

# TROUBLES URINAIRES



**ET SI ON EN PARLAIT ?**

# TROUBLES SEXUELS

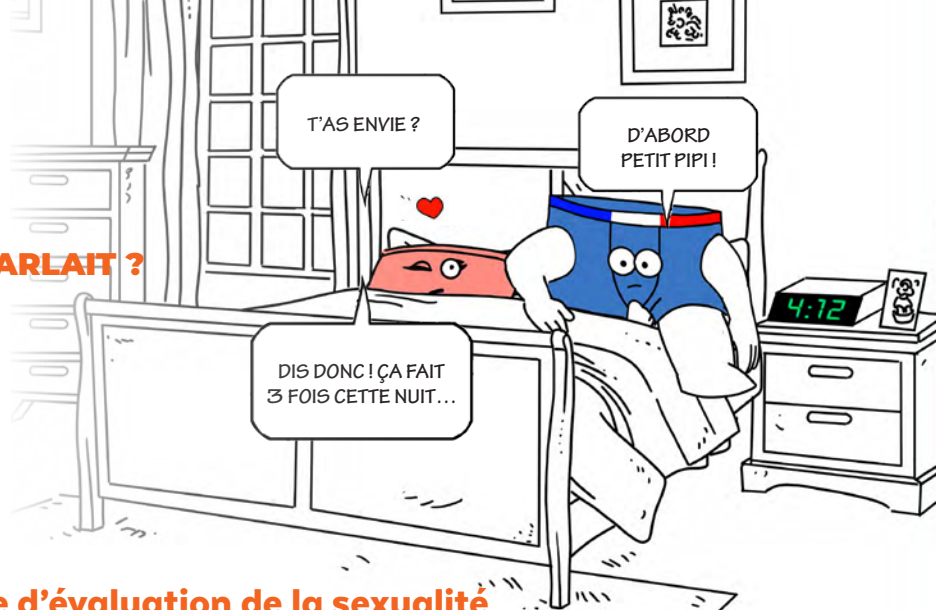


**Ce livret contient des fiches  
à compléter par vos patients :**

Questionnaire d'évaluation de la sexualité en cas  
de symptômes de troubles du bas appareil urinaire

Document rédigé en collaboration et selon les recommandations du **Dr Antoine Faix**,  
chirurgien urologue et andrologue, membre associé de l'Académie de chirurgie et ancien  
responsable du comité d'andrologie et de médecine sexuelle de l'AFU.

# TROUBLES URINAIRES & ET SI ON EN PARLAIT ? TROUBLES SEXUELS



## Questionnaire d'évaluation de la sexualité chez les patients souffrant de troubles urinaires

Vous trouverez dans ce document des fiches à compléter par vos patients (une version pour vos patients et une autre pour vos patientes). Ces fiches proposent de répondre à un questionnaire d'évaluation de la sexualité. Ce questionnaire, clair et facile à comprendre, vous permet d'évaluer les différents aspects de la sexualité pour vous aider à affiner votre diagnostic. Il est basé sur les scores EHS, SHIM et IIEF pour les hommes et FSFI pour les femmes.

**Le score total, s'il est  $< \text{à } 21$  chez l'homme (Questions 1 à 5) et  $\leq \text{à } 22$  chez la femme (Questions 1 à 6), peut indiquer la présence de troubles des fonctions sexuelles.**

En fonction du résultat, vous pourrez juger alors de l'opportunité d'une prise en charge spécialisée. N'hésitez pas à demander à vos patients s'ils sont confrontés à des difficultés sexuelles que le questionnaire n'aurait pas abordées.

**En préambule, pour identifier parmi les patients souffrant de troubles urinaires ceux qui sont susceptibles de présenter des troubles sexuels, il suffit d'une question à poser.**

### AVEZ-VOUS CONSTATÉ RÉCEMMENT UNE BAISSÉ DE VOTRE ACTIVITÉ SEXUELLE\* ?

#### PATIENT HOMME

Une baisse de libido,  
une diminution de vos érections,  
des troubles éjaculatoires...? »

#### PATIENTE FEMME

Une baisse de libido,  
des rapports difficiles et douloureux,  
des difficultés pour atteindre  
l'orgasme, un manque d'excitation  
ou de lubrification ou une gêne  
dans vos activités sexuelles ? »

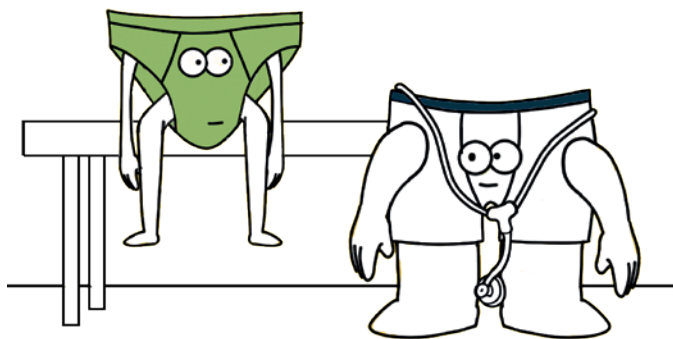
#### Si réponse positive :

**« Souhaiteriez-vous répondre à un rapide questionnaire  
pour évaluer les difficultés sexuelles que vous rencontrez ? »**

\* Activité sexuelle : inclus les rapports sexuels, les caresses, les préliminaires et la masturbation.

## TROUBLES SEXUELS : COMMENT ABORDER LE SUJET EN CONSULTATION ?

L'avis du Dr Antoine Faix\*\*



Il n'est pas toujours aisé d'aborder la question de la sexualité lorsque vous recevez en consultation une patiente ou un patient atteint(e) de troubles urinaires. Les questionnaires disponibles dans ce remis ont justement pour objectif de vous aider à entamer ce sujet.

Voici d'autres idées susceptibles de faciliter la discussion au cours de la consultation :

- Dans le cadre de la prise en charge des troubles urinaires, il est possible que vous prescriviez des **traitements susceptibles d'entraîner des effets secondaires sexuels.**<sup>1</sup> Au moment de la prescription, n'hésitez pas à évoquer ce risque pour entamer la discussion sur ce sujet.
- De la même manière, certains traitements prescrits chez des patients souffrant par exemple de **dépression** ou d'**hypertension artérielle** peuvent entraîner des effets secondaires sexuels.<sup>2</sup> Les dysfonctions sexuelles font d'ailleurs partie du tableau clinique de **nombreuses pathologies** et doivent donc être prises en compte lors de l'interrogatoire.<sup>1</sup>
- Si, en tant que médecin traitant, vous ne vous sentez pas à l'aise pour évaluer la fonction sexuelle de vos patients, n'hésitez pas à inviter le patient à **consulter un spécialiste** : gynécologue, urologue ou sexologue.
- Il existe des ressources utiles en ligne, proposez à votre patient de consulter le site dédié aux patients de l'**Association Française d'Urologie** : [urologie-sante.fr](http://urologie-sante.fr)

\*\* Chirurgien urologue et andrologue, membre associé de l'Académie de chirurgie et ancien responsable du comité d'andrologie et de médecine sexuelle de l'AFU.

1. Giuliano F, Droupy S. La iatrogénie médicamenteuse en médecine sexuelle. Prog Urol. 2013; 23. (9): 804-10.

2. Colson MH et al. Face à la dysfonction érectile, un homme, un praticien. Sexologies. 2018; 27 (1) : 18-22.

## QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA SEXUALITÉ

Dans le cadre de l'exploration de vos troubles urinaires, votre médecin vous propose de répondre à ces questions basées sur des auto-questionnaires validés cliniquement pour dépister un éventuel trouble sexuel associé.

### MODE D'EMPLOI

- **N'hésitez pas à lire toutes les questions avant de commencer à répondre.**
- Pour chacune des questions qui suivent, **veuillez ne cocher qu'une seule case.**
- Même s'il peut être difficile de répondre à certaines de ces questions, merci de rester aussi sincère que possible en y répondant. Toutes vos réponses resteront confidentielles.
- Lors de la réponse à ces questions, les définitions suivantes s'appliquent :
  - **La stimulation sexuelle** comprend, par exemple, les préliminaires avec un partenaire, la masturbation et les fantasmes sexuels.
  - **L'activité sexuelle** peut comprendre les caresses, les préliminaires, la masturbation et la pénétration vaginale.
  - **L'éjaculation** correspond à l'éjection de sperme par le pénis (ou la sensation d'éjection).
  - **Le rapport sexuel** se définit comme la pénétration (l'introduction) du pénis.

#### 1. Au cours des six derniers mois, à quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?

*Calcul des points*

- |                          |                 |          |
|--------------------------|-----------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Pas sûr du tout | <b>1</b> |
| <input type="checkbox"/> | Pas très sûr    | <b>2</b> |
| <input type="checkbox"/> | Moyennement sûr | <b>3</b> |
| <input type="checkbox"/> | Sûr             | <b>4</b> |
| <input type="checkbox"/> | Très sûr        | <b>5</b> |

#### 2. Au cours des six 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 ?

- |                          |  |          |
|--------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> | Je n'ai eu aucune activité sexuelle                        | <b>0</b> |
| <input type="checkbox"/> | Presque jamais ou jamais                                   | <b>1</b> |
| <input type="checkbox"/> | Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)           | <b>2</b> |
| <input type="checkbox"/> | Quelquefois (environ la moitié du temps)                   | <b>3</b> |
| <input type="checkbox"/> | La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps) | <b>4</b> |
| <input type="checkbox"/> | Presque tout le temps ou tout le temps                     | <b>5</b> |

#### 3. Au cours des six 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 ?

- |                          |  |          |
|--------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> | Je n'ai eu aucune activité sexuelle                        | <b>0</b> |
| <input type="checkbox"/> | Presque jamais ou jamais                                   | <b>1</b> |
| <input type="checkbox"/> | Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)           | <b>2</b> |
| <input type="checkbox"/> | Quelquefois (environ la moitié du temps)                   | <b>3</b> |
| <input type="checkbox"/> | La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps) | <b>4</b> |
| <input type="checkbox"/> | Presque tout le temps ou tout le temps                     | <b>5</b> |

#### 4. Au cours des six 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 ?

- |                          |                                     |   |
|--------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Je n'ai eu aucune activité sexuelle | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Extrêmement difficile               | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Très difficile                      | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Difficile                           | 3 |
| <input type="checkbox"/> | Un peu difficile                    | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Pas difficile                       | 5 |

#### 5. Au cours des six derniers mois, lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence en avez-vous été satisfait ?

- |                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Je n'ai eu aucune activité sexuelle                        | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Presque jamais ou jamais                                   | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)           | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Quelquefois (environ la moitié du temps)                   | 3 |
| <input type="checkbox"/> | La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps) | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Presque tout le temps ou tout le temps                     | 5 |

Après avoir rempli le questionnaire, transmettez-le à votre médecin, qui calculera votre score.

**Score total : .....**

#### QUELQUES QUESTIONS EN PLUS...

##### COMMENT ESTIMEZ-VOUS LA RIGIDITÉ DE VOTRE PÉNIS ?



▲ Pénis complètement rigide

■ Rigidité incomplète permettant néanmoins une pénétration

■ Début de rigidité insuffisante pour pénétrer

■ Pénis gonflé sans rigidité

› Au cours des quatre dernières semaines, lorsque vous étiez stimulé sexuellement ou aviez des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous éjaculé ?

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Je n'ai eu aucune activité sexuelle                        |
| <input type="checkbox"/> | Presque jamais ou jamais                                   |
| <input type="checkbox"/> | Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)           |
| <input type="checkbox"/> | Quelquefois (environ la moitié du temps)                   |
| <input type="checkbox"/> | La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps) |
| <input type="checkbox"/> | Presque tout le temps ou tout le temps                     |

› Quelles sont les autres difficultés sexuelles que vous pouvez rencontrer et que ce questionnaire n'aurait pas abordées ?

.....  
.....  
.....  
.....

## QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA SEXUALITÉ

Dans le cadre de l'exploration de vos troubles urinaires, votre médecin vous propose de répondre à cet auto-questionnaire validé cliniquement pour dépister un éventuel trouble sexuel associé.

### MODE D'EMPLOI

- N'hésitez pas à lire toutes les questions avant de commencer à répondre.
- Pour chacune des questions qui suivent, **veuillez ne cocher qu'une seule case**.
- Même s'il peut être difficile de répondre à certaines de ces questions, merci de rester aussi sincère que possible en y répondant. Toutes vos réponses resteront confidentielles.
- Lors de la réponse à ces questions, les définitions suivantes s'appliquent :
  - **L'activité sexuelle** peut comprendre les caresses, les préliminaires, la masturbation et la pénétration vaginale.
  - **Le désir sexuel** est un sentiment qui comprend le désir d'avoir une activité sexuelle, le fait d'être réceptive aux avances sexuelles d'un partenaire et d'avoir des pensées ou des fantasmes à propos de l'acte sexuel.
  - **La stimulation sexuelle** comprend, par exemple, les préliminaires avec un partenaire, la masturbation et les fantasmes sexuels.
  - **Le rapport sexuel** se définit comme la pénétration (l'introduction) du pénis.

#### 1. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous ressenti un désir sexuel ?

Calcul des points

- |                          |  |          |
|--------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> | Presque jamais ou jamais                       | <b>1</b> |
| <input type="checkbox"/> | Rarement (moins d'une fois sur deux)           | <b>2</b> |
| <input type="checkbox"/> | Quelquefois (environ une fois sur deux)        | <b>3</b> |
| <input type="checkbox"/> | La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) | <b>4</b> |
| <input type="checkbox"/> | Presque toujours ou toujours                   | <b>5</b> |

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

- |                          |  |          |
|--------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> | Je n'ai eu aucune activité sexuelle            | <b>0</b> |
| <input type="checkbox"/> | Presque jamais ou jamais                       | <b>1</b> |
| <input type="checkbox"/> | Rarement (moins d'une fois sur deux)           | <b>2</b> |
| <input type="checkbox"/> | Parfois (environ une fois sur deux)            | <b>3</b> |
| <input type="checkbox"/> | La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) | <b>4</b> |
| <input type="checkbox"/> | Presque toujours ou toujours                   | <b>5</b> |

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

- |                          |                                     |   |
|--------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Je n'ai eu aucune activité sexuelle | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Extrêmement difficile ou impossible | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Très difficile                      | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Difficile                           | 3 |
| <input type="checkbox"/> | Légèrement difficile                | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Pas difficile                       | 5 |

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

- |                          |                                |   |
|--------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Très insatisfaite              | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Moyennement insatisfaite       | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Ni satisfaite, ni insatisfaite | 3 |
| <input type="checkbox"/> | Moyennement satisfaite         | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Très satisfaite                | 5 |

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

- |                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Je n'ai pas eu de rapport sexuel               | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Presque toujours ou toujours                   | 1 |
| <input type="checkbox"/> | La plupart du temps (plus d'une fois sur deux) | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Parfois (environ une fois sur deux)            | 3 |
| <input type="checkbox"/> | Rarement (moins d'une fois sur deux)           | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Presque jamais ou jamais                       | 5 |

### 6. Au cours des 4 dernières semaines, quel a été votre niveau de gêne ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale ?

- |                          |                                  |   |
|--------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Je n'ai pas eu de rapport sexuel | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Très élevé                       | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Élevé                            | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Moyen                            | 3 |
| <input type="checkbox"/> | Faible                           | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Très faible ou inexistant        | 5 |

Après avoir rempli le questionnaire, transmettez-le à votre médecin, qui calculera votre score.

**Score total : .....**

#### LA QUESTION EN PLUS...

Quelles sont les autres difficultés sexuelles que vous pouvez rencontrer et que ce questionnaire n'aurait pas abordées ?

.....  
.....



Pierre Fabre