Très difficile
- Difficile
- Un peu difficile
- Pas difficile

6. Au cours des 4 semaines précédentes, combien de fois avez-vous essayé d'avoir des rapports sexuels²?

- Pas de tentative
- 1 à 2 tentatives
- 3 à 4 tentatives
- 5 à 6 tentatives
- 7 à 10 tentatives
- > 11 tentatives

7. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous avez tenté d'avoir des rapports sexuels¹, combien de fois ont-ils été satisfaisants pour vous ?

- Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- Quasiment toujours ou toujours
- La plupart du temps (plus de la moitié des cas)
- Parfois (à peu près la moitié des cas)
- Quelquefois (moins de la moitié des cas)
- Quasiment jamais ou jamais

© Ageing Male Clinic

1. Rapports sexuels: Pénétration du partenaire.

2. Activité sexuelle: Inclut les rapports sexuels, les caresses, les préliminaires et la masturbation.

3. Ejaculation: Ejection de sperme par le pénis (ou une sensation d'éjection).

4. Stimulation sexuelle: Inclut des situations telles que les jeux amoureux ou la visualisation d'images érotiques.



Questionnaire IIEF (suite - p3)

8. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous obtenu du plaisir lors de vos rapports sexuels¹ ?
- Pas de rapports
 - Obtenu énormément de plaisir
 - Obtenu beaucoup de plaisir
 - Obtenu assez de plaisir
 - N'ai pas obtenu beaucoup de plaisir
 - N'ai obtenu aucun plaisir
9. Au cours des 4 dernières semaines, lors de votre stimulation sexuelle⁴ ou vos rapports sexuels¹, à quelle fréquence avez-vous éjaculé ?
- Pas de stimulation ni de rapports sexuels
 - Quasiment toujours ou toujours
 - La plupart du temps (plus de la moitié des cas)
 - Parfois (à peu près la moitié des cas)
 - Quelquefois (moins de la moitié des cas)
 - Quasiment jamais ou jamais
10. Au cours des 4 dernières semaines, lors de votre stimulation sexuelle⁴ ou de rapports sexuels¹, à quelle fréquence avez-vous ressenti un orgasme avec ou sans éjaculation³ ?
- Pas de stimulation ni de rapports sexuels
 - Quasiment toujours ou toujours
 - La plupart du temps (plus de la moitié des cas)
 - Parfois (à peu près la moitié des cas)
 - Quelquefois (moins de la moitié des cas)
 - Quasiment jamais ou jamais

Les questions suivantes concernent le désir sexuel. Celui-ci se définit comme une sensation pouvant inclure le désir d'avoir une expérience sexuelle (par exemple une masturbation ou des rapports), des pensées d'ordre sexuel ou le sentiment d'une frustration du fait de l'absence d'activité sexuelle.

11. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti un désir sexuel ?
- Quasiment toujours ou toujours
 - La plupart du temps (plus de la moitié des cas)
 - Parfois (à peu près la moitié des cas)
 - Quelquefois (moins de la moitié des cas)
 - Quasiment jamais ou jamais

© Ageing Male Clinic

1. Rapports sexuels: Pénétration du partenaire.
2. Activité sexuelle: Inclut les rapports sexuels, les caresses, les préliminaires et la masturbation.
3. Ejaculation: Ejection de sperme par le pénis (ou une sensation d'éjection).
4. Stimulation sexuelle: Inclut des situations telles que les jeux amoureux ou la visualisation d'images érotiques.



Questionnaire IIEF (suite - p4)

12. Au cours des 4 dernières semaines, comment coteriez-vous votre désir sexuel ?

- Très élevé
- Elevé
- Modéré
- Faible
- Très faible ou absent

13. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfait de votre vie sexuelle globale ?

- Très satisfait
- Modérément satisfait
- A peu près autant satisfait qu'insatisfait
- Modérément insatisfait
- Très insatisfait

14. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous été satisfait de votre relation sexuelle avec votre partenaire ?

- Très satisfait
- Modérément satisfait
- A peu près autant satisfait qu'insatisfait
- Modérément insatisfait
- Très insatisfait

15. Au cours des 4 dernières semaines, comment coteriez-vous votre confiance sur le fait de pouvoir obtenir et maintenir une érection ?

- Très élevée
- Elevée
- Modérée
- Faible
- Très faible ou absente

© Ageing Male Clinic

1. Rapports sexuels: Pénétration du partenaire.
2. Activité sexuelle: Inclut les rapports sexuels, les caresses, les préliminaires et la masturbation.
3. Ejaculation: Ejection de sperme par le pénis (ou une sensation d'éjection)
4. Stimulation sexuelle: Inclut des situations telles que les jeux amoureux ou la visualisation d'images érotiques.

ANNEXE 9 : Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ)

CHANGES IN SEXUAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE (CSFQ-M-C)

Patient Name _____

Today's Date _____

NOTE: This is a questionnaire about sexual activity and sexual function. By sexual activity, we mean sexual intercourse, masturbation, sexual fantasies and other activity.

1. Compared with the most enjoyable it has ever been, how enjoyable or pleasurable is your sexual life right now?

- 1-No enjoyment or pleasure
- 2-Little enjoyment or pleasure
- 3-Some enjoyment or pleasure
- 4-Much enjoyment or pleasure
- 5-Great enjoyment or pleasure

2. How frequently do you engage in sexual activity (sexual intercourse, masturbation, etc.) now?

- 1-Never
- 2-Rarely (once a month or less)
- 3-Sometimes (more than once a month, up to twice a week)
- 4-Often (more than twice a week)
- 5-Every day

3. How often do you desire to engage in sexual activity?

- 1-Never
- 2-Rarely (once a month or less)
- 3-Sometimes (more than once a month, up to twice a week)
- 4-Often (more than twice a week)
- 5-Every day

4. How frequently do you engage in sexual thoughts (thinking about sex, sexual fantasies) now?

- 1-Never
- 2-Rarely (once a month or less)
- 3-Sometimes (more than once a month, up to twice a week)
- 4-Often (more than twice a week)
- 5-Every day

5. Do you enjoy books, movies, music or artwork with sexual content?

- 1-Never
- 2-Rarely (once a month or less)
- 3-Sometimes (more than once a month, up to twice a week)
- 4-Often (more than twice a week)
- 5-Every day

6. How much pleasure or enjoyment do you get from thinking about and fantasizing about sex?

- 1-No enjoyment or pleasure
- 2-Little enjoyment or pleasure
- 3-Some enjoyment or pleasure
- 4-Much enjoyment or pleasure
- 5-Great enjoyment or pleasure

7. How often do you have an erection related or unrelated to sexual activity?

- 1-Never
- 2-Rarely (once a month or less)
- 3-Sometimes (more than once a month, up to twice a week)
- 4-Often (more than twice a week)
- 5-Every day

8. Do you get an erection easily?

- 1-Never
- 2-Rarely (much less than half the time)
- 3-Sometimes (about half the time)
- 4-Often (much more than half the time)
- 5-Always

9. Are you able to maintain an erection?

- 1-Never
- 2-Rarely (much less than half the time)
- 3-Sometimes (about half the time)
- 4-Often (much more than half the time)
- 5-Always

10. How often do you experience painful, prolonged erections?

- 5-Never
- 4-Rarely (once a month or less)
- 3-Sometimes (more than once a month, up to twice a week)
- 2-Often (more than twice a week)
- 1-Every day

11. How often do you have an ejaculation?

- 1-Never
- 2-Rarely (once a month or less)
- 3-Sometimes (more than once a month, up to twice a week)
- 4-Often (more than twice a week)
- 5-Every day

12. Are you able to ejaculate when you want to?

- 1-Never
- 2-Rarely (much less than half the time)
- 3-Sometimes (about half the time)
- 4-Often (much more than half the time)
- 5-Always

13. How much pleasure or enjoyment do you get from your orgasms?

- 1-No enjoyment or pleasure
- 2-Little enjoyment or pleasure
- 3-Some enjoyment or pleasure
- 4-Much enjoyment or pleasure
- 5-Great enjoyment or pleasure

14. How often do you have painful orgasm?

- 5-Never
- 4-Rarely (once a month or less)
- 3-Sometimes (more than once a month, up to twice a week)
- 2-Often (more than twice a week)
- 1-Every day

_____ = Pleasure (Item 1)

_____ = Desire/Frequency (Item 2 + Item 3)

_____ = Desire/Interest (Item 4 + Item 5 + Item 6)

_____ = Arousal/Erection (Item 7 + Item 8 + Item 9)

_____ = Orgasm/Ejaculation (Item 11 + Item 12 + Item 13)

_____ = Total CSFQ Score (Items 1 to 14)

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING AND SCORING THE CSFQ

Ask the patient to complete all 14 items on the clinical version of the CSFQ. The patient should place a check (✓) in the box corresponding to the response for that particular item. The patient should choose only one response per item.

To score items on the CSFQ, take the numerical value or weight indicated for a particular response. For example, in Item 1, a response of "some enjoyment or pleasure" has a numerical value of 3, whereas a response of "much enjoyment or pleasure" has a numerical value of 4. Some items have responses that are reverse-scored: for example, on Item 14 in the CSFQ-F-C version, a response of "never" has a numerical value of 5, whereas a response of "every day" has a value of 1.

To calculate the Total CSFQ score, add up the values of the responses for all 14 items. To calculate subscale scores, add up the values for only the items that correspond to a particular subscale (see shaded box on front side). To determine if sexual dysfunction is present, refer to the gender-specific scoring protocols below.

Scoring for CSFQ-M-C: (Male Clinical Version)

If the male patient obtains a score at or below the following cut-off points* on any of these scales, it is indicative of sexual dysfunction:

Total CSFQ score:	47.0 (range: 14 to 70)
Sexual Desire/Frequency score:	8.0 (range: 2 to 10)
Sexual Desire/Interest:	11.0 (range: 3 to 15)
Sexual Pleasure:	4.0 (range: 1 to 5)
Sexual Arousal/Excitement:	13.0 (range: 3 to 15)
Sexual Orgasm/Completion:	13.0 (range: 3 to 15)

ANNEXE 10 : Sexual Health Inventory for Men (SHIM)

Q1 Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, avec quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?

- 0 = Je n'ai pas été stimulé sexuellement
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5 = Presque tout le temps ou tout le temps*

Q2 Pendant vos rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire (introduction du pénis dans le vagin) ?

- 0 = Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q3 Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous-a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports ?

- 0 = Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- 1 = Extrêmement difficile
- 2 = Très difficile
- 3 = Difficile
- 4 = Un peu difficile
- 5 = Pas difficile

Q4 À quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?

- 1 = Pas sûr du tout
- 2 = Pas très sûr
- 3 = Moyennement sûr
- 4 = Sûr
- 5 = Très sûr

Q5 Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence en avez-vous été satisfait ?

- 0 = Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5 = Presque tout le temps ou tout le temps

- Erection normale : score 22–25 ;
- DE peu sévère (*mild*) : score 17–21 ;
- DE peu à moyennement sévère (*mild to moderate*) : score 12–16 ;
- DE moyennement sévère (*moderate*) : score 8–11 ;
- DE sévère (*severe*) : score 5–7.

ANNEXE 11 : Men Sexual Health Questionnaire (MSHQ)

Introduction : Les questions suivantes portent sur différents aspects de vos capacités à avoir des rapports sexuels. Ces questions portent sur toutes les activités sexuelles que vous avez eues avec votre partenaire habituel(le), avec d'autres partenaires ou en vous masturbant. Par activité sexuelle, nous entendons tout type d'activité sexuelle que vous avez eu, y compris la pénétration, les caresses buccales ou toute autre activité sexuelle qui peut conduire à une éjaculation.

Il peut être difficile de répondre à certaines de ces questions. Merci de répondre au plus de questions possibles et de rester aussi sincère que possible en y répondant. Nous vous rappelons que toutes vos réponses resteront confidentielles.

Les premières questions portent sur vos érections, autrement dit sur la façon dont vous « bandez ».

Au cours du dernier mois, avez-vous pris des médicaments pour des problèmes d'érection ?

Oui Non

Échelle sur l'érection

Q1. Au cours du dernier mois, sans l'aide de médicaments, combien de fois avez-vous réussi à avoir une érection quand vous en aviez envie ?

5 Tout le temps

4 La plupart du temps

3 À peu près la moitié du temps

2 Moins de la moitié du temps

1 Jamais

0 J'ai utilisé des médicaments pour l'érection lors de chaque rapport sexuel

Q2. Au cours du dernier mois, si vous avez pu avoir une érection, sans l'aide de médicaments, combien de fois avez-vous pu rester rigide aussi longtemps que vous le souhaitiez ?

5 Tout le temps

4 La plupart du temps

3 À peu près la moitié du temps

2 Moins de la moitié du temps

1 Jamais

0 J'ai utilisé des médicaments pour l'érection lors de chaque rapport sexuel

Q3. Au cours du dernier mois, si vous avez pu avoir une érection, sans utiliser de médicaments, comment évaluez-vous la rigidité de vos érections ?

5 Complètement rigides

4 Presque complètement rigides

3 Plutôt rigides, mais pouvant se ramollir

2 Un peu rigides, mais facilement ramollies

1 Pas rigides du tout

0 J'ai utilisé des médicaments pour l'érection lors de chaque rapport sexuel

Score total sur l'érection (0-15)

Item sur la Gêne (Problèmes d'Érection)

Q4. Au cours du dernier mois, si vous avez eu des difficultés à ce que votre verge devienne rigide ou reste rigide sans l'aide de médicaments pour l'érection, avez-vous été gêné par ce problème ?

5 Pas du tout gêné/Je n'ai pas eu de problème d'érection

4 Un peu gêné

3 Moyennement gêné

2 Très gêné

1 Extrêmement gêné

Echelle sur l'éjaculation

Introduction : La section suivante concerne votre éjaculation et le plaisir associé à votre éjaculation. L'éjaculation correspond à l'expulsion de sperme lors de l'orgasme sexuel. Les questions suivantes concernent les éjaculations que vous avez lors d'activités sexuelles. Nous vous demandons de penser aux éjaculations que vous avez eues avec votre partenaire habituel(le), d'autres partenaires ou en

vous masturbant.

Q5. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous été capable d'éjaculer lors d'une activité sexuelle ?

- 5 Tout le temps
- 4 La plupart du temps
- 3 À peu près la moitié du temps
- 2 Moins de la moitié du temps
- 1 Jamais/Je ne pouvais pas éjaculer

Q6. Au cours du dernier mois, lorsque vous aviez une activité sexuelle, combien de fois avez-vous eu l'impression que l'éjaculation mettait trop de temps à venir ?

- 5 Jamais
- 4 Moins de la moitié du temps
- 3 Environ la moitié du temps
- 2 La plupart du temps
- 1 Chaque fois
- 0 Je ne pouvais pas éjaculer

Q7. Au cours du dernier mois, combien de fois, lors d'une activité sexuelle, avez-vous eu l'impression d'éjaculer alors qu'il n'y avait pas de sperme ?

- 5 Jamais
- 4 Moins de la moitié du temps
- 3 Environ la moitié du temps
- 2 La plupart du temps
- 1 Chaque fois
- 0 Je ne pouvais pas éjaculer

Q8 Comment évaluez-vous la force ou la puissance des éjaculations que vous avez eues au cours du dernier mois ?

- 5 Aussi fortes qu'elles ont toujours été/pareilles ou inchangées
- 4 Un peu moins fortes
- 3 Moins fortes
- 2 Beaucoup moins fortes
- 1 Considérablement moins fortes
- 0 Je ne pouvais pas éjaculer

Q9. En vous basant sur le dernier mois, comment évaluez-vous le volume ou la quantité de sperme lorsque vous éjaculez ?

- 5 Aussi abondant qu'il a toujours été/pareil ou inchangé
- 4 Un peu moins abondant
- 3 Moins abondant
- 2 Beaucoup moins abondant
- 1 Considérablement moins abondant
- 0 Je ne pouvais pas éjaculer

Q10. Par comparaison à il y a UN mois, diriez-vous que le plaisir physique que vous avez ressenti en éjaculant a...

- 5 Beaucoup augmenté
- 4 Augmenté moyennement
- 3 Pas de changement
- 2 Moyennement diminué
- 1 Beaucoup diminué
- Je ne pouvais pas éjaculer

Q11. Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti une douleur physique ou de la gêne pendant l'éjaculation ? Diriez-vous que vous avez eu...

- 5 Aucune douleur
- 4 Un peu de douleur ou d'inconfort
- 3 Une douleur ou un inconfort modéré(e)
- 2 Une grande douleur ou un grand inconfort
- 1 Énormément de douleur ou d'inconfort
- 0 Je ne pouvais pas éjaculer

Item sur la gêne (éjaculation)

Q12. Au cours du dernier mois, si vous avez eu des difficultés pour éjaculer ou si vous n'avez pas pu éjaculer, cela vous a-t-il gêné ?

- 5 Pas du tout gêné
- 4 Un peu gêné
- 3 Moyennement gêné
- 2 Très gêné
- 1 Extrêmement gêné

Score sur la gêne (Problèmes d'éjaculation) (1–5)

Echelle sur la satisfaction

Les quelques questions suivantes portent sur votre relation avec votre partenaire habituel(le) au cours du dernier mois. Certaines de ces questions portent sur vos relations sexuelles, alors que d'autres portent sur vos relations en général.

Q13. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait des relations sexuelles que vous avez avec votre partenaire habituel(le) ? (ne cocher qu'une seule case)

- 5 Extrêmement satisfait
- 4 Moyennement satisfait
- 3 Ni satisfait ni insatisfait
- 2 Moyennement insatisfait
- 1 Extrêmement insatisfait

Q14. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la qualité de votre vie sexuelle avec votre partenaire habituel(le) ?

- 5 Extrêmement satisfait
- 4 Moyennement satisfait
- 3 Ni satisfait ni insatisfait
- 2 Moyennement insatisfait
- 1 Extrêmement insatisfait

Q15. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la fréquence de vos rapports sexuels avec votre partenaire habituel(le) ?

- 5 Extrêmement satisfait
- 4 Moyennement satisfait
- 3 Ni satisfait ni insatisfait
- 2 Moyennement insatisfait
- 1 Extrêmement insatisfait

Q16. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait des signes de tendresse que vous et votre partenaire habituel(le) montrez lors des rapports sexuels ?

- 5 Extrêmement satisfait
- 4 Moyennement satisfait
- 3 Ni satisfait ni insatisfait
- 2 Moyennement insatisfait
- 1 Extrêmement insatisfait

Q17. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous et votre partenaire habituel(le) parlez de sexualité ?

- 5 = Extrêmement satisfait
- 4 = Moyennement satisfait
- 3 = Ni satisfait ni insatisfait
- 2 = Moyennement insatisfait
- 1 = Extrêmement insatisfait

Q18. Sans tenir compte de vos relations sexuelles, dans quelle mesure êtes-vous satisfait des autres aspects de votre relation avec votre partenaire habituel(le) ?

- 5 = Extrêmement satisfait
- 4 = Moyennement satisfait
- 3 = Ni satisfait ni insatisfait
- 2 = Moyennement insatisfait
- 1 = Extrêmement insatisfait

ITEMS SUPPLEMENTAIRES (ACTIVITE ET DESIR SEXUELS)

Introduction : Les questions suivantes portent sur votre activité sexuelle au cours du dernier mois. Ces questions portent sur toutes les activités sexuelles que vous avez eues avec votre partenaire habituel(le), avec d'autres partenaires ou en vous masturbant. Par activité sexuelle, nous entendons tout type d'activité sexuelle que vous avez eu, y compris la pénétration, les caresses buccales ou toute autre activité sexuelle qui peut conduire à une éjaculation.

Q19. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu une activité sexuelle, à savoir vous masturber, des rapports sexuels, des caresses buccales ou toute autre sorte d'activité sexuelle ?

5 = Chaque jour ou presque chaque jour

4 = Plus de 6 fois

3 = 4 à 6 fois

2 = 1 à 3 fois

1 = 0 fois

Si votre réponse à la question 19 est « 0 », veuillez répondre aux questions suivantes :

Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ?

5 = Il y a 1 à 3 mois

4 = Il y a 4 à 6 mois

3 = Il y a 7 à 12 mois

2 = Il y a 13 à 24 mois

1 = Il y a plus de 24 mois

Pour quelle raison n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?

Je n'ai pas pu avoir de rapports sexuels car je ne pouvais pas avoir d'érection :

Oui Non

Je n'ai pas pu avoir de rapports sexuels car je ne pouvais pas éjaculer :

Oui Non

Je n'avais pas de partenaire :

Oui Non

Autre raison (précisez) : _____

Q20. Par comparaison à il y a UN mois, la fréquence de votre activité sexuelle a-t-elle augmenté ou diminué ?

5 = Beaucoup augmenté

4 = Augmenté moyennement

3 = Pas de changement

2 = Moyennement diminué

1 = Beaucoup diminué

Q21 Au cours du dernier mois, avez-vous été gêné par les modifications de fréquence de votre activité sexuelle ?

5 = Pas du tout gêné

4 = Un peu gêné

3 = Moyennement gêné

2 = Très gêné

1 = Extrêmement gêné

Introduction : Les questions suivantes portent sur votre envie ou désir d'avoir des rapports sexuels avec votre partenaire habituel(le). Les questions suivantes portent sur les envies ou désirs sexuels que vous avez éprouvés pour votre partenaire habituel(le), et non pas si vous avez effectivement eu des rapports sexuels.

Avez-vous un(e) « partenaire habituel(le) » ? Oui Non

Si vous n'avez pas de partenaire habituel(le), veuillez répondre à toutes les questions sans vous référer à un(e) « partenaire habituel(le) ».

Q22. Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous ressenti une envie ou un désir de faire l'amour avec votre partenaire habituel(le) ?

Tout le temps

4 La plupart du temps

3 À peu près la moitié du temps

2 Moins de la moitié du temps

1 Jamais

Q23. Comment décririez-vous les envies ou désirs d'avoir des rapports sexuels que vous avez-eus au cours du dernier mois avec votre partenaire habituel(le) ?

5 Très forts

4 Forts

3 Modérés

2 Faibles

1 Très faibles ou absents

Q24. Au cours du dernier mois, avez vous été gêné par le niveau de votre désir sexuel ? Avez-vous été...

5 Pas du tout gêné

4 Un peu gêné

3 Moyennement gêné

2 Très gêné

1 Extrêmement gêné

Q25. Par comparaison à il y a UN mois, votre envie ou désir d'avoir des rapports sexuels avec votre partenaire habituel(le) ont-ils augmenté ou diminué ?

5 Beaucoup augmenté

4 Augmenté moyennement

3 Pas de changement

2 Moyennement diminué

1 Beaucoup diminué

ANNEXE 12 – Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT)

1) A quel point vous a t'il été difficile de retarder votre éjaculation ?

- 0. Pas difficile du tout
- 1. Peu Difficile
- 2. Assez difficile
- 3. Très difficile
- 4. Extrêmement difficile

2) Ejaculez-vous suite à une très faible stimulation sexuelle ?

- 0. Jamais
- 1. Quelques fois (pour 25% des activités sexuelles)
- 2. La moitié du temps (pour la moitié des activités sexuelles)
- 3. La plupart du temps (pour au moins 75% des activités sexuelles)
- 4. Presque toujours ou toujours (pour 100% des activités sexuelles)

3) Votre éjaculation se produit-elle avant que vous ne le souhaitiez ?

- 0. Jamais
- 1. Quelques fois (pour 25% des activités sexuelles)
- 2. La moitié du temps (pour la moitié des activités sexuelles)
- 3. La plupart du temps (pour au moins 75% des activités sexuelles)
- 4. Presque toujours ou toujours (pour 100% des activités sexuelles)

4) Vous sentez-vous frustré d'éjaculer avant le moment souhaité ?

- 0. Pas du tout
- 1. Légèrement
- 2. Modérément
- 3. Beaucoup
- 4. Extrêmement

5) Vous sentez-vous affecté par l'insatisfaction générée chez votre partenaire ?

- 0. Pas du tout
- 1. Légèrement
- 2. Modérément
- 3. Beaucoup
- 4. Extrêmement

Ejaculation prématurée si le score \geq à 11.

Probable éjaculation prématurée si \geq à 9 ou 10.

Le risque de souffrir d'une EP est minime si le score est \leq à 8.

ANNEXE 13 – Statistiques / Croisements des variables

➤ Troubles du désir

	Diminution de la fréquence des activités sexuelles
Le fait d'être traité par antidépresseur	NS
L'avancée en âge	tend vers la significativité
L'orientation sexuelle	NS
Le statut socio-affectif (couple ou célibataire)	NS
Le nombre de partenaires	NS
La satisfaction sexuelle globale	NS

	Perte d'intérêt sexuel
Le fait d'être traité par antidépresseur	NS
L'avancée en âge	NS
L'orientation sexuelle	Les hommes déprimés hétérosexuels présentent plus de perte d'intérêt sexuel (86,2% contre 50% chez les homosexuels, $p < 0,05$).
Le statut socio-affectif (couple ou célibataire)	NS
Le nombre de partenaires	NS
La satisfaction sexuelle globale	Les hommes souffrant de perte d'intérêt sexuel sont significativement plus nombreux à déclarer être très insatisfaits ou insatisfaits que ceux qui n'en souffrent pas (60,7% contre 28,6%, $p < 0,05$).

➤ Dysfonction érectiles

	Dysfonctions érectiles
Le fait d'être traité par antidépresseur	NS
L'avancée en âge	Tend vers la significativité
L'orientation sexuelle	NS
Le statut socio-affectif (couple ou célibataire)	NS
Le nombre de partenaires	NS
La satisfaction sexuelle globale	Les hommes souffrant de dysfonction érectile sont significativement plus nombreux à déclarer être très insatisfaits ou insatisfaits que ceux qui n'en souffrent pas (63,8% contre 22,2%, $p < 0,05$).

➤ **Priapismes**

	Priapismes
Le fait d'être traité par antidépresseur	NS
L'avancée en âge	NS
L'orientation sexuelle	NS
Le statut socio-affectif (couple ou célibataire)	NS
Le nombre de partenaires	NS
La satisfaction sexuelle globale	NS

➤ **Troubles de l'éjaculation**

	Troubles de l'éjaculation
Le fait d'être traité par antidépresseur	NS
L'avancée en âge	NS
L'orientation sexuelle	NS
Le statut socio-affectif (couple ou célibataire)	NS
Le nombre de partenaires	NS
La satisfaction sexuelle globale	Tend vers la significativité

	Retards éjaculatoires
Le fait d'être traité par antidépresseur	NS
L'avancée en âge	NS
L'orientation sexuelle	NS
Le statut socio-affectif (couple ou célibataire)	NS
Le nombre de partenaires	NS
La satisfaction sexuelle globale	NS

	Ejaculations sèches (aspermie)
Le fait d'être traité par antidépresseur	NS
L'avancée en âge	NS
L'orientation sexuelle	NS
Le statut socio-affectif (couple ou célibataire)	NS
Le nombre de partenaires	NS
La satisfaction sexuelle globale	Tend vers la significativité

	Ejaculations anhédoniques (anorgasmie)
Le fait d'être traité par antidépresseur	NS
L'avancée en âge	NS
L'orientation sexuelle	NS
Le statut socio-affectif (couple ou célibataire)	NS
Le nombre de partenaires	NS
La satisfaction sexuelle globale	Les hommes souffrant d'anorgasmie sont significativement plus nombreux à déclarer être très insatisfaits ou insatisfaits que ceux qui n'en souffrent pas (92,9% contre 34,8%, $p < 0,05$).

	Ejaculations prématurées
Le fait d'être traité par antidépresseur	NS
L'avancée en âge	NS
L'orientation sexuelle	NS
Le statut socio-affectif (couple ou célibataire)	NS
Le nombre de partenaires	NS
La satisfaction sexuelle globale	NS

➤ **Satisfaction sexuelle**

	Satisfaction sexuelle globale
Le fait d'être traité par antidépresseur	NS
L'avancée en âge	NS
L'orientation sexuelle	NS
Le statut socio-affectif (couple ou célibataire)	Les hommes en couple (mariés, pacsés, en concubinage) sont plus insatisfaits sexuellement que ceux étant célibataires (80,5% contre 60%, $p < 0,05$).
Le nombre de partenaires	Les hommes ayant un(e) partenaire sont plus insatisfaits sexuellement que ceux n'en ayant pas (82,9% contre 30%, $p < 0,05$). Les hommes ayant plusieurs partenaires sont plus insatisfaits sexuellement que ceux n'en ayant pas (71,4% contre 30%, $p < 0,05$).
La satisfaction sexuelle globale	Les hommes ayant une mauvaise satisfaction sexuelle étaient plus nombreux à se déclarer très insatisfaits ou insatisfaits au début du questionnaire que ceux qui ont une bonne

	satisfaction sexuelle (52,1% contre 0%, p<0,05).
--	--

	Satisfaction de la libido
Le fait d'être traité par antidépresseur	NS
L'avancée en âge	NS
L'orientation sexuelle	NS
Le statut socio-affectif (couple ou célibataire)	NS
Le nombre de partenaires	NS
La satisfaction sexuelle globale	Les patients non satisfaits de leur libido sont plus nombreux à s'être déclarés insatisfaits ou très insatisfaits au début du questionnaire que ceux qui sont satisfaits de leur libido (70,2% contre 18,2%, p<0,05).

	Satisfaction érection
Le fait d'être traité par antidépresseur	NS
L'avancée en âge	NS
L'orientation sexuelle	NS
Le statut socio-affectif (couple ou célibataire)	NS
Le nombre de partenaires	NS
La satisfaction sexuelle globale	Les patients non satisfaits de leurs érections sont plus nombreux à s'être déclarés insatisfaits ou très insatisfaits au début du questionnaire que ceux qui sont satisfaits de leurs érections (76,5% contre 31,4%, p<0,05).

	Satisfaction orgasme
Le fait d'être traité par antidépresseur	Dans le groupe de patients non traités par antidépresseurs, 23,1% des patients sont non satisfaits par leurs orgasmes, cette valeur passe à 58,9% chez les hommes traités.
L'avancée en âge	NS
L'orientation sexuelle	NS
Le statut socio-affectif (couple ou célibataire)	NS
Le nombre de partenaires	NS
La satisfaction sexuelle globale	NS

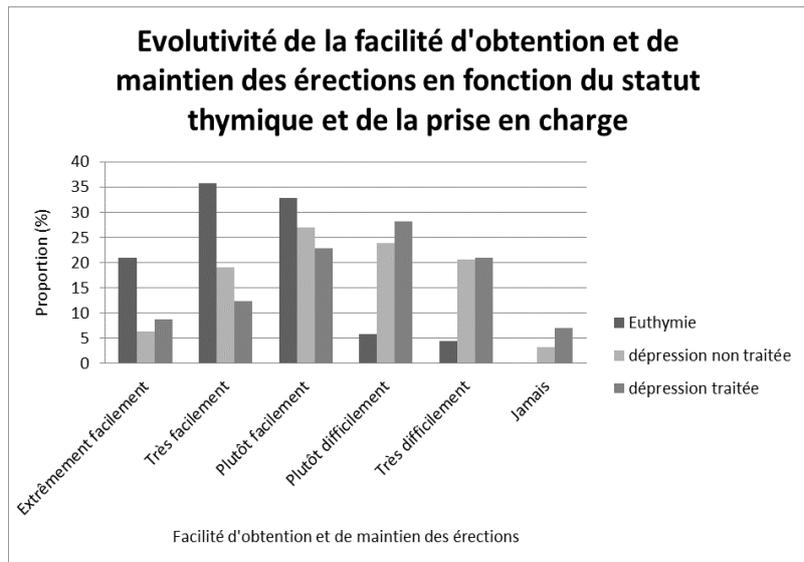
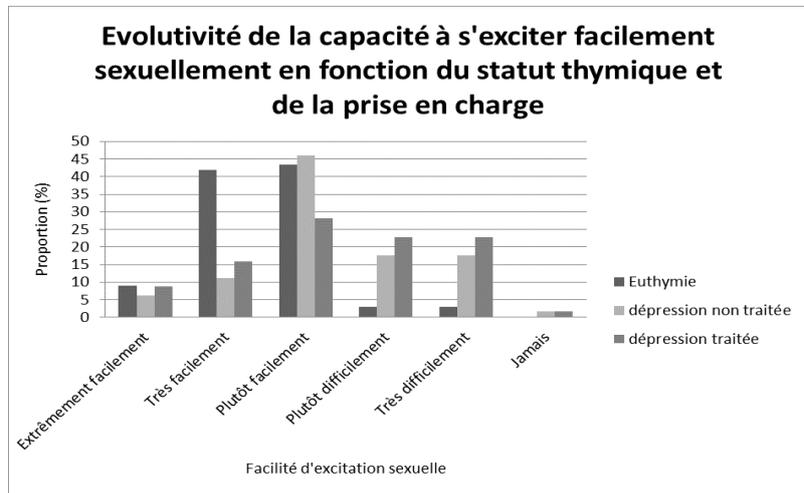
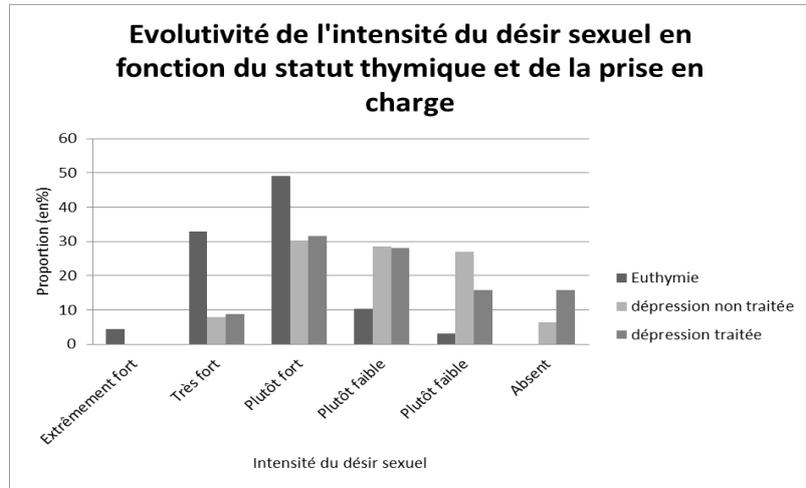
➤ **Gêne**

	Gêne par rapport à la libido
Le fait d'être traité par antidépresseur	NS
L'avancée en âge	NS
L'orientation sexuelle	NS
Le statut socio-affectif (couple ou célibataire)	NS
Le nombre de partenaires	NS
La satisfaction sexuelle globale	Les patients gênés par la qualité de leur libido sont plus nombreux à s'être déclarés insatisfaits ou très insatisfaits au début du questionnaire que ceux qui ne sont pas gênés (64,3% contre 39,3%, $p < 0,05$).

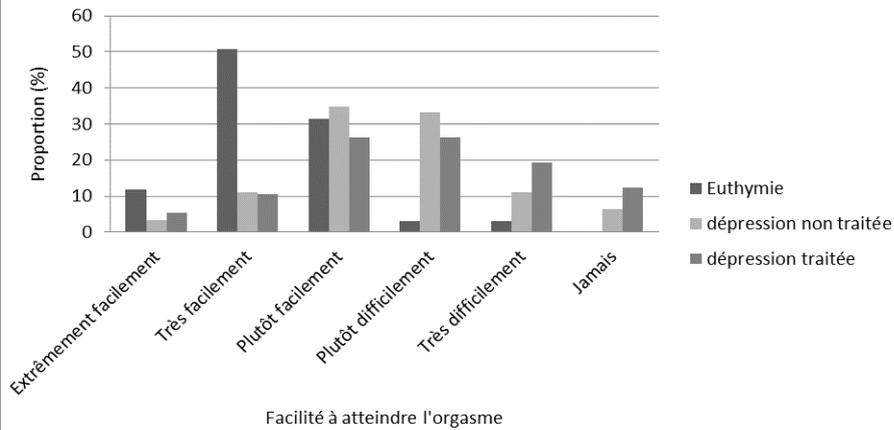
	Gêne par rapport l'érection
Le fait d'être traité par antidépresseur	NS
L'avancée en âge	NS
L'orientation sexuelle	NS
Le statut socio-affectif (couple ou célibataire)	Les patients qui vivent en couple sont plus gênés par la qualité de leurs érections que les célibataires (58,5% contre 35,7%, $p < 0,05$).
Le nombre de partenaires	NS
La satisfaction sexuelle globale	NS

	Gêne par rapport à l'éjaculation
Le fait d'être traité par antidépresseur	NS
L'avancée en âge	NS
L'orientation sexuelle	NS
Le statut socio-affectif (couple ou célibataire)	Les patients qui vivent en couple sont plus gênés par la qualité de leurs érections que les célibataires (65,8% contre 30,8%, $p < 0,05$).
Le nombre de partenaires	NS
La satisfaction sexuelle globale	NS

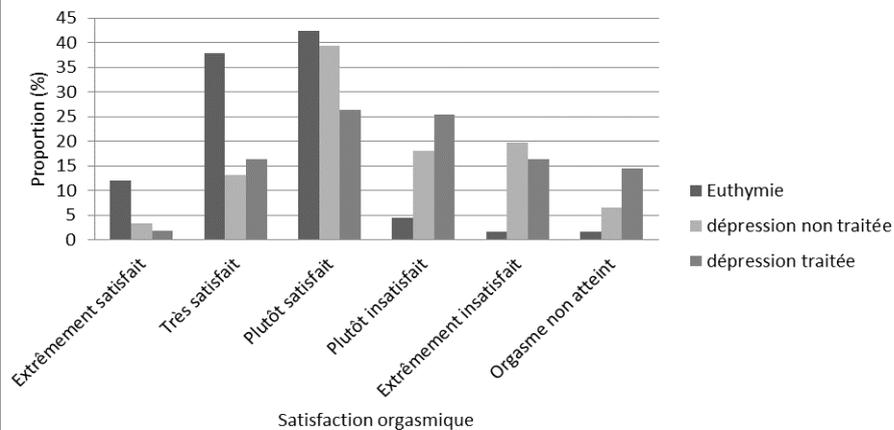
➤ **Evolutivité de la fonction sexuelle**



Evolutivité de la facilité à atteindre l'orgasme en fonction du statut thymique et de la prise en charge



Evolutivité de la satisfaction orgasmique en fonction du statut thymique et de la prise en charge



ANNEXE 14 - Données manquantes (à inclure dans mes autres résultats paraphe inclusion) peu de données manquantes.

Partie 1 du questionnaire

Variables explorées	Proportion des patients n'ayant pas ou ayant mal répondu aux questions
Âge	1 (1,4%)
Orientation sexuelle	0
Statut socio-affectif	0
Nombre de partenaires	1 (1,4%)
Satisfaction quant à la vie sexuelle	0
Souffrance en lien avec le fonctionnement sexuel actuel	1 (1,4%)
Aide reçue quant à un éventuel problème sexologique	0
Antécédents de violences sexuelles	1 (1,4%)
Prise en charge antérieure pour EDM	0
Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie	1 (1,4%)
Antécédent de TS	1 (1,4%)
Evaluation thymique	0
Observance	1 (1,4%)
Tabagisme	0
Alcoololo-dépendance	1 (1,4%)
Toxicomanie	3 (4,3%)

Partie 2 du questionnaire

Concernant la période d'euthymie, 5 patients n'ont pas répondu (7,1%).

Concernant la période de dépression non traitée 9 patients n'ont pas répondu (12,8%).

Partie 3 du questionnaire

Dysfonctions sexuelles	Proportion des patients n'ayant pas ou ayant mal répondu aux questions
Trouble du désir sexuel en fréquence	1 (1,4%)
Trouble du désir sexuel en intérêt	0
Troubles de l'érection	5 (7,1%)
Priapisme	1 (1,4%)
Ejaculation retardée	4 (5,7%)
Ejaculation sèche	4 (5,7%)
Ejaculation anhédonique	5 (7,1%)
Ejaculation prématurée	5 (7,4%)
Satisfaction sexuelle	4 (5,7%)
Satisfaction libido	1 (1,4%)
Satisfaction érection	1 (1,4%)
Satisfaction orgasme	1 (1,4%)
Gène libido	0
Gène érection	1 (1,4%)
Gène orgasme	6 (8,6%)

Vu, la Présidente du Jury,
Pr Marie GRALL-BRONNEC
(tampon et signature)

Vu, la Directrice de Thèse,
Dr Caroline VICTORRI-
VIGNEAU
(tampon et signature)

Vu, la Co-Directrice de Thèse,
Dr Anne SAUVAGET
(tampon et signature)

Vu, le Doyen de la Faculté,
Pr Pascale JOLLIET
(tampon et signature)

Sexualité, Antidépresseurs et Dépressions : prévalences des dysfonctions sexuelles chez des hommes français présentant un épisode dépressif majeur, non traités ou traités par antidépresseur(s). Perspectives de prises en charge.

RESUME

Introduction

Peu de travaux caractérisent les dysfonctions sexuelles (DS) observables dans le cadre des dépressions et de leur traitement par antidépresseurs (AD). Par ailleurs les résultats de ces travaux sont contradictoires et n'apportent qu'une vision incomplète des répercussions de la dépression et des antidépresseurs sur la fonction sexuelle.

L'objectif principal de cette étude est d'estimer la prévalence des DS chez les hommes traités ou non traités et de les caractériser. L'objectif secondaire est d'évaluer l'évolutivité de la fonction sexuelle entre l'euthymie, la dépression non traitée et la dépression traitée.

Matériel et méthodes

Les hommes présentant un épisode dépressif majeur traités ou non durant 6 mois ont été recrutés par des généralistes et des psychiatres libéraux et hospitaliers. Chaque patient acceptant de participer à l'étude remplissait un questionnaire de façon anonyme investiguant sa sexualité (désir, érection, orgasme, satisfaction et gêne). Cet outil composite s'appuyait sur des échelles sexologiques validées (ASEX, MSHQ, IIEF, CSFQ, PEDT). Le protocole a été entériné par un comité d'éthique.

Résultats

98,6% des patients dépressifs présentaient au moins une DS. 68,6% (IC95% [56,4-79,1]) étaient insatisfaits ou très insatisfaits par leur sexualité et 73,9% estimaient en souffrir. Le fonctionnement sexuel était significativement plus impacté chez les dépressifs qu'ils fussent ou non sous AD ($p < 10^{-5}$) par rapport aux patients euthymiques. Les dépressifs sous AD n'avaient significativement pas plus de perturbations sexuelles que les dépressifs non traités. Il n'y avait pas d'atteintes sexuelles spécifiques chez les patients dépressifs non traités versus les traités par AD. Les troubles du désir était la DS la plus fréquemment retrouvée.

Conclusion

Cette étude n'incluait que 70 patients, ce qui est un effectif limité. La prévalence des DS est comparable chez les patients dépressifs traités et non traités alors que la thymie s'améliore chez les traités. On ne peut exclure un éventuel impact de l'AD sur la fonction sexuelle.

Le fonctionnement sexuel doit être investigué dès l'entrée dans la maladie afin de proposer une aide spécifique. Il est clairement établi que restaurer la fonction sexuelle contribue à la restauration thymique. La prise en compte des atteintes sexuelles en psychiatrie apparaît comme indispensable et doit amener à renforcer les liens entre la psychiatrie et les autres disciplines, en particulier la sexologie.

Mots clés : Dépression, épisode dépressif majeur, épisode dépressif caractérisé, antidépresseur, IRS, IRSNa, Antidépresseurs tricycliques, dysfonction sexuelle, trouble du désir, dysfonction érectile, éjaculation prématurée, éjaculation anhédonique, éjaculation sèche, anorgasmie, priapisme, éjaculation retardée, retard éjaculatoire, sexualité, observance, satisfaction sexuelle.