

6

ATELIER DPC

DPC AIUS: Organisme DPC Agréé 1293



Marie Hélène COLSON

Connaître, repérer et intégrer les problèmes liés aux troubles du désir sexuel dans la prise en charge coordonnée de femmes souffrant de maladie chronique.

(N° OGDPC : 12931500021, Session 2)

Expert : Dr MH. Colson

JEUDI 7 AVRIL 2016 de 9h30 à 12h30

Atelier rémunéré pour les médecins et les sages femmes libéraux et salariés de CDS conventionnés, sans droit d'inscription après validation de leur inscription sur www.mondpc.fr

Mode d'exercice du participant : Salarié CDS conventionné, libéral, autres salariés (y compris hospitaliers) avec Convention.

Indemnisé pour les médecins libéraux : 517,50 €, Sage-Femmes : 265 € (dans la limite de leur enveloppe annuelle)

- **Nombre maximum de participants** : 48



Le droit à une santé sexuelle satisfaisante est inscrit dans les droits humains élémentaires¹. Le dépistage et la prise en charge des difficultés sexuelles (DS) est aujourd'hui recommandé comme faisant partie de la pratique médicale courante². Malheureusement, il subsiste encore de nombreux freins et résistances, et les DS sont encore largement sous-évaluées et insuffisamment prises en charge³.

Les troubles du désir (troubles du désir sexuel hypo-actif, HSDD) représentent une part importante des difficultés sexuelles féminines. Ils affectent entre 16%⁴ à 25% de la population générale⁵, et si l'on se réfère à la définition récente du DSM-5 regroupant troubles du désir et de l'excitation en une seule pathologie⁶, on peut évaluer à 43% l'importance du HSDD dans la population générale, avec ces nouveaux critères⁷.

Une étude récente, portant sur 31.581 femmes de 18 à 102 ans montre que 39% des moins de 44 ans souffrent d'une insuffisance de désir sexuel et que cela s'accompagne chez elles d'un sentiment de détresse important⁸. On estime dans la population générale, à 10% le nombre de femmes présentant un sentiment de détresse mesuré à l'aide d'échelles validées, lié à un désir sexuel hypoactif⁹.

La gravité des troubles du désir féminin est importante. La dégradation de la qualité de vie et l'association d'un trouble du désir à une majoration des troubles de l'humeur (anxiété et dépression), à des perturbations de l'image de soi, et à une baisse d'estime de soi, est aujourd'hui bien connue pour en majorer l'impact et la gravité¹⁰.

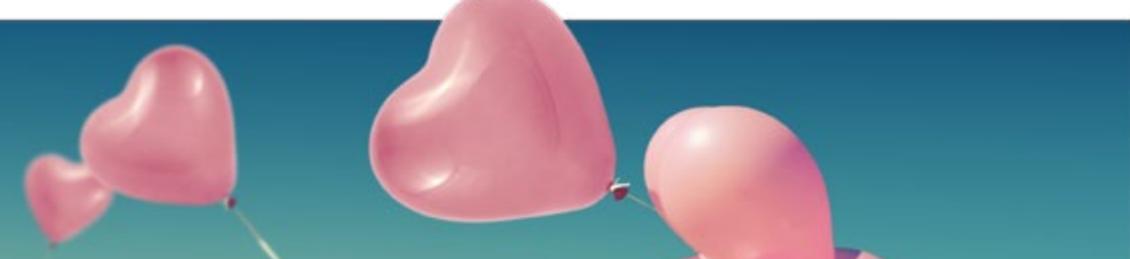


Les femmes porteuses d'une maladie chronique sont tout particulièrement exposées aux troubles du désir. Pour exemple, 69% des 1291 femmes diabétiques de l'étude de Wallner en souffrent¹¹, ainsi que 83% des 137 femmes atteintes de sclérose en plaque de l'étude de Lew Starowitch¹². Chez les femmes présentant une incontinence ou une autre forme sévère de pathologie urinaire, les troubles du désir peuvent atteindre 64%¹³. Les cancers génitaux et leurs traitements provoquent eux aussi d'importantes modifications du désir féminin¹⁴. Les difficultés de désir s'accompagnent chez elles d'une majoration des perturbations émotionnelles et des désordres affectifs et psychologiques en découlant^{15, 16}.

Malheureusement aborder la question de la sexualité est encore difficile pour une majorité de médecins^{17, 18}, avec leurs patients jeunes comme avec les plus âgés¹⁹. Et même si aujourd'hui, les difficultés sexuelles sont davantage médicalisées, surtout en ce qui concerne les difficultés masculines²⁰, pas plus d'un médecin sur dix a l'habitude du dépistage des difficultés sexuelles chez ses patients chroniques²¹, bien que les besoins en la matière soient pourtant clairement établis²². L'augmentation du nombre de consultations pour dysfonction sexuelle est encore trop faible (+ 1.8% depuis 1999⁽²⁰⁾) par rapport aux besoins et aux attentes des patients et des patientes. Il existe encore beaucoup de retards à la prise en charge, tant de la part des patients en difficulté⁽²²⁾, que des médecins eux-mêmes⁽²¹⁾.

Les objectifs de ce DPC visent à améliorer la prise en charge d'un trouble du désir chez la femme en pratique clinique, par les étapes suivantes :

- **Savoir accueillir la plainte sexuelle** de la patiente et apprendre à l'évaluer succinctement (diagnostic positif et différentiel : existence d'un symptôme véritable ou plainte par rapport à une norme fictive)
- **Organiser la démarche thérapeutique** autour d'une prise en charge de première ligne
 - Par un accompagnement centré sur les perturbations émotionnelles individuelles et sur le couple
 - Par des mesures pédagogiques dont l'objectif est de rendre la patiente actrice de sa santé sexuelle (information, éducation à la santé sexuelle, premières mesures visant à améliorer la sexualité du couple et sa qualité de vie)
- **S'inscrire dans un réseau de coordination de soins** centré sur la demande sexuelle des patientes et sa prise en charge. Une réponse de première ligne éclairée et circonstanciée est souvent suffisante, et dans le cas contraire, il est essentiel que les différents soins et prescriptions puissent s'organiser de manière structurée entre les différents acteurs du réseau de soins.



MÉTHODES UTILISÉES :

1. Préparatoire par étude de cas et mise à disposition d'une bibliographie en français
2. Pédagogique et cognitive en réunion
3. Analyse des pratiques et mise en place d'indicateurs de suivis
4. Suivi personnalisé des attentes, et de l'amélioration des connaissances, de la relation avec les patients, envoi de littérature, envoi de questionnaire d'audit pour bilan individuel

Références :

- ¹ World Health Organisation, 2014 Sexual health [2014] (<http://www.who.int/reproductivehealth/icpd/en/> [accessed 010215])
- ² Phillips, A., & Khan, K. (2010). Assessment & support of women with sexual dysfunction. *Practice Nursing*, 21(9), 474–477.
- ³ Thakar, R. (2009). Review of the current status of female sexual dysfunction evaluation in urogynecology. *Int Urogynecol Journal*, 20, S27–S31 [Suppl.].
- ⁴ Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Fairley CK. What is the «true» prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *J Sex Med*. 2008 Apr;5(4):777-87
- ⁵ Peixoto MM, Nobre P. Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: a population-based study with women aged 18 to 79 years. *J Sex Marital Ther*. 2015;41(2):169-80.
- ⁶ American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- ⁷ Kingsberg SA, Rezaee RL. Hypoactive sexual desire in women. *Menopause*. 2013 Dec;20(12):1284-300.
- ⁸ Shifren J, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008;112:968–9.
- ⁹ Hendrickx, L., Gijis, L., & Enzlin, P. (2014). Prevalence rates of sexual difficulties and associated distress in heterosexual men and women: Results from an Internet survey in Flanders. *Journal of sex research*, 51(1), 1-12.
- ¹⁰ Vafaeimanesh J, Raei M, Hosseinzadeh F, Parham M. Evaluation of sexual dysfunction in women with type 2 diabetes. *Indian J Endocrinol Metab*. 2014 Mar;18(2):175-9.
- ¹¹ Wallner LP, Sarma AV, and Kim C. Sexual functioning among women with and without diabetes in the Boston Area Community Health Study. *J Sex Med* 2010;7:881–887.
- ¹² Lew-Starowicz M, Rola R. Prevalence of Sexual Dysfunctions Among Women with Multiple Sclerosis. *Sex Disabil*. 2013 Jun;31(2):141-153.
- ¹³ Shaw C. A systematic review of the literature on the prevalence of sexual impairment in women with urinary incontinence and the prevalence of urinary leakage during sexual activity. *Eur Urol* 2002;42:432–40.
- ¹⁴ Lamb, M. A. (1995, May). Effects of cancer on the sexuality and fertility of women. In *Seminars in Oncology Nursing* (Vol. 11, No. 2, pp. 120-127). WB Saunders.
- ¹⁵ Phillips A, Phillips S. Recognising female sexual dysfunction as an essential aspect of effective diabetes care. *Appl Nurs Res*. 2015 Aug;28(3):235-8.
- ¹⁶ Nascimento ER, Maia AC, Nardi AE, Silva AC. Sexual dysfunction in arterial hypertension women: The role of depression and anxiety. *J Affect Disord*. 2015 Aug 1;181:96-100.
- ¹⁷ Dyer K, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. *J Sex Med*. 2013 Nov;10(11):2658-70.
- ¹⁸ Sobocki JN, Curlin FA, Rasinski KA, Lindau ST. What we don't talk about when we don't talk about sex: results of a national survey of U.S. obstetrician/gynecologists. *J Sex Med*. 2012 May;9(5):1285-94.
- ¹⁹ Bauer M, Haesler E, Fetherstonhaugh D. Health Expect. Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. 2015 Oct 8. doi: 10.1111/hex.12418. [Epub ahead of print]
- ²⁰ Schouten BW, Bohnen AM, Groeneveld FP, Dohle GR, Thomas S, Bosch JL. Erectile dysfunction in the community: trends over time in incidence, prevalence, GP consultation and medication use--the Krimpen study: trends in ED. *J Sex Med*. 2010 Jul;7(7):2547-53.
- ²¹ Kirby MG, Schnetzler G, Zou KH, Symonds T. Prevalence and detection rate of underlying disease in men with erectile dysfunction receiving phosphodiesterase type 5 inhibitors in the United Kingdom: a retrospective database study. *Int J Clin Pract*. 2011 Jul;65(7):797-806.
- ²² Jannini EA, Sternbach N, Limoncin E, Ciocca G, Gravina GL, Tripodi F, Petruccioli I, Keijzer S, Isherwood G, Wiedemann B, Simonelli C. Health-related characteristics and unmet needs of men with erectile dysfunction: a survey in five European countries. *J Sex Med*. 2014 Jan;11(1):40-50.